

Tarvitseeko terveydenhuolto lisää rahaa?



Tulevaisuudessa terveydenhuollon kustannuksia kohottavat monet tekijät kuten väestön ikääntyminen ja sen kasvavat vaatimukset sekä teknologinen kehitys ja kilpailu alan osaajista. Lisäraha ei kuitenkaan yksin riitä vastaamaan haasteisiin, vaan tarvitaan uudistuksia myös terveydenhuollon toimintatavoissa, järjestämisvastuissa ja rahoitusjärjestelmässä.

Markku Pekurinen
Tutkimusprofessori
Terveystaloustieteen keskus CHES
Stakes
markku.pekurinen@stakes.fi

Suomalainen terveydenhuolto on kansainvälisen mittapuun mukaan tehokas. Terveydenhuollon kokonaismenot ovat edulliset ja tulokset hyviä. Vanhoista EU-maista vain Espanjassa ja Portugalissa terveydenhuollon menot asukasta kohti ovat Suomea pienemmät ja vain Irlannissa terveydenhuoltoon käytetään pienempi osa bruttokansantuotteesta kuin Suomessa (OECD 2006) (taulukko 1). Terveydenhuollon keinoin estettävissä oleva kuolleisuus on Suomessa alhainen, ja EU-maista vain Ruotsi, Ranska ja Saksa ovat edellä (Nolte ja Mckee 2003). Suomalaiset ovat EU-maiden tyytyväisimpiä tervey-

denhuoltoon (Eurobarometer 2003). Vain lääkäripalvelujen käytössä havaittava epätasa-arvo väestöryhmien kesken herättää merkittävämpää arvostelua, kun hoidon saatavuus hoitotakuun myötä on alkanut selvästi kohentua (OECD 2005).

Myönteisestä tilannearviosta huolimatta terveydenhuollon toimintaa, rakenteita, rahoitustapaa ja resursointia joudutaan arvioimaan kriittisesti, jotta

väestölle pystytään tarjoamaan tarvittavat palvelut myös tulevaisuudessa.

Terveydenhuoltoon joudutaan tulevaisuudessa todennäköisesti käyttämään aiempaa suurempi osa kansakunnan taloudellisista voimavaroista. Väestörakenteen muutos lisää terveystalouden tarvetta. Terveydenhuollon uusi teknologia on kallista ja vaikuttaa eräiden arvioiden mukaan enemmän terveydenhuollon me-

nihin kuin väestön ikääntyminen (esim. Kuusi ym. 2006). Terveydenhuollon teknologian kehitys tuo koko ajan lisää uusia hoitomahdollisuuksia, ja asiakkaiden vaatimukset kasvavat vaurastumisen ja koulutustason nousun myötä. Taloudellinen integraatio ja globalisaatio vaikuttavat enenevästi myös terveydenhuoltoon, joskin niiden merkitystä on vaikea arvioida.

Työvoiman saatavuus tulee olemaan merkittävä ja kasvava ongelma. Työmarkkinoilta poistuu jo lähivuosina enemmän väkeä kuin sinne tulee. Kilpailu osaavasta työvoimasta kiristyy yksityisen ja julkisen sektorin kesken sekä maan sisällä alueiden kesken.

On selvää, että terveydenhuollon rakenteisiin, hoitokäytäntöihin, toimintatapoihin ja rahoitukseen kohdistuu kasvavia uudistuspaineita. Terveydenhuoltoon tarvitaan luonnollisesti myös lisää riihikuivaa rahaa, mutta eri asia on, kuinka suuri lisäpanostuksen tarve on.

Terveydenhuollon menoja lisäävät tekijät ovat osittain päällekkäisiä rahoituksen riittävyteen vaikuttavien tekijöiden kanssa. Esimerkiksi väestön ikärakenteen muutos ja vanhusten suhteellisen väestöosuuden kasvu lisää paineita menopuolella ja samanaikaisesti muuttaa rahoituksen painopistettä työikäisistä kohti vanhusväestöä.

