

**VAPAAEHTOISEN VAKUUTUKSEN JA
KULUTUSTYYLIN VAIKUTUS TERVEYSPALVELUJEN
KÄYTTÖÖN**

Tuovi Kokkonen

Pro gradu -tutkielma

Terveystaloustiede

Itä-Suomen yliopisto

Sosiaali- ja terveysjohtamisen

laitos

Maaliskuu 2011

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Sosiaali- ja terveystieteiden laitos,
terveystaloustiede

KOKKONEN, TUOVI: Vapaaehtoisen vakuutuksen ja kulutustyylin vaikutus
terveyspalvelujen käyttöön

Pro gradu -tutkielma, 87 sivua, 7 liitettä (10 sivua)

Ohjaajat: PhD Hannu Valtonen, HTT Jari Vuori

Maaliskuu 2011

Avainsanat: terveyspalvelut, kuluttajat, vapaaehtoinen vakuutus, konsumerismi

Tässä tutkimuksessa tutkittiin, eroaako terveyspalvelujen valinta vapaaehtoisen vakuutuksen haltijan muista kulutusvalinnoista, ja onko vakuutuksen omistamisella vaikutusta yksityisen- tai julkisen terveyspalvelun valintaan. Analysoitiin, onko lääkäripalvelujen kysyntä ja kulutustyyli luonteeltaan lähentyneet muiden palvelujen kulutustyyliä. Tutkimusaineistona oli Kuopion yliopiston PubPri-tutkimusryhmän 2005–2006 aikana keräämä kyselyaineisto (N=2799), joka kerättiin Helsingistä, Kuopiosta, Tampereelta, Turusta ja Oulusta. Poikkileikkausaineiston perusjoukon muodostivat 20–80-vuotiaat suomenkieliset kansalaiset.

Tilastollisina tunnuslukuina käytettiin frekvenssejä, keskiarvoja ja hajontalukuja. Tilastollisina analyysimenetelminä käytettiin ristiintaulukointia, perinteistä logistista regressioanalyysiä ja kaksivaiheista logistista regressioanalyysiä (2SLS). Taulukoissa esiintyvien erojen tilastollista merkitsevyyttä arvioitiin Khiin neliö -testillä. Logistisen regressioanalyysin ensimmäisessä vaiheessa arvioitiin vapaaehtoisen vakuutuksen hankinnan todennäköisyyttä. Toisessa vaiheessa arvioitiin terveyspalvelujen käytön todennäköisyyttä estimoimalla mallit palvelusektorin valinnasta, perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen käytöstä ja sairaalapalvelujen käytöstä.

Vapaaehtoisen vakuutuksen hankintaan vaikuttavat tilastollisesti erittäin merkitsevästi ikä, yli 2001 euroa olevat kotitalouden bruttotulot, alempi opistotason tutkinto tai sitä korkeampi koulutus ja muiden palvelujen kuluttaminen. Vakuutuksen hankinta ja muu kuluttaminen nostavat yksityiselle terveyspalvelusektorille hakeutumisen todennäköisyyden 7,5-kertaiseksi ja yksityislääkäripalvelujen käytön todennäköisyyden 11,1-kertaiseksi, tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla. Todennäköisyys käyttää perusterveydenhuollon lääkäripalveluja kasvaa 21,2-kertaiseksi. Vapaaehtoisen vakuutuksen todennäköisyyden kasvaessa yhdellä yksiköllä, perusterveydenhuollon käyntimäärät lisääntyvät vastausten luokasta toiseen 1,8-kertaisesti. Edelliset todennäköisyydet toteutuvat, kun kaikki muut tekijät vakioidaan. Sairaalapalvelujen käytöstä ei löytynyt tilastollista yhteyttä.

Tutkimuksen mukaan kaupunkilaisten vapaaehtoisen vakuutuksen hankinta yhdistyy terveyspalvelujen kuluttamiseen. Osalla kuluttajista perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen- ja muiden palvelujen kulutustyyli ovat lähentyneet.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences
Department of Social and Health Management,
Health Economics

KOKKONEN, TUOVI: The impact of voluntary insurance and consumption style on the use of health services

Master's thesis, 87 pages, 7 appendices (10 pages)

Advisors: Hannu Valtonen PhD, Jari Vuori HTT

March 2011

Keywords: health services, consumers, voluntary insurance, consumerism

The purpose of the present study was to examine whether the choice of health services by individuals holding a voluntary insurance policy differs from the other consumption choices of such individuals and whether the holding of an insurance policy bears significance on the choice between a private and a public health service. The study analysed whether the demand and consumption patterns of medical services have converged with the consumption patterns of other services. The research data consisted of the survey data (N=2,799) collected by the PubPri research group of the University of Kuopio in Helsinki, Kuopio, Tampere, Turku and Oulu during 2005–2006. The reference population for the cross-sectional data consisted of Finnish-speaking citizens aged 20 to 80 years.

Frequencies, mean values and measures of dispersion were used as the statistical parameters. Cross-tabulation, conventional logistic regression analysis and two-stage least squares (2SLS) regression analysis were used as the statistical analysis methods. The statistical significance of the differences present in the tables was assessed using the chi-square test. The first stage of the logistic regression analysis assessed the probability of taking out a voluntary insurance policy. The second stage assessed the probability of attending health services by estimating models for the choice of the service sector, the use of primary health care medical services, and the use of hospital services.

Statistically highly significant factors contributing to the decision to take out an insurance policy included age, a monthly household gross income in excess of EUR 2,001, a degree of lower post-secondary level or higher, and the consumption of other services. The taking out of an insurance policy and other consumption increased the probability to opt for the private sector to 7.5-fold and the probability to attend private medical services to 11.1-fold at a statistically highly significant level. The probability of attending primary health care medical services increases to 21.2-fold. A one unit increase in the probability of taking out voluntary insurance is matched by a 1.8-fold increase in the number of primary health care attendances between response categories. These probabilities are realised when all the other factors are standardised. No statistical connection was found for the use of hospital services.

The study shows that taking out voluntary insurance correlates with the consumption of health services among the urban population. For some consumers, the consumption patterns of primary health care medical services and other services have converged.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS JA TOTEUTUS.....	5
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1 Kuluttajatyypit	8
3.1.1 Kuluttajatyypin juridiiikan näkökulmasta	9
3.1.2 Kuluttajatyypin sosiologian näkökulmasta.....	12
3.1.3 Kuluttajatyypin historian näkökulmasta	16
3.1.4 Kuluttajatyypin taloustieteen näkökulmasta	18
3.1.5 Moderni konsumeristinen kuluttajatyypin	22
3.2 Yhteenveto kuluttajan valintaan vaikuttavista tekijöistä	28
4 TERVEYSPALVELUIDEN RAHOITUS.....	30
4.1 Rahoituksen kerääminen.....	31
4.2 Vakuutus	33
4.3 Moraalinen vaara ja vakuutettujen valikoituminen.....	35
5 KIRJALLISUUSKATSAUS.....	37
6 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT.....	42
6.1 Muuttajat	43
6.2 Menetelmät	50
6.3 Validiteetti ja reliabiliteetti	52
7 TULOKSET	54
7.1 Tulot ja kulutustyyli.....	54
7.2 Tulot ja vakuutus	55
7.3 Vakuutus ja kulutustyyli	57
7.4 Vapaaehtoisen vakuutuksen todennäköisyyteen vaikuttavat tekijät	59
7.5 Palvelusektorin valinta	61
7.6 Perusterveydenhuollon palvelujen käyttö	62
7.7 Sairaalapalvelujen käyttö.....	64
8 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	66
9 POHDINTA.....	70
LÄHTEET	73
LIITTEET	78

KUVIOT

Kuvio 1. Terveyspalveluiden käyttöön vaikuttavat tekijät	5
Kuvio 2. Regressioanalyysin malli	6
Kuvio 3. Kuluttajan optimaalinen valinta	22
Kuvio 4. Ikäjakauma	43
Kuvio 5. Koulutus	44
Kuvio 6. Tulojen jakauma / kotitalous / eur	45
Kuvio 7. Palvelujen käyttö	49
Kuvio 8. Tulot ja palvelujen käyttö	54
Kuvio 9. Vakuutus ja palvelujen käyttö	58

TAULUKOT

Taulukko 1. Kuluttajatyypien vertailu	27
Taulukko 2. Charles´ s et al. 1999 päätöksentekomalli	37
Taulukko 3. Ikäjakauma	43
Taulukko 4. Koulutus	44
Taulukko 5. Tulojen jakauma / kotitalous / eur	45
Taulukko 6. Vakuutukset	46
Taulukko 7. Julkisen ja yksityisen palvelusektorin valinta	47
Taulukko 8. Terveyspalvelujen käyttö	48
Taulukko 9. Palvelujen käyttö	49
Taulukko 10. Viimeksi käytetty hoitopaikka ja kotitalouden tulot	55
Taulukko 11. Vakuutus ja kotitalouden tulot	56
Taulukko 12. Vakuutus ja lääkäripalvelujen ja yksityislääkäripalvelujen käyttö	57
Taulukko 13. Vapaaehtoisen vakuutuksen todennäköisyydestä estimoitu malli	60
Taulukko 14. Sektorin valinnan todennäköisyydestä estimoitu malli	61
Taulukko 15. Perusterveydenhuollosta estimoidut mallit	63
Taulukko 16. Sairaalapalvelujen käytön todennäköisyydestä estimoidut mallit	65
Taulukko 17. Yhteenvedo 1. vaihe	69
Taulukko 18. Yhteenvedo 2. vaihe	69

LIITTEET

Liite 1. Aineisto	78
Liite 2. Muuttujat	79
Liite 3. Lääkäripalvelujen korrelaatiot	83
Liite 4. Muiden palvelujen korrelaatiot	84
Liite 5. Jokin vapaaehtoinen vakuutus: Taulukko 1	85
Liite 6. Jokin vapaaehtoinen vakuutus: Taulukko 2	86
Liite 7. Vapaaehtoinen tapaturma-, henki- tai sairausvakuutus	87

1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tehtävä on tutkia, miten vapaaehtoisen vakuutuksen hankkiminen yhdistyy terveystalvelujen kuluttamiseen, ja onko muun kulutuksen tyylin ja terveystalvelujen kulutuksen välillä yhteyttä. Tutkitaan onko terveystalvelujen kysyjällä palveluun liittyvää päätösvaltaa, mitä tässä tutkimuksessa kutsutaan konsumerismiksi. Teoria pohjautuu taloustieteen kuluttajan valintateoriaan, jota täydennetään sosiologisella näkökulmalla kuluttajan käyttäytymisestä. Terveystalvelujen tarvetta, kysyntää, tarjontaa, markkinoita ja konsumerisimia käsitellään luotujen kuluttajatyypien avulla, joita tarkastellaan juridisesta, sosiologisesta, historiallisesta ja taloustieteellisestä näkökulmasta. Terveystalvelujen rahoitusta tarkastellaan, koska vakuutus on osa kokonaisrahoitusta ja nykyaikainen terveystalvelujen kuluttaja, joka ottaa vapaaehtoisen vakuutuksen rahoittaa samalla terveystalveluja ja kantaa riskejä aiempaa enemmän.

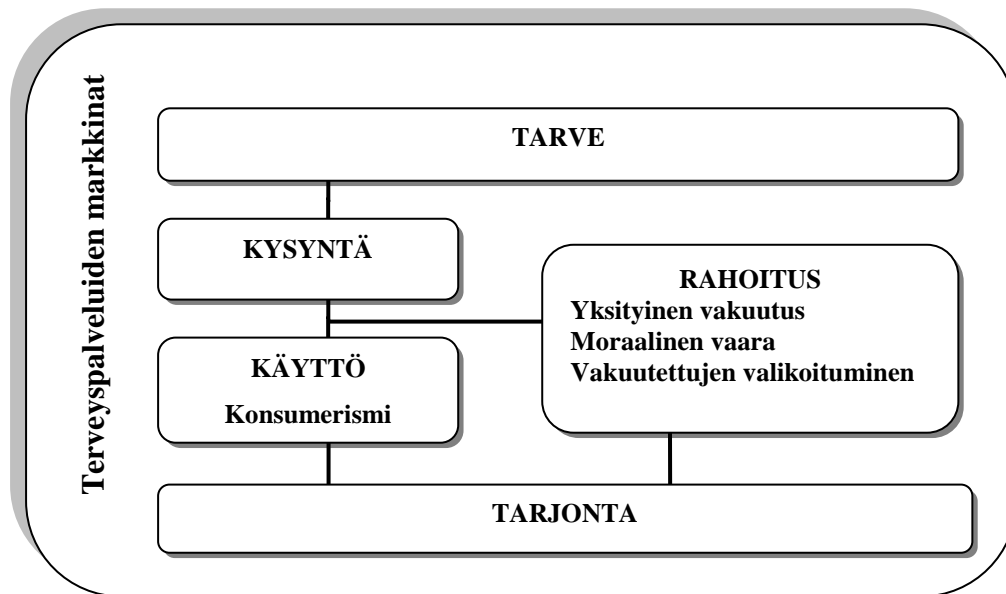
Tutkimukseen käytetty kyselyaineisto (N=2799) on kerätty vuosien 2005–2006 aikana osana PubPri-tutkimusryhmän projektia ”Julkiset, yksityiset ja hybridit terveydenhuollon muodot” (Liite 1.). Kyselyssä selvitettiin kansalaisten terveystalveluja koskevia valintoja. Tämä tutkimus kuuluu osana PubPri-tutkimusryhmän hankkeeseen ”Sosiaali- ja terveydenhuollon julkisten ja yksityisten organisaatioiden johtaminen, talouden ja toiminnan vertailu”. Professori Jari Vuoren PubPri-tutkimusryhmä toteuttaa hanketta, missä tutkitaan julkisten ja yksityisten sosiaali- ja terveystalvelutuottajien tehokkuus- ja vaikuttavuusvertailuja ja kansalaisten palvelukokemusten sekä preferenssien vertailua. (Vuori 2005.)

On mahdollista, että kansalaisille on syntymässä tarve ottaa lisävakuutus turvaamaan terveystalvelujen saantia. Kansalaisten sekä tiedontaso että varallisuus ovat nousseet, mutta myös heidän tottumuksensa ja vaatimuksensa ovat muuttuneet, mikä herättää kysymään, ovatko kansalaiset entistä halukkaampia osallistumaan itseään koskeviin päätöksiin myös terveydenhuollossa. Tutkimusaiheen kiinnostavuutta lisää se, että terveystalvelujen kulutustyylin muutosta on tutkittu vähän. Toivonkin tutkimukseni tuottavan lisäymmärrystä siitä, ovatko terveystalvelujen kulutustottumukset

muuttumassa normaalituotteiden kulutustyylin kaltaisiksi. Tutkimus voi mahdollisesti myös valottaa kuluttajan päätöksenteon sosiaalista prosessia ja sen muutosta.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS JA TOTEUTUS

Oheisessa kuviossa esitetään ne teoreettiset käsitteet, joiden katsotaan tässä tutkimuksessa vaikuttavan olennaisesti terveystalvelujen käyttöön. Terveystalvelujen tarvetta, kysyntää, käyttöä, konsumerismia ja tarjontaa, jotka toteutuvat terveystalveluiden markkinoilla, käsitellään luotujen kuluttajatyyppeiden avulla. Terveystalvelujen rahoituksen yhteydessä tarkastellaan yksityistä vakuutusta, moraalista vaaraa ja vakuutettujen valikoitumista. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Terveystalveluiden käyttöön vaikuttavat tekijät

Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia onko vapaaehtoisen vakuutuksen hankinnalla vaikutusta yksityisen- tai julkisen terveystalvelun valintaan. Tutkitaan, eroaako terveystalvelujen valinta vakuutuksen haltijan muista kulutusvalinnoista. Tutkimuksen tarkoitus on lisäksi analysoida, ovatko lääkäripalveluiden kysyntä ja kulutustottumukset luonteeltaan lähentyneet normaalituotteiden kulutustyyliä.

Tutkimuksessa selvitettävä yleinen kysymys on, onko muun kulutuksen ja terveystalvelujen kulutuksen logiikka sama ja tätä selvitetään tutkimuksen empiirisillä kysymyksillä:

1. Millä kotitalouksien tuloryhmillä on vapaaehtoinen vakuutus?
2. Miten vakuutettujen lääkäripalveluiden käyttö jakautuu tarpeeseen nähden?
3. Vaikuttaako vakuutettujen tulotaso lääkäripalveluiden käyttöön?
4. Miten vapaaehtoisen vakuutuksen omistaminen vaikuttaa yksityisen ja julkisen terveystalouden valintaan?
5. Millä tavalla kulutustottumukset selittävät vapaaehtoisen vakuutuksen ottamista?
6. Onko kulutustottumuksilla yhteys lääkäripalveluiden käyttöön?

Tilastollinen analyysi suoritetaan oheisten mallien avulla (Kuvio 2.). Mallit operationalisoivat yllä esitetyn teoreettisen mallin.

Kaksivaiheinen regressioanalyysimenetelmä (2SLS):

$$Y_1 = \alpha_0 + \alpha_1 X_1 + \alpha_2 X_2 + \alpha_3 X_3 + \alpha_4 X_4 + \alpha_5 X_5 + u_1$$

$$Y_{2-8} = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 (\hat{Y}) + u_i$$

Y_1 = vapaaehtoinen vakuutus

(tapaturma- ja henkivakuutus, yksityinen sairausvakuutus, on = 1, ei = 0)

Y_2 = sektori: julkisen terveydenhuollon- tai yksityisen th:n sektorin käyttö,

Y_3 = perusterveydenhuollon käytön todennäköisyys, (kyllä = 1, ei = 0)

Y_4 = perusterveydenhuollon käytön määrä, [kyllä ≥ 1 (1, 2-4 tai ≥ 5 krt), ei = 0]

Y_5 = yksityislääkäripalvelujen käytön todennäköisyys, (kyllä = 1, ei = 0)

Y_6 = sairaalapalvelujen käytön todennäköisyys, (kyllä = 1, ei = 0)

Y_7 = sairaalapalvelujen käytön määrä, [kyllä ≥ 1 (1, 2-4 tai ≥ 5 krt), ei = 0]

Y_8 = yksityissairaalapalvelujen käytön todennäköisyys, (kyllä = 1, ei = 0)

α_0, β_0 = vakio

α_1 - α_5 ja β_1 - β_5 = muuttujien painokertoimia

X_1 = ikä

X_2 = sukupuoli

X_3 = luokitellut kotitalouden bruttotulot

X_4 = luokiteltu koulutus

X_5 = summamuuttuja 11 eri palvelusta (kulutustyyli)

\hat{Y} = ennusteet

u_i = jäännöstermi

Kuvio 2. Regressioanalyysin malli

Mallissa vastaajien sosioekonomisilla tekijöillä (X_{1-4}) ja kulutustyyllillä (X_5) selitetään sekä terveystalouden käyttöä että vapaaehtoista vakuutusta ja ne toimivat mallin eksogeenisinä muuttujina. Mallin selitettäviä muuttujia ovat vapaaehtoinen vakuutus

(Y_1) ja terveyspalvelujen käyttö (Y_{2-8}), joita tässä tutkimuksessa pidetään mallin endogeenisinä muuttujina.

Tutkimuksessa selvitetään, miten eksogeeniset muuttujat vaikuttavat endogeenisten muuttujien tasapainoon. Analysointiin tarvitaan kaksivaiheista regressioanalyysimenetelmän käyttöä (2SLS), koska käytetään kahta selitettävää muuttujaa ja oletetaan, että vapaaehtoisella vakuutuksella on vaikutusta terveyspalvelujen käyttöön.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksen teoria pohjautuu taloustieteen kuluttajan valintateoriaan, jota täydennetään sosiologisella näkökulmalla kuluttajan käyttäytymisestä. Kuluttajia tarkastellaan erilaisina kuluttajatyyppeinä juridisesta, sosiologisesta, historiallisesta ja taloustieteellisestä näkökulmasta. Terveyspalveluiden tarvetta, kysyntää, tarjontaa ja konsumerismia tarkastellaan luotujen kuluttajatyyppeiden avulla. Koska kuluttaja tekee päätöksensä markkinoilla, perehdytään myös terveyspalveluiden markkinoilla vallitseviin erityispiirteisiin.

3.1 Kuluttajatyypit

Kuluttajaa voidaan tarkastella esimerkiksi universaalina ekonomistisena ryhmänä tai 1700-luvulta laajenneen massahyödykekulttuurin luonnollisena tuotoksena tai sitten nykyisten yhteiskunnallisten muutosten tuloksena. Lisäksi kuluttajat voidaan nähdä uusliberaalin taloustieteen mukaan vapaiksi, Frankfurtin koulukunnan mukaan manipuloiduiksi tai jälkimodernistien mukaan diskursiivisesti rakentuviksi. (Trentmann 2008.)

Kuluttamiseen voidaan sisällyttää ns. konsumerismi (consumerism) -käsite, jolla viitataan englanninkielisessä kirjallisuudessa kulutuskeskeisyyteen ja kuluttajanäkökulman korostumiseen (Koivusalo et al. 2009, 217). Tässä tutkimuksessa konsumerismi nähdään potilaan/asiakkaan valinnanvapauden ja aktiivisuuden lisääntymisenä sekä tasavertaisempaan neuvotteluasemaan terveydenhuollossa. Konsumerismia tarkastellaan yksilön oikeuksina tehdä valintoja terveydenhuollon markkinoilla.

Kuluttajia tarkastellaan erilaisina kuluttajatyyppeinä sen mukaan, miten kuluttaja -käsitettä lähestytään eri tieteissä. Tutkimukseen on rajattu mukaan kuluttajatyypit, joiden kulutusta voidaan lähestyä juridisesta, sosiologisesta, historiallisesta tai taloustieteellisestä näkökulmasta. Teoriassa nimetään lisäksi kuluttajatyypiksi ns. moderni konsumeristinen kuluttaja, joka toimii perinteisen talusteorian mukaan rationaalisesti, mutta samalla hyödyntää konsumerismin mahdollistamaa päätösvaltaa

terveyspalveluja kuluttaessaan. Näin yhdistyy perinteinen taloustieteen kuluttajan valintateoria ja sosiologinen näkemys kuluttajan käyttäytymisestä. Kuluttajatyypin yhteydessä käsitellään terveyspalvelujen tarvetta, kysyntää, tarjontaa, markkinoita ja konsumerismia ko. kuluttajatyypin näkökulmasta.

3.1.1 Kuluttajatyypin juridiikan näkökulmasta

Juridiikan näkökulmasta terveyspalvelujen kuluttaja voidaan nähdä kansalaisena, jonka oikeuksia on turvattava lainsäädännön keinoin. Pyrkimyksenä on palvelun tuottajan ja kuluttajan roolien selkeyttäminen sekä edellytysten luominen, jotta kuluttaja saisi tarvitsemiaan palveluja oikeudenmukaisesti ja kykenisi käyttämään palveluja tarpeidensa mukaisesti.

Palvelunkäyttäjien osallistumista julkisissa palveluissa voidaan tarkastella ääripäissään kansanvaltaa painottavien mallien tai toisaalta kuluttajälhtöisten mallien avulla, sen mukaan, mihin osallistumisen oikeudet perustuvat: kansalaisuuteen, perusoikeuksiin vai yksilön oikeuksiin valita markkinoilla (Tritter 2009, 216–217).

Kansalaisella tarkoitetaan tietyn valtion kansalaisuuden omaavia ihmisiä, jotka voivat asua myös ko. valtion rajojen ulkopuolella. Kansalaisella on oikeus terveydenhuoltoon lakien sisältämissä rajoissa. Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 3 §; Koivusalo ym. 2009, 11.)

Julkinen sektori ja erityisesti kunnat kantavat Suomessa päävastuun terveyspalvelujen järjestämisestä. Ne järjestävät perus- ja erikoisterveydenhuollon palvelut koko maan alueelle. (Erikoissairaanhoitolaki 3§; Kansanterveyslaki 14§.)

Laki määrittelee myös potilaan. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 2 § määrittelee potilaaksi henkilön, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja tai on niiden kohteena. Koivusalon työryhmän mukaan potilas on sairas henkilö, tai hän on hoidettavana oleva sairas henkilö (Koivusalo ym. 2009, 11). Myös Tuorilan mukaan

sairaalahoitoa vaativaa henkilöä nimitetään potilaaksi. Potilas mielletään passiiviseksi hoidon vastaanottajaksi, joka on ilmaissut haluavansa hoitoa, jonka voidaan olettaa haluavan hoitoa tai jolla on velvollisuus alistua hoitoon. Lisäksi potilas nähdään passiivisena, tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden kohteena olevana henkilönä, jolla ei ole paljoa vaikutusmahdollisuuksia omiin asioihinsa. Palvelun tarjoaja toimii aktiivisena osapuolena ja agenttiasemansa oikeuttamana potilaan parhaaksi oman ammatillisen harkintansa mukaisesti. (Tuorila 2000, 32–33.)

Asiakkaalla tarkoitetaan henkilöä, joka hankkii terveys- ja sairaanhoitopalveluja (Tuorila 2000, 32). Koivusalon työryhmän mukaan termi asiakas liittyy henkilöön, joka on suhteessa johonkin yritykseen tai ammatinharjoittajaan, mikä tekee käsitteestä markkinalähtöisen termin. Hänen mielestä termi ei kata ihmisiä, jotka eivät vielä käytä terveydenhuollon palveluita, jotka kuitenkin voivat ja joilla on oikeus turvata terveydenhuollon palveluihin. (Koivusalo ym. 2009, 11.)

Kuluttaja ostaa palvelunsa markkinoilta tarjonnan mahdollistamana. Terveyspalvelujen markkinoilla kunnat vastaavat palveluiden järjestämisestä. Kunnat voivat järjestää palvelut joko yksin tai yhdessä valitsemiensa kuntien kanssa. On myös mahdollista, että kunnat ostavat palveluita yksityiseltä tai muulta terveysterveyspalveluita tuottavalta sektorilta. Julkiseen terveydenhuoltosektoriin kuuluvat: terveyskeskukset, terveyskeskuksen sairaalat, aluesairaalat, keskussairaalat ja yliopistolliset sairaalat. Perusterveydenhuoltoon sisältyy myös työterveyshuolto. Kunnat ovat velvollisia järjestämään myös erikoissairaanhoitopalvelut. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 1992/733.)

Sairaanhoitopiiri muodostuu alueellisesti jaetuista yllä mainituista palveluntuottajista. Sairaanhoitopiiri vastaa myös terveyskeskusten erityispalvelujen kehittämisestä, laadun valvonnasta, tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta. Yksityisen sektorin palveluntuottajat kuten lääkäriasemat ja työterveyshuolto täydentävät alueellista terveydenhuollon palvelujärjestelmää. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:36.)

Aiemmin valtio on edellyttänyt kuntien tuottavan kuntapalvelut kuntien organisaatioiden välityksellä. Valtava-uudistus vuonna 1984 antoi kunnille oikeuden

käyttää myös yksityisiä palveluntuottajia järjestäessään sosiaali- ja terveystalvulujaan. Valtionosuusuudistuksen jälkeen vuonna 1993 kunnat ovat voineet järjestää palvelunsa parhaimmaksi katsomallaan tavalla. Tämä on lisännyt yksityisen palvelutuotannon kasvua. Nykyisin mm. hammashoidosta suurin osa on yksityistä palvelutoimintaa ja työterveydenhuollossa yksityiset lääkäriasemat olivat vuonna 2006 suurin palveluiden tuottaja, vaikka huomioitavaa on, että julkinen sektori ja työnantajien omistamat työterveysasemat ovat samansuuruisia (Kela 2008). Yksityisen sektorin palvelutuotannossa on tapahtunut muutoksia. Lääkäriasemat mm. ketjuuntuvat, kirjautuvat pörssiin ja laajenevat ulkomaille, mikä synnyttää suuria palveluntuottajia. Perusterveydenhuoltoon perustetaan ns. vuokralääkäriyhtiöitä. Verotuksellisista syistä osalle perusterveydenhuollon palkkalistoilla oleville lääkäreille on alettu tehdä sopimuksia yrityksen kautta. (Ollila ym. 2009, 29.)

