

Visa Pitkänen ja Piia Pekola

# Valinnanvapaus ja kilpailu terveystaloudessa

Kansainväliset käytännöt, talousteoria ja empiiriset tutkimukset



## **Kirjoittajat**

Visa Pitkänen, Tutkimusassistentti, KTM  
Kelan tutkimus  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Piia Pekola, Tutkija, VTM, TtM  
Kelan tutkimus  
etunimi.sukunim@kela.fi

© Kirjoittajat ja Kela

[www.kela.fi/tutkimus](http://www.kela.fi/tutkimus)

ISSN 2323-9239

Helsinki 2016

# SISÄLTÖ

Tiivistelmä .....	4
1 Johdanto .....	5
2 Valinnanvapaus terveystalveluiden järjestämistapana .....	6
3 Eurooppalaiset käytännöt.....	8
4 Kilpailun ja laadun vuorovaikutus.....	13
5 Empiirinen tutkimuskirjallisuus .....	19
5.1 Laadun vaikutukset potilaiden valintoihin .....	20
5.2 Kilpailun vaikutukset palveluiden laatuun .....	24
6 Johtopäätökset.....	27
Lähteet .....	28
Liitetaulukot.....	34

## TIIVISTELMÄ

Tässä työpaperissa tarkastellaan valinnanvapautta terveystalveluiden järjestämistapana. Työpaperissa käydään lyhyesti läpi eurooppalaisia käytäntöjä valinnanvapaudesta ja tarkastellaan terveystalveluiden kilpailuun ja valinnanvapauteen liittyvää teoreettista ja empiiristä tutkimuskirjallisuutta.

Valinnanvapautta terveystalveluissa on lisätty useissa Euroopan valtioissa viimeisen kahden vuosikymmenen aikana. Valinnanvapautta on perusteltu arvona itsessään, mutta erityisesti sen on ajateltu parantavan palveluiden kustannustehokkuutta ja laatua. Kun raha seuraa potilasta, tulisi kilpailun johtaa palveluiden laadun paranemiseen. Valinnan tueksi potilaille tulisi olla saatavilla vertailukelpoista tietoa palveluiden laadusta.

Taloustieteen kirjallisuus on perinteisesti ollut hyvin yksimielinen kilpailun vaikutuksista terveystalveluiden laatuun erityisesti kun tuottajille korvataan kiinteä hinta potilaista. Teorian mukaan tuottajat kilpailevat hinnan sijaan laadullisilla tekijöillä, eli kilpailu johtaa palveluiden laadun paranemiseen. Kilpailun vaikutukset palveluiden laatuun voivat olla kuitenkin moniselitteisemmät. Esimerkiksi tuottajien ominaispiirteet, palveluista saatavilla oleva tieto, mahdollinen kermankuorinta ja potilaiden vapaa alueellinen liikkuvuus vaikuttavat siihen, millaisia vaikutuksia valinnanvapaudella on potilaiden saamien palveluiden laatuun.

Kansainvälisten empiiristen tutkimustulosten perusteella eniten potilaiden valintaan vaikuttaa matkustusaika tuottajalle. Tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että myös vertailukelpoinen tieto palveluiden laadusta on ohjannut potilaiden valintaa parempien tuottajien pariin. Havainnot antavat viitteitä sille, että valinnanvapaus kasvattaa laadukkaiden palveluiden kysyntää ja kannustaa tuottajia parantamaan palveluidensa laatua.

Lisäksi kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että terveystalveluiden laatu on korkeampaa kilpailullisilla markkinoilla. Havainnot tukevat näkemystä, että valinnanvapaus voi antaa terveystalveluiden tuottajille kannustimia parantaa palveluidensa laatua. Valinnanvapauteen liittyvät käytännöt ovat kuitenkin vielä melko tuoreita, joten pitkän aikavälin vaikutuksia potilaiden valintoihin ja palveluiden laatuun on vielä vaikeaa arvioida.

**Avainsanat:** terveystalvelut, valinnanvapaus, kilpailu, laatu

# 1 JOHDANTO

Terveyspalvelut muodostavat suuren osan hyvinvointivaltioiden julkisista menoista<sup>1</sup>. Megatrendit, kuten väestön ikääntyminen ja huoltosuhteiden heikentyminen, ovat johtaneet siihen, että useissa maissa pyritään parantamaan terveyspalveluiden tuottavuutta ja laatua. Yhtenä suosituimmista keinoista parin viimeisen vuosikymmenen aikana on ollut valinnanvapauden lisääminen. Erityisesti valinnanvapautta on lisätty Iso-Britanniassa, Hollannissa ja muissa Pohjoismaissa (Vrangbaek ym. 2012).

Suomessa valinnanvapautta on lisätty palveluseleiden käyttöönotolla ja 2010-luvulla kansallisella ja kansainvälisellä lainsäädännöllä. Tulevaisuudessa valinnanvapautta lisätään entisestään valinnanvapauslainsäädännöllä, jonka myötä käyttäjä voi itse valita palveluiden tuottajan julkiselta, yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. Valinnanvapaus tulee jatkossa toteutumaan etenkin perustasolla ja soveltuvin osin myös erikoissairaanhoidossa. (VNK 2016.)

Vapaisiin markkinoihin ja valinnanvapauteen perustuvia terveydenhuollon uudistuksia on aiemmin tehty pitkälti ilman vahvaa näyttöä uudistusten vaikutuksista (Gaynor ym. 2013). Kansainvälisten käytäntöjen lisääntymisen myötä myös tutkimustiedon määrä on lisääntynyt viime vuosina. Tässä työpaperissa tarkastellaan tuoretta taloustieteen teoreettista kirjallisuutta ja kansainvälisiä empiirisiä tutkimuksia valinnanvapaudesta.

Tässä työpaperissa tarkastellaan valinnanvapauteen liittyviä perusteluita sekä sitä, miten valinnanvapautta terveydenhuollossa on toteutettu eri Euroopan maissa. Työpaperissa tarkastellaan lisäksi taloustieteellisessä kirjallisuudessa havaittuja kilpailun ja laadun vuorovaikutukseen liittyviä piirteitä terveyspalveluissa sekä valinnanvapauden vaikutuksiin liittyviä empiirisiä taloustieteen tutkimuksia.

---

<sup>1</sup> Vuonna 2013 Suomen terveydenhuoltomenot olivat 18,5 miljardia euroa, josta julkisen rahoituksen osuus oli 14 miljardia (THL 2015).

## 2 VALINNANVAPAAUS TERVEYSPALVELUIDEN JÄRJESTÄMISTAPANA

**Julkisten palveluiden järjestämismallit.** Julkisesti rahoitetut terveyspalvelut voidaan Le Grandin (2009) mukaan järjestää neljällä eri järjestämismallilla. Ensinnäkin päätöksenteossa voidaan turvautua luottamukseen perustuvaan malliin. Tällöin asiantuntijat päättävät, miten resurssit kohdennetaan ja palvelut tuotetaan. Toinen malli puolestaan perustuu hallintaan ja kontrolliin, jolloin julkinen hallinto asettaa tavoitteet palveluille, ja palkitsee tai rankaisee tuottajia niiden tuloksen mukaan. Kolmas malli on palveluiden käyttäjien kokemukseen perustuva malli, joka mahdollistaa asiakkaiden positiivisten tai negatiivisten palautteiden antamisen tuottajalle. Kaikkia kolmea edellä mainittua mallia on käytetty jonkinlaisessa muodossa useissa terveyspalvelujärjestelmissä, ja kaikilla malleilla on omat etunsa ja haittapuolensa. (Le Grand 2009.)

Neljäntenä järjestämismallina on potilaiden valinnanvapauteen ja tuottajien kilpailuun perustuva malli<sup>2</sup>, joka on viimeisen kahden vuosikymmenen aikana yleistynyt länsimaissa. Sillä on joitain selkeitä etuja muihin malleihin verrattuna. Valinnanvapauteen perustuvassa mallissa palvelut organisoidaan todennäköisemmin potilaiden kuin tuottajan etujen mukaan. Tämä kannustaa tuottajia innovointiin ja palveluiden kehittämiseen. Valinnanvapaus tuo myös kuuluviin niiden äänen, jotka eivät ole sitä uskaltaneet aiemmin julkisesti tuoda esille. Tämän on ajateltu lisäävän potilaiden vaikutusmahdollisuuksien tasa-arvoa. (Le Grand 2009.)

**Valinnanvapauden taloudelliset argumentit.** Argumentit valinnanvapauden puolesta voidaan jakaa normatiivisiin ja instrumentaalisiin näkökulmiin. Valinta voidaan nähdä päämääränä itsessään tai keinona saavuttaa haluttuja tavoitteita. Molempia näkökulmia on käytetty 2000-luvulla valinnanvapautta lisäävien uudistusten tukena.

Normatiivisesta näkökulmasta valinnanvapaus on arvo itsessään. Potilaiden valinnanvapauden merkitys onkin kasvanut viime vuosikymmeninä. Potilaat ovat yhä tietoisempia ja vaativat entistä parempia terveyspalveluita. Antamalla potilaille oikeus ja mahdollisuus valintaan vahvistetaan heidän rooliaan palveluiden järjestämisessä. Valinnanvapaus antaa potilaille laajemman mahdollisuuden vaikuttaa omaan terveyteensä. (Victoor ym. 2012.)

Normatiivisen näkökulman taustalla voidaan nähdä myös talousliberaali ajattelu, jonka mukaan vapaus ja itsenäisyys ovat kaiken sääntelyn yläpuolella ja siten tavoiteltava päämäärä. Tätä puoltaa myös taloustieteen paljastettujen preferenssien teoreema. Sen perusteella kilpailulliset markkinat sopeuttavat tuotannon, kun yksilöt saavat vapaasti ilmaista valintansa. Tällöin yhteiskunnallinen hyvinvointi kasvaa. (Kreisz ja Gericke 2010.)

Instrumentaalinen näkökulma puolestaan näkee valinnanvapauden mahdollisuutena saavuttaa tavoittelun arvoiseksi koettuja taloudellisia päämääriä. Näkökulma pohjautuu klassiseen Adam Smithin esittämään taloustieteen teoriaan näkymättömästä kädestä. Teorian mukaan

---

<sup>2</sup> Mallista käytetään myös termejä kvasimarkkinat tai näennäismarkkinat. Tällä tarkoitetaan yleisesti sitä, että julkinen sektori luo puitteet kilpailulle ja muille markkinaehtoisille palveluiden järjestämistavoille.

tehokkaasti toimivan talouden yhtenä edellytyksenä on yksilöiden valinnanvapaus. Tämä mahdollistaa markkinaehtoisien ja tehokkaan kilpailun tuottajien välillä, jonka tavoitteena on kilpailullisen tasapainon saavuttaminen. (Kreisz ja Gericke 2010.)

Valinnanvapautta ja kilpailua puoltavat taloudelliset näkökulmat ovat siten varsin suoraviivaisia. Vapaus valita mahdollistaa potilaille eri palveluntuottajien vertailemisen ja valinnan omien toiveidensa mukaan. Rahan seurattessa potilasta markkinoille syntyy aitoa kilpailua tuottajien kesken. Kilpailu kannustaa tuottajia parantamaan palveluiden laatua ja tehokkuutta. (Propper ym. 2006.)

**Terveyspalveluiden erityispiirteet.** Neoklassisen taloustieteen teorian mukaan täydellinen markkinakilpailu lisää yhteiskunnan resurssien tehokasta käyttöä. Historiallisesti terveyspalveluita on kuitenkin tuotettu keskitetysti ilman markkinamekanismia (Gaynor ym. 2013). Tämä johtuu siitä, että terveyspalveluilla on omat erityispiirteensä, joiden ajatellaan erottavan terveyspalvelut muista hyödykkeistä ja siten rajoittavan täydellisen markkinakilpailun toteutumista.

Tärkeimpinä erityispiirteinä on usein mainittu seuraavat kolme tekijää:

- Kuluttajilla on epävarmuus terveyspalveluiden tarvetta ja tehokkuutta kohtaan.
- Terveyspalveluiden käyttö luo ulkoisvaikutuksia joita markkinat eivät ota huomioon.
- Informaatio jakautuu epätasaisesti palveluiden tuottajan ja kuluttajan välillä. (Sintonen ja Pekurinen 2006.)

Valinnanvapautta lisänneissä terveyspoliittisissa uudistuksissa puheenaiheeksi on noussut erityisesti informaation epätasainen jakaantuminen. Taloustieteessä informaatio-ongelmat nähdään keskeiseksi syyksi monille markkinoiden toimintaongelmille. Esimerkiksi laadusta kertova puutteellinen informaatio johtaa epämieluisiin lopputulemiin (Akerlof 1970).

Terveyspalveluissa tiedon ajatellaan jakautuvan epätasaisesti potilaiden ja ammattihenkilökunnan välillä. Suuri osa tiedosta on hyvin teknistä ja monimutkaista, eikä potilas voi testata palvelua tai tuotetta ennen sen kuluttamista. Potilaiden täytyykin luottaa terveydenhuollon ammattilaisten arvioon. (Arrow 1963.)

Potilaat myös eroavat terveydellisiltä ominaisuuksiltaan, mikä vaikuttaa heidän hoidon tarpeeseensa ja sen kustannuksiin. Eräänä keskeisenä haittapuolena valinnanvapauteen perustuvassa mallissa on pidetty mahdollista ns. kermankuorinnan ilmiötä. Mahdollisena vaarana on ajateltu olevan, että tuottajat alkaisivat valikoimaan potilaikseen niitä, jotka ovat vähäisimmillä resursseilla hoidettavissa. (Le Grand 2009.)

**Valinnanvapauden keskeiset edellytykset.** Valinnanvapaudelle perustuvan mallin tulee täyttää ainakin seuraavat edellytykset, jotta sillä todella olisi merkitystä potilaille:

- Potilaiden tulee tuntee oikeutensa valintaan.
- Potilaille tulee olla riittävästi valinnanvaraa eri tuottajista.

- Potilaiden saatavilla tulee olla luotettavaa ja ymmärrettävää vertailukelpoista tietoa eri vaihtoehdoista.
- Rahan tulee seurata potilasta joustavasti ja oikeudenmukaisesti potilaan valitsemalle tuottajalle. (Jonsson ja Virtanen 2013.)

### 3 EUROOPPALAISET KÄYTÄNNÖT

**Terveydenhuolto Euroopassa.** Useimmissa Euroopan valtioissa julkinen rahoitus muodostaa yli 70 prosenttia terveydenhuoltokuluista, ja julkisesti tarjottuja palveluita on tarjolla verrattain laajasti kaikille kansalaisille. Eurooppalaiset terveydenhuollon järjestelmät voidaan jakaa kahteen ryhmään. Niin sanotun *Beveridge*-mallin valtioissa, kuten Englannissa ja Pohjoismaissa, rahoitus kerätään verotuloilla. Puolestaan ns. *Bismarck*-mallin valtioissa, kuten Hollannissa ja Saksassa, julkinen rahoitus perustuu sosiaalivakuutukseen. (Cookson ja Dawson 2012.)