Väestön ikääntyminen selittää hoidon ja hoivan menojen kehityksestä 25–30 %

Terveyden- ja vanhustenhuollon¹ menot asukasta kohti kasvavat jyrkästi 65 ikävuoden jälkeen. Menot karkeasti ottaen kaksinkertaistuvat iän lisääntyessä kymme-

¹ Terveydenhuollon menot kattavat kunnallisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon menot sekä sairausvakuutuksen korvaaman tutkimuksen ja hoidon, yksityisten lääkäri- ja hammaslääkäripalvelujen käytön, reseptilääkkeiden ja matkojen kokonaismenot (ml. potilaiden omavastuuosuudet). Vanhustenhuollon menot sisältävät vanhainkotihoitoon, palveluasumisen, säännöllisen kotihoitoon sekä omaishoidon tuen menot.

Taulukko 1. Terveydenhuollon osuus (%) bruttokansantuotteesta sekä hallintomenojen ja ehkäisevän toiminnan osuus (%) terveydenhuollon kokonaismenoista eräissä OECD-maissa vuonna 2004.

	Terveydenhuollon pääasiallinen rahoitustapa ¹	Terveydenhuollon menot		Terveydenhuollon kokonaismenoista	
		Osuus % BKT:sta	Menot asukasta kohti, US\$ PPP	Hallinto (%)	Ehkäisevä toiminta (%)
Yhdysvallat	Yksityinen sairausvakuutus ²	15,3	6 102	7,6	3,7
Sveitsi	Sekamalli ^{2,3}	11,6	4 077	4,9	2,2
Saksa	Julkinen sairausvakuutus	10,9*	3 005*	5,6*	4,7*
Ranska	Julkinen sairausvakuutus	10,5	3 159	7,5	2,9
Islanti	Verorahoitus	10,2	3 331	1,5	1,2
Belgia	Julkinen sairausvakuutus	10,1*	3 044*	6,3*	1,3*
Portugali	Verorahoitus ²	10,0	1 813	1,8	2,2
Kreikka	Sekamalli ^{2,3}	10,0	2 162		
Kanada	Verorahoitus ²	9,9	3 165	4,1	5,8
Norja	Verorahoitus	9,7	3 966	0,7	1,9
Itävalta	Julkinen sairausvakuutus ²	9,6	3 124	2,6	2,0
Hollanti	Julkinen sairausvakuutus	9,2	3 041	4,4	4,9
Australia	Verorahoitus ²	9,2*	2 876*	3,0**	1,4**
Ruotsi	Verorahoitus	9,1	2 825	0,5	
Tanska	Verorahoitus	8,9	2 881	2,1	0,5
Italia	Verorahoitus	8,4	2 392	0,3	0,6
Uusi-Seelanti	Verorahoitus	8,4	2 083		
Iso-Britannia	Verorahoitus	8,3	2 546		
Espanja	Verorahoitus	8,1	2 094	3,2	1,4
Japani	Julkinen sairausvakuutus	8,0*	2 249*	2,3*	2,2*
Luxemburg	Julkinen sairausvakuutus	8,0	5 089	9,6	1,2
Suomi	Verorahoitus	7,5	2 235	2,2	3,9
Irlanti	Verorahoitus	7,1	2 596		
Etelä-Korea	Julkinen sairausvakuutus ²	5,6	1 149	3,5	1,8

¹ Lähde: Gottret ja Schieber (2006). ² Yksityisen rahoituksen osuus yli 30 %. ³ Minkään rahoitusmuodon osuus ei ylitä 50 %. * Vuoden 2003 tieto. ** Vuoden 2002 tieto.

Lähde: OECD, Health Data 2006.

nellä vuodella (Hujanen ym. 2004). Tämä on kuitenkin vain osatotuus iän ja menojen suhteesta. Kokonaismenoihin vaikuttaa myös väestön määrä eri ikäryhmissä.

Kokonaismenoja tarkastelemalla voidaan tehdä monia terveydenhuollon menopaineiden kannalta merkittäviä havaintoja ja päätelmiä. Ikäryhmittäin tarkasteltuna menoissa on kaksi selkeää huippua; ensimmäinen on eläkeikää lähestyvien kohdalla ja toinen ikäryhmässä 70–84-vuotiaat (kuvio 1).

Eläkeikää lähestyvien, vuonna 2007 noin 55–64-vuotiaiden hoitamiseen käytetään 15 prosenttia terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenoista. Asukasta kohti menot ovat tässä ikäryhmässä veraten alhaiset, mutta näihin sodan jälkeen syntyneisiin suuriin ikäluokkiin kuuluvien suuren määrän vuoksi kokonaismenot muodostuvat korkeiksi. Korkeimmillaan ne ovat 1946 syntyneillä.