Palvelujen saatavuutta turvataan vuonna 2005 voimaantulleella hoitotakuulla, jonka perusteella potilaan hoidon tarve pitää arvioida terveystakeskuksessa kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta. Potilaan on päästävä tutkimuksiin tai tarvittaviin hoitoihin kolmen kuukauden kuluessa. Erikoissairaanhoidoa on tarjottava puolen vuoden kuluessa. (Kansanterveyslaki 15b §; STM 2004.)

Potilasvahinkolaki koskee potilaalle aiheutuneen henkilövahingon korvaamista potilasvakuutuksesta. Terveysten- tai sairaanhoidotoimintaa harjoittavilla on oltava vakuutus vastuun varalta (4 §). Korvausta suoritetaan henkilövahingosta, jos se on aiheutunut: tutkimuksesta, hoidosta tai muusta vastaavasta käsittelystä taikka sellaisen laiminlyönnistä, käytetyn sairaanhoidolaitteen tai -välineen viasta, käsittelyn yhteydessä alkaneesta infektiosta, tapaturmasta toimenpiteen yhteydessä tai sairaankuljetuksen aikana, hoituhuoneiston tai -laitteiston palosta tai vastaavasta hoituhuoneiston tai -laitteiston vahingosta, lääkkeen toimittamisesta määräysten vastaisesti, jos käsittelystä on seurannut pysyvä vaikea ja kohtuuttomana pidettävä sairaus, vamma tai kuolema. (Potilasvahinkolaki 1986/585 2 §, 4§.)

Kuluttajansuojalain mukaan kuluttaja määritellään luonnolliseksi henkilöksi, joka hankkii kulutushyödykkeen muuhun tarkoitukseen kuin harjoittamaansa elinkeinotoimintaa varten. Kulutushyödykkesanalla tarkoitetaan ”tavaroita, palveluksia sekä muita hyödykkeitä ja etuuksia, joita tarjotaan luonnollisille henkilöille tai joita

tällaiset henkilöt olennaisessa määrässä hankkivat yksityistä talouttaan varten”. (Kuluttajansuojalaki 1994/16, 4§, Kuluttajansuojalaki 1978/38, 3§.) Kuluttajansuojalaki on siten laadittu tavallisia hyödyke-, palvelumarkkinoita varten, kun taas edellä mainittu potilasvahinkolaki on laadittu terveystalouden markkinoita varten. Lainsäädännön erillisuus ei kuitenkaan estä terveydenhuollossa potilaan roolin muuttumista lähemmäksi perinteisen kuluttajan roolia.

3.1.2 Kuluttajatyypin sosiologian näkökulmasta

Offen mukaan kuluttajat muodostavat abstraktin luokan, eikä heitä voida nähdä selkeästi rajattuna tai jäsentyvänä ryhmänä. Lähes kaikki yksilöille ominaiset sosiaalisen toiminnan ulottuvuudet voivat määrittellä tätä luokkaa. Ihmiset samanaikaisesti sekä ovat että eivät ole kuluttajia. (Offe 1984, 228.)

Ilmonen mukaan kuluttaja kiinnostuu tavarasta tai palvelusta tarpeensa pohjalta. Tavaralla tai palvelulla on jokin käyttöarvo, jossa yhdistyvät sekä tavarantoiminnan ”todellinen” käyttöarvo että kuluttajan oma käsitys siitä. Kuluttaja arvioi käyttöarvoa sen mukaan, miten hankinta hyödyttää häntä senhetkessä tarpeessaan. Ostotapahtuma on mahdollinen vasta kun aiemmat kokemukset, oletukset ja todelliset tavarantoiminnan ominaisuudet sekä kunkin hetken ajankohtaiset tarpeet sopivat hyvin yhteen tarjolla olevan tavarantoiminnan kanssa. (Ilmonen 2007, 80.)

Kulutusvalinta voidaan jakaa samanaikaisesti toimiviksi mekanismeiksi, joita ovat tottumus (konventio), traditio, rutiini, tyyli ja muoti. ”Traditio ja tottumus ovat kollektiivisen muistin ilmentymiä, jotka esiintyvät arkea rytmittävinä ja toistuvina käyttäytymismuotoina.” Tottumusta ja traditioita ei kyseenalaisteta ja niitä toistetaan. Tästä seuraa, että kulutusvalinnassa ei tapahdu muutosta niin kauan kuin tottumukset ja traditiot hallitsevat ihmisten toimintaa. Traditiot voivat liittyä erilaisiin sosiaalisiin tilanteisiin kuten esim. jouluun tai voivat olla enemmän abstrakteja viittauksia kansalliseen kokonaisuuteen kuten esim. isänmaallisuuteen. Rutiinit ovat tapoja, joita on myös vaikea muuttaa. Kulutusrutiinien avulla kuluttaja elää hetkessä ja tekee kulutusvalintoja kuten ennenkin, ilman erityisesti mainittavaa syytä. Kuluttaja voi ratkaista modernin kulutuksen valintamekanismin kasvamisen siten, että hän turvautuu

tuttuihin rutiineihinsa. Samalla hän minimoi epävarmuuden tunnettaan ja helpottaa päätöksentekoaan. Rutiineiksi voi muodostua esim. merkkiuskollisuus tai ostopaikan valinta. (Ilmonen 2007, 180–203, 239.)

Kuluttajan lopulliseen valintatilanteeseen vaikuttaa kolme toisistaan riippumatonta tekijää, joista ensimmäinen on tilanteen tulkinta. Kuluttajan täytyy vakuuttua siitä, että hankinta on tarpeellinen. Toinen tekijä on käytössä olevat resurssit (tieto, aika, raha) ja kolmas on olemassa oleva tarjonta. Yllämainitut valintamekanismit, tottumus, traditio, rutiini, tyyli ja muoti kuuluvat ensimmäiseen tilanteen tulkintavaiheeseen. Kun kuluttajalle on selvää, minkä valintamekanismin mukaisesti hän aikoo toimia, on jo tapahtunut kuluttajan toiminnallinen ja ajatuksellinen jäsennys. (Ilmonen 2007, 242–243.)

Kulutustyyli muodostuu, kun ryhmälle muodostuu yhtenäinen ”maku”, joka muodostaa ryhmän sisällä kollektiivisen valintaperiaatteen ja kokonaisuuden eli kulutustyylin. Tulotason nousun myötä kyselytutkimuksissa (Lotti 1981, 4–5) on alettu luokitella vastaajia erilaisten elämäntyylien pääpainopisteen mukaisiin luokkiin kuten esimerkiksi: työhmiset, perheihmiset, seuraihmiset, liikunnalliset, tee-se-itse-ihmiset, ruoanlaiton harrastajat, ravinnosta kiinnostuneet terveysintoilijat, uskonnolliset, yhteiskuntaihmiset, luontoihmiset, muotitietoiset, laatutietoiset, kokeilijat, ja vaikuttajat. (Ilmonen 2007, 212–213.)

Kuluttajan rationaalinen harkinta on taloudellista rationaalisuutta, jonka avulla kuluttaja suhteuttaa tulojansa ja tavaroiden hintoja. Ilmonen suhtautuu kuluttajan valintateoriaan kriittisesti ja näkee siinä metodologisen puutteen. Hänen mukaansa tulot eivät johda automaattisesti rationaaliseen toimintaan, vaan kulutusvalintaa ohjaavat ylyksilölliset preferenssit ja sosiaaliset mekanismit kuten esim. julkisuus, muoti tai vallitseva tyyli. Talous luo pelkästään edellytykset kuluttajan valinnalle. Kuluttaja ei pysty toimimaan yksilöllisten preferenssiensä mukaisesti, sillä häntä ohjaavat taloudellisen rationaalisuuden lisäksi tavat, eettiset velvoitteet, kognitiivis-esteettiset mieltymykset, makutottumukset ja emotionaaliset impulssit. Lisäksi hyödykkeet voivat osallistua jopa sosiaalisen maailman rakentumiseen. Kuluttajan sitoutuminen hyödykkeisiin henkilö- tai ryhmäkohtaisesti on lisäksi muiden kuluttajien havaittavissa. Suhteemme hyödykkeisiin tarjoaa myös muille kuluttajille tietoa meistä ja erityisesti suhteestamme

hyödykkeisiin. Kulutus pystyy vaivihkaa jopa uusintamaan yhteiskunnallisia suhteita. (Ilmonen 2007, 115, 125–136, 282, 292, 307.)

Simmel pohti teoksissaan modernia elämäntyyliä ja konsumerismia mm. muodin näkökulmasta. Hänen mukaansa kaupunkien eriytyneen työnjaon ja kulutuksen kautta ihmiset kuuluvat moniin piireihin, mikä johtaa pirstoutumiseen ja ärsykkeiden kasvuun. Tuotteita valmistetaan siinä tarkoituksessa, että ne tulevat muotiin. Ihmiset ilmaisevat kuuluvansa tiettyyn joukkoon kuluttamalla muodinmukaisia tuotteita ja palveluita. Näin he samalla viestivät erottuvansa muista. Muodin muutokset syntyvät, kun alemmat yhteiskunnalliset ryhmät alkavat omaksua samaa muotia kuin ylemmät ryhmät. Tällöin ylemmät yhteiskuntaryhmät kääntävät selkänsä kyseiselle muodille ja omaksuvat uuden muodin, jonka avulla ne voivat jälleen erottua muista ryhmistä. (Simmel 1986.) Ilmonen mukaan kaikki eivät kuitenkaan seuraa muoteja, mutta voivat siitä huolimatta tehdä kulutusvalintansa tyyliinsä mukaisesti. Kuluttajat voivat jopa vastustaa muodinmukaisuutta ja irrottautua Simmelin mainitsemasta erottautumisen ja samaistumisen periaatteesta ja edustaa omaa tyyliään kriittisenä kuluttajana. (Ilmonen 2007, 230–231.)

Lepon työryhmän mukaan terveydenhuollossa uuden toimintamallin voimistuminen ei välttämättä tarkoita palvelujen tarvitsijoiden uusien mahdollisuuksien lisääntymistä tai ammattilaisten vaikutusvallan vähentymistä. Tutkimuksessaan he huomasivat, että ammattilaiset omaksuivat uusia käytäntöjä ja loivat samalla uuden roolimallin. Kuluttajien valinnan ja agenttisuhteen uudelleenmuokkaus voi myös jalostua arvokkaaksi ammattilaisen pääomaksi, uudenlaiseksi ”know-how:ksi”, joka voi osoittaa ammattilaisen työn merkityksen. (Leppo, Perälä 2009.)

Beresfordin mukaan konsumerismin ja demokratisoitumisen välillä on olemassa ideologinen kamppailu. Käsitteet kilpailevat osallistumisen käsitteellistämässä ja käytännöissä. Palveluiden tuottajat ja valtion hankkeet pohjaavat konsumeristiselle käsitykselle osallistumisesta, millä hän tarkoittaa, että hankitut tiedot ja näkemykset ihmisistä kansalaisina, potilaina ja palvelunkäyttäjinä ovat vallankäyttäjille kerättyä tietoa, jonka perusteella vallankäyttäjä voi joko ryhtyä toimiin tai jättää toimimatta. Olennaisena hän näkee, että valtaa ja päätöksentekoa ei tiedon keräyksen jälkeen jaeta uudelleen. (Beresford 2009, 251.) Myös Moldin mukaan kvasi-markkinoilta kerättyjen

potilastyytyväisyyskyselyiden perusteella julkinen päättäjä voi tehdä palvelutuotannosta päätöksen kuluttajan nimeen, mikä ”oikeuttaa” tehdyn päätöksen paremmin (Mold 2010).

Tritterin mukaan terveyspalvelujärjestelmää on aina uudelleenorganisoitu kustannusten hallitsemisen, tarpeisiin vastaamisen ja laadun parantamisen vuoksi. Terveystuotannon markkinat tarvitsevat ”valaistuneita” kuluttajia. Hän siteeraa Hendersonin työryhmän artikkelia, jonka mukaan terveydenhuollon ”hyvän kuluttajan” velvollisuutena on tehdä valintoja, hankkia riittävästi tietoa sekä käyttäytyä ennakoitavien tavoitteidensa mukaisesti. Tämä tarkoittaa kääntymistä sopivan asiantuntijan puoleen, asianmukaisten lääkkeiden käyttämistä ja huolehtimista omien terveystuotannon vähentämisestä. (Henderson&Petersen 2002, 3; Tritter 2009, 225–226.)

Sosiologian näkökulmasta markkinat ovat taloudellisia toimintoja koordinoivia apuvälineitä, jotka ovat historiattomia ja toisilleen anonyymejä yksilöitä tai yksiköitä, jotka kilpailevat keskenään ajaen omia etujaan tehden laskelmia ja rationaalisia arvioita itseään hyödyttävistä ratkaisuista. Erilaiset preferenssit pakottavat taloudelliseen vaihtoon. Toimijoiden eturistiriidat määrittelevät markkinahinnat. Markkinahinnat tulevat testatuksi kuluttajavalintojen myötä. Markkinoilla toimijat ovat autonomisia ja markkinahinnat muokkautuvat ilman toimijoiden henkilökohtaisia suhteita. Markkinat ohjaavat resurssit kysynnän mukaan. Ilman ulkopuolista puuttumista markkinoista muodostuu itseään sääteleviä, mikä lisää kaikkien vapautta yhteiskunnassa. (Ilmonen 2007, 36–37.)

Ilmosen mukaan talousteorian mukaista ideaalista markkinamallia ei ole olemassa muualla kuin talousteoretikkojen päissä. Yhteiskunnan on ratkaistava myös sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja yksilöllinen vapaus taloudellisen tehokkuuden lisäksi, jotta saavutetaan hyvä yhteiskunta. Lisäksi taloustieteilijöiden mallit ovat harhaisia, koska mallien laskelmien ulkopuolelle jätetään asioita, jotka voisivat vaikuttaa mallin lopputulokseen. Samalla taloustiede määrittelee, mikä on taloudessa enemmän tai vähemmän tärkeää. Tämä johtaa siihen, että talousteoreettiset mallit pikemminkin optimoivat taloudellista toimintaa kuin esittäisivät sen tehokkaana. Markkinat kuitenkin karsivat tehotonta liiketoimintaa parantaen kansantalouden tilaa paremmin kuin muut vaihtoehdot, ”eikä niistä ole siten syytä päästä eroon”. ”Markkinat ovat joustavin

järjestelmä edetä vaikkapa hieman ”sekoillenkin” epävarmassa ja monimutkaisessa maailmassa.” Hyvinvoinnin epätasaisen jakautumisen, etukäteen vaikeasti ennakoitavien riskien (tavaraväärennökset, virheellinen markkinointi), oman edun tavoittelun tuottamat moraaliset vaarat, epäinhimillisen- ja alistavan toiminnan poistamiseksi tarvitaan kuitenkin valtion tukitoimia ja valtion puuttumista markkinoiden toimintaan. (Ilmonen 2007, 60, 64–65, 400.)

3.1.3 Kuluttajatyypit historian näkökulmasta

Trentmann lähestyy kuluttajaa ja kuluttamista historiallisesta perspektiivistä. 1800-luvun puolivälin Britanniassa veronmaksajat, joita olivat varsinkin miespuoliset kiinteän omaisuuden omistajat ja julkisten palvelujen käyttäjät, ajoivat kuluttajan asiaa. Omaisuus määritteli kuluttajan ja poliittiset kytkökset olivat tärkeitä. Omaisuus liittyi kollektiivisiin identiteetteihin ja käsityksiin kuluttajan oikeuksista sekä hallinnon vastuullisuudesta. Trentmannin mukaan liiketoiminta, liberaalinen talouspolitiikka, mainonta tai valtio eivät selitä kuluttajan nousua, vaan kuluttajan identiteetin kasvu johtui Euroopan ja Yhdysvaltojen edunvalvontajärjestöistä, ostajaliitoista, vapaakauppayhdistyksistä ja kuluttajakasvatusliikkeistä. Esimerkiksi Saksan keisarikunnassa kuluttajalla oli vähäinen rooli, koska maassa oli voimakas yhtiöjärjestelmän perinne sekä kansakunta- ja tuottajalähtöinen näkemys kansalaisuudesta. Kuluttajat miellettiin vain yhdeksi erityisryhmäksi. Kuluttajaa ei pidetty myöskään toimijana tai identiteettinä maissa, joissa kuluttaminen nostettiin isänmaalliseksi kansalaisvelvollisuudeksi, kuten Kiinassa, jossa haluttiin voimistaa heikkoa valtiota tai Japanissa, jossa haluttiin edistää taloudellista modernisaatiota. Kansakunnan voimistaminen muodostui näissä maissa kuluttajan tavoitteeksi, mikä vahvisti paremminkin tuottajan ja isänmaanyhtävän identiteettiä kuin kuluttajaidentiteettiä. Britanniassa 1900-luvulla heikosta kuluttajaidentiteetistä alkoi kehitys tiedostavampaan, kestäväan kulutukseen – estämään kohtuutonta luontoa tuhlaavaa ja kuluttavaa kuluttamista. (Trentmann 2008.)

Kuluttajan kehityksen lähtökohdat ja nykyinen tilanne ovat maakohtaisia. Esimerkiksi 1800-luvun Britanniassa kuluttaja oli sitoutunut kaupan vapautteen voimakkaammin verrattuna nykyisiin kuluttajaliikkeisiin. Yhdysvalloissa valinnanvapaus liittyi

yhteiskunnallisen kulutuksen sosiaaliseen etiikkaan. Kiinan ja Japanin kuluttaja on kehittynyt tiedostavampaan, aktiiviseen suuntaan 1900-luvulla. Kuluttaja ei ole siten mikään luonnollinen tai yleismaailmallinen ryhmä, vaan sen sijaan hän on historiallisten identiteettien muotoutumisprosessien tuotos. Minkäänlaista universaalia kuluttajaa eikä maailmanlaajuisista kuluttajanhistoriaa ole edes olemassa. Rationaalisen kuluttajan kehitykseen vaikuttavat mm. eettiset käsitykset yksilöllisestä päätöksenteosta, yhteisölliset seikat, aineellinen hyödyntäminen ja yritystoimintaan kohdistuva kritiikki. (Trentmann 2008.)

Moldin mukaan Britanniassa potilaan rooli muuttui potilaskuluttajaksi 1960-luvulta lähtien potilasjärjestöjen ohjauksen, poliittisten päätösten ja potilaiden omien vaikutusten vuoksi. Ajatus potilaiden käyttäytymisestä kuluttajan lailla oli jo syntynyt 1950-luvun jälkeen. 1960- ja 1970-luvuilla potilasjärjestöt vaikuttivat potilaskuluttajan roolin rakentumiseen. Järjestöjen lähtöajatuksena oli, että autonomisella yksilöllä oli oikeus päättää oman kehonsa kohtalosta ja veronmaksajana hänellä oli oikeus päättää kuinka terveyspalvelut tulisi tuottaa. 1980-luvulla konservatiivinen hallitus rajoitti keskushallinnon roolia palvelujen tuottamisessa, vähensi julkisia kustannuksia, paransi julkisten palvelujen tehokkuutta ja lisäsi valvontaa. Nämä päätökset vaikuttivat potilaiden käyttäytymiseen. 1990-luvulla lisääntynyt julkisten palvelujen kaupallistaminen korosti yksilöllistä kuluttajan käyttäytymistä ja samalla hajotti kuluttajien yritystä edustaa itseään potilaskuluttajina. Kaupallistamisen myötä potilaskuluttajaryhmät omaksuivat reaktiivisen asenteen ennakoivan asenteen sijasta. (Mold 2010.)

Huolimatta siitä, että kulutuksen kehitys on aikaan ja paikkaan sidottu ilmiö, voitaneen länsimaissa nähdä osin yhtenäistä kehitystä laajoina muutoksina mm. potilaskuluttajan roolissa, potilaan ja lääkärin vuorovaikutuksessa ja potilaan ja palvelun tuottajan sekä poliittisten päättäjien vuorovaikutuksessa. Potilaan autonomiaan ja sosiaalisiin suhteisiin kiinnitetään huomiota, mikä edellyttää potilaiden osallistumisen mahdollistamista. Korostetaan potilaan saamaa informaatiota, epätasapainoa potilaslääkäri suhteessa ja potilaan valinnan rajoituksia. Konsumerismi yhdistetään itsekkääseen, enemmän materialistiseen omistamiseen, mutta myös poliittiseen päätöksentekoon. Kiinnitetään huomiota potilaan autonomiaan, hänen kykyynsä vaikuttaa omaan hoitoonsa, kollektiiviseen kykyynsä ohjata ja kehittää

terveyspalveluiden järjestämistä vaikuttamalla poliittisiin päättäjiin sekä mahdollisuuteen tehdä valintoja. (Mold 2010.)

3.1.4 Kuluttajatyypin taloustieteen näkökulmasta

Keynesiläisen -mallin mukaan kuluttaja kuluttaa tavaroita tai palveluksia muuhun kuin tuotantotarkoitukseen. Kotitaloudet ja kuluttajat kohdentavat tulonsa kulutukseen ja säästämiseen. Kuluttaja tekee valintansa kuluttajan valintateorian mukaisesti ottaen huomioon budjettirajoitteen, preferenssinsä (makunsa, arvostuksensa), hyötynsä maksimoinnin sekä tulojensa että hintojen muutosten vaikutukset.

Brommelsin työryhmän mukaan terveyspalvelujen kysyntä muodostuu kuluttajan ilmaistessa tarpeensa ja halunsa terveyspalvelujen markkinoilla. ”Terveyspalvelujen tarve on terveysongelma, johon vastataan terveydenhuollon menetelmin ja sellaisin menetelmin, joihin yhteiskunnalla on myös varaa.” (Brommels et al. 2005.) Myös Flynnin mukaan terveydenhuollon markkinoilla palvelut tarjotaan asiakkaan tarpeen eikä maksukyvyn mukaan. (Flynn 1992.)

Kysyntä muodostuu kuluttajan tarpeen perusteella ja budjetin rajoissa siten, että kuluttaja saa parhaan mahdollisen hyödyn ns. indifferenssikäyrällä, joka ilmaisee kuluttajan mieltymyksiä eli preferenssejä. Kuluttajan pyrkimys on saavuttaa korkein mahdollinen ja siten hyödyllisin indifferenssikäyrä. (Begg et al. 2005.)

Terveyspalveluiden kysyjä voidaan kutsua monilla eri nimillä, kuten mm. kansalaisiksi, asiakkaiksi, potilaiksi ja nykyisin jopa kuluttajiksi tai potilaskuluttajiksi. Tuorilan mukaan terveydenhuollossa potilaan rooli alkaa yhä enemmän muistuttaa kuluttajan roolia. (Tuorila 2000, 32.)

Terveydenhuollossa pyritään lisäämään kansalaisten mahdollisuuksia valita terveyspalveluidensa tuottajat. Kansalaisia on alettu kannustaa ostamaan palveluita myös yksityisiltä palveluntuottajilta, mikä tulee esille mm. palvelusetelien käyttöönoton myötä. Tulevaisuudessa potilas saattaa voida valita lääkäriensä ja terveyskeskuksensa. Valinnan mahdollisuuksien lisääntyminen voi toisaalta lisätä

kansalaisten eriarvoisuutta, mikäli esimerkiksi omavastuuosuutta kasvatetaan tai sen myötä vahvistetaan kanava yksityisen sektorin palveluiden käyttäjien ja tuottajien tukemiseksi. (Koivusalo ym. 2009, 9–10, 15.)

Perinteisen talousteorian mukaan täydellisillä markkinoilla hyödykkeiden ja palveluiden hinnat määräytyvät kysynnän ja tarjonnan perusteella. Yksittäiset yritykset pyrkivät saavuttamaan toiminnallaan mahdollisimman suuren voiton tarjoamalla tuotteitaan markkinoilla hinnalla, joka on hyödykkeen tuottamisen kannalta sen aiheuttamien rajakustannusten suuruinen. Kuluttajat pyrkivät osaltaan saavuttamaan mahdollisimman suuren hyödyn ostamalla tuotteita tai palveluita sellaisen määrän, jolla heidän viimeksi kuluttamastaan yksiköstä saamansa hyvinvoinnin lisäyksen arvo on yhtä suuri kuin hyödykkeen tai palvelun hinta. (Begg, Fischer, Dornbusch 2005.)

Hyvinvointiteorian mukaan markkinat toimivat tehokkaasti silloin, kun markkinoilla on riittävästi ostajia ja myyjiä, markkinoille on vapaa pääsy ja siellä on tarjolla homogeenisia tuotteita. Markkinoilla ei tule tällöin olla ulkoisvaikutuksia eli tuotannosta tai kulutuksesta ei saa syntyä hyötyjä tai kustannuksia kolmansille osapuolille. Tuotannossa ei pidä myöskään olla ns. kasvavia mittakaavaetuja, joiden avulla yritys voisi alentaa omia kustannuksiaan tuotantokokoa kasvattamalla ja ajaa näin ollen muut tuottajat ulos markkinoilta. Kuvattu tilanne vallitsee luonnollisen monopolin tilanteessa. Markkinoiden toimiessa tehokkaasti ei myöskään ilmene julkishyödykkeitä. Kansalaisten hyvinvoinnin vuoksi yhteiskunta voi ottaa tehtäväkseen huolehtia mm. siitä, että kuluttajia ohjataan kulutuspäätöksissä niin, että ulkoisia hyötyjä pyritään kasvattamaan ja ulkoisia haittoja vähentämään. (Begg et al. 2005, 267.) Eräsaaren mukaan terveydenhuollon järjestämisessä tarvitaan erityisiä yhteiskuntapoliittisia tukitoimenpiteitä. Yhteiskunnan toimivuus edellyttää yhteisiä päämääriä, kilpailun tuoman tarpeettoman irrationaalisuuden ja vapaamatkustamisen vähentymistä sekä investointeja. (Eräsaari 1996, 61.) Koivusalo työryhmineen toteaa, että markkinoistuminen ilman erillistä säätelyä tai resursointia voi siirtää resursseja sairailta terveille ja köyhiltä rikkaille, koska on taloudellisesti tuottavampaa tarjota palveluita terveille ja maksukykyisille (Koivusalo ym. 2009, 12.).

Terveydenhuollon markkinoilla vallitsee tiedon epäsymmetriaa palvelun käyttäjän ja tuottajan välillä. Tilanne, jossa palvelun tarvitsijalta puuttuu tietoa, jota hän joutuu

hakemaan palvelun tuottajalta, voi johtaa siihen, että palvelun tarjoaja tekee tarvitsijan puolesta päätökset. Kysymyksessä on agenttisuhde. Taloustieteessä tällaista tilannetta kuvataan siten, että palvelun tarvitsija ei tiedä palvelun tarjoajan hyvinvointifunktiota eikä palvelun tarjoaja tiedä tarvitsijan hyvinvointifunktiota. Hyvinvointifunktioiden tietämättömyys voi johtaa tilanteeseen, jossa palvelun tarjoajalla on mahdollisuus käyttää tietämättömyyttä omaksi hyödykseen. (Mooney 1992; Begg et al. 2005.)

Arrow'n mukaan tiedonasymmetrian vuoksi potilaan mahdollisuudet toimia hyvin informoituna kuluttajana ovat rajalliset terveydenhuollossa. Sairastumiseen liittyviä riskejä voidaan vain osittain hallita. Tutkijoiden mielestä on huomioitava, että paranemiseen liittyviä riskejä ei vakuuteta, eli potilaalta jää saamatta paranemisen mahdollistama hyöty, mikäli hän ei hoidosta huolimatta parane. Merkittävä osa terveydenhuoltoon liittyvään käyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä jää siten kokonaan tavallisten kulutusmarkkinoiden toiminnan ulkopuolelle. Tämän vuoksi kirjoittajat pohtivat Arrow'n päätelleen, että tavanomaisten kulutustavaroiden markkinoiden logiikka ei toimi terveydenhuollossa. (Valtonen, Kankaanpää, Linnosmaa 2010, 77–79.)