**Valinnanvapaus Euroopassa.** Historiallisesti terveydenhuollon palvelut on tuotettu keskitetysti ilman markkinamekanismia lukuun ottamatta Yhdysvaltoja (Gaynor ym. 2013). Vielä esimerkiksi parikymmentä vuotta sitten eurooppalaiset potilaat eivät käytännössä pystyneet valitsemaan palvelun tarjoajaansa. Yleislääkärit lähettivät potilaat yleensä lähimpään sairaalaan, huolimatta kyseisen tai muiden sairaaloiden jonotusajoista ja laadusta (Vrangbaek ym. 2012). Käytännössä valintaa pystyivät toteuttamaan vain varakkaammat henkilöt joko yksityisten tuottajien tai vakuuttajien kautta (Propper 2012).

Nyt tilanne on muuttunut olennaisesti ja valinnanvapaus on noussut keskiöön, kun useat valtiot ovat uudistaneet terveydenhuollon rakenteitaan. 1990-luvulta lähtien varsinkin useat ns. *Beveridge*-mallin valtiot ovat lisänneet potilaiden valinnanvapautta (Cookson ja Dawson 2012). Ruotsi ja Tanska alkoivat lisätä valinnanvapautta julkisissa palveluissa jo 1990-luvun alussa. Sittemmin valinnanvapautta on lisätty terveyspalveluissa 2000-luvulla myös muissa Euroopan valtioissa. (Vrangbaek ym. 2012.)

Valinnanvapaudella on pyritty monien eri tavoitteiden saavuttamiseen. Useassa valtiossa tavoitteena on ollut lyhentää palveluiden odotusaikoja ja jossain määrin parantaa palveluiden laatua. Kaikissa uudistuksia tehneissä valtioissa keskusteluun on noussut terveyspalveluiden kilpailullisten olosuhteiden luonne. Toisaalta vain Englannissa valinnanvapaudella on määrätietoisesti pyritty lisäämään tuottajien välistä kilpailua. (Cookson ja Dawson 2012.)

Edellä mainittujen tavoitteiden saavuttamisen edellytyksenä on se, että potilaat saavat valintansa tueksi riittävästi vertailukelpoista tietoa eri palveluntuottajista. Valinnanvapautta lisänneissä valtioissa onkin perustettu erityisesti useita digitaalisia informaatiokanavia, jotka tarjoavat vertailukelpoista tietoa eri palveluntuottajista.

Taulukkoon (s. 10–12) on otettu lähempään tarkasteluun valinnanvapauden toteuttaminen Englannin, Hollannin, Ruotsin, Tanskan, Norjan, Saksan ja Italian terveydenhuollossa. Erityi-



sesti näissä maissa on tehty viimeisen kahden vuosikymmenen aikana valinnanvapauteen liittyviä uudistuksia. Taulukossa kuvataan lyhyesti terveyspalveluiden rahoituksen ja järjestämisen piirteitä, valinnanvapautta koskevat uudistukset ja potilaille valinnan tueksi kehitetyt informaatiokanavat. Tarkempaa tietoa eri järjestelmistä löytyy taulukon lähteistä.

**Valinnanvapaus Suomessa.** Suomessa potilaiden valinnanvapaus on laajentunut asteittain parin viime vuosikymmenen aikana palveluseleiden käyttöönoton myötä. 2010-luvulla valinnanvapautta on vauhdittanut niin kansallinen kuin kansainvälinen lainsäädäntö. Vuonna 2011 voimaan astunut terveydenhuoltolaki antoi potilaille mahdollisuuden valita hoitopaikan ja mahdollisuuksien mukaan myös terveydenhuollon henkilökunnan. Vuodesta 2014 alkaen potilailla on ollut mahdollisuus valita terveysasema ja erikoissairaanhoidon yksikkö kaikista Suomen julkisista terveysasemista ja sairaaloista (STM 2016a).

Euroopan unionissa potilaiden oikeuksia ja edellytyksiä saada hoitoa toisessa EU:n jäsenvaltiossa on vahvistettu ns. potilasdirektiivillä. Vuonna 2011 voimaan tulleen direktiivin lähtökohdaksi on, että potilaat voivat hakea vapaasti terveyspalveluita toisesta EU- tai ETA-valtiosta ja Sveitsistä. Potilaan kustannuksista vastaavan valtion tulee korvata hoitokustannukset potilaalle. Potilaille korvataan kuitenkin vain sellainen hoito, joka on potilaan kotimaassakin korvattavaa. (STM 2016b.)

Tulevaisuudessa yksilön valinnanvapautta lisätään entisestään, sillä osana ns. *sote-uudistusta* säädetään valinnanvapauslainsäädäntö. Lainsäädännön myötä potilas voi valita tuottajan julkiselta, yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. Valinnanvapaus tulee olemaan jatkossa pääsääntö perustasolla ja soveltuvin osin myös erikoissairaanhoidossa. Valinnanvapaudella pyritään vahvistamaan perustason palveluita ja turvaamaan nykyistä nopeampi hoitoon pääsy. Valinnan mahdollisuus turvataan yhtenäisillä palveluiden laatuperusteilla ja valintaa tukevalla julkisella tiedolla. Lainsäädännön on tarkoitus tulla voimaan 1.1.2019. (VNK 2016.)

Suomella on hyvät mahdollisuudet seurata muiden maiden kokemuksia valinnanvapaudesta. Suomessa on jo esimerkiksi perustettu julkisia informaatiokanavia valinnanvapauden tueksi. Hoitopaikanvalinta.fi-sivusto sisältää tietoa kansallisesta terveydenhuollon valinnanvapaudesta ja rajat ylittävistä terveydenhuollosta. Palveluvaaka.fi-sivustolla potilaat voivat puolestaan etsiä, verrata ja arvioida itse sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajia.

Erityisen tarkasti Suomessa on seurattu Ruotsin kokemuksia valinnanvapaudesta. Toistaiseksi nämä lyhyen aikavälin kokemukset ovat osoittaneet, että potilaat ovat olleet erittäin hyvin tietoisia valinnanvapaudesta. Suurimmalla osalla on myös todellinen valinnan mahdollisuus, sillä tuottajien määrä on lisääntynyt runsaasti uudistuksen myötä. Valtaosa potilaista on kokenut saavansa riittävästi vertailukelpoista tietoa valintansa tueksi. Kritiikkiä Ruotsissa on herättänyt liian alhainen hoidon korvaustaso tuottajille. (Ahonen ym. 2015.)

**Taulukko.** Terveydenhuollon järjestäminen, valinnanvapaus ja informaatiokanavat eri Euroopan valtioissa.

Valtio	Palveluiden rahoitus ja järjestäminen	Valinnanvapaus	Informaatiokanavat potilaille
Englanti	<p>Palvelut rahoitetaan julkisin verovaroin ja ne ovat potilaille pääsääntöisesti ilmaisia. Lähes kaiken terveydenhuollon tarjoaa NHS. Perustason terveydenhoitoa tarjoavat julkisesti rahoitetut yleislääkärit. Potilaat voivat valita yleislääkäriinsä, joiden tosin ei ole pakko ottaa uusia potilaita. Yleislääkärit ovat portinvartijoita sairaalahoitoon. Valtaosa sairaaloista on julkisia ja voittoa tavoittelemattomia NHS:n sairaaloita. Alueelliset organisaatiot ovat vastuussa palveluiden järjestämisestä. Ne hankkivat palvelut kiinteällä hinnalla. Sairaaloille puolestaan korvataan kiinteä hinta tietyltä ajalta tietyntyyppisistä potilaista.</p>	<p>Vuodesta 2002 alkaen valinnanvapautta on laajennettu eri uudistuksilla. Tavoitteena on ollut kilpailun lisääminen ja odotusaikojen lyhentäminen. Vuodesta 2006 lähtien potilaat ovat voineet vapaasti valita sairaalahoidon toimipaikan viiden eri toimijan väliltä. Yleislääkäreiltä edellytetään, että he varmistavat potilaiden olevan tietoisia valinnan mahdollisuuksista. 2006 reformissa potilailla tarjottavan informaation määrää lisättiin ja sairaaloille alettiin maksaa kiinteää hintaa potilaista. Tämä tarkoitti, etteivät alueelliset sopimukset potilaiden ohjauksesta enää sitoneet yleislääkäreitä. Rajoitukset koskien sekä potilaiden tekemää valintaa että yleislääkäreiden antamia suosituksia poistettiin. Valinnasta tuli siten potilaslähtöisempää.</p>	<p>Englannissa potilaille tarjotaan vertailukelpoista tietoa terveydenhuollon palveluista, laadusta ja odotusajoista hyvin laajasti. Esimerkiksi NHS Choices, The Health &amp; Social Care Information Centre ja Dr. Foster Hospital Guide sisältävät tietoa virallisista laatuluokituksista kuten sairaaloiden kuolleisuudesta ja uusintakäynneistä. Tietoja kerää valtion organisaatio CQC. NHS Choicen kautta potilaat voivat myös helposti varata toimenpideajan sairaalaan. Vuodesta 2009 alkaen NHS:n sairaaloiden on tarjottava potilaille ns. PROM-kyselylomake heidän terveydentilastaan ennen ja kolme tai kuusi kuukautta operaation jälkeen. Kaikki kerätty informaatio on siis saatavilla verkosta, ja sen vertailukelpoisuuteen ja saavutettavuuteen on tehty suuria panostuksia.</p>
Hollanti	<p>Kansalaisille on pakollinen terveydenhuollon vakuutusjärjestelmä. Yksityiset vakuutusyhtiöt tuottavat kaikki terveysvakuutukset. Jokainen maksaa vakuutuksesta vuosimaksua ja omavastuuta. Vakuutusyhtiöiden on myönnettävä vakuutus kaikille hakijoille. Valtio kompensoi riskit vakuutusyhtiöille. Tämän lisäksi vakuutusyhtiöt tarjoavat vapaaehtoisia sairausvakuutuksia. Julkishallinto ei itse tuota palveluita vaan tuotanto on säätiöiden, yhdistysten ja yritysten vastuulla, joilta vakuutusyhtiöt hankkivat palvelut vakuutetuilleen. Yleislääkärit tekevät potilaille lähteen eli toimivat portinvartijoina.</p>	<p>Periaatteessa valinnanvapaus on ollut aina olemassa, mutta käytännössä lääkäreillä oli kiinteät potilaslistat eikä potilaiden tekemää valintaa tuettu aikaisemmin. Sairaalamarkkinoita alettiin vapauttaa 2000-luvun alussa ja vuonna 2006 terveyspalveluissa siirryttiin hallittuun kilpailuun, jossa sairaalat neuvottelevat vakuutusyhtiöiden kanssa hinnoista, määristä ja laadusta. Tavoitteena on ollut kilpailun lisääminen ja parempi palveluiden laatu. Potilaat voivat valita vakuuttajansa kerran vuodessa. Myös yleislääkäriin ja sairaalan voi valita, mutta monella vakuuttajalla on omia sopimuskumppaneita.</p>	<p>Vertailukelpoisen tiedon julkaisu sairaaloiden laadusta alkoi vuonna 2005. Tiedon avoimuuteen on panostettu paljon, ja nykyään tarjolla on runsaasti erilaisia tietosisältökanavia. Keskeisin on valtionhallinnon asiakaslähtöinen Kies Beter.nl-sivusto. Potilaat voivat käyttää sivustoa vertailuun erilaisten laatutietojen perusteella, joita valvontaviranomainen IGZ on kehittänyt yhdessä sairaaloiden ja lääkäreiden kanssa. Tiedot julkaistaan verkossa vuoden viiveellä ja sisältävät laatutietoja sairaaloista ja tietyistä operaatioista. Vertailutietoja julkaistaan myös sairaaloiden omilla verkkosivuilla ja sanomalehdissä, joista esim. Elsevier julkaisee vuosittain sadan parhaan sairaalan listan.</p>

Valtio	Palveluiden rahoitus ja järjestäminen	Valinnanvapaus	Informaatiokanavat potilaille
Ruotsi	<p>Terveyspalvelujärjestelmää alettiin uudistaa jo 1990-luvulla. Terveystieteiden järjestämisestä ja rahoittamisesta vastaavat pääosin maakäräjät. Rahoitus on valtaosin veropohjaista. Sekä maakäräjillä että kunnilla on verotusoikeus. Maakäräjien kriteerit täyttävät ja hyväksymät tuottajat voivat tarjota julkisesti rahoitettua perusterveydenhuoltoa. Rahoitus perustuu ns. ”raha seuraa potilasta” -järjestelmään, jolloin asu-kaan maakäräjäalue maksaa korvauksen hoidon tarjonneelle terveyskeskukselle tai toiselle maakäräjälle. Maakäräjät päättävät itse tuottajien hyväksymismenettelyistä ja korvausperusteista. Terveyskeskukset ovat pääosin julkisia, mutta uudistuksen jälkeen yksityisten toimijoiden määrä on lisääntynyt huomattavasti.</p>	<p>Useat kunnat ja maakäräjät kokeilivat jo 1990- ja 2000-luvuilla erilaisia valinnanvapausmalleja. Vuosien 2009 ja 2010 lakimuutosten myötä valinnanvapaus tuli lakisääteiseksi koko maassa. Valinta perustuu ns. listamalliin, jossa potilaalla on oikeus valita ja vaihtaa palveluntuottajansa. Potilaille jotka eivät halua valintaa tehdä tulee osoittaa ensisijainen hoitopaikka. Akuuteissa tilanteissa potilaat voivat hakeutua mille tahansa tuottajalle. Valinnanvapausmallit vaihtelevat hieman eri maakäräjien välillä. Valinnanvapausuudistuksella pyrittiin erityisesti lyhentämään jonotusaikoja ja helpottamaan hoitoon pääsyä. Useat kunnat ja maakäräjät ovat lisänneet valinnanvapauden piiriin myös sosiaalipalveluita.</p>	<p>Ruotsissa on myös kansallinen laaturekisterijärjestelmä, Nationella kvalitetsregister, jota käytetään palveluiden laadun seurantaan. Sekä julkinen että yksityinen sektori tuottavat potilaille vertailukelpoista tietoa palveluista. Maakäräjien yhteisellä 1177.se-sivustolla on tietoa valinnanvapaudesta, palveluista ja eri tuottajista. Lisäksi tuottajat kertovat omilla sivuillaan jonotusajoista ja osaamisalueistaan. Doktorsguiden.se-sivustolla potilaat voivat puolestaan arvioida yksittäisiä lääkäreitä. Vantetider.se-sivustolla on puolestaan tietoja jonotusajoista eri alueilla.</p>
Tanska	<p>Terveyspalveluiden järjestämisestä vastaavat aluehallinnot kuten muissa Pohjoismaissa. Rahoitus on pääosin veropohjaista. Perushoitoa tarjoavat perhelääkärit, jotka toimivat portinvartijoina sairaalahoitoon kuten Englannissa. Yksityisiä sairaalapalveluita tarjoavia toimijoita on vähän.</p>	<p>Myös Tanskassa valinnanvapautta lisättiin jo 1990-luvun alussa. Laki valinnanvapaudesta säädettiin vuonna 1993. Vuonna 2002 valinnanvapautta laajennettiin ja sen piiriin lisättiin yksityiset ja jotkin ulkomaiset toimijat, jos paikallisen palvelun odotusaika ylittää kuukauden. Valinnanvapaudella on tavoiteltu parempaa terveyspalveluiden laatua ja lyhyempiä odotusaikoja.</p>	<p>Tanska on maailman johtavia terveysteknologian edelläkävijöitä. Verkossa tarjolla oleviin terveyspalveluihin onkin panostettu runsaasti. Vuonna 2001 julkaistulla eSundhed.dk -sivustolla potilaat voivat vertailla jonotusaikoja operaatioihin ja sairaaloiden laatuluokituksia. Sivulla voi myös hoitaa terveyteen liittyviä asioita kuten ajanvarauksen ja lääkkeiden reseptien uusimisen.</p>
Norja	<p>Terveystieteiden rahoitetaan pääosin verotuloilla. Kunnat vastaavat terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoittamisesta alueellaan. Valtaosa sairaaloista on julkisia ja valtion omistuksessa. Myös yksityisistä sairaaloista suurinta osaa rahoitetaan julkisesti. Yleislääkärit toimivat potilaiden portinvartijoina sairaalahoitoon.</p>	<p>Valinnanvapautta kokeiltiin sairaalapalveluissa alueellisesti jo 1990-luvulla. Tätä seurasi kansallinen vapaaehtoisuuteen perustunut valinnanvapausmalli ja lopullisesti valinnanvapaus tuli voimaan lain tasolla vuonna 2001. Valinta perustuu ns. listamalliin. Potilaat voivat vaihtaa yleislääkäriään kaksi kertaa vuodessa. Valinnanvapaus koskee julkisia ja yksityisiä tuottajia. Potilaat voivat myös hakeutua hoitoon ulkomaille mikäli odotusajat ylittävät yleislääkäriin asettamat ehdot.</p>	<p>Terveyspalveluista tarjottavaan tietoon on panostettu runsaasti viime vuosina. Vuonna 2011 avattu Helsenorge.no-sivusto tarjoaa potilaille laajasti tietoa terveyspalveluista. Tavoitteena on edistää ja mahdollistaa terveyteen liittyvään päätöksentekoa. Sivustolla on myös tarjolla paljon vertailukelpoista tietoa valinnan tueksi eri palveluiden laadusta ja odotusajoista. Tietoa on tarjottu verkossa jo vuodesta 2003 alkaen. Tietoa tarjoavat myös eri terveysviranomaiset ja yksityiset toimijat.</p>