Eläkeikää lähestyvät eivät vielä kuluta terveydenhuollon ja vanhustenhuollon voimavaroja runsaasti henkeä kohti, mutta iän karttuessa aina enemmän. Niinpä vuoteen 2020 mennessä tämän ikäluokan hoitoon ja hoivaan käytetään jo runsas viidennes terveyden- ja vanhusten-

huollon kokonaismenoista (kuvio 1).

Jos ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä pystytään muuttamaan sodan jälkeen syntyneiden suurten ikäluokkien terveyskäyttäytymistä myönteiseen suuntaan, esimerkiksi vähentämällä alkoholin kulutusta, lisäämällä liikuntaa ja vähentämällä ylipainoa, se voi vaikuttaa merkittävästi tämän väestöryhmän terveyspalvelujen ja vanhusten palvelujen käyttöön, palvelujen tarjontaan ja sitä kautta kokonaismenoihin tulevaisuudessa.² Tämä havainto korostaa tarvetta nostaa terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevä toiminta keskeiseen rooliin palvelurakenteita uudistettaessa ja samalla paikantaa sodan jälkeen syntyneet suuret ikäluokat väestöryhmäksi, johon ehkäisevät toimenpiteet ja terveellisiin elämäntapoihin ohjaavat kannusteet tulisi suunnata.

² Häkkinen ym. (2006) ovat hiljattain arvioineet, että jos ikääntyneen väestön toimintakyky paranee tulevaisuudessa niin, että laitoshoidon joutumista voidaan siirtää kolmella vuodella, terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menojen nousu voi olla jopa neljänneksen pienempi kuin pelkästään väestömuutoksen perusteella on arvioitu.

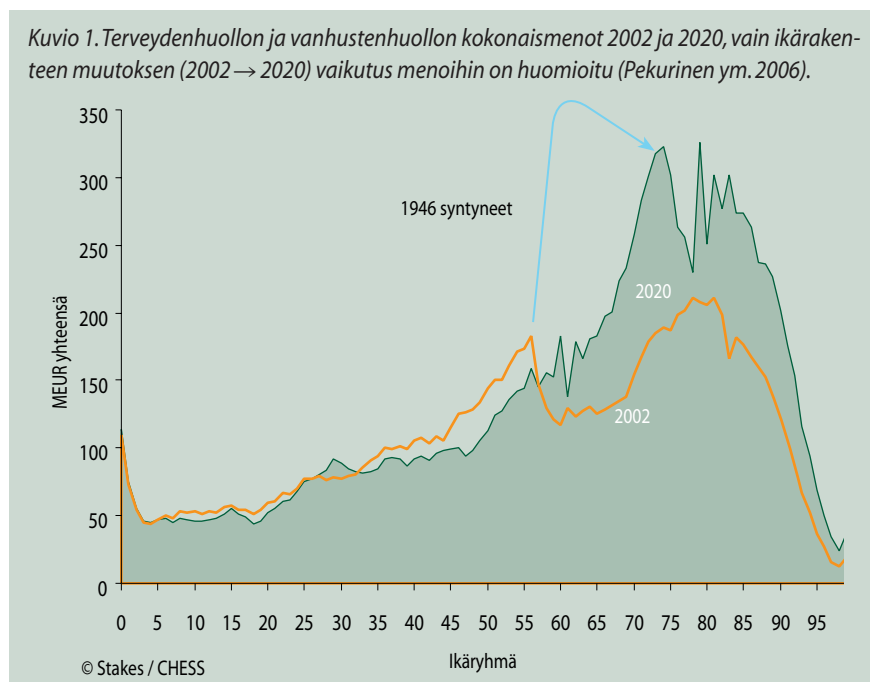
Nyt kannattaisi kannustaa suuria ikäluokkia terveellisiin elämäntapoihin ja ehkäistä sairauksia ennalta, koska kustannussäästöistä voisi tulla merkittäviä.

Ikääntyneiden 70–84-vuotiaiden hoitoon ja hoivaan käytetään 28 prosenttia kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenoista. Merkillepantavaa on, että tässä ikäryhmässä menoista suuri osa, yli kolmannes, syntyy erikoissairaanhoidosta. Vanhustenhuollon ja perusterveydenhuollon osuus menoista on yhtä suuri, vajaa kolmannes. Tämä havainto korostaa tarvetta arvioida ja suunnitella ikääntyneiden palvelujen järjestämistä yhtenä integroituna kokonaisuutena (kattaen kaikki perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuollon palvelut) ilman perinteisiä sektorirajoja.