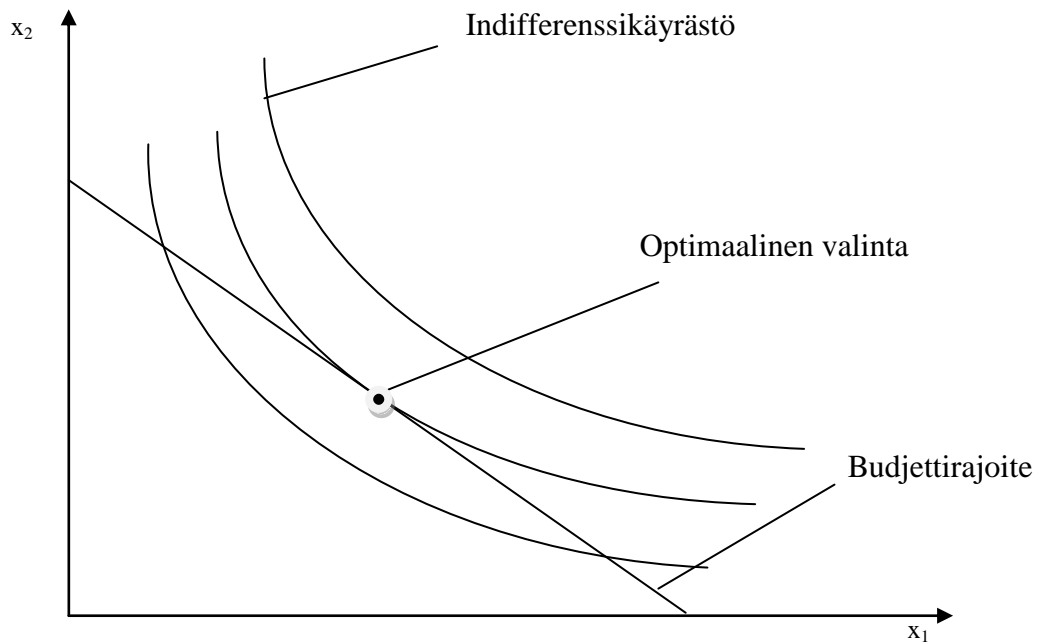
Talousteoriassa markkinoiden katsotaan epäonnistuvan, mikäli markkinamekanismi ei tuota ns. paretotehokasta resurssien allokaatiota eli voimavarojen kohdentumista. Markkinoiden epäonnistuminen, toisin sanoen tehoton resurssien allokaatio, voi johtua esimerkiksi kasvavista mittakaavaeduista eli skaalatuotoista, julkishyödykkeistä, ulkoisvaikutuksista tai epäsymmetrisestä informaatiosta. Terveydenhuollossa epäsymmetrinen informaatio voi muodostua merkittävimmäksi epäonnistumisen syyksi. Tulonjakoseikat saattavat toisinaan olla syynä markkinoiden lopputuloksen muuttamiselle, mitä ei kuitenkaan pidetä markkinoiden epäonnistumisena. Markkinamekanismin katsotaan teoriassa tuottavan tehokkaan resurssienjaon, mikä ei kuitenkaan takaa jaon oikeudenmukaisuutta. Hyvinvointipalveluiden organisoinnissa ja rahoittamisessa tulojen uudelleenjaon näkökulma on siten tärkeä. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2003:5, 18–23; Begg et al. 2005.)

Kuluttajan valintateoria

Taloustieteessä kuluttajan valintateoriassa tutkitaan kuluttajan käyttäytymistä ja hänen valintojentekoprosessiaan. Teorian mukaan kuluttaja toimii rationaalisesti ja pyrkii valinnoillaan maksimoimaan hyvinvointiaan. Kuluttajalla oletetaan olevan täydellinen informaatio kulutus päätösten rationaalisen päätöksenteon perustana. Täydelliseen informaatioon sisältyy mm. kuluttajan tulot, hyödykkeiden hinnat ja kuluttajan omat preferenssit. (Begg, Fischer & Dornbush 2008, 75.) Taloustieteessä tunnustetaan kuitenkin myös se tosiasia, että kuluttajan rationaalisuus on rajoittunutta, sillä kuluttaja voi tehdä päätöksissään myös systemaattisia virheitä. Tästä huolimatta kuluttaja voi tehdä päätöksiä ja toimia erilaisissa tilanteissa tietämättä kaikkia tarvittavia asioita. Ihmistä ei voi pitää täysin rationaalisenä agenttina. (Douma et al. 2002.)

Kuluttajan teorian mukaan kuluttajat valitsevat parhaan hyödykeyhdistelmän niistä, joihin heillä on varaa. Tästä seuraa, että teoria jakautuu kahteen osaan: budjettirajoitteeseen, joka osoittaa mihin kuluttajalla on varaa ja parhaaseen hyödykeyhdistelmään, joka osoittaa kuluttajan preferenssit. Kuluttajan teorian tehtävänä on myös ennustaa, kuinka taloudellinen käyttäytyminen muuttuu, kun taloudellinen ympäristö muuttuu. (Varian 2003; Begg 2008.)

Mikäli yksinkertaista kahden hyödykkeen kulutuskoria merkitään (x_1, x_2) saadaan kuluttajan hyötyfunktiksi $f(u(x_1, x_2))$, joka esittää kuluttajan preferenssejä. Mikäli kahden tuotteen hintoja merkitään vastaavasti vektorein (p_1, p_2) , ja käytettävissä olevia tuloja merkitään skalaarilla m , saadaan muodostettua budjettirajoite yhtälöllä $p_1x_1 + p_2x_2 \leq m$. Teorian mukaan, kuluttaja valitsee optimaalisen eli parhaan mahdollisen hyödykeyhdistelmän, johon hänellä on varaa. Matemaattisesti tämä tapahtuu budjettisuoran ja indifferenssikäyrän tangeeraus pisteessä. Optimivalinta on kysytty hyödyke kori. Optimiehdolla $MRS = -p_1 / p_2$. Mikäli kuluttaja valitsee kulutuskorin budjettisuoran sisäpuolelta, hänelle jää säästöjä (Kuvio 3.). (Varian 2003.)



Kuvio 3. Kuluttajan optimaalinen valinta

(Varian 2003.)

Sijoitetaan terveys kuluttajan hyötyfunktioon. Yksilöiden katsotaan tuottavan terveyttä yhdistelemällä terveyspalveluiden markkinoilta saatavia panoksia kuten esimerkiksi terveyspalveluja tai toimenpiteitä. Terveys voidaan nähdä kulutushyödykkeen lisäksi myös investointihyödykkeenä, jonkinlaisena perittynä terveysvarantona, joka ei säily ilman jatkuvaa terveyden tuottamista terveyspanoksia yhdistelemällä. Hyödykkeiden ja palvelujen kysyntään terveyspalveluiden markkinoilla vaikuttavat mm. henkilökohtainen terveysvarantojen tilanne, hinnat, tulot ja koulutus. (Häkkinen 1991, 208; Häkkinen 1992, 32–36.)

Tällöin kuluttajan hyötyfunktio voidaan ilmaista $U = U(c, h(m, x))$, jossa

- c = muiden markkinoilla olevien hyödykkeiden määrä,
- h = terveydentuotannon määrä,
- m = terveyspalveluiden määrä,
- x = kuvaa muita terveyden tuottamisessa tarvittavia panoksia

3.1.5 Moderni konsumeristinen kuluttajatyyppe

Terveyspalvelun kysyntä nähdään terveyden tarpeesta johdetuksi kysynnäksi. Terveyttä ei voida ostaa, joten sen sijaan ostetaan terveyspalveluja. Kansalaisten tiedon ja taitojen kasvu sekä aktiivisuuden lisääntyminen edistävät myös terveyspalveluiden kysynnän

aktiivista toimimista, sekä valinnanvapauden että itsenäisen määräysvaltansa käyttämistä myös terveystalouden markkinoilla. Tässä tutkimuksessa oletetaan, että ns. moderni konsumeristinen kuluttajatyyppejä käyttäytyy kuten edellä esitellyn talousteorian mukainen rationaalinen kuluttaja, mutta tämän lisäksi hän hyödyntää valinnanvapauttaan sekä itsenäistä määräysvaltaansa, jotka liittyvät olennaisesti konsumerimi-käsitteeseen.

Koivusalon työryhmän mukaan kuluttaja on henkilö, joka käyttää hyödykkeitä omien tarpeidensa tyydyttämiseen (Koivusalo ym. 2009, 11). Tuorilan mukaan terveydenhuollon kuluttaja voidaan nähdä aktiivisena toimijana pikemmin kuin perinteisenä passiivisena potilaana ja hoidon vastaanottajana, mutta tämä mainittu toimeliaisuus ei tee kuluttajasta kuitenkaan ”puhdasveristä” kuluttajaa kuluttajasuojalain mukaisesti. Kuluttajan rooliin liitetään yksilöllisyys, erilaisuus, usko itseensä, halu käyttää taloudellisia mahdollisuuksia hyväksi ja aseman myötä terve itsekkyys sekä vastuu tekojen seurauksista. Myös terveydenhuollon kuluttaja selvittää hoitovaihtoehtoja, hintoja, lääkäreiden ja sairaaloiden hoitotuloksia, asiakkaiden kohtelua, ilmapiiriä ja mahdollisesti hoidon laatua. (Tuorila 2000, 33–34.) Toivianen mukaan kuluttaja eroaa potilaasta siten, että hänellä katsotaan olevan tietoa ja kyky valinnan suorittamiseksi ja kuluttajan valinnalla on vaikutusta palvelun tarjoajaan. (Toivianen 2007, 17.) Guon mukaan terveystalouden kuluttaja on kuka tahansa, joka vastaanottaa tai jolla on mahdollisuus vastaanottaa terveystalouksia riippumatta siitä maksetaanko palvelusta aiheutuneet kustannukset suoraan vai epäsuorasti (Guo 2010).

Tuorilan mukaan ”potilaskuluttaja on ainutkertainen ja oman elämänsä tarkoitusta ja päämäärää toteuttava persoona.” Potilaskuluttaja suunnittelee ja arvottaa asioita, hän on tietoinen itsestään ja ympäristöstään. Käsitteeseen liittyy potilaan asemaan liittyvä sidonnaisuus asiantuntija-agentin päätösvallassa. Potilaskuluttajakäsite korostaa samalla kuluttajanolemuksen valinnanvapautta ja itsenäistä määräysvaltaa. Hänen mukaansa nykyaikaisilta palvelujen käyttäjiltä puuttuu aiempien sukupolvien auktoriteettiä, mikä on johtanut suurempaan haluun käyttäytyä kuluttajamaisesti asioidessa terveystalouksia tarjoavien kanssa. (Tuorila 2000, 36–37.)

Kuluttajan tarve on Brommelsn työryhmän mukaan sidonnainen käyttötarkoitukseensa ja siksi eri tieteenalat lähestyvät käsitettä omalla tavallaan; esimerkiksi

terveystaloustieteen näkökulma korostaa sitä, että tarpeen ilmaantuessa terveystalouden käyttäjällä on kyky hyötyä terveystaloudesta. Terveystaloudessa suunnataan niukkoja resursseja sellaisiin menetelmiin ja käyttäjille, jotka hyötyvät eniten annetusta palvelusta. Tarve on olemassa vain, mikäli palvelulla on positiivinen terveystaloudellinen hyöty, jolloin palvelun avulla potilas saa ehkäisevää, lievittävää, parantavaa tai hoivan tarvetta tyydyttävää vaikutusta. Mikäli ongelmaan ei ole ratkaisua, ei myöskään nähdä, että tarvetta olisi olemassa. Lisäksi voidaan rajata potilaan oikeus vain palveluihin, joihin yhteiskunnalla on päätetty olevan varaa. (Brommels et al. 2005.)

Tarvetta voidaan lähestyä myös sairauslähteisestä näkökulmasta: tarve on olemassa silloin, kun ilmenee terveystaloudellinen ongelma, joka edellyttää hoitoa. Asiantuntijalähtöisessä tarpeenmäärittelyssä tarpeen tulee olla objektiivisesti määriteltävissä ja arvion suorittaa joku muu terveystalouden käyttäjän sijasta. Mikäli tarvetta halutaan tarkastella oikeudenmukaisuusnäkökulmasta, lähestytään terveyttä ja terveystalouksien käyttöä maantieteellisillä ja sosioekonomisilla eroilla. Tarjontalähtöiseen näkökulmaan liittyy oletus, että kaikkiin tarpeisiin löytyy ratkaisu. Käyttäjälähtöisessä näkökulmassa korostetaan käyttäjän kokemuksia, näkemyksiä, odotuksia ja arvoja, joten keskeistä on käyttäjän itse havaitsema subjektiivinen tarve. Käyttäjälähtöinen tarve voidaan jaotella vielä koettuihin tarpeisiin ja ilmaistuihin tarpeisiin. Koetulla tarpeella tarkoitetaan potilaan omaa kokemusta hoidon tarpeesta. Kun taas ilmaistulla tarpeella kuvataan potilaan esittämää pyyntöä ja vaatimusta palvelun tarjoajalle. Koetut ja ilmaistut tarpeet vaihtelevat kulttuurin ja maantieteellisen sijainnin mukaan. (Brommels et al. 2005.)

Palveluiden tarjontapuolen kehitys kilpailuttamisineen ja ulkoistamisineen voi ohjata perinteistä potilaan käyttäytymistä enemmän kuluttajakäyttäytymissuuntaan. Ollilan työryhmän selvityksen mukaan yksityisen ja julkisen sektorin kilpailuaseman pelätään häiriintyvän mm. siksi, että kunnallisilla tilaajilla on usein kysyntämonopoli ja mikäli tuottajakin on julkinen, voi syntyä bilateraalaisia monopoleja. Mittakaavaetuja saattaa esiintyä esim. laboratoriopalveluissa. Julkinen sektori pystyy hyödyntämään mm. oppilaitosten harjoittelukäytännön kautta halvempaa työvoimaa. Lisäksi julkiselta sektorilta ja kolmannelta sektorilta puuttuu voitontavoittelu, mikä voi johtaa edullisempaan asemaan yksityiseen sektoriin nähden. Kolmas sektori voi käyttää työvoimukseen vapaaehtoistyöntekijöitä tai jopa työttömiä. Epäilyjä on esitetty myös julkisen sektorin hinnoittelusta ja sen kustannusten kattamisista, eli palvelujen

myynnistä todellisia kustannuksia halvemmalla. Yllämainittuihin ilmiöihin on puututtu mm. seuraavin toimin; asiakasmaksuja julkisella sektorilla on korotettu ja sidottu kansaneläkeindeksiin, yksityisestä hammashuollosta saatavia Kelan korvauksia on korotettu, jolloin asiakkaille jäävä maksuosuus on pienentynyt ja palvelusetelin käyttöaluetta ehdotetaan laajennettavaksi. Kyseisillä muutoksilla pyritään lisäämään yksityisen sektorin kilpailuasemaa. (Ollila ym. 2009, 34.)

Yksityisen palvelutuotannon lisäämisen tarvetta perustellaan sillä, että vahva kotimainen tuotanto mahdollistaa terveydenhuoltoteollisuuden menestyksen myös ulkomailla ja julkisen sektorin vahva asema estää yksityisen palvelusektorin vientimenestystä. (Ekroos & Partanen 2006).

Konsumerismilla voidaan tarkoittaa taloudellista näkemystä, jonka mukaan runsas kuluttaminen on eduksi niin ihmisille kuin taloudelle. Uusliberaalisen konsumerismin kannattajat näkevät, että markkinahenkinen, rationaalinen julkisten palvelujen kuluttaja saa lisää valtaa, julkiset instituutiot demokratisoituvat ja valinnanmahdollisuudet ja tehokkuus lisääntyvät (Trentmann 2008). Tällainen väite johtaa ajatukseen, että kulutus pitää yhteiskunnan toimintakykyisenä. Ilmosen mukaan kulutus pystyy vaivihkaa jopa uusintamaan yhteiskunnallisia suhteita (Ilmonen 2007, 282). Taloustieteen mukaan kuluttajat pyrkivät preferenssiensä mukaisesti saavuttamaan mahdollisimman suuren hyödyn ostamalla tuotteita tai palveluita ja tähän markkinoiden tulee sopeutua (Begg et al. 2005).

Guon mukaan konsumerismi on käsite osallistuvasta kuluttajasta terveydenhuollon päätöksentekoprosessissa. Se mahdollistaa laajemmat taloudelliset insentiivit, informaation hinnoista, laadusta ja vaihtoehdot hoidoista, jotta kuluttajat voivat ottaa suuremman vastuun terveydestään. (Guo 2010.) Konsumerismi -käsitettä käytetään silloin, kun halutaan korostaa potilaan asemaa ja valinnanvapautta. Nykyisin kuitenkin korostetaan potilaan osallistumista. Kuluttajat kyseenalaistavat perinteisen potilaan roolin olemalla aktiivisia ja omaavansa sekä tietoa että valinnanvapautta. Potilas on halukkaampi tasavertaiseen neuvotteluun esim. lääkärin kanssa tai hän on jopa halukas sanelemaan oman hoitonsa. Valveutunut potilas edellyttää lääkäriltä asiantuntemusta sairauden tunnistamisessa ja sen hoitamisessa, mikä haastaa lääkärin vastavuoroiseen kommunikointiin. Lääkäreihin suhtaudutaan kuin konsultteihin, jotka tukevat

potilaita/kuluttajia heidän valinnoissaan. Mikäli potilaiden halutaan muuttuvan aktiivisiksi kuluttajiksi, heillä olisi oikeus valita myös hoitava lääkäri, mikä merkitsisi muutosta terveystalouden ja terveydenhuollon palvelutarjonnassa. (Toiviainen 2007.) Tuorilan mukaan nykyaikaisilta terveystalouksien käyttäjiltä puuttuu aiempien sukupolvien auktoriteettiä, mikä johtaa kuluttajamaiseen käyttäytymiseen. (Tuorila 2000, 36–37.)

Mechanicin mukaan kuluttajan asemaa ja valinnanvapautta vaikeuttaa kuluttajan rajoitukset ymmärtää monimutkaista informaatiota sekä tietämättömyys käytettävissä olevasta teknologiasta. Hintojen vertailun kuluttajat kokevat helpoksi. He ovat herkkiä lisämaksuille ja vaihtavat suunnitelmiaan hoitokustannusten noustessa. Laatu kuluttaja ei osaa suhteuttaa terveystalouden hintaan, eikä hän osaa arvioida laatuinformaatiota, eikä ennakoita tulevaisuuden tarpeitaan. Lisäksi kuluttajat kokevat terveystalouksien kokonaisuuksista kertovat tilastot epäolevaisiksi. Sen sijaan kuluttajat arvottavat terveystalouksien laatua henkilökohtaisten lääkäriensä ja spesialistiensä kautta. Kuluttajat haluaisivatkin enemmän sellaista tietoa, joka tukisi heidän valintojaan terveystalouksien valinnoissa. (Mechanic 1989, Mechanic 2002.)

Sairausvakuutuksen osittain korvaamat yksityiset lääkäripalvelut ovat luoneet valinnanvapautta niille kuluttajille, joilla on mahdollisuus käyttää ko. palveluita. Kuluttajat voivat valita minne ja kenen hoitoon menevät ja myös sen hakeutuvatko yleislääkärin vai suoraan erikoislääkärin vastaanotolle. Yhteiskunnan subventoimina ja maksavina kuluttajina, he ovat voineet jopa toivoa ja valita, millaisia tutkimuksia, hoitoja tai lääkkeitä he saavat. Työnantaja tekee valinnan työterveyden tuottajasta, mutta työntekijä voi kuitenkin valita hakeutuuko hän työterveyshuollon, kunnallisen vai yksityisen palveluntuottajan palvelun piiriin. (Ollila ym. 2009, 42.)

Modernin konsumeristisen kuluttajan käyttäytyminen lähenee perinteistä hyödykemarkkinoiden kuluttajan käyttäytymistä, mikä lienee seurausta sekä kansalaisista itsestään ohjautuvasta että yhteiskunnan uudelleenorganisoinnin ohjaavasta muutoksesta. Seuraavaksi esitetään teoreettinen yhteenveto taulukkomuodossa eri kuluttajatyyppeiden omaavasta tiedosta, voimasta tehdä valintoja, terveystalouksien rahoitukseen suhtautumisesta sekä kuluttajan ja tuottajan odotetusta käyttäytymisestä. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Kuluttajatyypin vertailu

Kuluttaja-tyyppi	Kuluttajan tietopohja	Oma aktiivisuus/voima tehdä valintoja	Kuluttajan odotettu käyttäytyminen	Tuottajan odotettu käyttäytyminen	Rahoitus terveyspalveluissa
Kuluttaja juridiikan näkökulmasta	lainsäädäntöön perustuva	tietoisuus ja toiminta voimassaolevan lainsäädännön mukaan	tietää oikeutensa ja velvollisuutensa	sääntökeskeinen, noudattaa tuottajaa velvoittavia lakeja	julkinen rahoitus verotuksen kautta ja asiakasmaksut
Kuluttaja sosiologian näkökulmasta	tieto, tottumus, traditio, rutiini, tyyli ja muoti	tarve, johon sosiaalisuus vaikuttaa, käytössä olevat resurssit (tieto, aika, raha)	vakuuttaminen hankinnan tarpeellisuudesta, sosiaalisuus vaikuttaa	rationaalinen sosiaalisuutta hyödyntävä, tarjonta kysynnän ja trendin mukaan	julkinen rahoitus, asiakasmaksut ja vakuutus
Kuluttaja historian näkökulmasta	riippuvainen kulttuurista ja ajasta	riippuvainen kulttuurista ja ajasta	riippuvainen kulttuurista ja ajasta	riippuvainen kulttuurista ja ajasta	riippuvainen kulttuurista ja ajasta
Kuluttaja taloustieteen näkökulmasta	täydellinen informaatio	huomioi budjettirajoitteensa, preferenssinsä, tulojensa ja hintojen muutosten vaikutukset	rationaalinen hyödyn tavoittelija; maksimoi hyötynsä ostamalla terveyspalveluja ja muita palveluja optimaalisessa suhteessa	rationaalinen ja eettinen (Arrow), maksimoi hyötynsä tarjoamalla terveyspalveluja tai muita palveluja optimaalisessa suhteessa	julkinen rahoitus ja asiakasmaksut
Moderni konsumeristinen kuluttaja: a) kun kansalainen pofilaana b) kun kansalainen modernina kuluttajana	täydellinen informaatio + tottumus, traditio, rutiini, tyyli ja muoti	huomioi budjettirajoitteensa, preferenssinsä, tulojensa ja hintojen muutosten vaikutukset + tarve, johon sosiaalisuus vaikuttaa, käytössä olevat resurssit (tieto, aika, raha)	a) rationaalinen hyödyn tavoittelija ja päätöksentekoon osallistuva; maksimoi hyötynsä + vakuuttaminen hankinnan tarpeellisuudesta, sosiaalisuus vaikuttaa b) edelliset ja tekee myös päätöksen	a) rationaalinen, eettinen, mutta samalla paternalistinen, altruistinen tai päätöksentekoa jakava, hyvä henki; tarjonta tarpeen mukaan b)rationaalinen päättäjä, tuottaa terveyspalveluja samaan tyyliin kuin tavallisia palveluita tuotetaan.	vakuutus, asiakasmaksut, maksaa vain sen verran kuin mitä arvelee tarvitsevänsä, ei halukas maksamaan toisten tarpeista
Perinteinen terveyspalvelujen kuluttaja	epätäydellinen informaatio	asenteeltaan kysyvä, turvautuu ja luottaa agentilta saamaansa tietoon ja luovuttaa päätöksenteon agentille	luottaa agentin antamaan informaatioon ja toimii suositusten mukaisesti	rationaalinen, eettinen, mutta samalla paternalistinen, altruistinen tai päätöksentekoa jakava; tarjonta tarpeen mukaan	julkinen rahoitus ja asiakasmaksut

3.2 Yhteenveto kuluttajan valintaan vaikuttavista tekijöistä

Poliittishallinnollinen ohjauksen ja terveystalouden ohjaamana kansalaisille tarjotaan terveystalouksia. Kuluttajan valintoihin vaikuttaa siten yksilöstä riippumattoman kulloinkin vallitseva terveystalouttiikka, palvelujärjestelmä ja palvelun tarjontatekijät. (Jäntti 2008, 70, 95–96.)

Terveystalouksien tarjontatekijöihin katsotaan sisältyvän mm. palvelun laatu, jonotusaika, arvioitu hinta ja matka eli etäisyys, jonka kuluttaja joutuu matkustamaan palvelua saadakseen. Esimerkiksi jos halutaan ikääntyneet hoitoon lähemmäksi omaisia, valintaa ei ohjaa niinkään palveluiden laatu vaan pikemminkin sijainti. (Jäntti 2008, 106; Koivusalo et al. 2009, 279.)

Terveystalouksessa kuluttajan valintaan vaikuttavat kuluttajan henkilökohtaiset ominaisuudet ja kuluttajan itselleen hankkimat seikat kuten ikä, sukupuoli, koulutus, tulot, vakuutus ja sairaus. (Ilmonen 2007; Toiviainen 2007, 29; Jäntti 2008, 70,81–82.)

Kuluttajan valintoihin vaikuttavat lisäksi preferenssit, joita ovat mm. halut, mieltymykset, arvot, asenteet ja aikaisemmat kokemukset saamastaan hoidosta ja palvelusta. (Jäntti 2008.) Kuluttaja toimii tottumuksen, tradition, rutiinin, tyylin ja muodin eli tutuiksi tulleiden mallien mukaisesti. (Ilmonen 2007, 182.) Kuluttaja päätyy hankintapäätökseen, kun aiemmat kokemukset palvelusta, oletukset, todellisen palvelun ominaisuudet ja hankintahetken tarpeet yhdistyvät kuluttajaa hyödyttäväksi kokonaisuudeksi. (Ilmonen 2007, 80.)

Asiakkaat pitävät tärkeinä mm. tiedonsaantia, henkilöstön ammattitaitoa, ystävällisyyttä, hyvää kohtelua ja hoitoympäristön viihtyvyyttä, hoidosta saatua hyötyä, kiireetöntä asiaan paneutumista ja hoidon jatkuvuutta. Myös palvelutarjoajan sijainti vaikuttaa palvelun hankintaan. (Jäntti 2008, 95, 106.) Terveystalouksien laadun suhteuttaminen hintaan on vaikeaa, samoin kuin laatuinformaation arviointi ja tulevaisuuden tarpeiden ennakointi. (Mechanic 1989, 2002.)

Lyhyt jonotusaika koettiin tärkeäksi ja oli jopa yksi syy hakeutua hoitoon yksityiselle sektorille. (Tuorila 2000, 66; Jäntti 2008, 108.)

Hintojen vertailun kuluttajat kokevat helpoksi. He ovat herkkiä lisämaksuille ja haluavat vaihtaa suunnitelmiaan hoitokustannusten noustessa. (Mechanic 1989, 2002.) Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten säännölliset kuluttajat ovat hintatietoisempia kasvavien kustannusten vuoksi. Potilaskuluttajat kokevat, että kuluttajan on otettava itse selvää niin palveluiden ehdoista kuin hinnoistakin. (Tuorila 2000, 97.)

4 TERVEYSPALVELUIDEN RAHOITUS

Perinteiselle terveystalveluiden asiakkaalle riitti julkisen terveydenhuollon tarjoama palvelu ja siten myös julkiselle terveydenhuollolle järjestetty rahoitus. Nykyisin moderni konsumeristinen kuluttaja saattaa ottaa vapaaehtoisen lisävakuutuksen kattamaan terveystalvelutarvettaan ja näin ollen hän rahoittaa terveystalveluitaan aiempaa enemmän ja samalla kantaa myös osan riskistä.