Valtio	Palveluiden rahoitus ja järjestäminen	Valinnanvapaus	Informaatiokanavat potilaille
Saksa	Myös Saksan terveydenhuolto perustuu sairausvakuutusjärjestelmään, joka on vuodesta 2009 alkaen ollut pakollinen kaikille kansalaisille. Vakuutuksen maksut riippuvat vakuutetun tuloista. Valtion sairaus-vakuutusjärjestelmässä ihmisillä on mahdollisuus valita sairaskassa, joilla on keskeinen asema. Ne ovat yksityisiä, ei voittoa tuottavia ja keskenään kilpailevia vakuutuslaitoksia. Kassat neuvottelevat hinnat, määrät ja laadun tuottajien kanssa. Ne toimivat palveluiden tilaajina ja järjestäjinä. Sairaskassojen maksutulot kerätään kansalliseen keskitettyyn terveysturvaan, josta kassat saavat rahoituksensa.	Potilailla on mahdollisuus valita sairaskassa ja vaihtaa sitä ilmoituksella 1,5 vuotta etukäteen. Yksityisen vakuutuksen ottaneet voivat vaihtaa vakuuttajaansa vapaasti. Perusterveydenhuollon lääkärit eivät toimi portinvartiointina, vaan potilaat hakeutuvat joko omalle yleislääkärilleen tai suoraan erikoislääkärille. Lääkäreiden yhdistykset neuvottelevat paikallisesti sopimukset sairaskassojen kanssa. Potilaat saavat valita sairaskassan hyväksymän lääkärin ja hoitopaikan vapaasti, eli lääkärit kilpailevat potilaista. Yksityisen vakuutuksen ottaneet voivat valita lääkäriinsä vapaasti. Valinnanvapaus koskee myös vanhusten pitkäaikaishoitoa.	Valtion viranomaisen BQS toimii yhteistyössä sairaskassojen ja sairaaloiden välillä, kun ne tekevät sopimuksia ja arvioivat palveluiden laatua. BQS myös julkaisee vuosittain julkisia raportteja jotka sisältävät vertailukelpoista tietoa sairaaloiden laadusta. Sairaalat ovat olleet vuodesta 2005 alkaen veloitettuja julkaisemaan itse vertailukelpoista tietoa omasta toiminnastaan ja laadustaan kahden vuoden välein. Tunnetuimmat verkossa tietoa jakava sivustot ovat Jameda.de ja Weisse Liste.de. Sivustot tukevat potilaita sopivan lääkärin, sairaalan ja toimenpiteen valinnassa.
Italia, Lombardia	Italiassa vastuu terveystalouden järjestämistä ja rahoitusta hajautettiin valtiolta aluehallinnoille vuoden 1997 valtakunnallisessa terveystalouden reformissa. Hallintoviranomaiset järjestävät ja vastaavat rahoituksesta, laadusta ja palveluiden riittävydestä omalla alueellaan. Lombardiassa markkinat ovat avoimet, eli julkiset ja yksityiset tuottajat kilpailevat vapaasti. Valtaosa rahoituksesta on veropohjaista ja sairaaloille korvataan kiinteä hinta tietyltä ajalta tietyn tyypin potilaista. Myös joissain muissa Italian aluehallinnoissa ollaan ottamassa tulevaisuudessa käyttöön vastaava järjestämismalli.	Lombardian hallinnollinen alue otti reformin jälkeen käyttöön uuden järjestämismallin, joka lisäsi tuottajien välistä kilpailua ja valinnanvapautta. Tavoitteena oli parantaa laatua ja vähentää kustannuksia. Uudistuksen ansiosta potilailla on valinnanvapaus valita sairaala. Julkisilla ja yksityisillä sairaaloilla on samat oikeudet ja velvollisuudet potilaiden hoitamiseksi. Reformin jälkeen yksityisten sairaaloiden lukumäärä ja potilasvirta muilta alueilta Lombardiaan kasvoivat reilusti.	Julkinen valvontaviranomainen valvoo palveluiden laatua. 1990-luvun lopusta lähtien tuottajille on annettu taloudellisia kannustimia palveluiden laadun parantamiseen. Vertailukelpoista informaatiota palveluiden laadusta ei ole kuitenkaan helposti saatavilla verkosta potilaiden käytettäväksi. Tämä voidaan nähdä uudistuksen heikkoutena.

Taulukon lähteet: Englanti: Cooper ym. (2011), Gaynor ym. (2013), Gutacker ym. (2015) ja Santos ym. (2016); Hollanti: Aronkytö (2010), Beukers ym. (2014), Varkevisser ym. (2012) ja Victoor ym. (2012); Ruotsi: Ahonen ym. (2015) ja Vrangbaek ym. (2012); Tanska: HSPM (2016a) ja Vrangbaek ym. (2012); Norja: HSPM (2016b), Legemiddelverket (2015) ja Vrangbaek ym. (2012); Saksa: Aronkytö (2010) ja HSPM (2016c); Italia: Moscone ym. (2012).

## 4 KILPAILUN JA LAADUN VUOROVAIKUTUS

**Terveyspalveluiden kilpailullinen luonne.** Valinnanvapauteen perustuva täydellinen kilpailu on monin tavoin rajoitettua terveyspalveluissa. Tämä johtuu jo aiemmin mainituista terveyspalveluiden ominaispiirteistä. Kysyntäpuolella täydellistä kilpailua rajoittavat muun muassa informaatioon liittyvät ongelmat, kuten potilaiden epävarmuus palvelun tarpeesta ja laadusta. Tarjontapuolella kilpailua rajoittavat puolestaan esimerkiksi erilaiset terveystaloudelliset tavoitteet ja lainsäädännölliset raamit esimerkiksi palveluiden laadusta ja hinnoittelusta.

**Kilpailu kiinteällä hinnalla.** Teoreettinen kirjallisuus kilpailun ja valinnanvapauden vaikutuksista tuottajien toimintaan on hyvin laajaa. Tässä työpaperissa tarkastellaan taloustieteen teoriaa kilpailun ja tuottajien toiminnan vuorovaikutuksesta silloin kun terveyspalveluiden hinnat ovat säänneltyjä eli ne eivät muodostu markkinoilla.

Useimmat valtiot sääntelevät terveyspalveluiden hintoja. Kiinteä hinta tarkoittaa, että tuottajille korvattava hinta perustuu esimerkiksi potilaiden diagnosoituun ryhmäluokitteluun tai keskimääräiseen kustannukseen. Sääntely estää tuottajien välisen hintakilpailun, mutta toisaalta mahdollistaa laadullisiin tekijöihin perustuvan kilpailun. (Brekke ym. 2014a.) Niin sanottu *raha seuraa potilasta* -malli on esimerkki kiinteän hinnan kilpailusta, sillä kiinteä summa julkista rahaa seuraa potilasta hänen valitsemalleen tuottajalle. Tällöin potilaiden valintojen tulisi perustua laadullisiin tekijöihin hinnan sijaan.

Taloustieteen teoria on perinteisesti ollut hyvin yksimielinen kilpailun vaikutuksista laatuun kiinteillä hinnoilla. Intuition mukaan tuottajat joutuvat kilpailevat potilaista laadullisilla tekijöillä hinnan sijaan, joten kilpailu parantaa palveluiden laatua. Kun kiinteä hinta on asetettu tuottajien rajakustannusta ylemmäksi tietyllä laadun vaatimustasolla, parantavat tuottajat laatuaan yrittäessään kasvattaa markkinaosuuttaan. Tätä jatkuu siihen saakka, kunnes markkinoilla ei ole enää voittoja jaettavana. (Gaynor 2006.)<sup>3</sup>

**Keskeiset oletukset.** Yhteys terveyspalveluiden kilpailun ja laadun välillä on kuitenkin intuitiivista selitystä huomattavasti moniselitteisempi. Edellä mainittu perinteinen teoreettinen näkemys toteutuu Brekken ym. (2014a) mukaan seuraavien viiden ehdon toteutuessa:

1. Laadukkaat tuottajat houkuttelevat enemmän potilaita valinnanvapauden myötä.
2. Tuottajat maksimoivat voittoa.
3. Rajakustannus uusista potilaista on tuottajille vakio.
4. Tuottajan voittomarginaali (kiinteä hinta miinus rajakustannus) on positiivinen.
5. Tuottajien kapasiteetti vastaa kysyntään jonka heidän laatunsa markkinoille luo.

Terveyspalveluiden laadun vaikutukset ihmisten hyvinvointiin ovat usein merkittävämmät kuin muiden hyödykkeiden (Gaynor 2006). Tämän vuoksi laadukkaampien tuottajien tulisivat houkutella enemmän potilaita. Potilaiden tekemiä valintoja pyritään tukemaan vertailukelpoisella tiedolla eri tuottajien laadusta. Valintoihin vaikuttavat kuitenkin myös läheisten, per-

<sup>3</sup> Tuottajien asettaessa hinnan itse on tilanne monimutkaisempi, ks. Gaynor (2006).

heläkkäreiden ja muiden asiantuntijoiden mielipiteet. Kun otetaan huomioon epäsymmetrinen informaatio potilaiden ja ammattihenkilökunnan välillä, ei ole lainkaan yksiselitteistä että valinnan tukeminen vaikuttaa palveluiden todelliseen kysyntään. (Brekke ym. 2014a.)

Valinnanvapaus parantaa palveluiden laatua, jos laadun parantaminen kasvattaa tuottajien voittoa. Koska laadukkaampien tuottajien tulisi houkuttaa valinnanvapauden myötä enemmän potilaita, saattavat tuottajien potilasmäärät kasvaa tai vähentyä. Vaikutus riippuu yksittäisen tuottajan laadusta suhteessa sen kilpailijoihin, potilaiden maantieteellisestä sijainnista ja valinnanvapautta koskevan politiikan yksityiskohdista. (Brekke ym. 2014a.)

Kannustin parantaa palvelun laatua on sitä parempi mitä suurempi tuottajan voittomarginaali on. Useimmiten tuottajille maksettava kiinteä hinta on yhteydessä palvelun keskimääräisiin kustannuksiin. Tämä tarkoittaa, että voittomarginaali on suurempi niille tuottajille, joilla on suuremmat kiinteät kustannukset ja alhainen rajakustannus uusista potilaista. (Brekke ym. 2014a.)

Terveyspalveluiden tuottajat (esimerkiksi sairaalat) ovat kuitenkin monin tavoin erilaisia kuin muilla toimialoilla toimivat yritykset. Myös julkisen vallan rooli palveluiden sääntelyssä on merkittävä, mikä vaikuttaa toisaalta kilpailullisiin olosuhteisiin. Seuraavaksi tarkastellaan pääasiassa Brekken ym. (2014a) tunnistamia tekijöitä, jotka vaikuttavat kilpailun ja laadun vuorovaikutukseen terveyspalveluissa.

**Tuottajien taloudelliset tavoitteet.** Tuottajien reagointi kilpailuun riippuu vahvasti siitä miten ne tekevät laatuun vaikuttavat päätökset ja millainen merkitys taloudellisilla seikoilla kyseisissä päätöksissä on. Esimerkiksi valtaosa sairaaloista on voittoa tavoittelemattomia yrityksiä tai julkisia toimijoita vailla osakkeenomistajia. Tästä huolimatta niitä sitovat tietyt taloudelliset raamit, joten ne ottavat laadun taloudelliset vaikutukset huomioon päätöksissään. (Brekke ym. 2014a.)

Laatua koskeva päätöksenteko on valtaosassa terveyspalveluista monimutkaista. Päätöksiä esimerkiksi sairaaloiden laadusta tehdään sekä valtakunnallisesti että yksikkötasolla. Toisaalta yksittäisiä potilaita koskevat ratkaisut tekee ammattihenkilökunta. Voidaan olettaa, että taloudellinen kannustin parantaa laatua kilpailun seurauksena häviää, mikäli päätöksiä palvelun laadusta tekevät eivät saa taloudellista hyötyä sen parantamisesta. (Brekke ym. 2014a.)

Terveystaloustieteen kirjallisuudessa on laaja yhteisymmärrys siitä, etteivät lääkärit toimi täysin itsekkäästi. Lääkärit välittävät tuloistaan ja työn määrästä, mutta ovat myös altruistisessa mielessä motivoituneita potilaidensa terveydentilasta. Vaihtoehtoisesti sairaalan tavoitteet voidaan nähdä neuvotteluina sairaalan johdon ja potilastyötä tekevien välillä. Johdon lähtökohtana ovat taloudelliset resurssit ja lääkärit puolestaan ovat suuremmin huolissaan potilaiden terveydentilasta. Terveyspalveluita tuotetaan todennäköisesti painottamalla taloudellista menestystä ja potilaiden hyötyä jonkinlaisella suhteella. (Brekke ym. 2014a.)