Väestön ikärakenteen muutos muuttaa olennaisesti terveyden- ja vanhustenhuollon voimavarojen tarvetta ja kohdentumista. Jos hoitokäytäntöjä ja palvelurakenteita ei merkittävästi uudisteta, valtaosa terveyden- ja vanhustenhuollon voimavaroista tullaan tulevaisuudessa käyttämään entistä vanhempien ikäihmisten hoitoon ja hoivaan (kuvio 1).

Terveydenhuollon ja vanhustenpalvelujen järjestäminen yhtenä integroituna alueellisena kokonaisuutena ilman perinteisiä sektori- ja kuntarajoja toisi todennäköisesti monia hoidollisia, toiminnallisia ja taloudellisia etuja (Pekurinen ym. 2006a). Palvelujen rahoituksen uudistaminen siten, että kaikkea julkista (valtion, kuntien ja sairausvakuutuksen) rahoitusta tarkastellaan yhtenä kokonaisuutena, palvelisi samaa päämäärää.

Kuvin 1. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenot 2002 ja 2020, vain ikärakenteen muutoksen (2002 → 2020) vaikutus menoihin on huomioitu (Pekurinen ym. 2006).





Hoitokäytäntöihin, palvelujen tarjontaan ja tuottavuuteen voidaan vaikuttaa terveydenhuollon omilla päätöksillä

On kuitenkin huomattava, että väestörakenteen muutos on vain yksi terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menoihin ja voimavarojen tarpeeseen vaikuttava tekijä. Esimerkiksi vuosina 1993–2004 koetusta menojen kasvusta väestörakenteen muutos selittää vain noin viidennes (Hujanen ym. 2006)³. Poikkeuksena ovat Lappi ja Kainuu, joissa väestörakenteen muuttuminen selittää menojen kasvusta vähintään puolet. Häkkinen ja Luoma (1995) ovatkin to-

³ Hoivan ja hoidon taloudellista kestävyyttä pohtinut työryhmä on hiljattain arvioinut, että ikärakenteen muutos on selittänyt noin kolmanneksen hoivan ja hoidon kustannusten kasvusta menneisyydessä (Kautto ym. 2006).

denneet, että alueelliset erot selittyvät tarvetekijöiden lisäksi taloudellisilla tekijöillä, palvelutuotannon tehokkuudella ja palvelurakenteella.

Väestörakenteen muutos on vaikuttanut eniten vanhustenhuollon ja perusterveydenhuollon menojen kasvuun, noin 40–60 prosenttia vuosina 1993–2004 ja vähiten sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden ja yksityisen hoidon menojen kasvuun, noin 7–11 prosenttia (Hujanen ym. 2006). Erikoissairaanhoidon menojen kasvusta vastaava osuus on ollut 18 prosenttia. Syitä terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menojen kasvuun onkin etsittävä muista tekijöistä kuin väestön ikärakenteen muuttumisesta kuten sairastavuuden kehityksestä, hoitokäytäntöjen muutoksesta, uusista hoitomenetelmistä, palvelujen tarjonnan kasvusta ja tuottavuuden kehityksestä. Näistä hoitokäytäntöihin, palvelu-

jen tarjontaan ja tuottavuuteen voidaan vaikuttaa terveydenhuollon päätöksillä.

Suuret erot kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menoissa sekä terveyskeskusten, sairaaloiden ja vanhusten hoitolaitosten tuottavuudessa viittaavat siihen, että palvelujärjestelmää uudistamalla ja hoitokäytäntöjä kehittämällä voidaan edelleen vaikuttaa merkittävästi terveydenhuollon menoihin ja voimavarojen tarpeeseen tulevaisuudessa.