Kappaleessa käsitellään myös lyhyesti moraalista vaaraa ja vakuutettujen valikoitumista, koska vakuutuksen ottamiseen liittyy olennaisena osana riskien kantamisen lisäksi palvelujen epätarkoituksenmukainen kuluttaminen tai epätasapainoinen vakuutusten hankinta.

Tärkein terveydenhuollon rahoituksen tavoite on kerätä tuloja kattamaan toiminnasta aiheutuvat menot. Verotus, julkinen sairausvakuutus, yksityinen sairausvakuutus ja asiakasmaksut ovat terveydenhuollossa olennaisimmat rahoituksen keräysmuodot. Rahoittajina toimivat kotitaloudet, asiakkaat, yritykset, työnantajat ja työntekijät, joista perimmäinen rahoittaja on kotitalous. Varallisuuden keräämisestä vastaavat keskus- ja paikallishallinto, sairausvakuutusjärjestelmä, yksityinen vakuutusyhtiö ja palveluiden tuottajat.

Varallisuuden keräämisestä vastaavat keskus- ja paikallishallinto, sairausvakuutusjärjestelmä, yksityinen vakuutusyhtiö ja palveluiden tuottajat. Nykyistä monikanavaista rahoitusjärjestelmää halutaan kuitenkin uudistaa selkeyttämällä ja yksinkertaistamalla.

Terveydenhuollossa on tyypillistä, että asiakkaat maksavat pieniä käyttömaksuja ja kustannukset katetaan pääosin kolmannen osapuolen toimesta. Kolmannen osapuolen rahoitus voidaan jakaa vapaaehtoiisiin vakuutusmaksuihin, pakollisiin vakuutusmaksuihin ja verorahoitukseen.

Kansaneläkelaitoksella on ratkaiseva rooli terveystalveluiden kysynnän ohjauksessa. Se maksaa terveystalveluista aiheutuneita korvauksia kuluttajille sairausvakuutuslain perusteella.

Valtio maksaa kunnille ns. laskennallista valtionosuutta terveydenhuollon järjestämiseen tarvetta kuvaavien kriteerien mukaisesti. Valtionosuuden käyttö ei kuitenkaan ole sidottu terveyspalveluihin. Ts. kunnat voivat harkintansa mukaan käyttää saamansa valtionosuudet tarpeensa mukaisiin kohteisiin. Valtionosuusjärjestelmän tavoite on kuntien pitkän aikavälin terveystaloudellista suunnittelua tukeva rahoitus. Julkisia rahoituskanavia on tarkoitus kehittää niin, että ne tukevat palvelujen tarjontaa ja kysyntää. Asiakasmaksut pyritään mitoittamaan siten, että ne mahdollistavat järkeväen verorahoitteisten palveluiden käytön ja täydentävät verorahoitusta. Pekurisen mukaan kuntien saaman valtionosuuden tulisi koostua kahdesta osasta: järjestämisosasta, joka turvaisi kaikille kunnille yhdenmukaiset taloudelliset mahdollisuudet järjestää palveluita kuntalaisille ja vaikuttavuusosasta, joka mahdollistaisi palveluiden kehittämisen valtakunnallisten tavoitteiden suuntaan sekä kannustaisi tehostamaan toimintoja ja kehittämään palveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:10; Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007.)

4.1 Rahoituksen kerääminen

Kotitaloudet, palvelujen käyttäjät, yritykset, työnantajat ja työntekijät toimivat terveydenhuollon perimmäisinä rahoittajina. Rahoituksen kollektiivisella keräämisellä pyritään tasaamaan kansalaisten sairastumisen taloudellista riskiä.

Verorahoitus

Valtio kerää varat veroina, joilla katetaan noin 20 prosenttia terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Valtio kerää veroja useita kanavia käyttäen mm. tuloveroina, valmisteveroina, arvonlisäveroina. Suomessa vallitsevan progressiivisen verotuksen mukaan suurituloiset maksavat veroa suhteellisesti suuremman osan tuloistaan kuin pienituloiset. Kulutukseen liittyvissä välillisissä veroissa pienituloisien verorasitus on suhteellisesti suurempaa kuin suurituloisien. Keräämistään varoista valtio rahoittaa terveyspalveluja maksamalla kunnille laskennallista valtionosuutta, joka määräytyy mm. väestön ikärakenteen ja sairastavuuden mukaisesti. (Järvelin et al. 2005; Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007.)

Maakunta- ja kunnallisveroilla katetaan noin 40 prosenttia terveydenhuollon kokonaismenoista. Kunnat keräävät kunnallisveroa, joka on suhteellista veroa, mikä tarkoittaa sitä, että jokainen kunnassa asuva kansalainen maksaa veroa tuloistaan yhtä suuren prosentuaalisen osuuden. Kunnallisvero vaihtelee kunnittain. Kunnat rahoittavat terveyspalveluja suhteellisella kunnallisveron tuotolla.

(Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:10, 33–34.)

Asiakasmaksut

Palveluiden tuottajat keräävät varoja asiakasmaksuina, joilla katetaan terveydenhuollon kustannuksista noin 19 prosenttia. Asiakasmaksuja ovat mm. julkisesti tuettujen palvelujen käytöstä perittävät omavastuut esimerkiksi terveyskeskuksen käyntimaksut, sairaalan poliklinikkamaksut ja hoitopäivämaksut. Asiakasmaksuiksi luokitellaan myös kansalaisten kokonaan maksamat palvelut kuten esimerkiksi käsikauppalääkkeiden hankinnat. Terveyspalvelujen käyttäjältä perittävillä maksuilla on kaksi keskeistä tavoitetta:

1. rahoituksellinen tavoite – maksutulojen kerääminen palveluista aiheutuvien kustannusten kattamiseksi ja
2. palvelujen käytön ohjaamistavoite.

Korotuksilla on mahdollista saada lisärahoitusta silloin, kun maksujen korotuksilla ei ole suurta vaikutusta palvelujen käyttöön. Jos maksuilla on vaikutusta palvelujen käyttöön, maksujen korotukset voivat tehokkaasti rajoittaa palvelujen käyttöä eikä korotuksilla näin ollen ole mahdollista hankkia lisärahoitusta palvelujen tuottamiseen. ”Maksujen rahoitusosuus eri palveluissa vaihtelee 5 prosentista yli 18 prosenttiin. Maksuosuus on suurin vanhusten laitospalveluissa (18,4 %) ja pienin erikoissairaanhoidossa (5 %).” (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:10, 34, 79–80.)

Järvelinin työryhmän mukaan asiakasmaksujen osuus kokonaisrahoituksessa vähentää rahoituksen progressiivisuutta. Asiakasmaksujen nousu myös lisää kohtuuttomien kustannusten syntymisen riskiä. Asiakasmaksujen tasolla voi olla myös vähentävä

vaikutus hoitoon tai palveluun hakeutumisessa. (Järvelin ym. 2005.) Myös Ihalaisen mukaan käyttäjämaksujen regressiivisyys eli rasitus kohdistuu suhteessa suurempana pienituloisiin. Maksukäytännön toteutukseen liittyy myös haasteita, kuten esimerkiksi Suomessa potilaskohtaisen maksukaton käyttöönotto 2000-luvun alussa on osoittanut. (Ihalainen 2007, 18.) Rahoituksen kerääminen asiakasmaksuilla ei ole tasapuolista myöskään Koivusalon työryhmän mukaan, koska maksuilla on tapana kerääntyä sairaille ja runsaasti palveluja käyttäville. Erityisen kohtuuttomia niistä tulee siten pitkäaikaissairaille ja pienituloisille ihmisille. (Koivusalo et al. 2009, 12.)

Wagstaffin mukaan julkinen rahoitusjärjestelmä, joka voidaan jakaa verorahoitukseen ja pakolliseen sairausvakuutukseen, johtaa siihen, että pienen riskin omaavat kansalaiset subventoivat suuren riskin omaavia. Suurituloiset subventoivat pienituloisia siinä tapauksessa, kun riskit ovat ko. ryhmillä yhtä suuret. (Wagstaff et al. 2000.)

Julkisen terveydenhuollon kollektiivisesti kerätyn rahoituksen tavoitteena on turvata kansalaisille yhtäläiset terveyspalvelujen käyttömahdollisuudet. Pekurisen mukaan kollektiivisella rahoituksella saavutetaan yksityiseen vakuutukseen verrattuna kokonaisvaltaisempi kattavuus ja sairastumiseen liittyvät taloudelliset riskit jakautuvat tasaisemmin kaikkien veronmaksajien kesken. Kokonaiskustannukset muodostuvat myös julkisen rahoituksen myötä alhaisemmiksi. (Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007.)

4.2 Vakuutus

Sairastumisen epävarmuuden vuoksi yksilön terveyspalveluiden kysyntä tai tarve on epävarma. Kansalaisilla ei myöskään oleteta olevan riittävästi tietoa ilmaantuvien sairauksien hoidoista. Yksilöiden sairastumisen epävarmuus aiheuttaa sen, että koko terveydenhuollon toimialue on täynnä epävarmuutta. Yksittäisen ihmisen sairastumisen riski ja siitä seuraava taloudellisten seuraamusten riski voi ilman vakuutusmarkkinoita johtaa ylivoimaisiin tilanteisiin. Epävarmuudesta johtuu, että lähes kaikissa kehittyneissä maissa on järjestetty jonkinlainen riskinjako yksityisen vakuutusjärjestelmän tai julkisen vakuutus- tai hoitojärjestelmän avulla. Vakuutuksen kautta ihmiset tulevat vakuutetuksi sairastumisen tai huonon terveyden taloudellisia

seurauksia vastaan. Vakuutuksen antajana voi toimia julkinen laitos tai yksityinen yhtiö. (Järvelin et al. 2005; Sintonen et al. 2006, 66–68; Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007, 5.)

Julkinen tai yleishyödyllinen sairausvakuutusjärjestelmä kerää varat pakollisina sairausvakuutusmaksuina, joilla rahoitetaan terveydenhuollon kokonaismenoista noin 17 prosenttia. Julkinen sairausvakuutuksen rahoitus perustuu pakollisiin työntekijöiden ja työnantajien maksamiin sairausvakuutusmaksuihin, jotka ovat tarkoitettu käytettäväksi terveyspalveluiden järjestämiseen. Näin yritykset ja työnantajat toimivat myös terveydenhuollon rahoittajina. (Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007, 15–17.)

Sairausvakuutus jaetaan sairaanhoitovakuutukseen ja työtulovakuutukseen. Sairaanhoitovakuutusmaksu on suhteellinen maksu, jonka kaikki tulonsaajat maksavat tuloistaan. Tämä on terveyspalveluiden järjestämiseen kerätty korvamerkitty vero. Sairaanhoitovakuutuksesta rahoitetaan mm. reseptilääkemenoja, yksityisen terveydenhuollon lääkärin- ja hammaslääkärin palkkioita, tutkimuksia, hoitoja ja matkakuluja, ylioppilaiden terveydenhuoltokuluja ja kuntoutuskustannuksia. Työnantajilta, palkansaajilta, yrittäjiltä ja valtiolta kerättävällä työtulovakuutuksella korvataan mm. sairauspäivärahaa, kuntoutusrahaa, erityishoitorahaa, äitiys- ja isyys-, vanhempain- ja erityisäitiysrahaa. Työtulovakuutuksesta maksetaan myös työnantajien työterveyshuollon kustannuksia ja vanhempainloma-ajan vuosilomakuluja. (Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007, 13–14.)

Yksityinen vakuutus

Yksityiset vakuutus- ja rahoitusyhtiöt keräävät varoja ns. vapaaehtoisina vakuutusmaksuina, joiden osuus terveydenhuollon kokonaisrahoituksessa on ollut noin neljä prosenttia. Yksityisen vakuutuksen merkitys terveydenhuollon rahoittamisessa on ollut siten lähinnä vain täydentävä. Yksityinen vakuutus kattaa vain osan kansalaisista kohdistuen tavallisesti esimerkiksi suurituloisille tai lapsiperheille. Yksityinen vakuutus voi esimerkiksi nopeuttaa hoitoon pääsemisessä ja edesauttaa ”paremman” hoidon saamisessa sekä korvata palveluista aiheutuvia kustannuksia. (Järvelin et al. 2005.)

Tässä tutkimuksessa tutkitaan vaikuttaako yksityisen vakuutuksen omistaminen kuluttajan terveystalvulun valintaan ja eroaako terveystalvulujen kulutustyyli muiden ”tavallisten” kulutustuotteiden kulutustyylistä.

Vakuutusmarkkinoille liitetään erilaisia vaaratekijöitä, joista moraalista vaaraa ja vakuutettujen valikoitumisilmiötä käsitellään lyhyesti myös tämän tutkimuksen seuraavassa kappaleessa.

4.3 Moraalinen vaara ja vakuutettujen valikoituminen

Moraalinen vaara (Moral Hazard) ja vakuutettujen valikoitumisilmiö (Adverse Selection) syntyvät, koska terveydenhuollon markkinoilla vallitsee tiedon epäsymmetriaa palvelun käyttäjän ja tuottajan välillä.

Terveystalvulumarckkinoilla valtaosa palvelujen käytöstä aiheutuvista kustannuksista maksetaan palvelun tuottajalle vakuutusjärjestelmän tai julkisen rahoitusjärjestelmän kautta. Tästä seuraa, että varsinainen palvelun käyttäjä ei olekaan palvelun suora rahoittaja. Välillisinä rahoittajina toimivat siten pääosin valtio, kunnat ja sairausvakuutusjärjestelmä. Kolmantena osapuolena rahoittajan mukanaolo voi vaikuttaa siten, että kuluttajan ja tuottajan kiinnostus tarjottavan palvelun määrään ja kustannuksiin löyhenee. Ilmiötä kutsutaan moraaliseksi vaaraksi. Terveystalvullossa voi ilmetä niin kuluttajan, palvelun tuottajan kuin rahoittajankin moraalista vaaraa. (Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007, 22–24.)

Rahoittajan moraalinen vaara syntyy, kun toimintaan osallistuu useita tahoja. Terveystalvullossa rahoittajina toimivat pääosin valtio, kunnat ja Kansaneläkelaitos. Pekurisen mukaan monikanavaisuuden vuoksi rahoittajat pyrkivät vähentämään omia menojaan vyöryttämällä rahoitusvastuuta muille rahoituksesta vastaaville osapuolille. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän uudistustavoitteiden eräs tavoite onkin vähentää tätä rahoittajien välistä vastuunsiirto-ilmiötä. (Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007, 22–24.)

Yksityiset vakuutusmarkkinat ovat esimerkki epätäydellisistä markkinoista. Vakuutuksen ottajat pyrkivät suojautumaan riskeiltä ottamalla vakuutuksia järkevään hintaan. Vakuutusmarkkinoiden toimivuutta häiritsee kuitenkin sekä Moral Hazard- että Adverse Selection -ongelmat. Moral Hazard -ongelma syntyy, kun vakuutusyhtiö haluaisi tarjota enemmän vakuutussuojaa, mutta ei voi niin tehdä, koska tarjonta muuttaisi asiakkaiden käyttäytymistä. Tällöin vakuutuksenottaja ostaisi enemmän vakuutuksia kuin niitä on tarjolla. Adverse Selection -ongelman vallitessa syntyy liian vähän vakuutussopimuksia, koska asiakaskunta vinoutuu korkean riskin suuntaan. Samalla pienemmän riskin omaavat jättävät ostamasta vakuutuksen. Korkean riskin omaavan asiakaskunnan vuoksi vakuutuksen tarjoajan on nostettava hintojaan vakuutuskorvausten lisääntyessä, mikä vain lisää vakuutettujen valikoitumista. (Douma et al. 2002, 55–57.)

Terveysturvassa Moral Hazard -ongelma aiheuttaa hoitotoimenpiteiden liikkakulutusta ja on huomattava kustannusten kasvun syy. Kustannusten nousuun katsotaan voitavan vaikuttaa vain rajoittamalla vakuutetun valinnanvapautta. Julkinen valta voi lievittää Moral Hazard -ongelmaa käyttämällä veroja, tukipalkkioita ja pakotusvoimaa, joihin liittyy rangaistusuhka. Yhteiskunta voi myös tukea maksu- ja hintapoliittisin keinoin terveysturvan kulutusta mahdollistaen siten terveysturvan saatavuuden kaikille kansalaisille. Korvauksen piiriin voidaan myös määrittää kuulumaan vain tiettyjä palveluja. Korvauksille voidaan määrätä yläraja sekä määrittää palveluille omavastuita. Lisäksi voidaan ohjata asiakkaita käyttämään haluttuja palveluita asettamalla asiakasmaksuja. Suomessa on käytössä esimerkiksi rokotusohjelma, jonka mukaan yleisesti tärkeänä pidetyt rokotukset jaetaan kansalaisille ilmaiseksi. Tarjolla on lisäksi rokotuksia, joista peritään alhainen maksu, jotta kaikki tarvitsevat pystyvät halutessaan kyseisen rokotuksen hankkimaan. (Sosiaali- ja terveysturvanministeriön julkaisuja 2003:5; Begg et al. 2005.)

Adverse Selection -ongelmassa esimerkiksi sosiaalivakuutusohjelmien pakollisuus poistaa kyseisen ongelman. Pakollisuudella estetään siten asiakaskunnan vääristyminen. Näin säätelykeinoja ja suoraa säännöstelyä käytetään menojen kurissapitämiseksi. (Sosiaali- ja terveysturvanministeriön julkaisuja 2003:5.)

5 KIRJALLISUUSKATSAUS

Murrayn työryhmä tutki Yhdysvalloissa koko maan lääkärikuntaa edustavalla aineistolla vastaanotolla tapahtuvaa, potilaan hoitoon liittyvää ja potilaiden kanssa yhdessä tapahtuvaa päätöksentekoa. Työryhmä tutki lääkäreiden omia päätöksentekotyylejä ja niiden toteutumista sekä päätöksenteon vastaavuutta mieluisan ja todellisuudessa toteutuvan päätöksenteon välillä. Tutkimuksen postikysely lähetettiin 2 000 lääkärille, joista 1 050 palautti vastauksen (53 %). Kysymykset asetettiin oheisen mallin mukaisesti, jotta vastaukset voitiin jakaa mm. paternalistista, jaettua päätöksentekoa ja konsumerismia suosiviin vastaajiin.

Taulukko 2. Charles's et al. 1999 päätöksentekomalli

	Paternalistinen	Jakava päätöksenteko	Konsumeristinen
Informaation siirto	1-suunta: Lääkäriltä potilaalle, minimaalinen tarve informaation hyväksynnälle	2-suuntaa: lääkäri antaa kaiken tarvittavan lääketieteellisen tiedon päätöksentekoa varten, potilas antaa tiedon terveyden hyödyistä	1-suunta:Lääkäriltä potilaalle, kaikki tarvittava lääketieteellinen informaatio päätöksentekoa varten
Keskustelu, harkinta	Lääkäri yksin, tai yhdessä muiden lääkäreiden kanssa	Lääkäri ja potilas (ja mahdollisesti muita)	Potilas (ja mahdollisesti muita)
Hoitopäätöksen täytäntöönpano	Lääkäri	Lääkäri ja potilas	Potilas

Osallistuneista 75 prosenttia suosi mieluummin päätöksentekoa yhdessä potilaan kanssa, 14 prosenttia paternalismia ja 11 prosenttia konsumerismista päätöksentekoa. 87 prosenttia lääkäreistä koki voivansa toimia heille mieluisimmalla tyylillä. Ne lääkärit, jotka suosivat potilaan aktiivista roolia päätöksenteossa kannustivat todennäköisimmin myös potilaita etsimään tietoa ja heillä oli myös mielestään vastaanotolla tarpeeksi aikaa. Yli 50-vuotiaat lääkärit hahmottivat itsensä mieluummin paternalistisina. Ulkomailla opiskelleet lääkärit näkivät itsensä enemmän paternalistisina tai konsumeristisina kuin USA:ssa opiskelleet. Kirurgit pitivät itseään paremminkin konsumeristisina toisin kuin muiden alojen specialistit. Ne lääkärit, jotka kannustivat harvoin potilaita etsimään tietoa tai kokivat harvoin omaavansa riittävästi vastaanottoaikaa, olivat todennäköisimmin paternalistisesti kommunikoivia. Tutkijat suosittelivat, että jaetun päätöksenteon lisäämiseksi suunnatut mahdolliset interventiot pitäisi suunnata niin potilaille kuin lääkäreillekin. (Murray et al. 2007.)

Schneider ja Hall arvioivat artikkelissaan Yhdysvaltojen terveydenhuollon markkinaorientaation tapaa kohdella potilasta kuin kuluttajaa. Heidän mukaansa terveysvakuutus ja veropolitiikka johtavat siihen, että potilaat joutuvat maksamaan enemmän valitessaan terveystalveluja, palvelujen tuottajia ja hoitoja. Konsumeristisen ajattelun mukaan potilaat valitsevat maksuhalunsa mukaisesti mitä tarvitsevat, mikä pakottaa markkinat hinta- ja laatuoptimointiin. Tutkijat kysyvät, millainen potilaan elämä olisi konsumeristisessa maailmassa. He päättelivät, että konsumeristinen tapa toimia ei tuota terveystalveluiden markkinoilla haluttua lopputulosta, koska kuluttajilla tulisi olla vaihtoehtoja. He perustelevat väitettään seuraavasti; kuluttajille pitäisi olla tarjolla luotettavaa tietoa vaihtoehtoista, tieto pitäisi asettaa tärkeysjärjestyksessä ensisijaiseksi, kuluttajien pitäisi saavuttaa tuo tieto, tiedon tulisi olla kuluttajien ymmärtämässä muodossa, kuluttajien pitäisi ymmärtää heille annettu tieto ja kuluttajien pitäisi olla halukkaita analysoimaan saamaansa tietoa pystyäkseen tekemään hyviä valintoja. Lueteltuja edellytyksiä on liian paljon, jotta konsumeristinen vaihtoehto voisi toteutua luotettavasti ja kuluttajat kohtaavatkin pelottavia esteitä. ”Niin kuin monet unelmat kontrolloida kustannuksia ja suoda potilaille itselleen kontrolli – konsumerismikin on jo syntyessään tuhoon tuomittu.” Tutkijoiden mielestä konsumerismin ajatuksia voi kuitenkin soveltaa terveydenhuoltoon vähän, mutta tiedottaen, varovasti, hillitysti ja ”virheen pelossa”. (Schneider, Hall 2009.)

Tuorila on tutkinut fenomenologisessa tutkimuksessaan ”Potilaskuluttaja terveystalveluilla” sitä, miten potilaskuluttajat kokevat ja käsittävät terveydenhuoltalvelujen tarjontaan liittyvien oikeuksiensa toteutumisen yksityisten lääkäriasemien asiakasalvelussa. Tutkijan mukaan potilaskuluttajien näkemykset alvelujen saamisen nopeudesta ja tarvittavista tutkimus-, ja hoitotoimenpiteistä vaikuttivat yksityiselle sektorille hakeutumiseen. Muilta potilaskuluttajilta saadut suositukset toimivat tehokkaana mainontana. Odotusten täytyminen oli potilaskuluttajan hoitotoimenpiteen lopputuloksen arviointimittari. Kohtelun laadun mittarina toimi potilaskuluttajan saaman huomion määrä. Potilaskuluttajat kantavat itse vastuun päätöksentekonsa siirtämisestä alveluntarjoajalle. He kokevat tehokkaimmaksi tyytymättömyyden ilmaisukeinoksi alvelujen tarjoajan vaihtamisen, siitä aiheutuvien taloudellisten seurausten vuoksi. Tutkijan mukaan potilaskuluttajat eivät ole sisäistäneet yksityisen sektorin kaupallisuutta, koska he ovat kasvaneet julkiseen

terveydenhuoltojärjestelmään. Potilaskuluttajat käyttäytyvätkin yksityisiä palveluja ostaessaan niin kuin he asioisivat julkisella sektorilla. (Tuorila 2000.)

Toiviainen on tutkinut konsumerismia Suomessa. Ajatuksena oli, että myös terveydenhuollossa potilaan tekemää valintaa aletaan korostaa. Tutkimuksen kohteena olivat aktiiviset suomalaiset potilaskuluttajat ja heidän toimiminen terveydenhuollossa sekä lääkäreiden näkemykset ja kokemukset potilaista kuluttajina, jotka tekevät omaa hoitoaan koskevia valintoja. Tutkimustuloksena hän toteaa, että osallistuminen on osa uudelleen muotoutuvaa terveydenhuoltoa, jossa konsumerismi ja markkinaorientaatio etenevät. Hänen mukaansa ilmiö on kansainvälinen. (Toiviainen 2007.)

Jäntti tutki kansalaisten terveyspalvelujen valintoja yksityisissä ja julkisissa lääkäripalveluissa. Tutkimuksessa käytetty aineisto (N=2 799) kerättiin talven 2005–2006 aikana Helsingistä, Turusta, Tampereelta, Kuopiosta ja Oulusta. Sairausryhmittäinen aineisto (N= 447) ja tähän liittyvä puhelinhaastatteluaineisto (N= 35) kerättiin vuosina 2006–2007. Tutkija kehitti kolmivaiheisen valintaprosessimallin, jonka avulla hän tarkasteli kansalaisten valintoja. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että kansalaisten valinnanvapaus toteutuu ainoastaan yksityisen lääkäripalvelun valinnassa. Julkisen lääkäripalvelun, hoitoon hakeutumisen tai jatkohoitojen valinnat ovat tavallisesti lääkärin ohjaamia. Kaupunkiväestössä yksityinen sairausvakuutus, aiempi yksityisen terveyspalveluiden käyttö ja oman valinnan mahdollisuus ovat tekijöitä, jotka kasvattavat todennäköisyyttä valita yksityinen lääkäripalvelu. (Jäntti 2008.)

Higgins ja Wiles tutkivat kyselytutkimuksella Iso-Britanniassa Wessexn alueella vuonna 1991 yksityisesti sairaalahoitoon hakeutuneiden potilaiden motiiveja. Tavoitteena oli saada selville, mitkä ryhmät valitsivat yksityisen sairaalapalvelun mieluummin kuin kansallisen sairaalapalvelun ja miksi. Lisäksi tutkittiin, miten potilaat tekivät valintansa terveysmarkkinoilla ja kuinka hyvin he olivat informoituja. Mukana oli kahdeksan yksityistä sairaalaa ja kolme sairaalaa, joissa oli yksityisille potilaille maksettuja petipaikkoja. Kyselyssä oli mukana 1 070 potilasta, joista 649 vastasi (60,7 %). Vastaajien suurin ryhmä koostui 36–50 vuotiaista, joita oli 34,2 prosenttia. Heistä 59,9 prosenttia oli naisia. 54,1 prosenttia kuului sosiaaliryhmään kaksi. Sosiaaliryhmiä, joiden osuus suluissa oli 1 (7,9), 2 (54,1), 3N (21,7), 3M (7,0), 4 (1,3) ja 5 (0,8). 77,3

prosenttia elivät avio- avoliitossa. Vastaajista 65,7 prosenttia työskenteli koko- tai osapäiväisesti. Loput olivat joko eläkeläisiä tai kotirouvia. (Higgins, Wiles 1992.)

Vastaajista 61,5 prosenttia halusi välttää kansallisen sairaanhoidon jonoja, vaikka he eivät välttämättä edes tienneet jonotettavaa aikaa. 38,2 prosenttia vastaajista halusi käyttää vakuutusta, kun siitä kerran oli maksettu (joko työnantaja tai itse). Yli 50-vuotiaat vastaajat kertoivat halunneensa nopeasti kipua tai pahaa oloa lieventävää apua. 8,9 prosenttia oli kokenut huonoa hoitoa kansallisesta sairaanhoidosta, minkä vuoksi olivat hakeutuneet yksityiselle. 28,5 prosentille oli tärkeää yksityishuoneen kautta mahdollistuva yksityisyys. Viidennes oletti saavansa parempaa hoitoa yksityiseltä. Kolmannes kysyi yleislääkärin mielipiteen yksityiseen sairaalaan hakeutumisesta, kun taas 71,2 prosenttia oli päättänyt hakeutua yksityiseen sairaalaan jo ennen lääkärin vastaanottoa. Yleensä yleislääkäri opasti potilaita siitä, kenen hoitoon ja mihin sairaalaan kannattaa hakeutua. Vaikka vastaajat olivat hyvin informoituja hoidon suhteen, he olivat vain vähän tietoisia toimenpiteiden tulevista kustannuksista. 61,9 prosenttia ei tiennyt kuinka paljon toimenpide tulee maksamaan. Vastaajista 90,8 prosenttia maksoi hoitonsa yksityisen terveystakuun kautta. (Higgins, Wiles 1992.)