Korkeampi yksittäisen tuottajan palvelun laatu hyödyttää potilaita kahdella tavalla. Korkea laatu lisää jokaisen potilaan saamaa hyötyä ja toisaalta lisää korkean laadun hoitoa saavaa po-

tilasmäärää (Brekke ym. 2014a). Brekken ym. (2011) mukaan kilpailu vaikuttaa osittain altruistisia piirteitä omaaviin tuottajiin kahdella tavalla. Ensinnäkin altruismi luo kannustimia parantaa laatua, jotta yhä useampi potilas saisi laadukkaampaa hoitoa. Toisaalta kilpailu voi vähentää joidenkin tuottajien kannustimia parantaa laatuaan, jotta vaativaa hoitoa kaipaavat kallishoitoiset potilaat valitsisivat muita tuottajia. (Brekke ym. 2011.)

**Tuottajien voitonjakoa koskevat rajoitteet.** Usein terveydenhuollon palveluita tarjoaa pääosin julkinen sektori tai joukko voittoa tavoittelemattomia yrityksiä. Julkinen sääntely tai tuottajien ominaispiirteet asettavat siten rajoitteita edellä mainittujen tuottajien voitonjaolle (Brekke ym. 2012). Tuottajat eivät esimerkiksi voi jakaa taloudellista voittoaan laatuun liittyvien päätöksien tekijöille (Brekke ym. 2014a). Lisäksi altruististen piirteiden katsotaan joskus vaikuttavan kyseisten tuottajien toimintaan (Brekke ym. 2012).

Brekken ym. (2012) mukaan tuottajien voitonjaon rajoittaminen heikentää aina niiden kustannustehokkuutta. Laatu puolestaan paranee, mikäli tuottajat omaavat altruistisia piirteitä. Altruistisilla tuottajilla laadun voidaan nimittäin ajatella olevan voittoa maksivoiman tason yläpuolella. (Brekke ym. 2012.)

**Pehmeät budjetit.** Useiden terveydenhuoltojärjestelmien piirteenä on tuottajien ns. pehmeä budjetti. Tämä tarkoittaa, että julkinen sektori kattaa tuottajien mahdolliset taloudelliset tappiot (ns. *bailout-ilmio*), tai käyttää tuottajien taloudellisia voittoja muihin rahoitusta kaipaaviin hankkeisiin (ns. *ratchet-ilmio*) (Shen ja Eggleston 2009).

Esimerkiksi länsimaissa useat julkiset sairaalat tuottavat tappiota pitkällä aikavälillä (Brekke ym. 2015). Jotta kilpailu todella kannustaisi kustannustehokkuuteen, tulisi konkurssiuhkan olla uskottava. Tutkimuksissa on havaittu, että käytännössä konkurssiuhka on kuitenkin vain harvoin todellinen. Koska valtio tai paikallishallinto ovat yleensä vastuussa palveluiden rahoittamisesta ja julkinen paine toimipaikkojen jatkolle on suuri, voidaan budjetteja kuvailla pehmeiksi. (Cookson ja Dawson 2012.) Toisaalta pehmeiden budjettien antama taloudellinen joustavuus voi mahdollistaa yhteiskunnan kannalta tärkeät palvelut taloudellisesti vaikeina-kin aikoina (Shen ja Eggleston 2009).

Pehmeillä budjeteilla on monenkaltaisia vaikutuksia terveystalouden laatuun. Tuottajilla jotka voivat odottaa että niiden voitot katetaan on heikommat kannustimet kustannustehokkuuteen, palveluiden innovointiin ja tuotekehitykseen (Shen ja Eggleston 2009). Toisaalta Brekken ym. (2015) mukaan suurempi todennäköisyys, että julkinen sektori kattaa tappioita, voi myös lisätä tuottajan kannustimia investoida palvelun laatuun. Kokonaisvaikutus onkin näiden kahden edellä mainitun vaikutuksen yhteissumma (Brekke ym. 2015).

Sekä palvelun laatu että kustannustehokkuus puolestaan laskevat, mikäli rahoittajataho käyttää tuottajien taloudellisia voittoja muihin tarkoituksiin. Tämä johtuu siitä, että suuri todennäköisyys, että voitot käytetään muihin tarkoituksiin, laskee tuottajan arvioimaa voittomarginaalia ja heikentää kannustimia investoida laatuun. (Brekke ym. 2015.)

**Erikoistuminen.** Valinnanvapauden myötä laadukkaiden tuottajien toivotaan houkuttelevan enemmän potilaita. Suhteessa paremman laadun lisäksi tuottajat voivat saada lisää tietyn-tyyppisiä potilaita myös erikoistumisella, joka vähentää tuottajan kohtaamaa kilpailua sen omalla erikoisalalla. Brekken ym. (2006) mukaan valinnanvapaus ja kilpailu terveydenhuollossa johtavat erikoistumisen lisääntymiseen, mikä puolestaan johtaa palveluiden laadun paranemiseen.

Erikoistumisella voi toisaalta olla yhteiskunnallisella tasolla epätoivottuja vaikutuksia. Kriitikoiden mukaan liiallisen erikoistumisen vaarana on kilpavarustelu (ns. *medical arms race*). Tämä tarkoittaa, että jokainen tuottaja joutuu hankkimaan uutta teknologiaa, jottei sen markkinaosuus vähene suhteessa muihin toimijoihin. Uuden teknologian hankkiminen lisää kuitenkin samalla tuottajan kustannuksia eikä ole mahdollisesti yhteiskunnallisella tasolla järkevää. (Hodgkin 1996.)

Onkin mahdollista, että yleisestä käsityksestä poiketen laatukilpailu nostaa kustannuksia kaikista kilpailullisimmilla markkinoilla juuri erikoistumisesta johtuen. Kilpailu saattaa johtaa liiallisiin investointeihin ja kilpavarusteluun, joka nostaa tuottajien kustannuksia huomattavasti<sup>4</sup>. Huomio on tärkeä erityisesti siksi, että uusi teknologia ovat osa kasvavia terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. (Tay 2003.)

**Vertailukelpoinen tieto.** Palveluiden laadusta saatavilla olevaa vertailukelpoista tietoa pidetään edellytyksenä valinnanvapauteen perustuvan mallin toimivuudelle. Tiedon ajatellaan parantavan palveluiden laatua ensisijaisesti kahdella tavalla. Ensinnäkin, julkisesti saatavilla oleva tieto mahdollistaa potilaille helpon laadukkaiden palveluiden tunnistamisen. Tämän ajatellaan lisäävän kysyntää korkealaatuksille palveluille ja kasvattavan potilaiden liikkuvuutta tuottajien välillä. (Werner ja Asch 2005.)

Toiseksi, vastauksena kasvavaan laadukkaiden palveluiden kysyntään, vertailukelpoinen tieto kannustaa tuottajia investoimaan ja parantamaan palveluidensa laatua. Samalla se antaa tuottajille myös paremmat mahdollisuudet arvioida omien palveluidensa laatua suhteessa muihin markkinoilla oleviin tuottajiin. (Werner ja Asch 2005.)

Onkin intuitiivista ajatella, että valinnanvapauden myötä potilaat reagoivat herkemmin laatuun, ja tuottajien voittomarginaali kasvaa, kun ne parantavat laatuaan. Gravelle ja Sivey (2010) kuitenkin osoittavat, että intuitio pätee vain silloin, kun tuottajat eivät eroa laadun tuottamisen kustannuksiltaan. Jos tuottajien välinen ero laadun rajakustannukselle on suuri, on laatuero tuottajien välillä yleensä suuri. Tällöin paremmin saatavilla oleva vertailukelpoinen tieto saattaaakin johtaa huonompaan laatuun, sillä tuottajilla ei ole kannustinta parantaa laatuaan. (Gravelle ja Sivey 2010.)

**Portinvartijat.** Pohjoismaat on esimerkki terveydenhoidon järjestelmästä jossa yleislääkärit toimivat ns. portinvartijoina. Tälle on kaksi keskeistä perustelua. Ensinnäkin järjestelmällä voidaan säästää kustannuksissa, sillä se ehkäisee esimerkiksi potilaiden tarpeetonta sairaala-

---

<sup>4</sup> Mahdollisista kilpailun aiheuttamista kilpavarustelun vaaroista on kirjoittanut esim. Saxell (2014).



hoitoa. Toiseksi järjestelmä tekee terveydenhuollosta tehokkaampaa, sillä yleislääkäreillä on yleensä potilaita paremmin tiedossa esimerkiksi hoidon tarve ja hoitoa tarjoavien tuottajien laadukkuus. Järjestelmän avulla on siis kyetty varmistamaan, että potilaat saavat luotettavaa tietoa eri toimenpiteistä ja että potilaiden ja sairaaloiden kohtaanto paranee. (Brekke ym. 2007.)

Brekken ym. (2007) mukaan portinvartijajärjestelmä voi muuttaa terveydenhuollon kilpailullista luonnetta. Mitä laajemmin järjestelmä on käytössä, sitä enemmän se vahvistaa sairaaloiden laadullista kilpailua. Tämä johtuu siitä, että yhä useampi potilas saa parempaa tietoa tuottajien laadusta, mikä tekee kysynnästä entistä reagoivampaa laadulle. Samalla järjestelmä myös kannustaa sairaaloita erikoistumaan, sillä erikoistumalla ne voivat vähentää kohtamansa laadullista kilpailua. (Brekke ym. 2007.)

**Kustannushallinta.** Kun palvelun aiheuttamia kustannuksia ei korvata täysimääräisenä tuottajalle, vaan käytössä on kiinteä hinta, on tuottajilla kannustimet pitää kustannuksensa pieninä, jos ne ovat voittoa maksimoivia toimijoita. Brekken ym. (2012b) mukaan valinnanvapauden vaikutus yritysten kustannushallintaan näkyy palveluiden laadussa. Jos valinnanvapaus parantaa palveluiden laatua, ja kustannushallinta ja laatu ovat toisiaan korvaavat tekijät, johtaa valinnanvapaus heikompaan kustannusten hallintaan. Toisaalta jos parempi laatu nostaa potilasmääriä, nousee kustannushallinnasta saatava hyöty, sillä suurempi voittomarginaali pätee isompaan potilasmäärään. (Brekke ym. 2014a.)

**Kermankuorinta.** Valinnanvapauteen perustuvan mallin keskeisenä haittapuolena on pidetty mahdollista kermankuorintaa (Le Grand 2009). Erityisesti sairaalapalveluiden osalta usein argumentoidaan, että kiinteä hinta luo epätoivottuja kannustimia palveluiden tarjoamiseen, sillä potilaat vaativat yksilöllisesti eritasoista hoitoa. Kiinteän korvauksen vuoksi tuottajille tulee kannustin vältellä kalliimpia hoitoja kaipaavia potilaita ja puolestaan houkutella enemmän halvimpia hoitoja tarvitsevia potilaita. (Brekke ym. 2015.)

Kirjallisuudessa on tunnistettu kolme eri tuottajien toimintatapaa potilaiden valikoimiseen. Ensinnäkin tuottajat saattavat tehdä kermankuorintaa jolloin palveluita tarjotaan kokonaisuudessaan suhteellisesti liikaa halvimpia hoitoja tarvitseville potilaille. Toiseksi tuottajat saattavat hylätä kalliimpia hoitoja kaipaavia potilaat tarjoamalla heille yleisesti suhteessa liian vähän palveluita. Kolmanneksi tuottajat saattavat dumpata eli nimenomaisesti vältellä korkean kustannuksen potilaita. (Ellis 1998.)

Elliksen (1998) mukaan kilpailun voimistuminen saattaa lisätä tuottajien kannustimia valikoida potilaitaan. Brekken ym. (2015) mukaan mahdolliset pehmeät budjetit toisaalta heikentävät tuottajien kannustimia hoitaa vain halvimpia hoitoja kaipaavia potilaita. Wernerin ja Aschin (2005) mukaan vertailukelpoisen tiedon julkaiseminen voi puolestaan johtaa siihen, että tuottajat valikoivat potilaikseen halvimmin hoidettavia. Tällöin aikomuksena voi olla paitsi alentaa kustannuksia myös tavoitella parempaa laatua ja nostaa omaa profiilia tuottajien välisissä vertailuissa (Werner ja Asch 2005).

**Vaikutukset odotusaikoihin.** Palveluiden odotusaika voidaan tulkita laadun käännteiseksi mittariksi, eli pidempää odotusaikaa pidetään yleensä epätoivottavana piirteenä terveystalveissa. Valinnanvapautta on useissa valtioissa perusteltu nimenomaan sillä, että kilpailu lyhentää odotusaikoja. Vaikutukset odotusaikoihin voivat kuitenkin olla hyvin moniselitteiset.

Valinnanvapaus voi lyhentää ja tasoittaa tuottajien välisiä odotusaikoja, kun potilaat voivat valita tuottajan jonka luota he saavat palvelua lyhyimmällä odottamisella. Tämä johtuu siitä, että portinvartijoina toimivat yleislääkärit eivät välttämättä ole aiemmin ohjanneet potilaita tuottajille, joilla on lyhyimmät odotusajat. (Cookson ja Dawson 2012.)

Valinnanvapaus voi toisaalta myös pidentää ja kasvattaa tuottajien välisiä odotusaikoja. Tämä johtuu siitä, että parhainta laatua tarjoavilla sairaaloilla, kuten esimerkiksi ravintoloillakin, on pisimmät odotusajat. Tavoite lyhentää odotusaikoja valinnanvapaudella saattaa houkuttaa potilaita muilta tuottajilta ja siten pidentää odotusaikoja. (Cookson ja Dawson 2012.) Brekken ym. (2008) mukaan tuottajille voi myös syntyä kannustin pidentää odotusaikaansa välttelyseen kallishoitoisia potilaita.

**Potilaiden vapaa alueellinen liikkuvuus.** Potilaiden alueellinen liikkuvuus on noussut merkittäväksi aiheeksi Euroopan unionissa. Vuonna 2011 voimaan tulleen ns. potilasdirektiivin mukaan unionin kansalaisilla on oikeus hakea vapaasti terveystalveita muista jäsenvaltioista, ja potilaan kustannuksista vastaavan valtion tulee korvata hoitokustannukset potilaalle (STM 2016b). Toistaiseksi potilaiden liikkuvuus on ollut vielä vähäistä (Brekke ym. 2014b).

Toisaalta myös jäsenvaltioiden sisällä terveydenhuollosta vastaavien alueiden välillä tapahtuva potilaiden liikkuvuus on merkittävä ominaispiirre useissa maissa (Brekke ym. 2014a). Suomessa potilailla on ollut mahdollisuus valita terveystalve ja erikoissairaanhoidon yksikkö kaikista julkisista terveystalveista ja sairaaloista vuodesta 2014 alkaen (STM 2016a). Edellä mainituista tekijöistä johtuen on tärkeää olla tietoinen potilaiden vapaan alueellisen liikkuvuuden taloudellisia vaikutuksia.

Potilaiden vapaalla liikkumisella jäsenvaltioiden tai alueiden välillä voi nimittäin olla vaikutuksia palveluiden rahoitukseen ja laatuun. Brekke ym. (2014b) tarkastelivat liikkuvuutta kahden eri laatuista palveluita tuottavan alueen välillä. Heidän mukaansa potilaiden liikkuvuuden vaikutukset riippuvat korvausjärjestelmästä, jonka perusteella potilaan lähettävä alue maksaa palvelun kustannukset potilaan vastaanottavalle ja hoitavalle alueelle.