Kuntien väliset erot terveyden- ja vanhustenhuollon menoissa asukasta kohden ovat supistuneet jonkin verran vuosina 1993–2004, mutta silti erot ovat edelleen suuria (Hujanen ym. 2006). Esimerkiksi vuonna 2004 yli 5 000 asukkaan kuntien kohdalla kustannusero eniten (Kirkkonummi) ja vähiten (Tammela) rahaa terveyspalvelujen järjestämiseen käyttäneen kunnan välillä oli 67 prosenttia, senkin jälkeen kun palvelujen tarpeeseen vaikuttavien teki-

Markku Pekurinen korostaa, että monikanavaisen julkisen rahoitusjärjestelmän rooli ja tarpeellisuus suomalaisessa terveydenhuollossa tulisi arvioida perusteellisesti.

jöiden kuten iän, sukupuolen ja sairastavuuden vaikutus on poistettu. Yhteenlasketuissa terveyden- ja vanhustenhuollon menoissa vastaava kustannusero oli 72 prosenttia (Hujanen ym. 2006). Suuri osa kuntien välisistä eroista johtunee kuntien aikojen saatossa tekemistä valinnoista ja ratkaisuista.

Kunnan koko näyttää olevan lievästi yhteydessä perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon yhteenlaskettuihin menoihin asukasta kohti. Kunnan menojen kannalta ihanteellinen väestöpohja saataisi varovasti arvioiden olla 24 000–36 000 asukasta (Pekurinen ym. 2006b). Tarkasteltaessa pelkästään terveyskeskuksia päästään samankaltaisiin tuloksiin. Kustannustehokkuuden kannalta terveyskeskuksen optimaalinen väestöpohja näyttäisi olevan noin 25 000–27 000 asukasta (Aaltonen 2006). Nämä tulokset voivat antaa viitteitä myös kunnan tai perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palvelut kattavan yhteistoiminta-alueen optimaalisesta väestöpohjasta.

Myös sairaaloiden väliset tuottavuuserot ovat supistuneet vuosina 1998–2005. Silti esimerkiksi ero tuottavuudeltaan parhaimman ja heikoimman keskussairaalan välillä oli vuonna 2005 noin 20 prosenttia (Stakes 2007). Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös terveyskeskuksista ja vanhainkodeista. Aaltosen ym. (2006) tutkimuksen tehostomin terveyskeskus käytti vuosina 2001–2004 vuosittain 16–22 prosenttia enemmän voimavaroja saman suoritemäärän tuottamiseen kuin tehokkain yksikkö, vaikka yksiköiden väliset työntekijöiden palkkaerot, mittakaavatekijät, potilaiden ikärakenne ja asutuksen keskittyneisyys otettiin huomioon. Myös vanhusten pitkäaikaisosastojen tuotannollisessa tehokkuudessa on merkittäviä eroja, vaikka osastojen erilainen asiakasrakenne otetaan huomioon (Laine 2005).

Monikanavainen julkinen rahoitusjärjestelmä

Terveydenhuollon voimavaratarpeeseen vaikuttaa olennaisesti myös se, miten järjestelmän rahoitus tulevaisuudessa toteutetaan. Nykyinen terveydenhuollon monikanavainen rahoitus koetaan Suomessa merkittäväksi ongelmaksi (Häkkinen 2003, Kuusi ym. 2006, Huttunen 2007). Esimerkiksi eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan käynnistämän Terveydenhuollon tulevaisuus -hankkeen

ohjausryhmä piti rahoituksen selkeyttämistä terveydenhuollon keskeisimpänä haasteena (Kuusi ym. 2006).

Terveydenhuollon rahoituslähteiden monilukuisuus ei sinänsä ole ongelma. Voidaan jopa pitää suotavana, että rahoitus palvelujen järjestämiseen voidaan kerätä mahdollisimman monesta lähteestä, jolloin rahoitusrasite jakautuu useammalle taholle. Terveydenhuollon monikanavaisella rahoituksella on monia hyviä puolia, mutta se on tuonut mukanaan myös monia ongelmia, kuten esimerkik-

Taulukko 2. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän etuja ja haittoja.