Takala työryhmineen tutki Suomessa vuonna 2002 lasten lääkäripalvelujen käyttöä ja sitä, miten alle 15-vuotiaiden lasten avohoidon lääkäripalvelujen käyttö kehittyi 1980- ja 1990-luvuilla, miten lapset hakeutuivat lääkärin hoitoon, minkälaisia alueellisia ja perheen sosiaaliseen asemaan liittyviä eroja lääkäripalvelujen käytössä oli ja mikä oli yksityisvakuutuksen vaikutus yksityislääkärin palvelujen käyttöön. Aineistona olivat Kansaneläkelaitoksen Stakesin Terveystieteiden tutkimuskeskuksen käyntihaastatteluin kerätyt väestötutkimusten tiedot vuosilta 1987 ja 1995–96 ja Kelan rekisteritiedot sekä Tilastokeskuksen tulonjakotilaston aineistoa vuodelta 1999. (Takala, Klaukka, Rahkonen 2002.)

Tulokset: Lasten lääkärikäynnit olivat seitsenkertaistuneet samanaikaisesti kun koko väestön käynnit olivat kaksinkertaistuneet. Käyntien jakauma sektoreittain vuosien 1987–1996 välisenä aikana ei ollut paljon muuttunut. Sairaaloitten poliklinikoille tehtyjen käyntien osuus oli kasvanut eniten. Lasten yksityislääkäriin käynnit lisääntyivät huomattavasti ja lasten käyntien vaihtelut poikkesivat selvästi muiden

ikäryhmien käynneistä. Tutkijat päättelivät, että 1980-luvun puolivälissä lapsille tarkoitettun yksityisvakuutuksen tulo markkinoille saattoi olla yksi selitys jyrkälle käyntien lisäykselle. 55 prosenttia käynneistä tehtiin vuonna 2000 lastenlääkärien vastaanotoille ja 30 prosenttia korva-, nenä-, ja kurkkutautien erikoislääkärien vastaanotoille. Vuosina 1987–1996 tulojen kasvaessa yksityislääkärikäyntien määrät lisääntyivät selvästi. Vuonna 1996 tulojen lisääntyessä terveyskeskus- ja neuvolalääkärien luona käynnit vähenivät tasaisesti. Lasten yksityislääkärisä käynnit vähenivät iän myötä ja mitä korkeampi äidin koulutusaste oli, sitä useammin oli valittu yksityislääkäriin palvelu. Pitkäaikaissairaudella oli myös yhteys yksityisen sektorin käyttöön. Yksityislääkäreitä käytettiin kaikissa kunnissa, mutta kaupungeissa palveluja hyödynnettiin yleisimmin. Lasten yksityislääkärisä käyntien alueelliset erot olivat suuremmat kuin aikuisten. Alimmassa tuloviidenneksessä vuonna 1996 joka viidennellä ja ylimmässä joka toisella perheellä oli lapselle vakuutus. Tulojen ja vakuutuksen yhteys oli selvempi vuonna 1996 kuin vuonna 1987. Hyvin koulutetut vanhemmat omistivat lapsivakuutuksen keskimääräistä useammin. Vakuutus selitti yksityislääkärisä käyntejä myös, kun kotitalouden asema, äidin koulutus, asuinalue ja lapsen sairastavuus huomioitiin. (Takala et al. 2002.)

Tutkijoiden mukaan lasten lääkärisäkäynnit eivät ole yhteydessä vanhempien sosiaaliseen asemaan, mutta yksityislääkäriin palveluja käyttivät eniten hyvin koulutettujen ja keski- ja hyvätuloisten vanhempien lapset. Vakuutus lisää lääkärisäkäyntien määrää selvästi ja käynnit vaihtelevat alueittain. Perheet haluavat varautua vakuutuksella siihen, että lapsella on tarvittaessa nopea pääsy lääkäriin. Tutkijoiden mukaan vakuutus voi johtaa perheiden eriarvoisuuteen, koska pienituloisilla on vähemmän mahdollisuuksia hankkia vakuutusta ja yksityislääkäripalveluita on enemmän suurissa kaupungeissa ja eteläisessä Suomessa. Yksityisvakuutus voi johtaa myös herkemmin lääkäriin hakeutumiseen ja se voi lisätä epätarkoituksenmukaisesti erikoislääkäripalveluiden käyttöä. (Takala et al. 2002.)

6 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Tässä tutkimuksessa on käytetty aiemmin kerättyä ja käytettyä aineistoa (Liite 1.). Tutkimukseen ”Tutkimus kansalaisten terveystalvija koskevasta valinnasta” on vuosien 2005–2006 aikana kerätty kyselyaineisto (N=2799). Aineisto kerättiin viidestä yliopistosairaalakauvungista Suomessa: Helsingistä, Kuopiosta, Tampereelta, Turusta ja Oulusta. Kysely kohdistettiin kaupunkeihin, joissa kansalaisilla on mahdollisuus tehdä valinta julkisen ja yksityisen terveystalvija välillä. Kyselylomakkeen teoreettisena perustana on Vuoren ja Kingsleyn (1999) sektorivalintateoria julkisista ja yksityisistä organisaatioista. (Vuori 2005.)

Postilähetyksenä toteutetun kyselyn poikkileikkauksaineiston perusjoukon muodostivat 20–80-vuotiaat suomenkieliset kansalaiset. Aineisto perustuu väestökisterikeskuksen nimi- ja osoiteluettelosta tehtyyn satunnaisotantaan ja tasavälipaimintaan. Kysely lähetettiin yhteensä 6 000 henkilölle, joista lopulliseen aineistoon otettiin mukaan 2 799 palautettua vastauslomaketta. Kokonaiskadoksi muodostui 115 lomaketta ja vastausprosentiksi 48 prosenttia. (Jäntti 2008, 123.)

Tässä tutkimuksessa huomioidaan vain osa ko. aineiston muuttujista, jotka kuvataan myöhemmin. Tarkempi kuvaus aineiston kokonaisuudesta ja kyselylomake löytyy Satu Jäntin väitöskirjasta: “Kansalainen terveystalvija valitsemassa. Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa.” (Jäntti 2008.)

6.1 Muuttujat

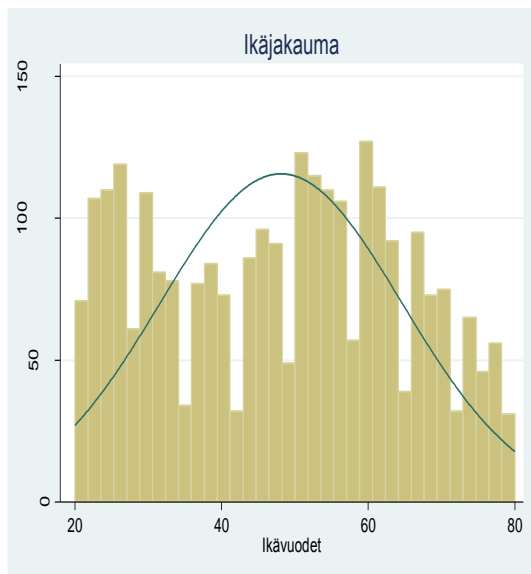
Tässä luvussa esitellään tutkimuksen malleissa käytetyt muuttujat ja niiden jakaumat. Keskiarvot, hajonnat ja asteikot on esitelty myös kootusti liitteen 2 taulukossa.

Ikäjakauma ja sukupuoli

Aineiston vastaajista 58,9 prosenttia oli naisia. Syntymävuotensa ilmoittaneista tehtiin uusi ikä-muuttuja tutkimusajankohdan mukaisesti. Ikä korvattiin puuttuvana tapauksissa, joissa vastaajan ikä oli alle 18 tai yli 80. Korjausten jälkeen vastauksia oli 2 711. Aineistossa oli runsaasti nuoria aikuisia, mikä johtunee kyselyn kohdistamisesta yliopistokaupunkeihin. Myös iäkkäitä vastaajia oli runsaasti.

Kolmogorov-Smirnovin-testillä todettiin, että aineisto ei noudata normaalijakaumaa ($p=0,000$). Jakaumaa koetettiin parantaa muuttujamuunnoksien avulla, mutta ne eivät muuttaneet tilannetta. Histogrammista havaitaan, että jakaumapoikkeama mahdollistaa kuitenkin normaalijakauman oletukseen perustuvien analyysimenetelmien käytön, sillä ikäjakaumaa käytetään mallinnuksessa selittävänä muuttujana.

Taulukko 3. Ikäjakauma

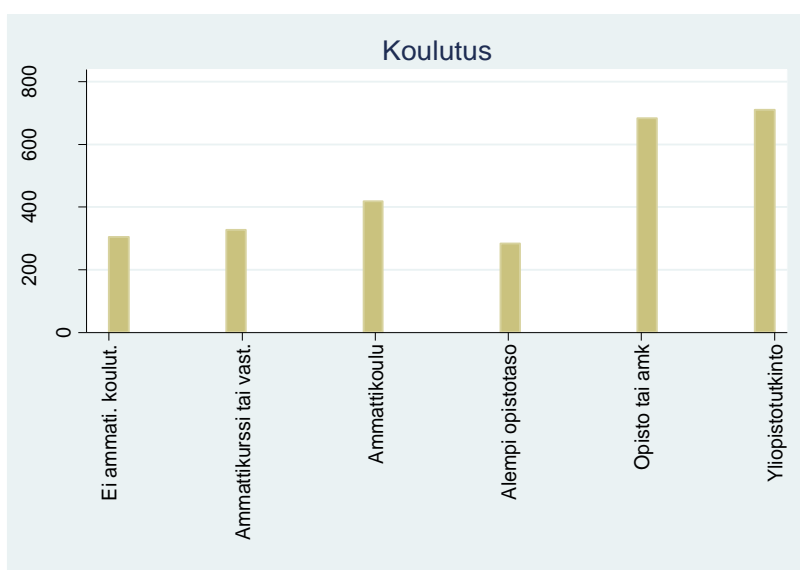


Kuvio 4. Ikäjakauma

Ikäjakauma		
N	2711	
Mean	48,11	
Std.Dev.	16,50	
Ikäluokka	lkm	%
20-29	513	18,92
30-39	418	15,43
40-49	427	15,75
50-59	574	21,17
60-69	474	17,48
70-80	305	11,25
Yhteensä	2 711	100,00
Sukupuoli	lkm	%
Nainen	1632	58,85
Mies	1141	41,15
Yhteensä	2773	100,00

Koulutus

Aineisto koostuu koulutetusta väestöstä. Reilusti yli puolella oli vähintään alempi opistotason tutkinto. Korkea koulutustaso johtunee siitä, että kysely toteutettiin suurissa yliopistokaupungeissa, joiden väestörakenne poikkeaa koko maan väestörakenteesta. Jakaumapoikkeama mahdollistaa kuitenkin normaalijakauman oletukseen perustuvien analyysimenetelmien käytön, sillä koulutusta käytetään mallinnuksessa selittävänä muuttujana.



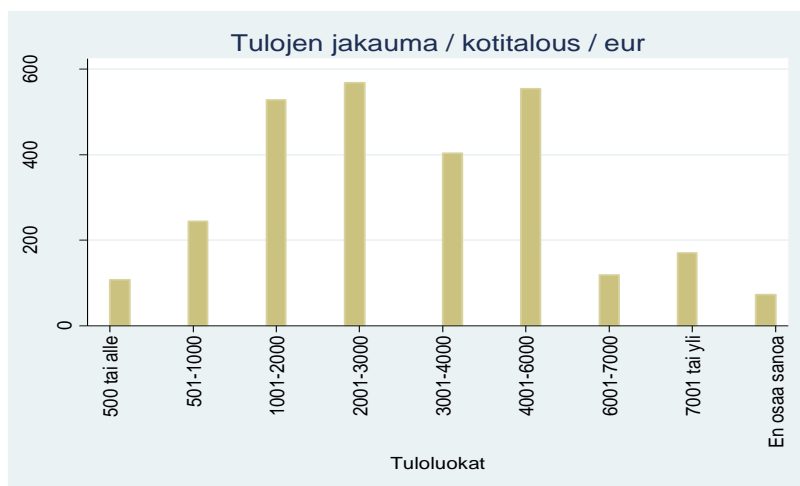
Kuvio 5. Koulutus

Taulukko 4. Koulutus

Koulutus		
N	2727	
Mean	4,04	
Std.Dev.	1,71	
	lkm	%
Ei ammatillista koulutusta	305	11,18
Ammattikurssi tai muu vastaava lyhyt ammatillinen kurssi	327	11,99
Ammattikoulu	418	15,33
Alempi opistotason tutkinto	284	10,41
Opistotaso- tai ammattikorkeakoulututkinto	683	25,05
Yliopistotutkinto	710	26,04
Yhteensä	2 727	100,00

Tulot

Kysymyksellä numero 14 tiedusteltiin, kuinka paljon vastaajan kotitalouden yhteenlasketut tulot/etuudet ovat kuukaudessa veroja vähentämättä. Kun poistettiin vastaukset – en osaa sanoa, vastausprosentti ylsi 96 prosenttiin, mikä antaa kattavan kuvan aineistosta. Bruttotulojen vastausten keskiarvon perusteella kotitalouksien keskitulo oli noin 3 000 euroa kuukaudessa. Tulot jakautuivat tasaisesti eri-ikäisten kesken ja noudattivat likimain normaalijakaumaa.



Kuvio 6. Tulojen jakauma / kotitalous / eur

Taulukko 5. Tulojen jakauma / kotitalous /eur

Tulot		
N	2766	
Mean	4,57	
Std.Dev.	1,88	
	lkm	%
alle 500	107	3,87
501-1000	244	8,82
1001-2000	528	19,09
2001-3000	568	20,53
3001-4000	403	14,57
4001-6000	554	20,03
6001-7000	119	4,30
7001 tai yli	170	6,15
En osaa sanoa	73	2,64
Yhteensä	2 766	100,00

Vapaaehtoiset vakuutukset

Kysymyksellä numero 17 kartoitettiin vastaajan kotitalouden vapaaehtoisia vakuutuksia. Vastaajien enemmistöllä oli jokin vapaaehtoinen vakuutus, joita olivat tapaturma- ja henkivakuutus, yksityinen sairausvakuutus tai yksityinen eläkesäästövakuutus. Yli puolella vastaajista oli tapaturma- ja henkivakuutus, joka oli suurin omistettu yksittäinen vakuutustyyppi. Yksityistä sairausvakuutusta omistettiin vaihtoehtoisista vähiten. Sen sijaan viidenneksellä vastaajista oli eläkesäästövakuutus. Aineiston kokoaminen yliopistokaupungeista sekä vastaajien korkean koulutaneisuuden vuoksi vakuutusten määrä saattaa olla tavanomaista runsaampi.

Vakuutuksista tehtiin muuttujamuunnos siten, että yhdistettiin tapaturma- ja henkivakuutus sekä yksityinen sairausvakuutus yhdeksi muuttujaksi (tapsaivakuu), koska oletettiin, että ne vaikuttavat enemmän palvelusektorin valintaan ja terveyspalvelujen käyttöön kuin eläkesäästövakuutuksen omistaminen. Muuttujamuunnosta käytettiin mallissa selitettävänä muuttujana.

Taulukko 6. Vakuutukset

Vakuutukset	N	Kyllä	Ei	Mean	Std.	Min	Max
Tapaturma- ja henkivakuutus	2766	59,3	40,7	1,41	0,49	1	2
Yksityinen sairausvakuutus	2766	15,7	84,4	1,84	0,36	1	2
Yksityinen eläkesäästövakuutus	2766	20,7	79,3	1,79	0,41	1	2
Jokin yllämainituista	2766	65,6	34,4	0,66	0,48	0	1
Yhdistetty tapsaivakuu	2766	63,3	38,7	0,61	0,49	0	1

Palvelusektori ja terveyspalvelut

Kyselylomakkeen avoimella kysymyksellä numero 21.2 kysyttiin, missä hoitopaikassa vastaaja oli viimeksi käynyt. Tähän tutkimukseen otettiin mukaan vain sairaalapalvelut, terveyskeskuskäynnit ja yksityinen palvelusektori. YTHS sekä työterveysasemat että työterveyshuolto on jätetty pois analyyseistä. Valinta perustuu ajatukseen, että todellinen valinta julkisen ja yksityisen välillä tapahtuu ensin mainittujen välillä. Työterveyshuoltoon ja YHTSn hakeutuminen on useimmiten jo ennalta ohjattua, eikä

samalainen valinnanvapaus toteudu. Aineisto oli koodattu 0–4, joten muuttujamuunnos tehtiin siten, että 0 eli sairaala/terveyskeskus ja 1 eli yksityinen palvelunantaja otettiin mukaan sellaisenaan ja muut 2, 3 ja 4 (YTHS, työterveyshuollot) koodattiin puuttuviksi.

Analysoitavaksi jäi 82,5 prosenttia vastauksista. Vastaajista hieman yli puolet oli käyttänyt viimeisen vuoden aikana julkisen sektorin järjestämiä palveluja. Yksityiselle sektorille oli hakeutunut kolmannes.

Taulukko 7. Julkisen ja yksityisen palvelusektorin valinta

Sektorit		
N	1948	
Mean	0,37	
Std.Dev.	0,48	
	lkm	%
Julkinen	1235	52,3
Yksityinen	713	30,2
Yhteensä	1 948	82,5
Poistettu:	lkm	%
YTHS	94	4,0
Työterveysasema	111	4,7
Työterveyshuolto	209	8,9
Yhteensä	2362	17,5

Kysymyksellä numero 24 selvitettiin, mitä lääkäripalveluja ja kuinka monta kertaa vastaaja on käyttänyt viimeisen vuoden aikana. Vastausvaihtoehtoja oli neljä: 1=ei kertaakaan, 2=kerran, 3=2–4 kertaa, 4=5 kertaa tai enemmän. Vastaukset muutettiin kaksiluokkaisiksi: ei kertaakaan tai yksi- tai useampi käyttökerta. Laskettiin kaikkia palveluja yhdistävä muuttuja perusterveydenhuollon ja sairaalapalvelujen käytöstä. Lisäksi tehtiin summamuuttujat sekä perusterveydenhuollon käytöstä että sairaalapalvelujen käytöstä siten, että puuttuvat ja ei kertaakaan käyntiä -vastaukset muutettiin nolliksi ja muut luokat laskettiin yhteen. Summamuuttujia käytettiin mallinnuksessa. Terveyspalvelut korreloivat voimakkaasti keskenään (Liite 3.).

Vastaajista lähes kaikki (98,2 %) oli käyttänyt jotakin terveyspalvelua kuluneen vuoden aikana. Suurin osa oli hakeutunut perusterveydenhuollon piiriin. Sairaalapalveluja tarvitsi noin puolet vastaajista.

Taulukko 8. Terveyspalvelujen käyttö

Palvelu	Käyttänyt palvelua viime vuoden aikana %	
	Kyllä	Ei
1. Terveyskeskuslääkäri	60,0	40,0
2. Yksityislääkäri	59,0	41,0
3. Työterveyslääkäri	50,1	49,9
4. Sairaalan pkl:n lääkärivastaanotto	39,9	60,1
5. Julkisen sairaalan osastolla hoito	22,8	77,2
6. Yksityisen sairaalan osastolla hoito	5,5	94,5
Perusterveydenhuollon käyttö, yhdistetty 1-3	96,6	3,4
Sairaalapalvelujen käyttö, yhdistetty 4-6	46,3	53,7
Terveyspalvelujen käyttö, yhdistetty kaikki	98,2	1,8

Palvelut

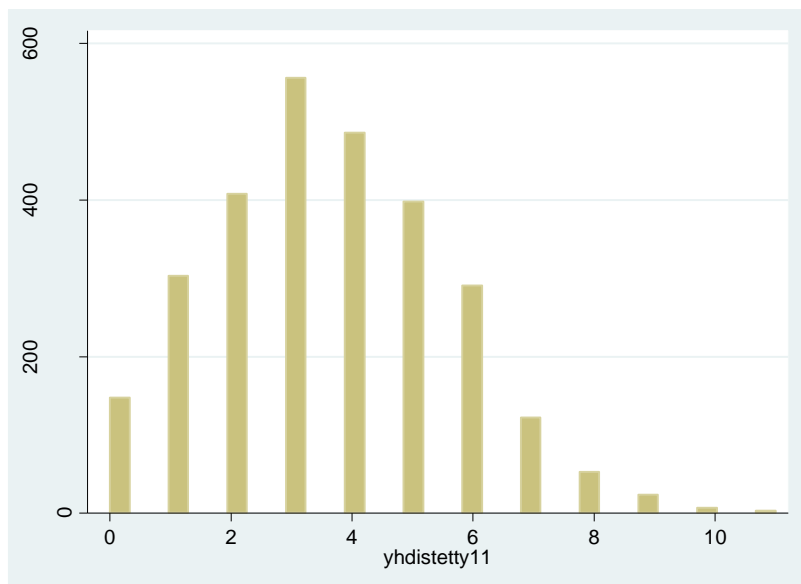
Kysymyksessä 28 tiedusteltiin, oliko vastaaja käyttänyt itsemaksavana kuluttajana taulukossa 9 lueteltuja palveluita viimeisen vuoden aikana. Palveluja oli yhteensä 13 kappaletta. Vastausvaihtoehdot olivat: jatkuvasti, satunnaisesti tai ei lainkaan.

Palveluista tehtiin summamuuttuja, johon yhdistettiin 11 kappaletta ko. palveluita, joita olivat: yksityiset kuntosali- ja liikuntapalvelut, kylpylät, uimahallit, paikallisbussit, taksit, siivouspalvelut, karaoke-baarit, ooppera- ja balettiesitykset, sijoitusneuvontapalvelut, sisustus- tai puutarhasuunnittelupalvelut ja boutique-/uniikkivaatemyymälät. Edelliset otettiin mallinnukseen mukaan, koska näihin palveluihin katsottiin sisältyvän konsumeristista kulutustyyliä. Kirpputoreja eikä julkisia kuntosali- ja liikuntapalveluvaihtoehtoja laskettu summamuuttujaan mukaan. Palvelut korreloivat voimakkaasti keskenään (Liite 4.).

Summamuuttuja palvelujen käytöstä jakautui suhteellisen tasaisesti ja noudatti likimain normaalijakaumaa (Kuvio 8.).

Taulukko 9. Palvelujen käyttö

Palvelu	Käyttänyt palvelua viime vuoden aikana %	
	Kyllä	Ei
Yksityisiä kuntosali- ja liikuntapalveluja	33,0	67,0
Julkisia kuntosali- ja liikuntapalveluja	31,8	68,2
Kylpylöitä	31,7	68,3
Uimahalleja	47,2	52,8
Paikallisbusseja	77,8	22,2
Takseja	68,4	31,6
Siivouspalveluja	9,5	90,5
Karaoke-baareja	16,2	83,8
Ooppera- ja balettiesityksiä	22,5	77,5
Kirpputoreja	46,8	53,2
Sijoitusneuvontapalveluja	20,9	79,1
Sisustus- tai puutarhasuunnittelupalveluja	7,7	92,3
Boutiquet- /uniikkivaatemylöitä	24,7	75,4
Yhdistetty kulutus / 0–11 kpl /(ei kirpput. ja julkisia kuntosali- ja liikuntapalveluja)		
Summamuuttujan keskiarvo	3,59557	
Summamuuttujan keskihajonta	2,012486	



Kuvio 7. Palvelujen käyttö

6.2 Menetelmät

Aineisto analysoitiin Statistics/Data Analysis (STATA IC 10) for Windows -tilasto-ohjelmalla. Aineistoa korjattiin siten, että virheelliset vastaajien syntymävuodet korvattiin puuttuvina, joita oli 12 kpl. Lopullisen aineiston vastaajat olivat 20–80-vuotiaita. Vastaajilta kysyttiin, olivatko he käyttäneet terveydenhuollon palveluja edellisen vuoden aikana, vastausvaihtoehtoina kyllä (1) tai ei (2). Aineistosta löytyi viisi vastausta, joissa oli numerot kolme tai neljä, mitkä korvattiin myös puuttuvina. Muita korjauksia aineistoon ei tehty. Tehdyt muuttujamuunnokset esitellään kohdassa, jossa ko. muuttajaa käsitellään tarkemmin.

Tutkittavaa ilmiötä mallinnettiin pääosin logistista regressioanalyysiä käyttäen, koska selitettävät muuttujat olivat luokittelumuuttujia. Perusterveydenhuollon ja sairaalapalvelun käytön määrää tutkittaessa käytettiin myös perinteistä regressioanalyysimenetelmää. Mallintamisessa pyrittiin estimoimaan teoreettisen mallin mukaisesti tekijöitä, jotka yhdessä voisivat selittää kutakin selitettävää muuttujaa. Tämän tutkimuksen selittävät tekijät ovat aiemmissa tutkimuksissa osoittautuneet myös tutkittavaa ilmiötä selittäviksi tekijöiksi. Logistisen regressioanalyysin peruskaava on:

$$\text{Tapahtuman todennäköisyys } \hat{Y} = e^z / 1 + e^z \text{ tai } \hat{Y} = e^z / 1 + e^{-z}$$

e = luonnollisen logaritmin kantaluku = Neperin luku noin 2,718

$$z = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i + \varepsilon$$

\hat{Y} = selitettävä muuttuja ja erityisesti aineiston perusteella laskettava ennuste

X_1 – X_i = selittävät muuttujat, joita i -kappaletta

β_0 = vakio, joka lasketaan analyysissä

β_1 – β_i = muuttujien painokertoimia, joita on yhtä monta kuin selitettäviä muuttujia

ε = virhetermi, koska malli ei pysty selittämään kaikkea selitettävän muuttujan vaihtelua (Metsämuuronen, 2003, 606–610.)

Logaritminen käyrä on S-muotoinen, jonka voi esittää myös kaavana:

$$\log (P(Y = 1) / 1 - P(Y = 1)) = b_0 + b_1 x$$

Kaavassa $P(Y = 1)$ on todennäköisyys sille, että selitettävä muuttuja saa arvon 1. Yhteys tapahtuman vastakkaiseen todennäköisyyteen eli siihen, että tapahtuma ei toteudu,

saadaan kaavasta $P(\text{ei tapahtu}) = 1 - P(\text{tapahtuma})$. Jakolasku on ns. vedonlyöntisuhde Odds Ratio (OR), sille onko muuttujan y arvo 1. Regressiokertoimen voi tulkita siten, että e^b on vedonlyöntisuhteen muutos silloin, kun selitettävä muuttuja kasvaa yhden yksikön. (Mauranen 2007.)

Tämän tutkimuksen mallissa on kaksi selitettävää muuttujaa: vapaaehtoinen vakuutus ja terveystalvelujen käyttö. Muuttujat ovat mallin endogeenisia muuttujia. Lisäksi oletetaan, että vapaaehtoinen vakuutus vaikuttaa terveystalvelujen käyttöön. Mallin eksogeenisilla muuttujilla selitetään edellisten hankintaa. Näistä syistä johtuen menetelmäksi valittiin kaksivaiheinen regressioanalyysimenetelmä (2SLS).