Jos alueiden välillä ei ole lainkaan korvausjärjestelmää, tulee palveluiden laatu heikkenemään molemmilla alueilla. Tämä johtuu siitä, että korkeampaa laatua tuottava alue houkuttelee potilaita heikompaa laatua tuottavalta alueelta, muttei saa tästä yhtään voittoa. Myöskään heikompaa laatua tuottavalla alueella ei ole kannustimia parantaa laatuaan, sillä alueen terveydenhuollon kustannukset laskevat potilaiden liikkuvuuden myötä. Tämän perusteella vapaa liikkuvuus ilman korvausjärjestelmää ei ole taloudellisesti järkevää. (Brekke ym. 2014b.)

Jos alueiden välillä puolestaan on korvausjärjestelmä, jossa heikompaa laatua tuottava alue maksaa palvelun rajakustannuksen verran korkeampaa laatua tuottavalle alueelle, voi yhteis-

kunnallinen hyvinvointi kasvaa<sup>5</sup>. Korkealaatuisia palveluita tuottavan alueen tilanne ei muutu. Heikompaa laatua tuottava alueen potilaat puolestaan saavat laadukkaampia palveluita vapaan liikkuvuuden ansiosta toiselta alueelta. Tämä toisaalta heikentää heikompaa laatua tuottavan alueen kannustimia parantaa omien palveluidensa laatua. (Brekke ym. 2014b.)

Jos alueiden välillä on korvausjärjestelmä, jossa heikompaa laatua tuottava alue maksaa palvelun rajakustannusta suuremman summan parempaa laatua tuottavalle alueelle, laskee heikompaa laatua tuottavan alueen hyöty. Se joutuu maksamaan korkeampaa hintaa korvauksena potilaiden liikkuvuudesta, mikä heikentää järjestelmän haluttavuutta. Parempaa laatua tuottavan alueen kannustimet parantaa palveluidensa laatua entisestään kasvavaisivat tällaisessa järjestelmässä. (Brekke ym. 2014b.)

**Palveluiden alueellinen saatavuus.** On luonnollista, että kilpailua esiintyy erityisesti tiheästi asutuilla kaupunkialueilla. Englannissa valinnanvapauden lisäämistä jopa osittain perusteltiin 2000-luvun alussa palveluiden laadun alueellisella tasa-arvoistumisella (Cookson ja Dawson 2012). Toisaalta esimerkiksi Ruotsissa valinnanvapauden suurimpana uhkana on nähty hoidon epätasainen jakaantuminen alueellisesti ja sosioekonomisten ryhmien välillä (Ahonen ym. 2015). Yhdysvalloissa sairaaloiden keskittyminen on puolestaan ollut hyvin vahvaa viime vuosikymmeninä (Gaynor ja Town 2012).

Koska kilpailulliset olosuhteet eroavat alueellisesti, voi myös laatuun kehittyä alueellisia eroavaisuuksia. Vähäisen kilpailun alueella sijaitsevat tuottajat, joiden rajakustannus on kiinteää hintaa alhaisempi, voivat tehdä helpommin taloudellista voittoa parantamatta palveluidensa laatua. Tämä voi heikentää kyseisillä alueilla tarjottavien palveluiden laatua suhteessa kilpailullisempiin alueisiin. Lisäksi korkean kustannuksen tuottajia voi kohdata markkinoilta poistuminen, mikä voi heikentää paikallista palveluntarjontaa haja-asutusalueilla. On myös mahdollista, että alueelliset erot esimerkiksi infrastruktuurissa tekevät joistain laadullisista investoinneista tietyillä alueilla kalliimpia, mikä heijastuu palveluiden laadun alueellisiin eroavaisuuksiin. (Cookson ja Dawson 2012.)

## 5 EMPIIRINEN TUTKIMUSKIRJALLISUUS

**Tutkimukselliset lähestymistavat.** Taloustieteen empiiriset tutkimukset valinnanvapauteen liittyen voidaan jakaa kahteen lähestymistapaan. Ensimmäisessä lähestymistavassa on tutkittu vaikuttaako laatu potilaiden valintoihin, eli onko paremman laadun tuottajilla myös suurempi kysyntä palveluilleen. Toisessa lähestymistavassa on puolestaan tutkittu, millaisia vaikutuksia tuottajien välisellä kilpailulla on palveluiden laatuun. Valtaosa tutkimuksista käsittelee sairaalapalveluiden kilpailua ja laatua. Tässä työpaperissa käsiteltävien tutkimusten aineistot ja keskeiset tulokset esitetään työpaperin loppuosan liitetaulukoissa 1–5.

---

<sup>5</sup> Taloustieteessä tästä käytetään termiä *Pareto-parannus*. Tällä tarkoitetaan, että järjestelmä parantaa jonkin toimijan tilannetta huonontamatta kenenkään muun toimijan tilannetta.

**Laatua kuvaavat mittarit.** Terveyspalveluiden laatua pidetään yleisesti vaikeasti mitattavana. Toimenpiteiden laatu on hyvin moniulotteista, ja kukin potilas saattaa arvostaa erilaisia laadullisia tekijöitä eri tavalla. Yleisellä tasolla laadulliset mittarit voidaan jakaa panoksiin tai tuotoksiin. Laadullisia panoksia ovat esimerkiksi henkilökunnan määrä, koulutus, toimitilat tai tarjolla olevan erikoishoidon muoto. Tuotoksia puolestaan ovat esimerkiksi kuolleisuus, odotusajat tai uudelleenkäyntien määrä. (Tay 2003.)

Useimmiten vertailukelpoisesti mitatun ja saatavilla olevan kliinisen laadun mittarina on pidetty sairaaloiden yleistä tai toimenpidekohtaista kuolleisuusastetta. Mittareita on kritisoitu siitä, etteivät ne huomioi toimenpiteiden aiheuttamia terveydentilan muutoksia potilaille. Uudempiä laadun mittareita, jotka perustuvat esimerkiksi potilaiden omaan arvioonsa terveydentilastaan on kuitenkin koko ajan kehitteillä. (Gutacker ym. 2015.) Uudempiin mittareihin perustuvaa tutkimustietoa on kuitenkin saatavilla vasta hyvin vähän.

Vertailukelpoisen laadusta kertovan tiedon tuottaminen on monin haasteellista. Suurimpana ongelmana pidetään sitä, että potilaiden terveydentilan moninaisuus vaikuttaa yksittäisten toimenpiteiden lopputuloksiin. Tämän vuoksi on olennaisen tärkeää, että laadusta kertovat mittarit suhteuttavat potilaiden terveydelliset eroavaisuudet. Muuten sairaalat, jotka hoitavat kaikkein vaativimpia potilaita vaikuttaisivat olevan heikkolaatuisimpia. (Dranove ym. 2003.)

## 5.1 Laadun vaikutukset potilaiden valintoihin

**Tausta.** Valinnanvapautta terveystaloudissa on lisätty useissa Euroopan valtioissa. Yhtenä keskeisenä uudistuksien tavoitteena on ollut pyrkiä parantamaan palveluiden laatua. Jotta valinnanvapaus parantaa tuottajien laatua on edellytyksenä se, että potilaat valitsevat laadukkaampia tuottajia. Tällöin laadukkaiden tuottajien kysyntä eli potilasmäärä kasvaa.

Kirjallisuus potilaiden valintoihin vaikuttavista seikoista on hyvin laajaa. Taloustieteessä ajatellaan, että potilaiden tekemä valinta perustuu siitä saatavaan hyötyyn. Kun hinnalla ei ole potilaalle merkitystä, voidaan olettaa että merkittävimmät potilaiden valintaan vaikuttavat tekijät ovat hoidon laatu, odotusaika ja potilaiden etäisyys sairaalasta (Gaynor ym. 2012).

Useissa maissa kerätään systemaattisesti tietoa eri palveluntarjoajien laadusta. Tietoa jaetaan esimerkiksi perinteisessä mediassa, verkkosivustoilla tai uusien sovellusten avulla. Tämä tukee potilaiden valinnanvapautta, kun valintoihin mahdollisesti vaikuttava tieto palveluiden laadusta ja esimerkiksi jonotusajoista on vertailukelpoista. Samalla tiedon jakamisen arvelaan kannustavan tuottajia kilpailuun, kun tieto palvelun laadusta on avoimesti saatavilla.

Tutkimusten aineisto on pääasiassa koostunut potilaista, jotka vaativat leikkausta vakavaan sairauteen tai vammaan, kuten sydäninfarktiin tai lonkkamurtumaan. Tämä johtune kahdesta syystä. Ensinnäkin on arvioitu että leikkausta vaativat potilaat arvostavat sairaalan laatua erityisen paljon, sillä leikkaukset vaativat erityistä huolellisuutta. Lisäksi toimenpiteiksi on valikoitu sellaisia, jotka ovat hyvin suunniteltuja ja joissa potilaan voidaan realistisesti ajatella

itse tekevän hyvin informoidun ja harkitun valinnan hoitopaikkansa suhteen (esim. Beckert ym. 2012 ja Gaynor ym. 2012).

**Menetelmälliset haasteet.** Aiheen empiiriset tutkimukset kohtaavat useita menetelmällisiä haasteita, sillä syy-seuraussuhdetta potilaiden tekemän valinnan ja laadun välillä on vaikeaa selvittää. Esimerkiksi käänteinen vaikutus tai havaitsemattomat tekijät saattavat aiheuttaa tilastollista harhaa empiirisissä tutkimuksissa<sup>6</sup>. Kirjallisuudessa on tunnistettu ainakin seuraavat tekijät, jotka voivat aiheuttaa tilastollista harhaa tutkimuksissa.

1. Sairaalat ja yksittäiset lääkärit kehittyvät ja saavat kokemusta toistojen avulla. Jos sairaalassa hoidetaan paljon potilaita, voi sen laatu ajan kuluessa parantua kokemuksen ja oppimisen myötä. Suuren potilasmäärän omaavilla sairaaloilla voikin siksi olla parempi laatu. Tämä tarkoittaa, että myös muutokset potilasmäärässä saattavat vaikuttaa tuottajien laatuun eikä vain toisinpäin. (Gutacker ym. 2015.)
2. Empiirisesti mitattu sairaaloiden laatu saattaa riippua potilaiden terveydentilasta. Toisaalta potilaiden terveydentila saattaa osin riippua myös sairaaloiden laadusta. Tämä tarkoittaa, että mitattu laatu saattaa esimerkiksi olla heikompi, jos tuottaja hoitaa vain sairaampia potilaita ja sairaat potilaat välittävät enemmän palveluiden todellisesta laadusta. Tällöin laadun vaikutus palveluiden kysyntään tulee aliarvioitua. Tämän vuoksi on tärkeää käyttää laadun mittareita, jotka ottavat potilaiden eroavaisuudet huomioon laatua mitattaessa. (Brekke ym. 2014a.)
3. Laadukkailla sairaaloilla on todennäköisemmin pidemmät odotusajat, koska ne houkuttelevat enemmän potilaita. Tämä vaikeuttaa odotusajan vaikutuksen arvioimista potilaiden tekemissä valinnoissa. (Gaynor ym. 2012.)
4. Empiirisesti havaittavien tekijöiden lisäksi myös jotkin tutkijalle havaitsemattomat laadulliset seikat voivat vaikuttaa potilaiden valintoihin ja sairaaloiden laatuun. Esimerkiksi paremmat toimitilat tarjoavat sairaalat saattavat houkuttaa arvostetumpia lääkäreitä, joka voi vaikuttaa sekä tutkijan havaintokyvyn piirissä että ulkopuolella olevaan laatuun (Gutacker ym. 2015).
5. Hoitopaikan valinnan tulisi ensisijaisesti olla potilaan oma päätös, johon potilas voi tarvittaessa saada neuvoja ammattihenkilökunnalta. Esimerkiksi Englannissa yleislääkäri antaa lähetteen toimenpidettä varten, mutta potilas itse päättää hoitopaikkansa. Tosiasiassa valinta ei kuitenkaan ole näin yksinkertaista. Valinnan voi tehdä yksin potilas, lääkäri tai sitten molemmat yhdessä (Beckert ym. 2012). Potilaiden valintaan saattavat vaikuttaa myös sukulaisten ja ystävien mielipiteet. Tämän vuoksi empiirisissä tutkimuksissa on vaikea tosiasiallisesti havainnoida, mitkä tekijät potilaiden päätöksiin vaikuttavat jos he eivät niitä itse muodosta.

---

<sup>6</sup> Taloustieteessä tästä käytetään termejä simultaanisuusjarha ja endogeenisuusongelma.

Esimerkiksi edellä mainittujen seikkojen vuoksi syy-seuraussuhdetta eli kausaliteettia laadun vaikutuksista potilaiden valintoihin on haasteellista selvittää. Kausaalivaikutuksia onkin pyritty määrittämään käyttäen esimerkiksi paneeliaineistoja, vertailuryhmiä ja tilastollisia menetelmiä, kuten instrumenttimuuttujamenetelmiä.

**Eurooppalaiset tutkimustulokset.** Tutkimuksia laadun vaikutuksista potilaiden valintoihin löytyi kirjallisuushaussa kolmesta Euroopan maasta: Englannista, Hollannista ja Italiasta. Kaikissa näissä valtioissa on laajennettu valinnanvapautta viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Tämä tarjoaa hyvän mahdollisuuden tutkia laadun vaikutuksia potilaiden tekemiin valintoihin. Yhteensä eurooppalaisia tutkimuksia löytyi 10 kappaletta. Niiden aineistot ja keskeiset tulokset on esitetty liitetaulukossa 1.

*Englantilaiset tutkimukset.* Sivey (2008) havaitsi, etteivät laatu, potilaiden tyytyväisyys tai odotusaika vaikuttaneet suuresti ohitusleikkauspotilaiden sairaaloiden valintaan. Gaynor ym. (2012) havaitsivat myöhemmässä tutkimuksessa, että laatu vaikutti ohitusleikkauspotilaiden valintaan, ja valinnanvapaudesta hyötyivät etenkin sairaimmat ja informoiduimmat potilaat.

Beckert ym. (2012) tutkivat lonkkaleikkauspotilaiden sairaalan valintaa. Tutkimuksen mukaan potilaat valitsevat todennäköisemmin lähellä sijaitsevan sairaalan, mutta myös laadun ja odotusajan havaittiin vaikuttavan potilaiden tekemiin valintoihin. Santos ym. (2016) puolestaan havaitsivat, että yleislääkäreiden potilaat valitsevat todennäköisemmin laadukkaan hoitopaikan, mutta myös esimerkiksi läheinen sijainti, alhaisempi lääkäreiden ikä ja naislääkäreiden lukumäärä lisäävät valinnan todennäköisyyttä.

Gutacker ym. (2015) käyttivät laadun mittarina potilaiden itse arvioimaa hoidon terveydellistä vaikutusta. Tutkimus on toistaiseksi ainut, jossa tämänkaltaista mittaria on käytetty. Kyseisen mittarin etuina voidaan pitää sitä, että se huomioi terveydentilan kokonaisuudessaan ja kuvaa kenties paremmin erilaisten operaatioiden aiheuttamia terveydellisiä eroja. Erityisesti sen ajatellaan kuitenkin heijastavan entistä paremmin potilaiden omaa näkemystä heidän terveydestään ja sen kehittymisestä hoitoprosessin aikana. Tutkimuksessa havaittiin, että aiempien potilaiden arvioilla oli merkitystä potilaiden valintoihin. (Gutacker ym. 2015.)