	Monikanavaisuuden etuja	Monikanavaisuuden haittoja
Valinnanvapaus	Valinnanvapautta kunnalliseen	Terveyskeskuksen kehittämiselle ei kaikkien tahojen varauksetonta tukea <i>Työnantajat, ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevat</i>
Palvelujen kysyntä	Osa palveluista kysyntäjohtoista	Lisännyt epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä <i>Tuottajien luomaa kysyntää</i>
Palvelujen tarjonta	Lisää yksityistä palvelutarjontaa	Ylläpitää avohoitoa palveluissa päällekkäistä palvelutuotantoa <i>Lisää alueellista ja väestöryhmien eriarvoisuutta*</i>
Terveydenhuollon menot	Säästää kuntien menoja <i>Osa väestöstä käyttää korvaavia palveluja</i>	Lisää verorahoituksen (verot, sv-maksut) tarvetta) <i>Yksityinen sairausvakuutus kehittämätön</i>
Kannusteet		kannustaa kuntia siirtämään kustannuksia sairausvakuutuksen maksettavaksi ja päinvastoin <i>Osoptimointia. Rahoittajan moraalinen vaara</i> Lääkäreillä vähän taloudellisia kannusteita karkoituksen mukaiseen (kustannus-vaikuttavuuteen) lääkkeiden määrämiseen <i>Heikentää mahdollisuuksia alentaa potilaiden omavastuuosuuksia. Tuottajan moraalinen vaara</i>
Henkilöstö	Lisää virkalääkäreiden työ- ja ansiomahdollisuuksia	Hidastaa kunnallisten palvelujen kehittämistä houkuttelemalla henkilöstöä ja muuta kapasiteettia yksityiselle sektorille
Tehokkuus ja oikeudenmukaisuus	Hidastanut yksityisen sairausvakuutuksen kehitymistä <i>Oikeudenmukaisuus ja tehokkuus nyt parempi</i>	Ks. * yllä

OECD 2005, kirjoittajan tiivistelmä ja tulkinta.

”Palvelujärjestelmää uudistamalla ja hoitokäytäntöjä kehittämällä voidaan edelleen vaikuttaa merkittävästi terveydenhuollon menoihin ja voimavarojen tarpeeseen tulevaisuudessa.”

si OECD:n hiljattain toteuttama Suomen maa-arviointi toteaa (OECD 2005) (taulukko 2). Ongelmaksi monikanavainen rahoitus muodostuu erityisesti, jos se vaikuttaa merkittävästi eri osapuolien⁴ päätöksentekoon ja käyttäytymiseen.

Merkittävin ongelma on se, että monikanavarahoitus luo terveydenhuollon toimijoille ei-suotavia taloudellisia kannusteita. Se kannustaa tarkastelemaan palveluratkaisuja pelkästään kunkin toimijan omasta näkökulmasta, jolloin yksittäisen potilaan hoidon kokonaisuus ja palvelujärjestelmän kokonaisuus saattaa kärsiä. Kunnat pyrkivät hanakasti siirtämään kustannuksia sairausvakuutuksen maksettavaksi ja päinvastoin, mistä kotona annettavan lääkehoidon kustannusvastuun ”pallottelu” on laajalti tunnettu (Huttunen 2007). Potilaan hoitovalintaan ei vaikuta hoidon tarve, vaikuttavuus tai kokonaiskustannukset vaan hoidon rahoitustapa.

Monikanavaisuuden ongelmat eivät ratkea ilman terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän perusteellista uudistamista. Ruotsissa sairausvakuutuksella oli aiemmin samankaltainen rooli kuin Suomessa, mutta siellä on sittemmin koordinoi-

tu terveydenhuollon julkista rahoitusta (Häkkinen 2003). Ruotsissa maakunnat vastaavat terveydenhuollon järjestämisestä ja julkisten palvelujen lisäksi maakuntansa väestön yksityisen sektorin palvelujen käytön ja lääkekustannusten rahoituksesta.

Olisikin välttämätöntä arvioida koko monikanavaisen julkisen rahoitusjärjestelmän rooli ja tarpeellisuus suomalaisessa terveydenhuollossa. Erityisenä arvioinnin kohteena olisivat monikanavaisen rahoitusjärjestelmän vaikutus palvelujen järjestämiseen, palvelutuotantoon, työhakoon, palvelujen saatavuuteen, alueelliseen jakautumiseen ja terveydenhuollon kokonaisuuteen. Arvioinnin tueksi voisi käynnistää alueellisen rahoituskokeiluhankkeen esimerkiksi yhden erityisvastuualueen, sairaanhoitopiirin tai sosiaali- ja terveystieteiden alueella. Kokeiluhankkeessa kaikki kyseisellä alueella terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen käytettävissä olevat kuntien, valtion ja sairausvakuutuksen rahat ohjattaisiin yhtenä kokonaisuutena palvelujen järjestäjälle. Kokeiluhankkeessa terveystieteiden rahoittajana toimisi vain yksi julkinen rahoittajataho.