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen logistinen regressioyhtälö on muotoa:

$$Y_1 = \alpha_0 + \alpha_1 X_1 + \alpha_2 X_2 + \alpha_3 X_3 + \alpha_4 X_4 + \alpha_5 X_5 + u_1$$

Y_1 = vapaaehtoinen vakuutus

(tapaturma- ja henkivakuutus, yksityinen sairausvakuutus, on = 1, ei = 0)

α_0 = vakio

$\alpha_1 - \alpha_5$ = muuttujien painokertoimia

X_1 = ikä

X_2 = sukupuoli

X_3 = luokitellut tulot

X_4 = luokiteltu koulutus

X_5 = summamuuttuja 11 eri palvelusta (kulutustyyli)

u_1 = jäännöstermi

Tämä malli estimoitii logistisen regressio- ensimmäisessä vaiheessa. Seuraavaksi tehtiin regressioanalyysimenetelmän toinen vaihe, jossa ensimmäisestä logistisesta regressioyhtälöstä laskettiin ennusteet, jotka siirrettiin regressioyhtälön selittäviksi tekijöiksi (Gujarati 1995, 686–693.):

$$Y_{2,3,4,5,6,7,8} = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 (\hat{Y}_1) + u_i$$

Y_2 = sektori: julkisen terveydenhuollon- tai yksityisen th:n sektorin käyttö,

Y_3 = perusterveydenhuollon käytön todennäköisyys, (kyllä = 1, ei = 0)

Y_4 = perusterveydenhuollon käytön määrä, [kyllä ≥ 1 (1, 2–4 tai ≥ 5 krt), ei = 0]

Y_5 = yksityislääkäripalvelujen käytön todennäköisyys, (kyllä = 1, ei = 0)

Y_6 = sairaalapalvelujen käytön todennäköisyys, (kyllä = 1, ei = 0)

Y_7 = sairaalapalvelujen käytön määrä, [kyllä ≥ 1 (1, 2–4 tai ≥ 5 krt), ei = 0]

Y_8 = yksityissairaalapalvelujen käytön todennäköisyys, (kyllä = 1, ei = 0)

β_0 = vakio

$\beta_1 - \beta_4$ = muuttujien painokertoimia

X_1 = ikä

X_2 = sukupuoli

X_3 = luokitellut tulot

\hat{Y}_1 = ensimmäisen regressioyhtälön ennusteet

u_i = jäännöstermi

Digotomisesti luokiteltujen muuttujien kohdalla sijoitus tehtiin logistiseen regressioyhtälöön. Perusterveydenhuollon ja sairaalapalvelujen määrällisen käytön (käyntikertoja) analysoinnissa sijoitus tehtiin perinteisen regressiomenetelmän mukaisesti, koska summamuuttujat olivat jatkuvia muuttujia.

Mallin spesifikaatiota testattiin Reset-testillä. Selittäjien multikollinearisuutta testattiin Vif-testillä, jonka arvo on alle viisi, silloin kun häiritsevää korrelaatiota muuttujien välillä ei esiinny. Myös luokittelun onnistumista testattiin. Kaikki testit tehtiin jokaiselle raportoitavalle mallille.

6.3 Validiteetti ja reliabiliteetti

Validiteetti jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäisellä validiteetilla arvioidaan, onko tutkimuksessa mitattu niitä asioita, joita tutkimuksen teoriaosuudessa on käsitelty. Tässä tutkimuksessa kysytään, onko yksityisen vakuutuksen hallinnalla vaikutusta yksityisen- tai julkisen terveystalvutajarjonnan valintaan ja eroaako terveystalvutalvuiden valinta vakuutuksen haltijan muista kulutusvalinnoista. Teoriassa on käsitelty kysyntää, tarjontaa, markkinoita, rahoitusta ja konsumerismia. Tutkimusosuudessa analysoidaan teorian käsitteitä selvittämällä vastaajien terveystalvutalvujen käyttöä, kyselylomakkeen mukaisten talvutalvujen käyttöä ja vastaajien vakuutusten omistamista. Pyritään löytämään vastauksia vastaajien sosioekonomisten tekijöiden, muun talvutalvukuluttamisen ja vakuutusten hallinnan avulla markkinoilla tapahtuvan terveystalvutalvukäytön todennäköisyyksille. Tutkimuslomakkeen kysymykset ja teorian käsitteet vastaavat kohtuullisen hyvin toisiaan. Heikkoutena voidaan pitää terveystalvutalvujen ja muiden talvutalvujen käyttökertojen epämääräisyyttä (s. 47). Tarkat käyntikerrat luokiteltujen sijaan mahdollistaisivat vielä luotettavamman tuloksen.

Määrälliset analysoinnit toteutettiin aineiston luonteen vuoksi aineiston vaativalla tavalla.

Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan, että tutkimustulokset ovat yleistettävissä kohdejoukkoon. Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty yliopistokaupungeista. Vastaajat ovat koulutettuja ja suurimmalla osalla on jokin vapaaehtoinen vakuutus. Tutkimustulosten yleistettävyys voi siten heikentyä. Tulokset ovat paremmin yleistettävissä kaupunkilaisiin, joilla on realistinen mahdollisuus valita terveydenhuollon palvelusektori. Tulokset kuvaavat siten parhaiten kaupunkiväestön kulutuskäyttäytymistä.

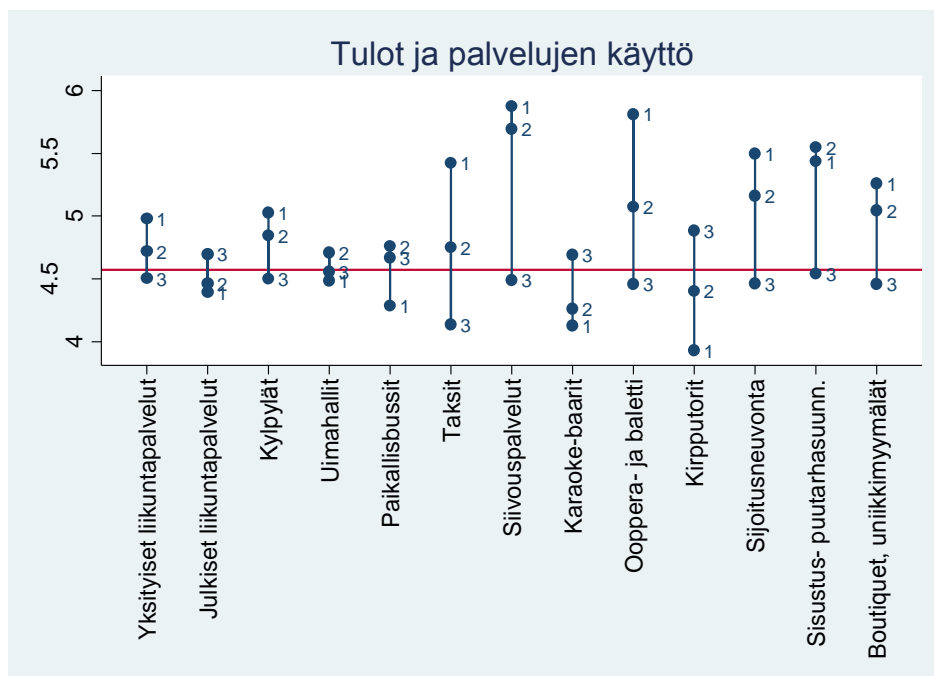
Tutkimuksen luotettavuudella, reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen johdonmukaisuutta ja tutkimusaineiston analysoinnin oikeellisuutta. Tutkimuksen muuttujat valittiin teoreettisten lähtökohtien ja aikaisempien tutkimustulosten perusteella. Tutkimusaineistoa oli jo aiemmin käytetty ja siihen tehtiin vielä muutamia korjauksia luotettavuuden lisäämiseksi. Useita malleja testattiin ja testejä toistettiin.

7 TULOKSET

7.1 Tulot ja kulutustyyli

Tässä luvussa esitellään, kuinka palvelujen (Taulukko 9.) kulutus näyttäytyy suhteessa kotitalouksien tuloihin. Kuvioon on piirretty kotitalouksien tulojen keskiarvosta (n. 3000 eur), punainen horisontaalisen viiva. Tulojen mediaani kulkee luokan 4 tasolla, mutta keskiarvo on valittu vertailuluvuksi havainnollisuuden vuoksi.

Viimeisen vuoden aikana keskimääräistä enemmän ansaitsevat kotitaloudet kuluttivat jatkuvasti tai satunnaisesti yksityisiä liikuntapalveluja, kävivät kylpylöissä useammin kuin uimahalleissa ja käyttivät jatkuvasti tai satunnaisesti takseja. He vierailivat myös jatkuvasti ooppera- ja balettiesityksissä ja ostivat tuotteita uniikkituotemyymälöistä. He hyödynsivät jatkuvasti tai satunnaisesti siivouspalveluja, sisustus- ja puutarhasuunnittelua sekä sijoituspalveluita. Keskimääräistä enemmän ansaitsevat kotitaloudet käyttivät satunnaisesti tai eivät lainkaan julkisia liikuntapalveluita, uimahalleja, paikallisbusseja, karaoke-baareja ja kirpputoreja (Kuvio 9.).



- 1 = jatkuvasti viimeisen vuoden aikana palvelua käyttänyt
- 2 = satunnaisesti ”
- 3 = ei lainkaan ”

Kuvio 8. Tulot ja palvelujen käyttö

Terveysthuollon palveluja tarkasteltaessa havaitaan, että lähes kaikissa tuloluokissa apua haettiin yleisimmin julkisen sektorin järjestämästä palvelupaikasta. 6001 euroa ylittävissä tuloluokissa yksityistä palvelupaikkaa käytettiin suhteellisesti enemmän. Taulukosta on kuitenkin nähtävissä, että tuloluokan kasvaessa hakeutuminen yksityisen palveluntarjoajan luokse suhteellisesti kasvoi. Pearsonin χ^2 -testin mukaan hoitopaikan valinta ja tulot ovat toisistaan riippuvia muuttujia (Taulukko 10.).

Taulukko 10. Viimeksi käytetty hoitopaikka ja kotitalouden tulot

Tulot / Eur	Viimeksi käytetty hoitopaikka %		
	Julkinen	Yksityinen	Yht.
alle 500	78,1	21,9	100
501-1000	81,2	18,8	100
1001-2000	74,9	25,1	100
2001-3000	67,5	32,5	100
3001-4000	60,6	39,4	100
4001-6000	50,5	49,5	100
6001-7000	33,7	66,3	100
yli 7001	46,0	54,0	100
Ei osaa sanoa	63,0	37,0	100
Yhteensä	63,3	36,7	100
Pearson $\chi^2(8) = 130.2238$ Pr = 0.000			

7.2 Tulot ja vakuutus

Tapaturma- ja henkivakuutuksen, yksityisen sairausvakuutuksen tai yksityisen eläkesäästövakuutuksen omistusosuus kasvoi tulojen noustessa. Vakuutuksen omistajaksi luokiteltiin vastaajat, joilla oli jokin edellä mainituista vakuutuslajeista.

Ristiintaulukosta havaitaan, että kotitalouksien tuloluokassa 2001–3000 euroa ja sitä korkeammassa tuloluokassa vastaajien enemmistö omisti jonkin vapaaehtoisen vakuutuksen. Myös suurin osa niistä vastaajista, jotka eivät ilmoittaneet kotitaloutensa tuloja, omistivat kuitenkin jonkin vapaaehtoisen vakuutuksen. Pearsonin χ^2 -testin mukaan vakuutus ja tulot ovat toisistaan riippuvia muuttujia (Taulukko 11.).

Taulukko 11. Vakuutus ja kotitalouden tulot

Tulot	Vakuutus %		Yht.
	Kyllä	Ei	
alle 500	42,9	57,1	100
501-1000	33,8	66,3	100
1001-2000	48,7	51,3	100
2001-3000	64,4	35,6	100
3001-4000	72,9	27,1	100
4001-6000	84,7	15,3	100
6001-7000	90,8	9,2	100
7001 tai yli	87,5	12,5	100
En osaa sanoa	58,9	41,1	100
Yhteensä	65,6	34,4	100

Pearson chi2(8) = 368.0075 Pr = 0.000

Nais- ja miesvastaajien kotitaloudet omistivat lähes yhtä paljon vakuutuksia. Ikääntymisen myötä vakuutusten suhteellinen määrä kasvoi. Ikäluokalla 30–39 oli eniten vakuutuksia ja 70–80-vuotiailla suhteellisesti vähiten. Vastaajan toiminta (työssäkäynti tms.) ei vähentänyt vakuutusten suhteellista määrää muissa ryhmissä paitsi eläkeläisissä. Myös työttömien ja opiskelijoiden enemmistöllä oli jokin vakuutus samoin kuin kotiäideillä/-isillä, yrittäjillä ja kaikilla muilla työssäkävillä vastaajaryhmillä (Liite 6.).

Koulutustason noustessa myös vakuutusten suhteelliset määrät kasvoivat. Ainoastaan ammatillista koulutusta vailla olevilla tai lyhyen kurssikoulutuksen hankkineiden enemmistöllä ei ollut vapaaehtoista vakuutusta. Mutta jo ammatillisen koulutuksen omaavilla tai sitä korkeammin koulutettujen enemmistöllä oli jokin vakuutus (Liite 5.).

Oulussa asuvilla oli suhteellisesti eniten vapaaehtoisia vakuutuksia. Niitä oli lähes 70 prosentilla oululaisista vastaajista. Myös helsinkiläisillä oli niitä runsaasti eli noin 67 prosentilla. Tampereen, Turun, Kuopion vastaajilla oli hyvin saman verran vakuutuksia, heistä noin 63 prosentilla oli jokin vapaaehtoinen vakuutus (Liite 5.).

Kysyttäessä miten vastaaja näkee taloutensa taloudellisen tilanteen viiden vuoden kuluttua, vakuutuksen omistajat näkivät sen erittäin tai melko vakaana. Vakuutuksen omistavista ne, jotka näkivät taloudellisen tilanteen erittäin epävakaana, omistivat suhteellisesti vähiten vapaaehtoisia vakuutuksia (Liite 6.).

7.3 Vakuutus ja kulutustyyli

Noin puolet vakuutuksen omistavista ja omistamattomista piti julkista terveydenhuoltoa päävastuullisena terveystalvelujen antamisessa. Puolet vastaajista siirtäisi vastuun tasapuolisesti sekä julkiselle että yksityiselle terveydenhuollolle (Liite 6.).

Tarkasteltaessa terveydenhuollon palvelujen käyttöä pudotettiin eläkesäästövakuutus analyysistä pois ja tehtiin muuttujamuunnos, johon otettiin mukaan vain sekä tapaturma- ja henkivakuutus että yksityinen sairausvakuutus. Muuttujasta tehtiin dikotominen: vastaaja ei omistanut kumpaakaan vakuutusta, omisti molemmat tai vain toisen vakuutuksista.

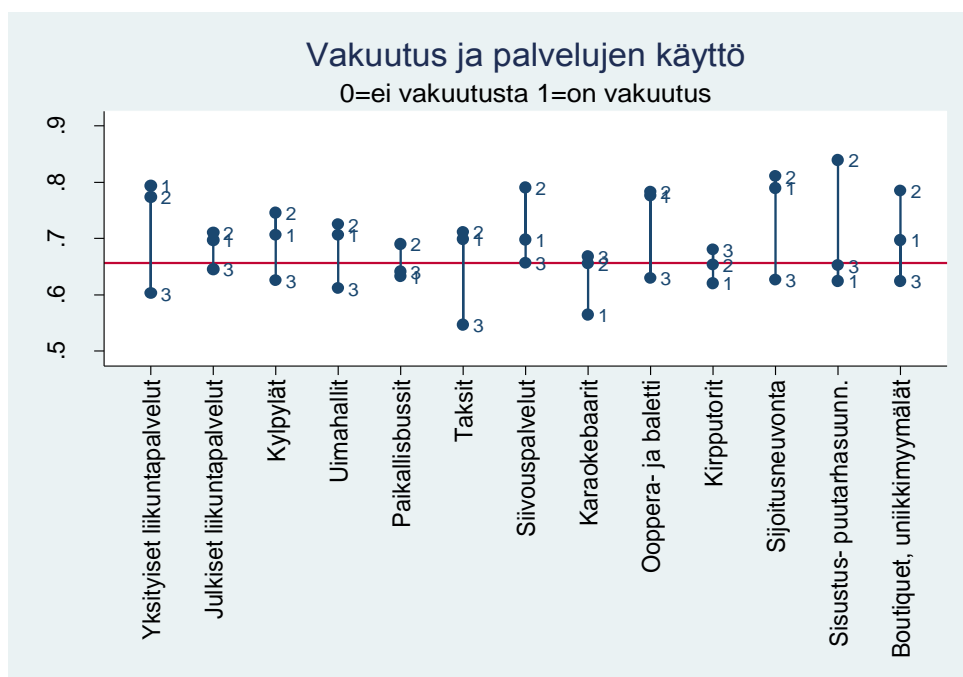
Enemmistö vastaajista oli käyttänyt julkisen sektorin palveluja viimeksi terveydenhuollon palveluja tarvitessaan. Yli puolet vastaajista oli käyttänyt viimeisen vuoden aikana yksityislääkärin palveluja, heistä 68,9 prosentilla oli vakuutus (Taulukko 12; Liite 7.). Sekä lääkäripalvelujen käyttö että yksityislääkäripalvelujen käyttö viimeisen vuoden aikana ja tapaturma- ja henki- tai sairausvakuutuksen omistaminen ovat Pearson chi² -testin mukaan toisistaan riippuvia muuttujia (Taulukko 12.).

Taulukko 12. Vakuutus ja lääkäripalvelujen ja yksityislääkäripalvelujen käyttö

Lääkäripalvelujen käyttö viime vuoden aikana	Tapaturma- ja henki- tai sairausvakuutus %		
	Kyllä	Ei	Yhteensä
Käyttänyt	62,4	37,6	100
Ei ole käyttänyt	54,5	45,5	100
Yhteensä	61,4	38,6	100
Pearson chi ² (1) = 7.4691 Pr = 0.006, N 2757			
Yksityislääkäripalvelujen käyttö viime vuoden aikana	Tapaturma- ja henki- tai sairausvakuutus %		
	Kyllä	Ei	Yhteensä
Kyllä	68,9	31,1	100
Ei	58,5	41,5	100
Yhteensä	64,6	35,4	100
Pearson chi ² (1) = 24.6854 Pr = 0.000, N 2137			

Kuvio 10 kuvaa palvelujen käyttöä suhteessa vakuutuksiin. Kotitalouksien vakuutusten omistamisen keskiarvosta ($k_a=0,66$, $e_i=0$ kyllä=1) on piirretty punainen horisontaalinen viiva, joka on valittu vertailuluvuksi havainnollisuutensa vuoksi.

Vakuutuksia keskimääräistä enemmän omistavat kuluttivat yksityisiä ja julkisia liikuntapalveluja jatkuvasti tai satunnaisesti. He vierailivat oopperassa ja balettiesityksissä, ostivat satunnaisesti sisustus- ja puutarhasuunnittelua, lisäksi he ostivat tavaroita jatkuvasti tai satunnaisesti uniikkituotemyymälöistä. He kulkivat satunnaisesti tai jatkuvasti taksilla ja käyttivät satunnaisesti paikallisbusseja. He vierailivat sekä kylpylöissä että uimahalleissa ja käyttivät siivouspalveluja. He kuluttivat aineiston kulutustuotteista siis lähes kaikkia vaihtoehtotuotteita jatkuvasti tai satunnaisesti. Karaokebaarit tai kirpputorit eivät kuitenkaan sisällyneet yhtä yleisesti vakuutuksen omistajien tyypillisiin hankintoihin. Kuvio 10 näyttää hyvin samanlaiselta verrattuna aiemmin esitettyyn grafiikkaan (Kuvio 9.), jossa palveluja tarkasteltiin tulojen kanssa.



1 = jatkuvasti viimeisen vuoden aikana palvelua käyttänyt
 2 = satunnaisesti ”
 3 = ei lainkaan ”

Kuvio 9. Vakuutus ja palvelujen käyttö

7.4 Vapaaehtoisen vakuutuksen todennäköisyyteen vaikuttavat tekijät

Seuraavaksi mallinnettiin kahden endogeenisen muuttujan (vapaaehtoinen vakuutus ja terveystalouden käyttö) avulla miten valitut eksogeeniset muuttujat vaikuttavat endogeenisten muuttujien tasapainoon. Oletettiin, että vapaaehtoinen vakuutus vaikuttaa terveystalouden käyttöön. Malleissa eksogeenisiksi muuttujiksi valittiin vastaajien ikä, sukupuoli, koulutus, tulot sekä summamuuttujaksi muunnettu palvelumuuttuja, joka sisälsi 11 palvelua, jotka tässä tutkimuksessa nähdään konsumerismin aineksia sisältävinä palveluina. Palvelut olivat: yksityiset kuntosalit ja liikuntapalvelut, kylpylät, uimahallit, paikallisbussit, taksit, siivouspalvelut, karaoke-baarit, ooppera- ja balettiesitykset, sijoitusneuvontapalvelut, sisustus- ja puutarhasuunnittelupalvelut sekä boutique-/uniikkivaatemyymäläpalvelut. Seuraavaksi esitellään tuloksia ko. mallinnoista. *Ensimmäisen mallin avulla selvitettiin, mitkä tekijät vaikuttavat vapaaehtoisen tapaturma-, henki- tai sairausvakuutuksen hankinnan todennäköisyyteen;*

Vastaajan sukupuoli ei vaikuta tilastollisesti merkitsevästi kotitalouksien tapaturma-, henki- tai sairausvakuutuksen omistamisen todennäköisyyteen.

Ikä vaikuttaa kotitalouksien vakuutuksen omistamiseen tilastollisesti erittäin merkitsevästi: iän noustessa yhdellä vuodella vakuutuksen omistamisen todennäköisyys laskee 0,99-kertaisesti ja yhden prosentin.

Kotitalouksien bruttotulot, jotka ovat 1001–2000 euroa nostavat vakuutuksen omistamisen todennäköisyyden 1,84-kertaiseksi tilastollisen viiden prosentin merkitsevyydellä referenssiryhmään (tulot alle 500 €) verrattuna. Todennäköisyys nousee bruttotulojen myötä ollen korkeimmillaan tuloluokassa 6001–7000 euroa, jossa se on 10,27-kertainen referenssiluokkaan verrattuna. Tästä eteenpäin todennäköisyys laskee ollen yli 7001 euroa ansaitsevien keskuudessa 7,75-kertainen.

Ammattikoulun suorittaminen nostaa todennäköisyyden vakuutuksen omistamisesta 1,70-kertaiseksi tilastollisesti merkitsevästi. Koulutustaso, joka on alemmaa opistotason koulutusta tai sitä korkeampaa nostaa vakuutuksen omistamisen todennäköisyyden 1,98–2,46-kertaiseksi tilastollisesti erittäin merkitsevästi referenssiryhmään (ei ammatillista koulutusta) verrattuna.

Erilaisia palveluja kuluttavat omistavat myös vapaaehtoisen vakuutuksen 1,17-kertaisella todennäköisyydellä ja tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla.

Reset-testin mukaan malli on oikein spesifioitu ja LR χ^2 :n -testin mukaan tilastollisesti erittäin merkitsevää. Selittäjien välistä multikollineaarisuutta vif-suureen avulla tutkittuna ei häiritsevästi ilmennyt. Estimoitu malli selittää tapaturma- ja henkivakuutuksen tai sairausvakuutuksen omistamisesta noin 15 prosenttia.

Taulukko 13. Vapaaehtoisen vakuutuksen todennäköisyydestä estimoitu malli

Selitettävä muuttuja = Tapaturma- ja henkivakuutus tai yksityinen sairausvakuutus				
Logistisen mallin (2SLS) ensimmäinen vaiheen muuttujat	OR, p	S.E.	Coef., p	S.E.
Ikä	0,986***	0,003	-0,015***	0,003
Sukupuoli 1 = nainen, 2 = mies	0,931	0,087	-0,071	0,094
Tulot:				
tulot2	1,047	0,280	0,046	0,268
tulot3	1,837*	0,449	0,608*	0,245
tulot4	3,184***	0,778	1,158***	0,244
tulot5	4,021***	1,015	1,392***	0,252
tulot6	6,354***	1,595	1,849***	0,251
tulot7	10,269***	3,724	2,329***	0,363
tulot8	7,749***	2,500	2,048***	0,323
tulot9	3,226***	1,132	1,171***	0,351
Koulutus:				
koulutus2	1,228	0,223	0,206	0,181
koulutus3	1,698**	0,294	0,529**	0,173
koulutus4	1,980***	0,378	0,683***	0,191
koulutus5	2,460***	0,420	0,900***	0,171
koulutus6	2,172***	0,370	0,775***	0,170
Yhdistetty11: palvelujen summamuuttuja	1,174***	0,030	0,160***	0,026
Vakio			-1,002**	0,321
LR χ^2 /mallin merkitsevyydesti	519,05			
LR χ^2 :n p-arvo	0,000			
Log(L)	-1477,58			
Pseudo R ²	0,149			
Reset: p-arvo	0,372			
N	2619			

*** = merkitsevää 0,1 % merkitsevyydellä, $p \leq 0,001$

** = merkitsevää 1 % merkitsevyydellä, $0,001 < p \leq 0,01$

* = merkitsevää 5 % merkitsevyydellä, $0,01 < p \leq 0,05$

7.5 Palvelusektorin valinta

Ensimmäisen vaiheen logistisen regressioyhtälön ennusteet ja jäännökset sijoitettiin toisen vaiheen logistiseen regressioyhtälöön selittävänä muuttujana. Muut selittävät muuttujat olivat muutoin samat kuin ensimmäisessä vaiheessa lukuun ottamatta luokkamuuttujaa koulutuksesta. Selitettävä muuttuja oli kaksiluokkainen muuttuja. *Mallin avulla selvitettiin, millä todennäköisyydellä vapaaehtoisen vakuutuksen omistava ja muita palveluja kuluttava kuluttaja valitsee palvelusektoriksi yksityisen terveysterveyspalvelusektorin;*

Vakuutuksen hankinnan todennäköisyyden kasvaessa yhdellä yksiköllä, yksityisen terveysterveyspalvelusektorin valinta kasvaa 7,45-kertaiseksi. Tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä. Tässä mallissa tuloluokat samankaltaisuuden vuoksi korreloivat vahvasti keskenään, mutta malli on tilastollisesti erittäin merkitsevä ja Reset-testin mukaan oikein spesifioitu.

Taulukko 14. Sektorin valinnan todennäköisyydestä estimoitu malli

Selitettävä muuttuja: Sektori2 - Julkinen vai yksityinen palvelusektori				
Logistisen mallin (2SLS) toisen vaiheen muuttujat	OR, p	S.E.	Coef., p	S.E.
Ennustettu vakuutuksen todennäköisyys	7,451***	4,215	2,008***	0,566
Ikä	0,993	0,004	-0,007	0,004
Sukupuoli 1 = nainen, 2 = mies	1,005	0,107	0,005	0,107
Tulot:				
tulot2	1,003	0,375	0,003	0,374
tulot3	1,132	0,393	0,124	0,347
tulot4	1,148	0,429	0,138	0,373
tulot5	1,187	0,472	0,172	0,397
tulot6	1,551	0,661	0,439	0,426
tulot7	2,806*	1,400	1,032*	0,499
tulot8	1,701	0,807	0,531	0,474
tulot9	1,338	0,651	0,291	0,487
Vakio			-1.728***	0,494
LR chi ² /mallin merkitsevyydesti	166,44			
LR chi ² :n p-arvo	0,000			
Log(L)	-1130,82			
Pseudo R ²	0,069			
Reset: p-arvo	0,919			
N	1842			

*** = merkitsevä 0,1 % merkitsevyydellä, $p \leq 0,001$

** = merkitsevä 1 % merkitsevyydellä, $0,001 < p \leq 0,01$

* = merkitsevä 5 % merkitsevyydellä, $0,01 < p \leq 0,05$

7.6 Perusterveydenhuollon palvelujen käyttö

Ensimmäisen vaiheen logistisen regressioyhtälön ennusteet ja jäännökset sijoitettiin jälleen toisen vaiheen logistisiin regressioyhtälöihin selittävinä muuttujina. Muut selittävät muuttujat olivat muutoin samat kuin edellisessä mallissa. Selitettäviä muuttujia olivat: kaksiluokkainen muuttuja perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen käytöstä (kyllä, ei), yksityislääkäripalvelujen käytöstä (kyllä, ei) ja summamuuttuja perusterveydenhuollossa toteutuneista lääkärikäynneistä kertoina (terveyskeskuslääkäri, yksityislääkäri ja työterveyslääkäri). *Mallien avulla selvitettiin, millä todennäköisyydellä ja missä määrin vakuutuksen omistajat ja muita palveluja kuluttavat kuluttajat käyttävät perusterveydenhuollon palveluja ja yksityislääkäripalveluja;*

Vakuutuksen todennäköisyyden kasvaessa yhdellä yksiköllä, perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen käyttö kasvaa 21,15-kertaiseksi viiden prosentin tilastollisella merkitsevyystasolla. Yksityislääkärikäyntien todennäköisyys kasvaa 11,12-kertaiseksi tilastollisella erittäin merkitsevällä merkitsevyystasolla. Tarkasteltaessa perusterveydenhuollon käyntimääriä (terveyskeskus-, yksityis-, työterveyslääkäri) summamuuttujan avulla havaitaan, että vakuutuksen todennäköisyyden kasvaessa yhdellä yksiköllä, käyntimäärät lisääntyvät luokasta toiseen 1,84-kertaisesti. Edellinen toteutuu tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla silloin, kun kaikki muut tekijät vakioidaan.