*Hollantilaiset tutkimukset.* Varkevisser ym. (2010) tutkivat aivoleikkauspotilaiden sairaaloiden valintaa. He havaitsivat, että potilaiden matkustushalu oli vähäistä mutta potilaat valitsevat todennäköisemmin hyvämaineisen ja lyhyemmän odotusajan omaavan sairaalan. Varkevisser ym. (2012) puolestaan havaitsivat, että pallolaajennuspotilaat valitsevat todennäköisemmin sekä yleiseltä maineeltaan että sydäntautien osalta hyvämaineisen sairaalan, mutta potilaiden matkustushalukkuus on kuitenkin pientä.

Ruwaard ja Douwen (2014) havaitsivat, että kaihileikkauspotilaat valitsevat mieluiten laadukkaat sairaalat ja lyhyet odotusajat leikkauksiin, mutta vain harva on valmis matkustamaan kauas leikkauksen vuoksi. Beukers ym. (2014) puolestaan tutkivat lonkkaleikkauspotilaiden sairaalavalintaa. He havaitsivat, että eniten potilaiden valintaan vaikutti matkustusaika, mutta myös parempi laatu ja lyhyempi odotusaika lisäsivät sairaalan valinnan todennäköisyyttä.

*Italialainen tutkimus.* Moscone ym. (2012) tutkivat laadun vaikutuksia potilaiden valintoihin Lombardian maakunnassa. He käyttivät laadun mittarina potilaan ja hänen sosiaalisten verkostojensa aikaisempia kokemuksia. Vaikkei tutkimuksessa käytetty mittari kuvaa varsinaisesti toimenpiteiden kliinistä laatua, on tutkimuksen yhteiskunnallinen arvo itsessään merkittävä. Tutkimuksessa havaittiin, että potilaiden valintoihin vaikutti olennaisesti etäisyyden lisäksi myös potilaiden ja heidän läheistensä aikaisemmat kokemukset.

**Yhdysvaltalaiset tutkimustulokset.** Yhdysvaltalainen tutkimusperinne laadullisten tekijöiden vaikutuksista sairaaloiden kysyntään on hieman vanhempaa kuin eurooppalainen. Yhdysvaltalaiset tutkimukset myös eroavat asetelmallisesti eurooppalaisista tutkimuksista, sillä Yhdysvaltojen terveydenhuoltojärjestelmä eroaa eurooppalaisista järjestelmistä. Yhdysvalloissa terveydenhuollon rahoitus perustuu julkisille ja yksityisille vakuutuksille. Suurella osalla ihmisistä on yksityinen sairausvakuutus, jonka valtaosalle vakuutetuista tarjoaa työnantaja (Ho 2006). Tämän vuoksi on syytä vertailla eurooppalaisia ja yhdysvaltalaisia tutkimuksia erikseen. Tutkimusten aineistot ja keskeiset tulokset on esitetty liitetaulukossa 2.

Tay (2003) tutki mitkä tekijät vaikuttavat julkisen Medicare-vakuutuksen piirissä olevien sydänkohtauksen saaneiden potilaiden sairaalan valintaan. Medicare on sosiaalivakuutusjärjestelmä, joka tarjoaa sairausvakuutuksen yli 65-vuotiaille vakuutusta maksaneille ihmisille ja tiettyihin erityisryhmiin kuuluville henkilöille. Vuonna 1983 Medicare uudistettiin niin, että sairaaloille korvataan kiinteä hinta sen sijaan, että ne itse hinnoittelisivat toimenpiteensä (Shen 2003). Siten hinta ei ole potilaiden tekemiin valintoihin olennaisesti vaikuttava tekijä. Tutkimuksessa havaittiin, että potilaiden matkustushalukkuus on vähäistä. Toisaalta sekä sairaalan kliininen laatu että toimitilojen laadukkuus vaikuttivat valintoihin positiivisesti. (Tay 2003.)

Howard (2006) käsitteli tutkimuksessaan sairaalan laadun vaikutuksia munuaissiirtopotilaiden leikkauspaikan valintaan. Tutkimuksen mukaan parempi kliininen laatu lisää valinnan todennäköisyyttä, mutta potilaiden matkustushalukkuus on vähäistä. Tutkimuksessa havaittiin myös, että yksityisen vakuutuksen ottaneet ovat tietoisempia sairaalan laadusta tehdesään valintaansa. (Howard 2006.) Ho (2006) puolestaan tutki, miten yksityisten vakuutuksien sopimussairaaloiden ominaispiirteet vaikuttivat asiakkaiden valitsemaan vakuutukseen. Tulosten mukaan potilaat suosivat lähellä sijaitsevia ja heidän diagnoosiinsa erikoistuneita sairaaloita.

Hodgkin (1996) puolestaan tutki millaisia vaikutuksia sairaaloiden erikoistumisella, tässä tapauksessa sydänkatetrointilaitteen saatavuudella, on sydänsairauksista kärsivien potilaiden sairaalan valintaan. Tulosten mukaan erikoispalveluiden saatavuus vaikuttaa merkittävästi niitä mahdollisesti tarvitsevien potilaiden valintoihin, kun kliininen laatu ja etäisyys ovat kontrolloituina. Toisaalta sairaalan kliinisen laadun havaittiin lisäävän valinnan todennäköisyyttä, mikä ei tue teoreettista intuitiota. (Hodgkin 1996.)

Vanhemmissa empiirisissä tutkimuksissa myös Burns ja Wholey (1992) havaitsivat, että potilaat valitsevat todennäköisemmin kliiniseltä laadultaan parempia ja suurempia sairaaloita, mutta eniten valintoihin vaikuttaa sairaaloiden läheisyys. Luft ym. (1990) puolestaan havait-

sivat, että potilaat ovat valinneet laadukkaita sairaaloita jo ennen kuin vertailukelpoista tietoa laadusta on ollut saatavilla.

**Vertailukelpoisen tiedon julkaisemisen vaikutukset Yhdysvalloissa.** Erään mielenkiintoisen taloustieteellisen tutkimusaiheen Yhdysvalloissa on tarjonnut ns. *report cardsien* eli eräänlaisten laaturaporttien julkaisemisen vaikutukset. Raportteja eri sairaaloiden<sup>7</sup> laadusta alettiin julkaista 1990-luvun alussa sanomalehdissä, ja myöhemmin julkaisu siirtyi verkkosivustoille.

Raportit tarjoavat yksityiskohtaista tietoa eri tuottajien laadusta. Ne antavat potilaille mahdollisuuden tunnistaa laadukkaat palveluntarjoajat ja voivat siten poistaa informaatioon liittyviä markkinoiden puutteita. Toisaalta laaturaportit voivat luoda tuottajille kannustimet kermankuorintaan, eli kallishoitoisempien potilaiden välttelyyn. (Dranove ym. 2003.)

Laaturaporttien julkaiseminen on mahdollistanut eräänlaisen *luonnollisen koeasetelman*, jonka avulla on kyetty tutkimaan vertailukelpoisen tiedon vaikutuksia potilaiden tekemiin valintoihin ja toisaalta myös tuottajien toimintaan. Koeasetelma on mahdollistunut, sillä raportteja julkaistiin vain tietyissä osavaltioissa, joten tutkimuksissa on käytetty vertailua. Tutkimukset, niiden aineistot ja keskeiset tulokset on esitetty liitetaulukossa 3.

Tutkimustulokset ovat hyvin monimuotoisia. Yhteenvetona voidaan todeta, että laadun julkaisemisen on havaittu lisäävän jonkin verran potilaiden hakeutumista parempilaatuisiin sairaaloihin (esim. Wang ym. 2011 ja Bundorf ym. 2009). Kääntöpuolena osassa tutkimuksissa on havaittu, että tiedon julkaiseminen johti sairaaloiden tekemään kermankuorintaan, eli sairaalat alkoivat valikoida aiempaa enemmän helppohoitoisia potilaita (esim. Dranove ym. 2003 ja Romano ym. 2011).

## 5.2 Kilpailun vaikutukset palveluiden laatuun

**Kilpailun mittaaminen.** Kilpailun vaikutusten arvioiminen palveluiden laatuun on epäsuora tapa mitata valinnanvapauden vaikutuksia markkinoihin. Laadun mittarina tutkimuksissa on käytetty edellisten tutkimusten tapaan pääosin tai toimenpiteiden jälkeistä kuolleisuutta. Kilpailun mittarina tutkimuksissa on puolestaan käytetty joko tuottajien lukumäärää tietyn etäisyyden sisällä tai *Herfindahl-Hirschmanin indeksiä (HHI)*<sup>8</sup>. Indeksillä on mitattu alueellista markkinarakennetta, eli sitä miten kilpailullisella alueella kukin sairaala sijaitsee.

**Menetelmälliset haasteet.** Kilpailun vaikutuksia sairaalapalveluiden laatuun on haasteellista määrittää empiirisesti. Tämä johtuu kolmesta kirjallisuudessa havaitusta tekijästä, jotka voivat aiheuttaa harhaa syy-seuraussuhteen empiiriseen tutkimiseen erityisesti poikkileikkausaineistolla.

<sup>7</sup> Vastaavanlaisia raportteja on julkaistu myös vanhainkotien hoivan laadusta. Näiden vaikutuksista kertoo esim. Grabowski (2010).

<sup>8</sup> HHI määritellään yritysten toiseen potenssiin korotettujen markkinaosuuksien summana.  $HHI = \sum_{i=1}^N s_i^2$ , jossa  $s_i$  on yrityksen  $i$  markkinaosuus ja  $N$  markkinoilla olevien yritysten lukumäärä. HHI nousee kun yritysten lukumäärä vähenee tai kun markkinaosuuksien epätasaisuus kasvaa. Indeksillä saa maksimi-arvon 10 000 monopolitilanteessa ja sen minimi on  $10\,000 / N$ , jolloin markkinat on jaettu tasan siellä toimivien yritysten kesken. HHI on siis sitä pienempi, mitä kilpailullisemmat markkinat ovat. (Gaynor 2006.)



1. Laadukkaat sairaalat saattavat hoitaa vaativimpia potilaita. Kilpailullisilla alueilla sijaitsevat sairaalat saattavat esimerkiksi käyttää uudempaa teknologiaa. Jos laadun mittari ei huomioi erilaisia potilasryhmiä tuottajien välillä ja kilpailun mittari perustuu markkinaosuuteen, voivat tulokset olla harhaanjohtavia. (Brekke ym. 2014a.)
2. Kun sairaaloiden kilpailua mitataan niiden suhteellisilla markkinaosuuksilla tietyillä alueilla, ja laatu vaikuttaa potilaiden valintoihin, niin laadukkaimmat sairaalat saattavat vaikuttavat toimivan vähemmän kilpailullisilla alueilla. Laadukkaan sairaalan olemassaolo tietyllä alueella voi siis tarkoittaa, että potentiaaliset kilpailijat eivät havittele samoille markkinoilla. (Brekke ym. 2014a.)
3. Kilpailu määritellään usein vaihtoehtoisten kilpailijoiden lukumäärällä tietyllä alueella. Tällöin on kuitenkin olemassa tekijöitä jotka vaikuttavat sekä markkinoilla olevien toimijoiden lukumäärään että niiden tuottamaan laatuun. Tällaisia tekijöitä ovat ainakin alueen väestötiheys ja väestön suuruus. (Brekke ym. 2014a.)

Edellä mainituissa tapauksissa kilpailutilanteen syy-seuraussuhde terveystalouden laatuun hämärtyy. Kausaalivaikutuksia on pyritty määrittämään esimerkiksi kontrolloimalla potilaiden taustatekijöitä, käyttämällä ennustettuihin markkinaosuuteen perustuvaa versiota HHI:sta ja muilla erilaisilla tilastollisilla menetelmillä. (Brekke ym. 2014a.)

**Englantilaiset tutkimustulokset.** Tammikuussa 2006 Englannin julkisessa terveydenhuollossa otettiin käyttöön järjestelmä, jossa potilaille annetaan mahdollisuus valita viiden eri sairaalan välillä. Sairaaloille maksetaan järjestelmässä hoidetuista potilaista kiinteä hinta. Reformi siis lisäsi valinnanvapautta ja sen toivottiin kasvattaneen sairaaloiden kannustimia kilpailulla laadulla, kun aiemmin markkinoilla määräytyneestä hinnasta siirryttiin kiinteään hintaan. Reformissa tehty politiikkamuutos loi siten koeasetelman, joka on antanut mahdollisuuden tutkia kilpailun vaikutuksia palveluiden laatuun. (Gaynor ym. 2013.)

Kilpailun vaikutukset vaihtelevat palveluiden järjestämistavan, hinnoittelun, toimintaympäristön ja markkinarakenteen mukaisesti, riippuen muun muassa sairaaloiden ja väestön lukumäärästä kullakin alueella. Esimerkiksi suurkaupungeissa väestötiheys mahdollistaa potilaille laajemman valinnan, sillä markkinoilla on luonnollisesti enemmän tuottajia. Harvoin asutuilla seuduilla sen sijaan valinnanmahdollisuudet ovat rajatummalla ja kilpailu on siksi keskitetympää. (Gaynor ym. 2013.)

Tämän seurauksena reformin voidaan olettaa vaikuttavan enemmän kilpailullisilla alueilla sijaitseviin sairaaloihin verrattuna keskitetyillä alueilla sijaitseviin. Tätä vaihtelua potentiaalisessa kilpailussa on käytetty kilpailun vaikutusten tutkimiseen. (Gaynor ym. 2013.) Englantilaisien tutkimusten keskeiset tulokset on esitetty liitetaulukossa 4.

Cooper ym. (2011) havaitsivat, että niiden sairaaloiden palveluiden laatu parani, jotka sijaitsivat kilpailullisilla alueilla. Havainto tukee siis teoriaa, jonka mukaan valinnanvapauden lisääminen ja säännelty hinta kannustavat tuottajia kilpailemaan laadulla.

Gaynor ym. (2013) täydentävät Cooperin ym. (2011) havaintoja, sillä heidän tutkimusasetelmansa on monipuolisempi. Tarkastelu huomioi laadun mittaristossa myös sairaalan ulkopuoliset kuolemat ja muista operaatioista johtuneet kuolemat sekä vaikutukset sairaaloiden tuottavuudelle, odotusajoille ja potilaiden yksikkökustannuksille. Tulosten mukaan valinnanvapauden lisääminen antoi tuottajille kannustimia kilpailla palveluiden laaduilla. Kilpailua kohtaavat sairaalat löysivät keinoja hallita resurssejaan tehokkaammin tuottaakseen laadukkaampia palveluita.

Bloom ym. (2010) puolestaan tutkivat millaisia vaikutuksia sairaaloiden välisellä kilpailulla on niiden johtamisen laatuun. He havaitsivat, että sairaaloiden johtamisen laatu korreloi voimakkaasti taloudellisen ja kliinisen tuloksen, kuten sydäninfarktileikkauksesta toipumisen, kanssa. Kovempi kilpailu puolestaan lisää sairaaloiden johtamisen laatua ja sitä kautta parantaa sairaaloiden yleistä laatua.