On itsestään selvää, että terveydenhuolto tarvitsee tulevaisuudessa merkittävästi lisää rahaa. Raha ei kuitenkaan yksin riitä ratkaisemaan terveydenhuollon edessä olevia haasteita. On arvioitava kriittisesti myös terveydenhuollon rakenteita, hoitokäytäntöjä, toimintatapoja, palvelujen järjestämistä ja rahoitusjärjestelmää. ■

KIRJALLISUUS

Aaltonen, J. (2006), Perusterveydenhuollon menoeroja selittävät tekijät ja terveystieteiden tehottomuus, VATT-keskustelualoitteita 403.

Eurobarometer(2003), Public's Satisfaction with Health Care System, EU countries, 2002. OECD Health Data 2006.

Gottret, P. & Schieber, G. (2006), Health Financing Revisited. A Practitioner's Guide. Washington, DC: The World Bank.

Hujanen, T. & Mikkola, H. & Pekurinen, M. & Häkkinen, U. & Teitto, E. (2004), Terveydenhuollon menot ikä- ja sukupuoliryhmittäin vuonna 2002, Stakes Aiheita 24/2004.

Hujanen, T. & Pekurinen, M. & Häkkinen, U. (2006), Terveydenhuollon jännevastuun alueellinen tarve ja menot 1993–2004, Stakesin Työpapereita 11/2006.

Huttunen J. (2007), Lääkkeiden kustannusvastuun ongelmat ja ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2007:2

Häkkinen, U. (2003), Onko terveydenhuolto kriisissä? Talous&Yhteiskunta, 31:1, 31–36.

Häkkinen, U. & Luoma, K. (1995), Determinants of Expenditure Variation in Health Care and Care of the Elderly Among Finnish Municipalities, Health Economics, 4, 2454–2458.

Häkkinen, U. & Martikainen, P. & Noro, A. & Nihtilä, E. & Peltola, M. (2006), Kuoleman läheisyys ja terveyden- ja vanhustenhuollon menot, teoksessa Kautto, M. ym. (2006), 107–111.

Kautto, M. & Häkkinen, U. & Laine, V. & Parkkinen, P. & Parpo, A. & Tuukkanen, J. & Vaarama, M. & Vihriälä, V. & Volk, R. (2006), Hoivan ja hoidon kestävyys. Arvioita sosiaali- ja terveystieteiden kustannusten kehityksestä. Hyvinvointivaltion rajat – hanke, Helsinki: Stakes.

Kuusi, O. & Ryyänen, O.-P. & Kinnunen, J. & Myllykangas, M. & Lammintakanen, J. (2006), Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Eduskunnan kanslian julkaisu 3/2006.

Laine, J. (2005), Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta, Stakes, Tutkimuksia 151.

Nolte, E. & McKee, M. (2003), Measuring the Health of Nations: Analysis of Mortality Amenable to Health Care, British Medical Journal, 327, 1129–1134.

OECD (2005), OECD Reviews of Health Systems: Finland, Paris: OECD.

OECD (2006), Health Data 2006, Paris: OECD.

Pekurinen, M. & Junnila, M. & Idänpään-Heikkilä, U. & Wahlbeck, K. (2006a), Terveystieteiden – eräs alueellisten sosiaali- ja terveystieteiden järjestämisen malli, Stakes, M222.

Pekurinen, M. & Nguyen, L. & Häkkinen, U. & Hujanen, T. (2006), Kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot - onko koolla väli? teoksessa Klavus, J. (toim.), Terveystaloustiede 2006, Stakesin Työpapereita 2/2006, 11–13b.

Stakes (2007), Sairaaloitten tuottavuuden kehitys 2000–2005, Ennakkotieto.

⁴ Terveydenhuollossa keskeisiä toimijoita ovat palvelujen käyttäjät (potilaat, väestö), järjestäjät (kunnat), tuottajat (lääkärit, hoitajat, terveystieteiden keskus, sairaalat, sairaanhoitopiirit, yksityinen ja kolmas sektori) ja rahoittajat (kunnat, valtio, kansaneläkelaitos, potilaat, työnantajat, yksityiset vakuutuslaitokset, sairauskassat ym.).