Iän lisääntyessä vuodella perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen käytön todennäköisyys kasvaa 1,03-kertaiseksi tilastollisesti melkein merkitsevästi ja yksityislääkäripalvelujen käytön todennäköisyys kasvaa 1,03-kertaiseksi tilastollisesti erittäin merkitsevästi. Tässä mallissa todennäköisyys hakeutua yksityislääkäripalvelujen piiriin nousee kaikkien vastaajien keskuudessa tilastollisesti erittäin merkitsevästi, mutta varsinkin naisvastaajat hakeutuvat yksityissektorille. Perusterveydenhuollon käyntimäärät laskevat luokasta toiseen tilastollisesti erittäin merkitsevästi etenkin naisvastaajien kohdalla.

Mallit 1–3 ovat Reset-testin mukaan oikein spesifioitu. Tuloluokat korreloivat vahvasti keskenään samankaltaisuutensa vuoksi. Malli 1 raportoidaan vaikka se ei olekaan

2SLS:n toisen vaiheen mallin testauksen perusteella tilastollisesti merkitsevä, toisin kuin Mallit 2 ja 3.

Taulukko 15. Perusterveydenhuollosta estimoidut mallit

Selitettävät muuttujat: Perusterveydenhuollon käytön todennäköisyys, pth:n käytön määrä (käyntikerrat summamuuttujilla) ja yksityislääkärikäyntien todennäköisyys

Logistisen mallin (2SLS) toisen vaiheen muuttujat	Malli 1: Pth:n käytön tn		Malli 2: Pth:n käytön määrä / krt		Malli 3: Yksityislääkäri- käyntien tn	
	OR, p	S.E.	Coef., p	S.E.	OR, p	S.E.
Ennustettu vakuutuksen todennäköisyys	21.145*	27,160	1,842***	0,465	11,123***	5,994
Ikä	1,025*	0,010	0,007	0,004	1,028***	0,004
Sukupuoli 1 = nainen, 2 = mies	1,045	0,255	-0,761***	0,087	0,608***	0,061
Tulot:						
tulot2	0,669	0,407	-0,389	0,259	-0,389	0,259
tulot3	0,660	0,401	0,067	0,248	0,067	0,248
tulot4	0,480	0,333	-0,051	0,275	-0,051	0,275
tulot5	0,483	0,373	-0,083	0,298	-0,083	0,298
tulot6	0,549	0,480	-0,094	0,324	-0,094	0,324
tulot7	0,167	0,169	0,125	0,394	0,125	0,394
tulot8	0,310	0,316	-0,137	0,375	-0,137	0,375
tulot9			-0,763*	0,370	1,335	0,599
Vakio			3,157***	0,389		
F (11, 2624)			16,81			
Prob > F			0,000			
Adj. R ²			0,062			
LR chi ² /mallin merkitsevyydesti		16,16	160,66			
LR chi ² :n p-arvo		0,095	0,000			
Log(L)		-331,10	-1307,25			
Pseudo R ²		0,024	0,058			
Reset: p-arvo		0,396	0,162		0,667	
N		2259	2636		2047	

*** = merkitsevä 0,1 % merkitsevyytasolla, $p \leq 0,001$

** = merkitsevä 1 % merkitsevyytasolla, $0,001 < p \leq 0,01$

* = merkitsevä 5 % merkitsevyytasolla, $0,01 < p \leq 0,05$

7.7 Sairaalapalvelujen käyttö

Ensimmäisen vaiheen logistisen regressioyhtälön ennusteet ja jäännökset sijoitettiin jälleen toisen vaiheen logistisiin regressioyhtälöihin selittävinä muuttujina. Muut selittävät muuttujat olivat muutoin samat kuin edellisissä malleissa. Selitettäviä muuttujia olivat: kaksiluokkaiset muuttujat sairaalapalvelujen käytöstä (kyllä, ei) ja yksityissairaalan käytöstä (kyllä, ei) sekä summamuuttuja sairaalassa toteutuneista palveluista kertoina (sairaalan pkl:n lääkärivastaanotto, julkisen sairaalan osastolla annettu hoito ja yksityisen sairaalan osastolla annettu hoito). *Mallien avulla selvitettiin, millä todennäköisyydellä ja missä määrin vakuutuksen omistavat ja muita palveluja kuluttavat kuluttajat käyttävät sairaalapalveluja ja yksityissairaalapalveluja;*

Malli 3 on Reset-testin mukaan oikein spesifioitu, toisin kuin Mallit 1 ja 2, joiden tuloksia ei esitellä. Mallien merkitsevyydet läpäisevät testit. Tuloluokat korreloivat vahvasti keskenään samankaltaisuutensa vuoksi.

Kun ikä lisääntyy vuodella, yksityissairaalan käytön todennäköisyys kasvaa 1,02-kertaiseksi, tilastollisen viiden prosentin merkitsevyydellä. Miesvastaajien todennäköisyys käyttää yksityissairaalapalveluja on suurempi naisvastaajiin verrattuna (1,67) viiden prosentin merkitsevyydellä.

Yksityisvakuutuksen omistamisella, muiden palvelujen kuluttamisella ja sairaalapalvelujen käytöllä ei ole tilastollisesti merkitsevää yhteyttä, eikä sairaalakäyttöä siten voida selittää oheisen mallin perusteella. Sairaalaan joutuminen ei selity ilman tarkempia tietoja mm. siitä, kuinka vakavasti ihminen on sairastunut.

Seuraavassa taulukossa esitetään kuitenkin sairaalapalvelujen käytön todennäköisyydestä estimoidut mallit.

Taulukko 16. Sairaalapalvelujen käytön todennäköisyydestä estimoidut mallit

Selitettävät muuttujat: Sairaalapalvelujen käytön todennäköisyys, käytön määrä (käyntikerrat/summa) ja yksityissairaalapalvelujen käytön todennäköisyys						
	Malli 1: Sairaalapalvelujen käytön tn		Malli 2: Sairaalapalvelujen käytön määrä / krt		Malli 3: Yksityissairaalan käytön tn	
Logistisen mallin (2SLS) toisen vaiheen muuttujat	OR, p	S.E.	Coef., p	S.E.	OR, p	S.E.
Ennustettu vakuutuksen todennäköisyys	0,210**	0,106	-0,493	0,417	1,833	2,211
Ikä	1,012**	0,004	0,010*	0,003	1,021*	0,009
Sukupuoli 1 = nainen, 2 = mies	1,044	0,100	-0,031	0,078	1,673*	0,356
Tulot:						
tulot2	0,776	0,221	-0,398	0,233	0,591	0,345
tulot3	0,861	0,228	-0,372	0,223	0,214**	0,125
tulot4	0,819	0,239	-0,473	0,246	0,277*	0,173
tulot5	0,894	0,282	-0,483	0,267	0,473	0,316
tulot6	1,112	0,383	-0,354	0,290	0,537	0,399
tulot7	1,197	0,496	-0,239	0,353	0,408	0,368
tulot8	1,071	0,424	-0,432	0,337	0,513	0,435
tulot9	1,038	0,429	-0,277	0,332	0,920	0,706
Vakio			1,519***	0,349		
F (11, 2624)			3,78			
Prob > F			0,000			
Adj. R ²			0,012			
LR chi ² /mallin merkitsevyydesti	75,90				29,16	
LR chi ² :n p-arvo	0,000				0,002	
Log(L)	-1402,01				-386,25	
Pseudo R ²	0,026				0,036	
Reset: p-arvo	0,009		0,011		0,811	
N	2089		2636		1908	

*** = merkitsevä 0,1 % merkitsevyytasolla, $p \leq 0,001$ ** = merkitsevä 1 % merkitsevyytasolla, $0,001 < p \leq 0,01$ * = merkitsevä 5 % merkitsevyytasolla, $0,01 < p \leq 0,05$

8 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia onko vapaaehtoisen vakuutuksen hankinnalla vaikutusta yksityisen- tai julkisen terveystalouden valintaan. Tutkittiin, eroaako terveystalouksien valinta vakuutuksen haltijan muista kulutusvalinnoista. Tarkoituksena oli myös analysoida, ovatko lääkäripalveluiden kysyntä ja kulutustottumukset luonteeltaan lähentyneet normaalituotteiden kulutustyyliä. Tässä kappaleessa vastataan saatujen tulosten perusteella tutkimuksen kysymyksiin. Empiiriset kysymykset olivat:

1. Millä kotitalouksien tuloryhmillä on vapaaehtoinen vakuutus?
2. Miten vakuutettujen lääkäripalveluiden käyttö jakautuu tarpeeseen nähden?
3. Vaikuttaako vakuutettujen tulotaso lääkäripalveluiden käyttöön?
4. Miten vapaaehtoisen vakuutuksen omistaminen vaikuttaa yksityisen ja julkisen terveystalouden valintaan?
5. Millä tavalla kulutustottumukset selittävät vapaaehtoisen vakuutuksen ottamista?
6. Onko kulutustottumuksilla yhteys lääkäripalveluiden käyttöön?

Vastaajista 65,6 prosentilla eli suurimmalla osalla oli jokin seuraavista vapaaehtoisista vakuutuksista: tapaturma- ja henkivakuutus, yksityinen sairausvakuutus tai yksityinen eläkesäästövakuutus. 59,3 prosentilla vastaajista oli tapaturma- ja henkivakuutus, joka oli suurin omistettu yksittäinen vakuutustyyppi. Yksityistä sairausvakuutusta omistettiin vaihtoehtoisista vähiten (15,7 %). Viidenneksellä vastaajista oli eläkesäästövakuutus (20,7 %).

Vastaajan sukupuoli ei vaikuttanut tilastollisesti merkitsevästi kotitalouden tapaturma- ja henkivakuutuksen tai yksityisen sairausvakuutuksen omistamisen todennäköisyyteen toisin kuin ikä, joka vaikutti tilastollisesti erittäin merkitsevästi: iän noustessa yhdellä vuodella vakuutuksen omistamisen todennäköisyys laski 0,99-kertaisesti ja yhden prosentin. Ikäluokalla 30–39 oli eniten vakuutuksia ja 70–80-vuotiailla suhteellisesti vähiten. Vastaajien enemmistöllä oli vakuutuksia, eikä vastaajien toiminta (työssäkäynti tms.) vähentänyt kotitalouksien vakuutusten suhteellista määrää muissa ryhmissä paitsi eläkeläisissä.

Kotitalouksien bruttotulot, jotka ovat 1001–2000 euroa nostavat vakuutuksen omistamisen todennäköisyyden 1,84-kertaiseksi tilastollisen viiden prosentin merkitsevyystasolla referenssiryhmään (tulot alle 500 €) verrattuna. Todennäköisyys nousee bruttotulojen myötä ollen korkeimmillaan tuloluokassa 6001–7000 euroa, jossa se on 10,27-kertainen referenssiluokkaan verrattuna. Tästä eteenpäin todennäköisyys laskee ollen yli 7001 euroa ansaitsevien keskuudessa 7,75-kertainen.

Vastaajista lähes kaikki, 98,2 prosenttia, oli käyttänyt jotakin terveystalveta kuluneen vuoden aikana. Heistä 96,6 prosenttia oli hakeutunut perusterveydenhuollon piiriin. Sairaalapalveluja tarvitsi noin puolet, 46,3 prosenttia vastaajista.

Tapaturma- ja henki- tai sairausvakuutuksen omistavista 62,4 prosenttia oli käyttänyt lääkäripalveluja viimeisen vuoden aikana. Yksityislääkärin palvelujen piiriin hakeutui 68,9 prosenttia vakuutuksen omistajista.

Lähes kaikissa tuloluokissa avuntarpeessa hakeuduttiin suhteellisesti eniten julkisen sektorin järjestämään palvelupaikkaan. Vain tuloluokissa yli 6001 euroa yksityistä palvelupaikkaa käytettiin suhteellisesti enemmän. Nähtävissä oli kuitenkin, että tuloluokan kasvaessa hakeutuminen yksityisen palveluntarjoajan luokse kasvoi. Logistisen regressioanalyysin avulla havaittiin, että vapaaehtoisen vakuutuksen omistamisen ja muiden palvelujen kuluttamisen kasvaessa yhdellä yksiköllä, yksityisen terveystalvetausektorin valinnan todennäköisyys kasvaa 7,45-kertaiseksi tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla, kun kaikki muut tekijät vakioidaan.

Logistisessa regressioanalyysissä käytetty summamuuttuja (*sisälsi 11 palvelua: yksityiset kuntosalit- ja liikuntapalvelut, kylpylät, uimahallit, paikallisbussit, taksit, siivouspalvelut, karaoke-baarit, ooppera- ja balettiesitykset, sijoitusneuvontapalvelut, sisustus- ja puutarhasuunnittelupalvelut sekä boutique-/uniikkivaatemyläpalvelut*) osoittautui tapaturma- ja henkivakuutuksen tai sairausvakuutuksen selittäväksi tekijäksi 1,17-kertaisella todennäköisyydellä tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla, kun kaikki muut tekijät oli vakioitu. Vakuutuksen omistamisen kasvaessa yhdellä yksiköllä, todennäköisyys käyttää perusterveydenhuollon lääkäripalveluja kasvaa 21,15-kertaiseksi viiden prosentin tilastollisella merkitsevyystasolla. Yksityislääkärikäyntien käytön todennäköisyys kasvaa 11,12-kertaiseksi 0,1 prosentin merkitsevyystasolla.

Perusterveydenhuollon käyntimäärien kohdalla havaittiin, että vakuutuksen todennäköisyyden kasvaessa yhdellä yksiköllä, käyntimäärät lisääntyvät vastausten luokasta toiseen 1,84-kertaisesti, tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla, kun kaikki muut tekijät vakioidaan.

Sairaalapalvelujen käyntimäärissä havaittiin, että tapaturma- henki- tai sairausvakuutuksen omistamisella, muiden palvelujen kuluttamisella ja sairaalapalvelujen käytöllä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä, eikä sairaalakäyttöä voida selittää luodun mallin perusteella. Sairaalaan joutuminen ei selity ilman tarkempia tietoja mm. siitä, kuinka vakavasti ihminen on sairastunut.

Tutkimuksen tarkoituksena oli yleisesti tutkia, onko muun kulutuksen ja terveystalvelujen kulutuksen logiikka sama. Mallinnuksen perusteella voidaan havaita, että kulutuksen logiikassa on nähtävissä yhteneväisyyttä. Ne kuluttajat, jotka ostavat kyselyaineiston palveluja, ostavat myös vakuutuksia ja hyödyntävät niitä käyttämällä enemmän perusterveydenhuollon lääkäripalveluja. Samalla heidän todennäköisyytensä käyttää perusterveydenhuollon palveluja kasvaa 21,15-kertaiseksi. Voidaan siis päätellä, että kaupunkilaisten keskuudessa terveystalvelujen käytöllä ja muun kulutuksen tyyllillä on yhteys. Perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen kysyntä ja kulutustottumukset ovat luonteeltaan lähentyneet normaalituotteiden kulutustyyliä ja terveystalvelujen käytössä voidaan nähdä konsumeristisia aineksia. Sosiologisesta näkökulmasta voidaan todeta, että moderni konsumeristinen kuluttaja hyödyntää resurssejaan. ”Ajan hengessä” hän mukauttaa kulutustyyliä uusille tottumuksille, joista muodostuu uusia terveystalvelujen kulustraditioita.

Saadut tulokset on koottu lyhyesti seuraaviin taulukoihin siten, että ensimmäisessä taulukossa (Taulukko 17.) on lueteltu tapaturma- ja henki- tai sairausvakuutuksen selittävät tekijät tilastollisen merkitsevyyden mukaan. Toisessa taulukossa (Taulukko 18.) on havainnollistettu värillä, mille merkitsevyydentalvelulle ensimmäisen vaiheen regressioyhtälön ennusteet sijoittuivat toisen vaiheen mallinnuksessa.

Taulukko 17. Yhteenveto 1. vaihe

2SLS:n 1. vaihe			
Selitettävä muuttuja	Tilastollisesti erittäin merkitsevä selittäjä, $p \leq 0,001$	Erittäin merkitsevä selittäjä, $0,001 < p \leq 0,01$	Merkitsevä selittäjä, $0,01 < p \leq 0,05$
Vapaaehtoinen vakuutus (tapaturma- ja henkivakuutus tai yksityinen sairausvakuutus)	Ikä, Kotitalouden tulot ≥ 2001 €, Alempi opistotason tutkinto tai sitä korkeampi koulutus, Palvelut (yksityiset kuntosali- ja liikuntapalvelut, kylpylät, uimahallit, paikallisbussit, taksit, siivouspalvelut, karaoke-baarit, ooppera- ja balettiesitykset, sijoitusneuvontapalvelut, sisustus- ja puutarhasuunnittelupalvelut, boutique-/uniikkivaatemyläpalvelut)	Ammattikoulutus	Tulot: 1001–2000 €

Seuraavassa taulukossa on havainnollistettu värillä se merkitsevyystaso, jolle ensimmäisen vaiheen regressioyhtälön ennusteet sijoituivat toisen vaiheen mallinnuksessa.

Taulukko 18. Yhteenveto 2. vaihe

2. vaihe: Ennustettu vakuutuksen todennäköisyyden sijoitus			
Selitettävä muuttuja	Tilastollisesti erittäin merkitsevä selittäjä, $p \leq 0,001$	Merkitsevä selittäjä, $0,01 < p \leq 0,05$	Ei tilastollista merkitsevyyttä tai ei ole Resestestin mukaan oikein spesifioitu
Sektorin valinta	yksityinen sektori OR 7,451		
Yksityislääkärikäyntien todennäköisyys	OR 11,1229		
Perusterveydenhuollon käytön todennäköisyys		OR 21,1452	
Perusterveydenhuollon käytön määrä / krt	Coef. 1,8421		
Yksityissairaalan käytön todennäköisyys			
Sairaalapalvelujen käytön määrä / krt			
Sairaalapalvelujen käytön todennäköisyys			

9 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa tutkittiin terveystalouden käyttöä vapaaehtoisten vakuutusten, sosioekonomististen tekijöiden ja muun palvelukuluttamisen avulla. Aineistosta valituille selitettäville muuttujille tehtiin muuttujamuunnokset yhdistämällä tapaturma-, henkivakuutus ja yksityinen sairausvakuutus sekä perusterveydenhuollon että sairaalapalvelujen käyttöä mittaavat muuttujat, joita tutkittiin selittävien muuttujien avulla.

Kuluttajan teorian mukaan kuluttajat valitsevat parhaan hyödykeyhdistelmän niistä, joihin heillä on varaa. Optimivalinta on kysytty hyödykekori. Teoria jakautuu kahteen osioon: budjettirajoitteeseen ja parhaaseen kuluttajan osoittamaan hyödykeyhdistelmään. Kuluttajan teoriolla voidaan ennustaa taloudellisen käyttäytymisen muutos taloudellisen ympäristön muuttuessa. Teoriassa terveys voidaan nähdä investointihyödykkeenä, perittynä terveysvarantona, joka säilyy vain terveyspanoksia yhdistelemällä. Hyödykkeiden ja palvelujen kysyntään vaikuttavat mm. henkilökohtainen terveysvarantojen tilanne, hinnat, tulot ja koulutus. Myös tarjonta vaikuttaa terveystalouden hankintapäätöksiin ja niiden käyttöön. Terveystalouden markkinoilla kuluttajan hyötyä voidaan ilmaista funktiolla, jossa erilaiset ”tavalliset” hyödykkeet (c), terveydentuotanto (h), terveystalouden määrä (m) ja muut terveyden tuottamisessa tarvittavat panokset (x) yhdistetään. Tällöin terveystalouden kuluttajan hyötyfunktio ilmaistaan:

$$U = U(c, h(m, x))$$

Tässä tutkimuksessa tutkittiin terveystalouden käyttöön vaikuttavia tekijöitä. Kaksivaiheisen (2SLS) regressioanalyysin ensimmäisen vaiheen perusteella vapaaehtoisen vakuutuksen selittäviksi tekijöiksi osoittautuivat ikä, koulutus, joka oli ammattikoulu tai sitä korkeampi koulutus, 1001 euroa ylittävät kotitalouden bruttotulot ja muiden palvelujen kulutus. Toisen vaiheen tulosten perusteella voidaan todeta, että vakuutus ja palvelukuluttaminen yhdessä selittävät perusterveydenhuollossa toteutuvia lääkärikäyntejä ja yksityislääkärikäyntejä sekä palvelusektorin valintaa.

Tulokset ovat kulutusteorian mukaisia. Yksityisvakuutuksen omistaminen nostaa terveystaloudellista kuluttavan asemaa indifferenssikäyrällä mahdollistaen laajemman hyödykkekorin. Kasvaneella budjetilla terveystaloudellisten kuluttaja voi valita aiempaa suuremman määrän terveystaloudellista, joilla hän voi investoida terveyteensä ja kasvattaa terveystaloudellista varantoansa.

Kuluttajan teoriolla voidaan ennustaa taloudellisen käyttäytymisen muutos taloudellisen ympäristön muuttuessa. Tässä tutkimuksessa taloudellisen ympäristön muutoksella tarkoitetaan vapaaehtoisen vakuutuksen hankintaa, jonka toteutumisella voidaan ennustaa perusterveydenhuollon lääkärikäyntimäärien kasvavan (1,84-kertainen lisäys luokasta toiseen) ja yksityislääkärikäyntien käytön todennäköisyyden kasvavan 11,12-kertaiseksi ja perusterveydenhuollon lääkärikäyntien todennäköisyyden kasvavan 21,15-kertaiseksi silloin, kun muut tekijät on vakioitu. Sairaalapalvelujen käytölle ei voida ennustaa tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

Tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia aiempiin vapaaehtoisen vakuutuksen vaikutuksesta tehtyihin tutkimuksiin verrattuna. Tulokset voivat viitata siihen, että vapaaehtoisen vakuutuksen omistajat haluavat varautua nopeaan tai ylipäätään lääkärin vastaanotolle pääsyyn. Tästä tutkimuksesta ei voi vetää johtopäätöksiä vakuutusten omistajien sosiaalisesta asemasta, koska vakuutuksia omisti suurin osa vastaajista. Vakuutusten määrä lisääntyi tulojen ja koulutuksen noustessa ja yksityislääkäripalveluita käyttivät suhteellisesti enemmän hyvin koulutetut sekä keski- että hyvätuloiset. Yksityisvakuutus lisää lääkärikäyntien todennäköisyyttä ja määrää selvästi – varsinkin yksityisellä sektorilla.

Yksityisvakuutuksen aiheuttama terveystaloudellisten palvelujen käytön kasvu voi osittain johtua tarpeen vajavaisesta tyydyttymisestä, mutta se voi myös osittain aiheutua Moral Hazard:n toteutumisesta. Sen mukaan vakuutuksen omistaja alkaa liikakuluttaa terveystaloudellista palveluita, mikä voi johtaa huomattavaan kustannusten kasvuun (kpl 4.3). Yksityisen palvelusektorin lisääntyvä käyttö voi myös johtaa siihen, että hakeudutaan enemmän erikoislääkäripalvelujen piiriin, vaikka sairaus ei sitä vaatisikaan, mikä taas ohjaa terveystaloudellisten palvelujen käyttöä epätarkoituksenmukaiseen ja kustannustehottomampaan suuntaan.

Vapaaehtoisten vakuutusten mahdollistama kulutusmalli terveismarkkinoilla voi johtaa kotitaloudet eriarvoiseen tilanteeseen, koska pienituloisilla ja vähemmän koulutetuilla on vähemmän mahdollisuuksia hankkia vakuutuksia. Palveluntarjonta voi myös eriarvoistaa väestöä, sillä yksityislääkäripalveluita ei ole tasaisesti saatavilla. Terveysterveysthuollon uudelleenorganisoiduminen yksityissektoria painottamalla saattaa vaikuttaa palvelujen laadunhallintaan, mikäli organisoiduminen sallitaan tapahtuvan markkinavoimien ehdoilla. Vapaaehtoisen vakuutuksen ottajat rahoittavat terveysterveystpalveluja aiempaa enemmän, mikä johtaa moninkertaiseen terveysterveystpalvelujen rahoitukseen.

Tutkimuksessa muun kulutuksen ja terveysterveystpalvelujen kulutuksen logiikka näyttöytyi hyvin samanlaisena. Ne kuluttajat, jotka ostavat ja kuluttavat kyselyaineiston palveluja, ostavat myös vakuutuksia ja hyödyntävät niitä käyttämällä enemmän perusterveydenhuollon lääkäripalveluja. Terveysterveystpalvelujen markkinoihin liittyy monenlaisia poikkeuksia tavallisiin markkinoihin verrattuna (kpl 3.1.4). Tämän vuoksi mm. Kenneth Arrow on katsottu päätelleen, että tavanomaisten kulutustavaroiden markkinoiden logiikka ei toimi terveydenhuollossa. (Valtonen et al. 2010, 77–79.) Tässä tutkimuksessa on kuitenkin osoittautunut, että vakuutuksen omistajat pystyvät toimimaan poikkeuksellisilla terveysterveystpalvelujen markkinoilla samankaltaisesti kuin tavallisillakin palvelumarkkinoilla. Vapaaehtoisen vakuutuksen hankkiminen lisää terveysterveystpalvelujen käyttöön konsumeristisia piirteitä. Tutkimuksen teoriaosuudessa esitelty ja aineistosta löytynyt ns. moderni konsumeristinen kuluttajatyyppe (kpl 3.1.5) ottaa vapaaehtoisen vakuutuksen, kuluttaa erilaisia palveluja, on markkinaorientoitunut, hintatietoinen, hyvin informoitu tietotekniikan ja korkean koulutuksensa myötä ja osaa hyödyntää resurssejaan myös terveysterveystpalvelujen markkinoilla. Hän mukauttaa kulutustyyliä uusille totumuksille, joista muodostuu uusia terveysterveystpalvelujen kulutustraditioita.

Tutkimuksen perusteella voidaan siis todeta, että terveysterveystpalvelujen käyttöön vaikuttavat tarpeen lisäksi mm. henkilön ikä, koulutus, tulot, vapaaehtoinen vakuutus ja muu kuluttaminen. *Merkittävää on, että tämän tutkimuksen avulla on voitu osoittaa, että myös muu kuluttaminen voi selittää kuluttajien käyttäytymistä terveysterveystpalvelujen markkinoilla.*

LÄHTEET

Barry Brian 1989. Theories of Justice. London School of Economics and Political Science. Harvester – Wheatsheaf, Hertfordshire.

Begg David, Fischer Stanley, Dornbusch Rudiger 2005. Economics, McGraw-Hill Education (UK), 8th Edition.