Yhteenvetona englantilaisista empiirisistä tutkimuksista voidaan todeta, että kilpailun lisääminen terveystalouksissa voi parantaa potilaiden saaman hoidon laatua, kun hinnat ovat kiinteitä. Toisaalta tutkimukset oli tehty käyttäen aineistoja, jotka sisälsivät tietoja vain yhdeltä tai kahdelta politiikkamuutoksen jälkeiseltä vuodelta. Tämän vuoksi tulokset kuvaavat vaikutuksia lyhyellä tähtäimellä. Pitkän aikavälin vaikutukset voivat olla suuremmat, kun kannustimet pitävät paikkansa ja sairaalat ja potilaat tottuvat paremmin uuteen järjestelmään. On myös mahdollista, että tietyt seikat jotka aiheuttavat harhaa kausaalisuhteiden määrittämiseen jäivät huomioimatta, vaikka tutkimuksissa käytettiin esimerkiksi instrumenttimuuttujia.

Tutkimushavainnoilla on merkitystä terveydenhuollon järjestämistapoihin erityisesti niissä maissa, joissa hinnat ovat kiinteitä ja potilailla on valinnanvapaus. Tällaisia maita ovat Englannin lisäksi Pohjoismaat, Saksa ja osittain myös Hollanti. Empiirinen tutkimuskirjallisuus kaipaa kuitenkin lisää kansainvälisiä havaintoja ja toisaalta pidemmän aikavälin arvioita siitä, miten valinnanvapaus terveystalouksissa vaikuttaa toimijoiden väliseen kilpailuun ja palveluiden laatuun.

Toisaalta samanaikaisesti kun valinnanvapautta lisättiin Englannissa, julkaistiin verkossa avointa vertailukelpoista tietoa sairaaloiden laadusta. Tarkoituksena oli, että tiedon julkaiseminen mahdollistaisi potilaan tekemän valinnan perustuen lähinnä sairaaloiden laadullisiin tekijöihin. Verkossa julkaistu tieto sisälsi tietoa tuottajien erilaisista laatumittareista, kuten riskikorjatusta kuolleisuudesta, kävijämääristä ja jonotusajoista. (Cooper ym. 2011.)

Onkin vaikea erottaa toisistaan millaisia vaikutuksia valinnanvapauden lisäämisellä ja kasvaneella kilpailulla ja toisaalta avoimella vertailukelpoisella tiedolla on erikseen ollut palveluiden laatuun. Koska vertailukelpoista tietoa julkaistiin samanaikaisesti kun valinnanvapautta lisättiin, saattoi tiedon julkaiseminen vaikuttaa erikseen tuottajien laatuun. Tämä havainto luonnollisesti vaikeuttaa edellä mainittujen tulosten tulkittavuutta. (Gaynor ym. 2013.)

**Yhdysvaltalaiset tutkimustulokset.** Valtaosa varhaisemmasta empiirisestä tutkimuksesta on peräisin Yhdysvalloista. Tulokset anna yhtä selkeää kuvaa kilpailun vaikutuksista kuin englantilaiset tutkimukset. Tutkimusten aineistot ja keskeiset tulokset on esitetty liitetaulukossa 5.

Tutkimuksissa on käsitelty kilpailun vaikutuksia terveyspalveluiden laatuun Medicare-ohjelman potilaille. Vuonna 1983 Medicarea uudistettiin niin, että hinnat säädettiin kiinteiksi eivätkä sairaalat asettaneet enää itse hintoja operaatioilleen (Shen 2003). Reformin jälkeen potilaiden maksama hinta hoidosta on siis ollut sama hoitopaikasta riippumatta (Gaynor 2006).

Kesslerin ja McClellanin (2000) tutkimuksen voidaan katsoa luoneen standardit aihepiirin empiirisille tutkimuksille. Myöhemmissä tutkimuksissa onkin pyritty käyttämään samankaltaisia muuttujia ja tutkimusasetelmia. Tutkimustulokset eroavat toisistaan hieman. Tätä voidaan selittää esimerkiksi tutkimusten asetelmalliset ja aineistolliset eroavaisuudet.

Kessler ja McClellan (2000) havaitsivat, että kilpailullisimmilla alueilla kuolleisuus oli merkittävästi alhaisempaa kuin keskitetyillä alueilla. Kessler ja Geppert (2005) puolestaan havaitsivat, että kilpailu paransi hoidon tehokkuutta, sillä vakavammin sairaat potilaat saivat kilpailullisilla markkinoilla laadukkaampaa hoitoa verrattuna keskittyneisiin markkinoihin. Cutler ym. (2009) havaitsivat, että markkinoille tulleiden uusien sairaaloiden määrä lisäsi laadukkaiden sairaaloiden käyttöä, ja yhä useampi pääsi siten parempilaatuiseen hoitoon.

Tuoreemmassa tutkimuksessa Chou ym. (2014) vertailivat millaisia vaikutuksia ns. laaturaporteilla oli sairaalahoidon laatuun kilpailullisilla ja keskitetyillä alueilla. Tutkimus yhdisti laadun julkaisemisen ja kilpailun vaikutusten analysoinnin. Tulosten perusteella tiedon julkaisemisen jälkeen resurssien käyttö lisääntyi ja vakavammin sairaiden hoidon laatu parani kilpailullisilla alueilla sijainneissa sairaaloissa.

Mukamel ym. (2001) sen sijaan eivät havainneet kilpailun vaikuttavan palveluiden laatuun. Gowrisankaran ja Town (2003) puolestaan havaitsivat, että kilpailu laskee hoidon laatua, mutta havaintojen mukaan sairaaloille maksettiin liian vähän potilaiden hoidosta. Shenin (2003) tutkimus tukee tätä havaintoa, sillä tutkimuksessa havaittiin että alhainen korvaus johti heikompaan laatuun erityisesti kilpailullisilla markkinoilla.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Historiallisesti valinnanvapauteen ja kilpailuun perustuvaa mallia ei ole juurikaan käytetty terveyspalveluiden järjestämiseen Yhdysvaltojen ulkopuolella. Viimeisten parin vuosikymmenen aikana valinnanvapautta on kuitenkin lisätty useissa Euroopan maissa. Myös Suomessa valinnanvapautta tullaan jatkossa lisäämään valinnanvapauslainsäädännöllä. Eurooppalaiset käytännöt valinnanvapaudesta ovat erilaisia, mutta esimerkiksi parhaista käytännöistä vertailukelpoisen tiedon jakamisessa on hyvä ottaa mallia uudistuksien tueksi.

Tässä työpaperissa on tarkasteltu erityisesti taloustieteen teoreettista ja empiiristä kirjallisuutta valinnanvapaudesta ja kilpailusta terveyspalveluissa. Teoreettisen intuition mukaan tuottajien välisen kilpailun tulisi johtaa palveluiden laadun paranemiseen erityisesti silloin kun hinnat ovat kiinteät. Kirjallisuuden perusteella kilpailun ja laadun välinen vuorovaikutus

voi kuitenkin olla moniselitteisempää. Kilpailun vaikutukset riippuvat muun muassa tuottajien taloudellisista tavoitteista ja ominaispiirteistä. Kilpailu voi johtaa esimerkiksi kilpavarusteluun, kermankuorintaan tai alueellisiin eroihin palveluissa.

Jotta valinnanvapauteen ja kilpailuun perustuva järjestelmä luo tuottajille kannustimet parantaa palveluidensa laatua, täytyy laadun vaikuttaa potilaiden valintoihin. Kansainvälisten empiiristen tutkimusten perusteella potilaat käyttävätkin vertailukelpoista tietoa tuottajien laadusta tehdessään valintoja hoitopaikastaan. Havaintojen perusteella valinnanvapaus lisää kysyntää laadukkaille palveluille ja kannustaa siten tuottajia parantamaan palveluidensa laatua.

Kansainvälisten empiiristen tutkimusten perusteella terveyspalveluiden tuottajien välinen kilpailu on johtanut laadun paranemiseen ja kustannusten laskemiseen kilpailullisilla alueilla. Tulokset puoltavat valinnanvapauteen perustuvan mallin tulevaisuutta palveluiden järjestämisessä. Valinnanvapaus vaatii kuitenkin tuekseen potilaille tarjolla olevaa vertailukelpoista tietoa. Jatkossa myös esimerkiksi pidemmän aikavälin vaikutuksia palveluiden tasapuoliseen alueelliseen ja sosioekonomiseen saatavuuteen olisi syytä tutkia.

## LÄHTEET

Ahonen A, Vuorio L, Tähtinen L. Potilaan valinnanvapaus, Ruotsin malli ja Suomen sote-uudistus. Markkinoiden toimivuuden ja taloudellisten vaikutusten näkökulma. Kilpailu- ja kuluttajavirasto, 2015. Saatavissa: <<http://www.kkv.fi/globalassets/kkv-suomi/julkaisut/selvitykset/2015/kkv-selvityksia-6-2015-potilaan-valinnanvapaus-ruotsin-malli-ja-suomen-sote-uudistus.pdf>>. Viitattu 30.12.2015.

Akerlof GA. The market for “lemons”. Quality uncertainty and the market mechanism. *Quarterly Journal of Economics* 1970; 84: 488–500.

Aronkytö T. Terveysthuoltojärjestelmien kehityssuunnat Euroopassa. Helsinki: Sitra, 2010. Saatavissa: <[https://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksiä-sarja/Selvityksiä\\_16.pdf](https://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksiä-sarja/Selvityksiä_16.pdf)>. Viitattu 30.12.2015.

Arrow K. Uncertainty and the welfare economic of medical care. *The American Economic Review* 1963; 53: 941–973.

Beckert W, Christensen M, Collyer K. Choice of NHS-funded hospital services in England. *The Economic Journal* 2012; 122 (May): 400–417.

Beukers PDC, Kemp RGM, Varkevisser M. Patient hospital choice for hip replacement: empirical evidence from the Netherlands. *European Journal of Health Economics* 2014; 15: 927–936.

Brekke KR, Gravelle H, Siciliani L, Straume OR. Patient choice, mobility and competition among health care providers. Julkaisussa: Levaggi R, Montefiori M, toim. *Developments in Health Economics and Public Policy* 12. Italia: Springer-Verlag, 2014a: 1–26.

Brekke KR, Levaggi R, Siciliani L, Straume OR. Patient mobility, health care quality and welfare. *Journal of Economic Behaviour and Organization* 2014b; 105: 140–157.

Brekke KR, Nuscheler R, Straume OR. Quality and location choices under price regulation. *Journal of Economics and Management Strategy* 2006; 15 (1): 207–227.

Brekke KR, Nuscheler R, Straume OR. Gatekeeping in health care. *Journal of Health Economics* 2007; 26: 149–170.

Brekke KR, Siciliani L, Straume OR. Competition and waiting times in hospital markets. *Journal of Public Economics* 2008; 92: 1607–1628.

Brekke KR, Siciliani L, Straume OR. Hospital competition and quality with regulated prices. *The Scandinavian Journal of Health Economics* 2011; 113: 444–469.

Brekke KR, Siciliani L, Straume OR. Quality competition with profit constraints. *Journal of Economic Behaviour and Organization* 2012; 84: 642–659.

Brekke KR, Siciliani L, Straume OR. Hospital competition with soft budgets. *The Scandinavian Journal of Health Economics* 2015; 117: 1019–1048.

Bloom N, Propper C, Seiler S, van Reenen J. The impact of competition on management quality: Evidence from public hospitals. NBER Working Paper 16032, 2010. Saatavissa: <<http://www.nber.org/papers/w16032.pdf>>. Viitattu 1.10.2015.

Bundorf MK, Chun N, Goda GS, Kessler DP. Do markets respond to quality information? The case of fertility clinics. *Journal of Health Economics* 2009; 28: 718–727.

Burns LR, Wholey DR. The impact of physician characteristics in conditional choice models for hospital care. *Journal of Health Economics* 1992; 11: 43–62.

Chen Y, Meinecke J. Do healthcare report cards cause providers to select patients and raise quality of care? *Health Economics* 2012; 21 (Suppl. 1): 33–55.

Chou S-Y, Deily ME, Li S, Lu Y. Competition and impact of online report cards. *Journal of Health Economics* 2014; 34: 42–58.

Cookson R, Dawson D. Hospital competition and patient choice in publicly funded health care. *Julkaisussa: Jones AM, toim. The Elgar companion to health economics. Second Edition. Cheltenham: Elgar, 2012: 219–230.*

Cutler DM, Huckman RS, Kolstad JT. Input constraints and the efficiency of entry: lessons from cardiac surgery. NBER Working Paper 15214, 2009. Saatavissa: <<http://www.nber.org/papers/w15214>>. Viitattu 3.11.2015.

- Cutler DM, Huckman RS, Landrum MB. The role of information in medical markets. An analysis of publicly reported outcomes in cardiac surgery. *American Economic Review* 2004; 94: 342–346.
- Dranove D, Kessler D, McClellan M Satterthwaite M. Is more information better? The effects of “report cards” on health care providers. *Journal of Political Economy* 2003; 111: 555–588.
- Dranove D, Sfekas A. Start spreading the news. A structural estimate of the effects of New York hospital report cards. *Journal of Health Economics* 2008; 27: 1201–1207.
- Ellis RP. Creaming, skimping, and dumping. Provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics* 1998; 17: 537–555.
- Epstein AJ. Effects of report cards on referral patterns to cardiac surgeons. *Journal of Health Economics* 2010; 29: 718–731.
- Gaynor M. Competition and quality in health care markets. *Foundations and Trends in Microeconomics* 2006; 2: 441–508.
- Gaynor M, Moreno-Serra R, Propper C. Death by market power: Reform, competition and patient outcomes in the National Health Service. *American Economic Journal: Economic Policy* 2013; 5: 134–166.
- Gaynor M, Propper C, Seiler S. Free to choose? Reform and demand response in the English National Health Service. NBER Working Paper 18574, 2012. Saatavissa: <<http://www.nber.org/papers/w18574>>. Viitattu 3.10.2015.
- Gaynor M, Town RJ. Competition in health care markets. The Centre for Market and Public Organisation, Working Paper No. 12/282, 2012. Saatavissa: <<http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/cmpo/migrated/documents/wp282.pdf>>. Viitattu 3.2.2016.
- Gowrisankaran G, Town RJ. Competition, payers and hospital quality. *Health Services Research* 2006; 38: 1403–1422.
- Grabowski DC. Nursing home report cards. *Medical Care* 2010; 48: 859–861.
- Gravelle H, Sivey P. Imperfect quality information in a quality-competitive hospital market. *Journal of Health Economics* 2010; 29: 524–535.
- Gutacker N, Siciliani L, Moscelli G, Gravelle H. Do patients choose hospitals that improve their health? University of York, CHE Research Paper 111, 2015. Saatavissa: <<https://www.york.ac.uk/che/news/2015/che-research-paper-111/>>. Viitattu 16.12.2015.
- Health Systems and Policy Monitor (HSPM) (a). Denmark. Saatavissa: <<http://www.hspm.org/countries/denmark27012013/countrypage.aspx>>. Viitattu 30.12.2015.