Begg David, Fischer Stanley & Dornbusch Rudiger 2008. Economics. 9th edition. McGraw-Hill Education.

Beresford Peter 2009. Osallistumisen ja valinnan jännitteet terveydenhuollossa – palvelunkäyttäjän näkökulma. Teoksessa Kansalaisesta kuluttajaksi, Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Koivusalo Meri, Ollila Eeva & Alanko Anna (Toim.)

Charles C, Gafni A, Whelan T. 1999. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med 1999, 49:651-661.

Gaudeamus Helsinki University Press, Oy Yliopistokustannus, HYY Yhtymä. Helsinki. Finland.

Gujarati Damodar N. 1995. pp. 686–693. Basic Econometrics. Third Edition. United States Military Academy, West Point. USA.

Guo Kristina L. 2010. Consumer-Directed Health Care. Understanding Its Value in Health Care Reform. University of Hawaii-West Oahu. Pearl City. The Health Care Manager. Volume 29, Number 1, pp. 29-33. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins. Pearl City. USA

Brommels Mats, Elonheimo Outi, Mäntyranta Taina. 2005. Mitä on terveystalouden tarve? Lääkärilehti 2005; 60(34): 3281–3284.

Douma Sytse, Schreuder Hein 2002. Economic Approaches to Organizations, England, ISBN 0 273 65199 4

Ekroos Vesa, Partanen Ismo 2006. Terveystalouden. Toimialaraportti ennakoi liiketoimintaympäristön muutoksia. KTM & T&E-keskus. Edita. Helsinki.

Eräsaari Risto 1996. Monimutkainen oikeudenmukaisuus. Jyväskylän yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, Jyväskylä

Flynn R. 1992. Managed Markets. Managed markets: Consumers and producers in the National Health Service. Teoksessa. Burrows R. ja Marsh C. (toim.) Consumption and class. Divisions and change. MacMillan, Great Britain.

Forss Mikael, Klaukka Timo 2003. Yleinen terveystalouden-idea terveydenhuollon uudeksi rahoitusmalliksi. Suomen lääkäri-lehti, 16–17, 1939–1940.

Henderson Sarah, Petersen Alan (toim.) 2002. Consuming Health. The Commodification of Health Care. London & New York, Routledge.

Higgins Joan, Wiles Rose 1991. Study of Patients Who Chose Private Health Care for Treatment. Institute for health Policy Studies. University of Southampton. British Journal of General Practice, 1992, 42, 326–329. UK.

Häkkinen Unto 1991. Lääkäripalvelujen kysyntä ja käyttö Suomessa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1991; 28(3):207–222

Häkkinen Unto 1992. Terveyspalvelujen käyttö, terveydentila ja sosioekonominen tase-arvo Suomessa. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 20. VAPK-kustannus. Helsinki.

Ihalainen Rauno 2007. Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa. Akateeminen Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos. Tampere.

Ilmonen Kaj 2007. Johan on markkinat, Kulutuksen sosiologista tarkastelua. Vastapaino. Juvenes Print. ISBN-10 951-768-184-4. Tampere.

Jäntti Satu 2008. Kansalainen terveystaloutta valitsemassa. Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 154. ISBN 978-951-27-0813-0.

Järvelin Jutta, Klavus Jan, Mikkola Hennamari, Pekurinen Markku 2005. Sairausvakuutus terveydenhuollon rahoitusmuotona, Kansantaloudellinen aikakauskirja 3/2005, 101. vsk.

Kela (2008). Kelan työterveyshuoltotilasto 2006. Helsinki.

Klavus Jan 2000. Empirical Studies on the Measurement of Distribution in Health Care. Stakes, University of Helsinki. Faculty of Sciences Department of Economics. Väitöskirja. Gummerus Printing. Finland.

Koivusalo Meri, Ollila Eeva, Alanko Anna 2009. (Toim.) Kansalaisesta kuluttajaksi, Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Gaudeamus Helsinki University Press, Oy Yliopistokustannus, HYY Yhtymä. Helsinki. Finland.

L 1989/1062. Erikoissairaanhoidolaki.

L 1972/66. Kansanterveyslaki.

L 1978/38, L 1994/16. Kuluttajansuojalaki.

L 1992/785, 2 – 3§. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

L 1986/585 2 §, 4§. Potilasvahinkolaki

L 1992/733. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta.
www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920733

Leppo Anna, Perälä Riikka 2009. User involvement in Finland: the Hybrid of Control and Emancipation. *Journal of Health Organization and Management* Vol. 23 No. 3, 2009. pp. 359-371, q Emerald Group Publishing Limited, 1477-7266, DOI 10.1108/14777260910966771

Lotti Leena 1981. Suomalaisten elämäntyyli 1981. Helsinki, Suomen Gallupin julkaisusarja, julkaisu no. 7.

Mauranen Kari 2007. Tilastotieteen peruskurssi. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Mechanic David 2002. Socio-cultural implications of changing organizational technologies in the provision of care. *Social Science & Medicine* 54/2002, 459-467.

Metsämuuronen Jari 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Mold Alex 2010. Patient Groups and the Construction of the Patient-Consumer in Britain: An Historical Overview. Centre for History in Public Health, Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine. *Jnl Soc. Pol.* (2010), 39, 4, 505-521. Cambridge University Press 2010. London. UK.

Mooney Gavin 1992. Economics, medicine and health care. 2nd ed, Worcester, Great Britain.

Murray Elizabeth, Pollack Lance, White Martha, Lo Bernard 2007. Clinical decision-making: physicians' preferences and experiences. Department of Primary Care and Population Sciences, Royal Free and University College Medical School at University College London, UK. Health Survey Research Unit, Center for AIDS Prevention Studies, University of California, San Francisco, USA. Program in Medical Ethics, University of California, San Francisco, USA.

Offe Claus 1984. Contradictions of the Welfare State. Cambridge: MIT Press.

Ollila Eeva, Koivusalo Meri. 2009. Hyvinvointipalvelusta liiketoiminnaksi - terveydenhuollon parantamisen tärkeät valinnat. Teoksessa Kansalaisesta kuluttajaksi, Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Koivusalo Meri, Ollila Eeva & Alanko Anna (Toim.) Gaudeamus Helsinki University Press, Oy Yliopistokustannus, HYY Yhtymä. Helsinki. Finland.

Oulasvirta Lasse, Ohtonen Jukka, Stenvall Jari 2002. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus, Tasapainoista ratkaisua etsimässä: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2002:19, Helsinki.

Pekurinen Markku, Häkkinen Unto, Terveystaloustiede 2007. Stakes/CHES, Stakesin Työpapereita 2/2007, Toim. Jan Klavus.

Schneider Carl E., Hall Mark A. 2009. The patient life: Can Consumers Direct Health Care? *American Journal of Law & Medicine*, 35 (2009): 7-65. American Society of Law, Medicine & Ethics. Boston University School of Law. Boston. USA.

Simmel Georg 1986. Muodin filosofia. Kustannus Oy Odessa, Helsinki. Alkuteos: *Die Mode* Suomennoksen pohjana on teoksessa *Philosophische Kultur* (1923) julkaistu teksti, joka perustuu esseeseen *Philosophie der Mode* vuodelta 1905.

Sintonen Harri, Pekurinen Markku 2006. Terveystaloustiede. WSOY Oppimateriaalit Oy 1.–2.painos, Helsinki.

Smith Adam 1997. *The Wealth of Nations.*, Bk IV, luku VIII, toim. Edwin Cannan (Chicago, University of Chicago Press, 1904), 2:159.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:10, Maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamista selvittäneen toimikunnan mietintö. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:5, Hyvinvointipalveluiden rahoitusperiaatteet. Helsinki.

STM 2004. Terveystalouden palvelu paranee. Kiireettömään hoitoon määräajassa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004:13. Helsinki.

Takala Pentti, Laukka Timo, Rahkonen Ossi 2002. Lasten lääkäripalvelujen käyttö. *Suomen Lääkärilehti* 42/2002, vsk 57, 4199–4204.

Trentmann Frank 2008. Kuluttajan kehitys: merkitykset, identiteetit ja poliittiset kytkökset ennen vaurauden aikakautta. Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja 2008, 11–43.

Toiviainen Hanna 2007. Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimuksia 160. Stakes, Helsinki.

Tritter Jonathan 2009. Vallankumous vai hidas muutos - Miten ymmärtää kansalaisten ja potilaiden osallistumista? Teoksessa *Kansalaisesta kuluttajaksi, Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Koivusalo Meri, Ollila Eeva, Alanko Anna 2009. (Toim.) Gaudeamus Helsinki University Press, Oy Yliopistokustannus, HYY Yhtymä. Helsinki. Finland.

Tuorila Helena 2000. Potilaskuluttaja terveystaloustaloudella. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.

Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007, Terveystalouden menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys.

Valtonen Hannu, Kankaanpää Eila, Linnosmaa Ismo 2010. Kenneth Arrow ja terveydenhuollon erityispiirteet. Teoksessa Yhteiskunta ja terveys, Klassisia teoreettisia näkökulmia. Ulla Ashorn, Lea Henriksson, Juhani Lehto & Paula Nieminen (Toim.) Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, HYY Yhtymä. Painopaikka: Tallinna Raamatutrükikoda.

Varian Hal R. 2003. Intermediate microeconomics: a modern approach / Hal R. Varian. 6th ed. New York: W.W. Norton, cop. 2003

Vuori, Jari (2005). Tutkimus kansalaisten terveyspalveluja koskevasta valinnasta 2005–2006 [elektroninen aineisto]. PubPri 0001. PubPri-tutkimusryhmä, Kuopion yliopisto (KYO): Hurri, Jaana; Jäntti, Satu; Komu, Hannele; Kylänen, Marika; Savolainen, Tarja & Willberg Mirja [suunnittelu], 2003–2005. Väestörekisterikeskus & PubPri-tutkimusryhmä, KYO [aineistonkeruu], 2005-2006. PubPri-tutkimusryhmä, KYO [tuottaja], 2005-2006. Kuopio: PubPri-tutkimusryhmä, Itä-Suomen yliopisto [jakaja], 2010.

Wagstaff Adam, Van Doorslaer Eddy 2000. Handbook of Health Economics Volume 1B, Amsterdam, Elsevier, Holland.

LIITTEET

Liite 1. Aineisto

Tutkimukseen käytetty kyselyaineisto on kerätty osana PubPri-tutkimusryhmän projektia ”Julkiset, yksityiset ja hybridit terveydenhuollon muodot”. Projektia rahoittivat Suomen Akatemian Terveydenhuoltotutkimusohjelma (TERTTU) ja Kansaneläkelaitos (KELA). ”Tutkimus kansalaisten terveyspalveluja koskevasta valinnasta” on vuosien 2005–2006 aikana kerätty kyselyaineisto (N=2799). Kyselyssä selvitettiin kansalaisten terveyspalveluja koskevia valintoja. Tämä tutkimus kuuluu osana PubPri-tutkimusryhmän hankkeeseen ”Sosiaali- ja terveydenhuollon julkisten ja yksityisten organisaatioiden johtaminen, talouden ja toiminnan vertailu”. Professori Jari Vuoren PubPri-tutkimusryhmä toteuttaa hanketta, missä tutkitaan julkisten ja yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelutuottajien tehokkuus- ja vaikuttavuusvertailuja ja kansalaisten palvelukokemusten sekä preferenssien vertailua.

Kyselylomakkeen tekijänoikeus kuuluu Jari Vuorelle. Kyselylomakkeen suunnitteluun osallistuivat Jari Vuoren lisäksi Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston johtaja Sami Borg ja PubPri-tutkimusryhmän tutkijat Kuopion yliopiston Terveyshallinnon ja –talouden laitokselta: Jaana Hurri, Satu Jäntti, Hannele Komu, Marika Kylänen, Tarja Savolainen ja Mirja Willberg. Aineiston keruu ja tuottaminen tapahtui PubPri-tutkimusryhmän johtajan ja tutkijoiden toimesta. Kyselyaineiston jakaminen tapahtuu PubPri-tutkimusryhmän toimesta Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitoksella, Itä-Suomen yliopistossa. (Vuori 2005.)

Liite 2. Muuttajat

Muuttuja	Kuvaus	N	Keskiarvo	Keski-hajonta	Asteikko
sukup	vastaajan sukupuoli	2773		0,4921884	{1,2} 1 = nainen 2 = mies
ikä	vastaajan ikä	2711	48,10955	16,49876	$20 \leq \text{ikä} \leq 80$
kaupunki	vastaajan asuinpaikka	2761	2,723651	1,4668	1 = Helsinki 2 = Tampere 3 = Turku 4 = Kuopio 5 = Oulu
koulutus	vastaajan koulutus	2727	4,042538	1,711926	{1,2,3,4,5,6} 1 = ei ammatillista koulutusta 2 = ammattikurssi tai muu vastaava lyhyt ammatillinen koulutus 3 = ammattikoulu 4 = alempi opistotason tutkinto 5 = opistotaso- tai ammattikorkeakoulututkinto 6 = yliopistotutkinto
toiminta	vastaajan pääasiallinen toiminta	2773	5,134511	2,797315	{1,2,3,4,5,7,8,9,10} 1 = työtön 2 = opiskelija 3 = töissä julkisella sektorilla 4 = töissä yksityisellä sektorilla 5 = töissä kolmannella sektorilla (esim. yhdistys tai säätiö) 7 = yrittäjä 8 = kotiäiti / koti-isä 9 = eläkeläinen 10 = muu
tulot	vastaajan talouden kokonaistulot	2766	4,569776	1,88302	{1,2,3,4,5,6,7,8,9} 1 = tulot < 500 € 2 = 501 € < tulot < 1000 € 3 = 1001 € < tulot < 2000 € 4 = 2001 € < tulot < 3000 € 5 = 3001 € < tulot < 4000 € 6 = 4001 € < tulot < 6000 € 7 = 6001 € < tulot < 7000 € 8 = tulot \geq 7001 € 9 = en osaa sanoa

Muuttuja	Kuvaus	N	Keskiarvo	Keski-hajonta	Asteikko
taltil / taloudellinen tilanne	vastaajan näkemys kotitaloutensa taloudellisesta tilasta viiden vuoden kuluttua	2778	2,518719	1,226512	{1,2,3,4,5} 1 = erittäin vakaana 2 = melko vakaana 3 = melko epävakaana 4 = erittäin epävakaana 5 = en osaa sanoa
vakuutus	onko vastaajalla jokin mainituista vapaaehtoisista vakuutuksista	2766	0,6561822	0,4750671	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä a. tapaturma- ja henkivakuutus b. yksityinen sairausvakuutus c. yksityinen eläkesäästövakuutus d. ei mitään ed.mainituista vakuutuksista
tapsaivakuu / tapaturma- ja henkivakuutus tai yksityinen sairausvakuutus	onko vastaajalla jokin mainituista vapaaehtoisista vakuutuksista	2766	0,6131598	0,4871146	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä a. tapaturma- ja henkivakuutus b. yksityinen sairausvakuutus
kayt / lääkäripalvelujen käyttö	onko vastaaja käyttänyt lääkäripalveluja viime vuonna	2780	1,116906	0,3213666	{1,2} 1 = kyllä 2 = en
sektori2	käytetty julkista vai yksityistä sektoria	1948	0,3660164	0,4818377	{0,1} 0 = julkinen terveyspalvelu sektori 1 = yksityinen terveyspalvelu sektori
tklaakari / terveyskeskuslääkäri	onko vastaaja käyttänyt terveyskeskuslääkärin palveluja viime vuonna	2316	0,5997409	0,4900566	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
yksityisla~i / yksityislääkäri	onko vastaaja käyttänyt yksityislääkärin palveluja viime vuonna	2156	0,5904453	0,4918657	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
tyotervlaa~i / työterveyslääkäri	onko vastaaja käyttänyt työterveyslääkärin palveluja viime vuonna	2045	0,5012225	0,5001208	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
pthkaytto / perusterveydenhuolto	yhdistetty edelliset; onko vastaaja käyttänyt perusterveydenhuollon palveluja viime vuonna	2434	0,9658998	0,181524	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä

Muuttuja	Kuvaus	N	Keskiarvo	Keski-hajonta	Asteikko
sairpklvas~o / sairaalan poliklinikan lääkärinvastaanotto	onko vastaaja käyttänyt sairaalan pkl:n lääkärin palveluja viime vuonna	2146	0,3988816	0,4897825	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
julksaivos~o / julkisen sairaalan osastolla annettu hoito	onko vastaaja käyttänyt julkisen sairaalan osaston palveluja viime vuonna	2095	0,227685	0,4194383	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
yksitsairo~o / yksityisen sairaalan osastolla annettu hoito	onko vastaaja käyttänyt yksityisen sairaalan osaston palveluja viime vuonna	1997	0,0550826	0,2281986	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
sairaalaka~o / sairaalapalvelujen käyttö	yhdistetty edelliset; onko vastaaja käyttänyt sairaalapalveluja viime vuonna	2202	0,4627611	0,4987246	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
terveyspal~o / terveyspalvelujen käyttö	yhdistetty edelliset; onko vastaaja käyttänyt perusterveydenhuollon tai sairaalan palveluja viime vuonna	2454	0,9820701	0,1327238	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
ykskuntosal / yksityiset kuntosali- ja liikuntapalvelut	onko vastaaja käyttänyt viime vuonna yksityisiä kuntosali- liikuntapalveluja	2799	0,3297606	0,4702101	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
julkkuntosal / julkiset kuntosali- ja liikuntapalvelut	onko vastaaja käyttänyt viime vuonna julkisia kuntosali- liikuntapalveluja	2799	0,3176134	0,4656314	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
kylpyla / kylpylät	onko vastaaja käyttänyt viime vuonna kylpylöitä	2799	0,3172562	0,4654913	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
uimahal / uimahallit	onko vastaaja käyttänyt viime vuonna uimahalleja	2799	0,471597	0,4992818	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
bussit / paikallisbussit	onko vastaaja käyttänyt viime vuonna paikallisbusseja	2799	0,7777778	0,415814	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä

Muuttuja	Kuvaus	N	Keskiarvo	Keski-hajonta	Asteikko
taksi	onko vastaaja käyttänyt viime vuonna takseja	2799	0,6841729	0,4649275	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
siivous	onko vastaaja käyttänyt viime vuonna siivouspalveluja	2799	0,953912	0,293807	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
karaoke-baarit	onko vastaaja käyttänyt viime vuonna karaoke-baareja	2799	0,1618435	0,368373	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
ooppera /ooppera- ja balettiesitykset	onko vastaaja käynyt katsomassa viime vuonna ooppera- ja balettiesityksiä	2799	0,2254377	0,4179449	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
kirppu / kirpputorit	onko vastaaja käyttänyt viime vuonna kirpputorien palveluita	2799	0,467667	0,4990426	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
sijoitus / sijoitusneuvonta	sijoitusneuvontapalvelujen käyttö viime vuonna	2799	0,2086459	0,4064134	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
sisustus / sisustus- tai puutarhasuunnittelu	sisustus- tai puutarhasuunnittelupalvelujen käyttö viime vuonna	2799	0,771704	0,2669093	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
boutiquet / boutiquet/uniikkimyymälät	boutiquet/uniikkivaate myymälöiden käyttö viime vuonna	2799	0,2465166	0,4310598	{0,1} 0 = ei 1 = kyllä
yhdistetty11 / summamuuttuja	edelliset 11 palvelua yhteenlaskettu paitsi kirpputorit ja julkiset kuntosalit	2799	3,59557	2,012486	{0,11}

Liite 3. Lääkäripalvelujen korrelaatiot

	1	2	3	4	5	6
1. Terveyskeskuslääkäri	1,0000					
2. Yksityislääkäri	-0,1065	1,0000				
	0,0000					
3. Työterveyslääkäri	-0,3139	0,0402	1,0000			
	0,0000	0,0761				
4. Sairaalan pkl:n lääkärivastaanotto	0,2795	0,0241	-0,0024	1,0000		
	0,0000	0,2798	0,9139			
5. Julkisen sairaalan osastolla annettu hoito	0,2412	0,0115	-0,0432	0,5531	1,0000	
	0,0000	0,6082	0,0568	0,0000		
6. Yksityisen sairaalan osastolla annettu hoito	-0,0304	0,2058	0,0547	0,0405	0,0683	1,0000
	0,1783	0,0000	0,0165	0,0729	0,0024	

Liite 4. Muiden palvelujen korrelaatiot

	1	2	3	4	5	6	7
1. Yksityiset kuntosali- ja liikuntapalvelut	1,0000						
2. Kylpylät	0,1426 0,0000	1,0000					
3. Uimahallit	0,1897 0,0000	0,3369 0,0000	1,0000				
4. Paikallisbussit	0,0668 0,0008	-0,0021 0,9167	0,1314 0,0000	1,0000			
5. Taksit	0,2026 0,0000	0,0868 0,0000	0,0951 0,0000	0,2318 0,0000	1,0000		
6. Siivous-palvelut	0,0608 0,0023	0,0674 0,0007	0,0366 0,0656	-0,0143 0,4693	0,1897 0,0000	1,0000	
7. Karaoke-baarit	0,0549 0,0058	-0,0046 0,8182	0,0238 0,2299	0,0857 0,0000	0,2024 0,0000	-0,0097 0,6241	1,0000
8. Ooppera- ja balettiesitykset	0,1144 0,0000	0,1018 0,0000	0,0945 0,0000	0,0984 0,0000	0,1657 0,0000	0,2239 0,0000	-0,0185 0,3499
9. Sijoitusneuvonta-palvelut	0,0964 0,0000	0,1193 0,0000	0,0769 0,0001	-0,0241 0,2236	0,0891 0,0000	0,1116 0,0000	-0,0145 0,4645
10. Sisustus- tai puutarhasuunnittelu	0,0609 0,0022	0,1501 0,0000	0,0853 0,0000	-0,0027 0,8911	0,0866 0,0000	0,1642 0,0000	0,0113 0,5669
11. Boutiquet-myymälät	0,2009 0,0000	0,1177 0,0000	0,1173 0,0000	0,0861 0,0000	0,1851 0,0000	0,1595 0,0000	0,0354 0,0732
	8	9	10	11			
8. Ooppera- ja balettiesitykset	1,0000						
9. Sijoitusneuvontapalvelut	0,1764 0,0000	1,0000					
10. Sisustus- tai puutarhasuunnittelu	0,1561 0,0000	0,2654 0,0000	1,0000				
11. Boutiquet-myymälät	0,2520 0,0000	0,1814 0,0000	0,2499 0,0000	1,0000			

Liite 5. Jokin vapaaehtoinen vakuutus: Taulukko 1

Muuttuja	N	Jokin vapaaehtoinen vakuutus %		
		Kyllä	Ei	Yht.
Tapaturma- ja henkivakuutus	2766	59,3	40,7	100
Yksityinen sairausvakuutus	2766	15,7	84,4	100
Yksityinen eläkesäästöväkuutus	2766	20,7	79,3	100
Jokin yllämainituista	2766	65,6	34,4	100
Nainen	1617	66,6	33,4	100
Mies	1132	64,3	35,7	100
Yhteensä	2749	65,7	34,3	100
Ikä:				
20-29 vuotiaat	512	65,4	34,6	100
30-39 vuotiaat	417	77,2	22,8	100
40-49 vuotiaat	427	74,7	25,3	100
50-59 vuotiaat	572	72,6	27,4	100
60-69 vuotiaat	463	57,2	42,8	100
70-80 vuotiaat	297	37,4	62,6	100
Yhteensä	2688	65,74	34,26	100
Tulot €/kotitalous:				
alle 500	105	42,9	57,1	100
501-1000	240	33,8	66,3	100
1001-2000	524	48,7	51,3	100
2001-3000	562	64,4	35,6	100
3001-4000	398	72,9	27,1	100
4001-6000	554	84,7	15,3	100
6001-7000	119	90,8	9,2	100
7001 tai yli	168	87,5	12,5	100
En osaa sanoa	73	58,9	41,1	100
Yhteensä	2743	65,6	34,4	100
Koulutus:				
Ei ammatillista koulutusta tai lyhyt kurssi	623	42,9	57,1	100
Ammattikoulu	412	61,2	38,8	100
Alempi opistotason tutkinto	279	67,7	32,3	100
Opistotaso- tai ammattikorkeakoulututkinto	682	78,5	21,6	100
Yliopistotutkinto	708	76,4	23,6	100
Yhteensä	2 704	66,0	34,0	100
Kaupunki:				
Helsinki	834	67,5	32,5	100
Tampere	473	63,0	37,0	100
Turku	490	63,3	36,7	100
Kuopio	487	63,9	36,1	100
Oulu	452	69,5	30,5	100
Yhteensä	2736	65,6	34,4	100

Liite 6. Jokin vapaaehtoinen vakuutus: Taulukko 2

Muuttuja	N	Jokin vapaaehtoinen vakuutus %		
		Kyllä	Ei	Yht.
Toiminta:				
Työtön	135	52,6	47,4	100
Opiskelija	255	59,6	40,4	100
Töissä julkisella sektorilla	615	75,9	24,1	100
Töissä yksityisellä sektorilla	722	76,6	23,4	100
Töissä kolmannella sektorilla	64	81,3	18,8	100
Yrittäjä	121	82,6	17,4	100
Kotiäiti / koti-isä	66	77,3	22,7	100
Eläkeläinen	730	45,2	54,8	100
Muu	40	65,0	35,0	100
Yhteensä	2748	65,6	34,4	100
Näkee taloudellisen tilanteen 5 vuoden kuluttua:				
Erittäin vakaana	344	79,1	20,9	100
Melko vakaana	1601	70,5	29,5	100
Melko epävakana	289	55,4	44,6	100
Erittäin epävakana	97	28,9	71,1	100
Ei osaa sanoa	425	51,3	48,7	100
Yhteensä	2756	65,5	34,5	100
Kenellä vastuu th:n palvelujen antamisesta:				
Pääosin julk. th:n vastuulla	1188	42,3	45,3	
Pääosin yksit. th:n vastuulla	37	1,5	1,1	
Tasapuolisesti ed. vastuilla	1268	47,5	43,9	
Ei merkitystä kuka vastaa tuottamisesta	147	5,9	4,3	
En osaa sanoa	103	2,8	5,5	
Yhteensä	2743	100,0	100,0	

Liite 7. Vapaaehtoinen tapaturma-, henki- tai sairausvakuutus

Muuttuja	N	Vapaaehtoinen tapaturma-, henki- tai sairausvakuutus %		
		Kyllä	Ei	Yht.
Käyttänyt viimeksi julkista vai yksityistä sektoria:				
Julkinen sektori	1219	55,3	44,7	100
Yksityinen sektori	709	71,1	28,9	100
Yhteensä	1928	61,1	38,9	100
Käyttänyt viime vuoden aikana terv.keskuslääkärin palveluja:				
Ei	922	71,5	28,5	100
Kyllä	1373	55,9	44,1	100
Yhteensä	2295	62,2	37,8	100
Käyttänyt viime vuoden aikana yksityislääkärin palveluja:				
Ei	879	58,5	41,5	100
Kyllä	1258	68,9	31,1	100
Yhteensä	2137	64,6	35,4	100
Käyttänyt viime vuoden aikana työterveyslääkärin palveluja:				
Ei	1012	58,4	41,6	100
Kyllä	1022	72,3	27,7	100
Yhteensä	2034	65,4	34,6	100
Käyttänyt viime vuoden aikana sairaalan pkl:n lääkärin palveluja:				
Ei	1285	67,3	32,7	100
Kyllä	845	58,5	41,5	100
Yhteensä	2 130	63,8	36,2	100
Hoidossa viime vuoden aikana julkisen sairaalan osastolla:				
Ei	1607	65,3	34,7	100
Kyllä	470	58,5	41,5	100
Yhteensä	2077	63,8	36,3	100
Hoidossa viime vuoden aikana yksityisen sairaalan osastolla:				
Ei	1873	64,1	35,9	100
Kyllä	110	73,6	26,4	100
Yhteensä	1983	64,6	35,4	100