- Health Systems and Policy Monitor (HSPM) (b). Norway. Saatavissa: <<http://www.hspm.org/countries/norway08012014/countrypage.aspx>>. Viitattu 30.12.2015.
- Health Systems and Policy Monitor (HSPM) (c). Germany. Saatavissa: <<http://www.hspm.org/countries/germany28082014/countrypage.aspx>>. Viitattu 30.12.2015.
- Helse Midt Norge. Free Hospital Choice. Saatavissa: <<http://www.helse-midt.no/en/Pasient/Free-Hospital-Choice/84230/>>. Viitattu: 31.12.2015.
- Ho K. The welfare effects of restricted hospital choice in the US medical market. *Journal of Applied Econometrics* 2006; 21: 1039–1079.
- Hodgkin D. Specialized service offerings and patient's choice of hospital: The case of cardiac catheterization. *Journal of Health Economics* 1996; 15: 305–332.
- Howard DH. Quality and consumer choice in healthcare: Evidence from kidney transplantation. *Topics in Economic Analysis and Policy* 2006; 5 (1), 1349.
- Howard DH, Kaplan B. Do report cards influence hospital choice? The case of kidney transplantation. *Inquiry* 2006; 43: 150–159.
- Jha AK, Epstein AM. The predictive accuracy of the New York state coronary artery bypass surgery report-card system. *Health Affairs* 2006; 25: 844–855.
- Jonsson M, Virtanen M. Miten valinnanvapaus voidaan toteuttaa terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 2013; 68: 1990–1993.
- Kessler DP, Geppert JJ. The effects of competition on variation in the quality and cost of medical care. *Journal of Economics & Management Strategy* 2005; 14: 575–589.
- Kessler DP, McClellan MB. Is hospital competition socially wasteful? *Quarterly Journal of Economics* 2000; 115: 577–615.
- Kreisz FP, Gericke C. User choice in European health systems: towards a systematic framework for analysis. *Health Economics, Policy and Law* 2010; 5: 13–30.
- Legemiddelverket. The Norwegian health care system and pharmaceutical system. Saatavissa: <<http://www.legemiddelverket.no/english/the-norwegian-health-care-system-and-pharmaceutical-system/sider/default.aspx>>. Viitattu: 31.12.2015.
- Le Grand J. Choice and competition in publicly funded health care. *Health Economics, Policy and Law* 2009; 4: 479–488.
- Luft HS, Garnick DW, Mark DH, Peltzman DJ, Phibbs CS, Lichtenberg E, McPhee SJ. Does quality influence choice of hospital? *JAMA* 1990; 263: 2899–2906.

Moscone F, Tosetti E, Vittadini G. Social interaction in patients' hospital choice: evidence from Italy. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 2012; 175: 453–472.

Mukamel DB, Weimer DL, Zwanziger J, Gorthy SH, Mushlin AI. Quality report cards, selection of cardiac surgeons, and racial disparities. A study of the publication of the New York State cardiac surgery reports. *Inquiry* 2004-2005; 41: 435–446.

Mukamel DB, Zwanziger J, Tomaszewski KJ. HMO penetration, competition and risk-adjusted hospital mortality. *Health Services Research* 2001; 36: 1019–1035.

Pope DG. Reacting to rankings: Evidence from “America’s Best Hospitals”. *Journal of Health Economics* 2009; 28: 1154–1165.

Propper C. Competition, incentives and the English NHS. *Health Economics* 2012; 21: 33–40.

Propper C, Wilson D, Burgess S. Extending choice in English health care: The implications of the economic evidence. *Journal of Social Policy* 2006; 35: 537–557.

Romano PS, Marcin JP, Dai JJ, Yang XD, Kravitz RL, Rocke DM, Dhamar M, Li Z. Impact of public reporting on coronary artery bypass graft surgery performance data on market share, mortality, and patient selection. *Medical Care* 2011; 49: 1118–1125.

Ryan AM, Nallamotheu BK, Dimick JB. Medicare’s public reporting initiative on hospital quality had modest or no impact on mortality from three key conditions. *Health Affairs* 2012; 31: 585–592.

Ruwaard S, Douven R. Quality and hospital choice for cataract treatments: The winner takes most. CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, 2014. Saatavissa: <<http://www.cpb.nl/en/publication/quality-and-hospital-choice-for-cataract-treatments-the-winner-takes-most>>. Viitattu 11.11.2015.

Santos R, Gravelle H, Propper C. Does quality affect patients' choice of doctor? Evidence from England. *The Economic Journal* 2016 (hyväksytty, saatavissa verkossa).

Saxell T. Terveystaloustiede voi johtaa kilpavarusteluun. VATT, 2014. Saatavissa: <[http://www.vatt.fi/file/policybrief/vatt\\_policybrief\\_42014.pdf](http://www.vatt.fi/file/policybrief/vatt_policybrief_42014.pdf)>. Viitattu 1.10.2015.

Sintonen H, Pekurinen M. Terveystaloustiede. Helsinki: WSOY, 2006.

Sivey P. *The Economics of Patient Choice and Information in the National Health Service*. York: University of York, 2008.

Shen Y-C. The effect of financial pressure on the quality of care in hospitals. *Journal of Health Economics* 2003; 22: 243–269.



Shen Y-C, Eggleston K. The effect of soft budget constraints on access and quality in hospital care. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 2009; 9: 211–232.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (a). Hoitopaikan valinta. Saatavissa: <<http://stm.fi/hoitopaikanvalinta>>. Viitattu 19.1.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (b). Potilasdirektiivi (Rajat ylittävä terveydenhuolto). Saatavissa: <<http://stm.fi/potilasdirektiivi>>. Viitattu 21.1.2016.

Tay A. Assessing competition in hospital care markets. The importance of accounting for quality information. *RAND Journal of Economics* 2003; 34: 786–814.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2013. Tilastoraportti; 2015. Saatavissa: <<https://www.julkari.fi/handle/10024/125775>>. Viitattu 1.10.2015.

Valtioneuvoston kanslia (VNK). Hallitus päätti sote-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista. Saatavissa: <[http://vnk.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallintoalueista](http://vnk.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallintoalueista)>. Viitattu 21.1.2016.

Varkevisser M, van der Geest SA, Schut FT. Assessing hospital competition when prices don't matter to patients. The use of time-elasticities. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 2010; 10: 43–60.

Varkevisser M, van der Geest SA, Schut FT. Do patients choose hospitals with high quality rankings? Empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands. *Journal of Health Economics* 2012; 31: 371–378.

Victoor A, Friele RD, Delnoij D, Rademakers J. Free choice of healthcare providers in the Netherlands is both a goal in itself and a precondition. Modelling the policy assumptions underlying the promotion of patient choice through documentary analysis and interviews. *BMC Health Services Research* 2012; 12: 441.

Vrangbaek K, Robertson R, Winblad U, van de Bovenkamp H, Dixon A. Choice policies in Northern European health systems. *Health Economics, Policy and Law* 2012; 7: 47–71.

Wang J, Hockenberry J, Chou S-Y, Yang M. Do bad report cards have consequences? Impacts of publicly reported provider quality information on the CABG market in Pennsylvania. *Journal of Health Economics* 2011; 30: 392–407.

Werner RM, Asch DA. The unintended consequences of publicly reporting quality information. *JAMA* 2005; 293: 1239–1244.

Werner RM, Bradlow ET. Public reporting on hospital process improvements is linked to better patient outcomes. *Health Affairs* 2010; 29: 1319–1324.

## LIITETAULUKOT

**Liitetaulukko 1.** Eurooppalaiset tutkimukset laadun vaikutuksista potilaiden valintoihin.

Tutkimus	Aineiston kuvaus	Keskeiset havainnot
Santos ym. (2016)	3,4 miljoonaa noin 1 000 yleislääkärin potilasta Englannissa (East Midlands).	Potilaat valitsevat todennäköisemmin laadukkaamman hoitopaikan, mutta mm. etäisyys, naislääkäreiden lukumäärä ja alhaisempi lääkäreiden ikä lisäävät valinnan todennäköisyyttä.
Gutacker ym. (2015)	Yli 173 000 lonkkaleikkauspotilasta 230 sairaalasta Englannissa vuosilta 2010–2013.	Parempi aiempien potilaiden arvioima laatu lisäsi tulevien potilaiden sairaaloiden valinnan todennäköisyyttä. Valinnan tekevät potilaat matkustavat todennäköisemmin kauemmas laadukkaaseen sairaalaan kuin ensihätää vaativat potilaat.
Beukers ym. (2014)	Yli 55 000 lonkkaleikkauspotilasta 92 sairaalasta Hollannissa vuosilta 2008–2010.	Eniten potilaiden valintaan vaikutti matkustusaika, mutta myös julkisesti saatavilla olevat tiedot laadusta ja odotusajasta vaikuttivat sairaaloiden valintaan positiivisesti.
Ruwaard ja Douwen (2014)	Yli 850 000 kaihileikkauspotilasta 150 sairaalasta Hollannissa vuosilta 2006–2011.	Potilaat valitsevat mieluiten laadukkaat sairaalat ja lyhyet odotusajat leikkauksiin, mutta vain harva on valmis matkustamaan kauas hoidon vuoksi.
Beckert ym. (2012)	Lähes 40 000 lonkkaleikkauspotilasta 216 sairaalasta Englannissa vuosilta 2008–2009.	Potilaat valitsevat todennäköisemmin lähellä sijaitsevan sairaalan. Palvelun laadusta kertovat tekijät ja odotusaika vaikuttivat myös sairaalan valintaan.
Gaynor ym. (2012)	Noin 13 500 ohitusleikkauspotilasta 29 sairaalasta Englannissa vuosilta 2003–2007.	Laadusta tuli tärkeämpi tekijä potilaiden valinnalle, mutta odotusaika ei merkinnyt paljoa. Valinnasta hyötyivät etenkin sairaimmat ja paremmin informoidut potilaat.
Moscone ym. (2012)	Yli 230 000 sydänsairauspotilasta 144 sairaalasta Italiassa (Lombardia) vuosilta 2004–2007.	Olenaisesti sairaalan valintaan vaikuttivat oma aikaisempi kokemus ja etäisyys, mutta myös läheisten aikaisemmat kokemukset vaikuttavat nykyisten potilaiden valintoihin.
Varkevisser ym. (2012)	2 670 pallolaajennuspotilasta 19 sairaalasta Hollannissa vuodelta 2006 (yksi vakuuttaja).	Potilaat valitsivat todennäköisemmin sekä yleisesti että sydäntautien osalta hyvämaineisen sairaalan. Potilaiden halukkuus matkustaa havaittiin pieneksi.
Varkevisser ym. (2010)	Noin 5 400 aivoleikkauspotilasta 66 sairaalasta Hollannissa vuodelta 2003 (yksi vakuuttaja).	Sairaalan maine vaikuttaa potilaiden valintoihin positiivisesti ja potilaat valitsevat jonotusajaltaan keskimääräistä lyhyemmän sairaalan. Potilaiden matkustushalu on kuitenkin vähäistä.
Sivey (2008)	Noin 41 000 ohitusleikkauspotilasta 33 sairaalasta Englannissa vuosilta 2001–2004.	Vaihtelevia tuloksia potilaiden valintaan vaikuttavista tekijöistä. Laadun, potilaiden tyytyväisyyden ja odotusajan ei havaittu suuresti vaikuttavan potilaiden valintoihin.

**Liitetaulukko 2.** Yhdysvaltalaiset tutkimukset laadun vaikutuksista potilaiden valintoihin.

<b>Tutkimus</b>	<b>Aineiston kuvaus</b>	<b>Keskeiset havainnot</b>
Ho (2006)	Lähes 29 000 potilasta 217 sairaalasta vuosilta 1997–1998.	Potilaiden todennäköisyys matkustaa kauas hoidon vuoksi on pieni. Potilaat painottavat sairaalan valinnassa heidän diagnoosiinsa erikoistuneita ja sopivia sairaaloita.
Howard (2006)	Lähes 37 000 munuaissiirtopotilasta 207 sairaalasta vuosilta 2000–2002.	Sairaaloiden kliininen laatu lisää potilaiden valinnan todennäköisyyttä, mutta potilaat eivät halua matkustaa kauas hoidon vuoksi. Yksityisen vakuutuksen ottaneet ovat tietoisempia laadukkaista sairaaloista.
Tay (2003)	Yli 14 000 sydänkohtauspotilasta 339 sairaalasta.	Potilaat valitsevat todennäköisemmin lähellä sijaitsevan sairaalan, mutta myös toimitilojen laadukkuus että sairaalan kliininen laatu on tärkeä tekijä potilaiden valinnoissa.
Hodgkin (1996)	Noin 137 000 potilasta 27 sairaalasta vuosilta 1985–1991.	Erikoispalveluiden saatavuus lisäsi niitä potentiaalisesti kampaavien potilaiden valinnan todennäköisyyttä. Toisaalta myös sairaaloiden heikko kliininen laatu lisäsi valintoja.
Burns ja Wholey (1992)	Yli 12 000 eri diagnoosien potilasta 25 sairaalasta vuodelta 1989.	Potilaat laittavat eniten painoarvoa sairaalan läheiselle sijainnille, mutta myös hyvä kliininen laadukkuus, aiemmat kokemukset ja suurempi koko lisäsivät valinnan todennäköisyyttä.
Luft ym. (1990)	Lähes 100 000 potilasta 115 sairaalasta vuodelta 1983.	Suurempi etäisyys laski sairaalan valinnan todennäköisyyttä. Sen sijaan potilaiden todennäköisyys valita laadukkaampi tai opetuskäytössä oleva sairaala oli suurempi.

**Liitetaulukko 3.** Yhdysvaltalaiset tutkimukset sairaaloiden ns. laaturaporttien julkaisun vaikutuksista.

<b>Tutkimus</b>	<b>Aineiston kuvaus</b>	<b>Keskeiset havainnot</b>
Chen ja Meinecke (2012)	Noin 850 sairaalan yli 950 000 ohitusleikkauspotilasta vuosilta 1988–1992.	Tuottajat saivat tietää julkisesta raportoinnista ennen potilaita, mutta tämän ei havaittu vaikuttavan valikointiin. Laadussa ei havaittu muutoksia informaation tultua julki.
Ryan ym. (2012)	Noin 19 miljoonaa potilasta vuosilta 2000–2008.	Sairaaloiden laadussa ei havaittu muutoksia eivätkä potilaat siirtyneet laadukkaampiin sairaaloihin.
Romano ym. (2011)	335 sairaalan ohitusleikkauspotilaat vuosilta 2000–2005.	Laadukkaiden sairaaloiden markkinaosuus kasvoi. Muutosta ei havaittu tuottajilla joista tietoja ei ollut saatavilla. Valikoituminen lisääntyi heikosti menestyneillä sairaaloilla.
Wang ym. (2011)	Yli 84 000 ohitusleikkauspotilasta vuosilta 1998–2006.	Potilaat alkoivat vältellä heikosti arvioituja tai kokonaan arvioimattomia kirurgeja, mutta sairaaloiden potilasmäärissä ei havaittu muutoksia.
Epstein (2010)	Noin 64 0000 ohitusleikkauspotilasta vuosilta 2001–2002.	Jos julkinen tieto sairaalan laadusta oli heikompaa kuin potilaiden ennakkoluulo, havaittiin potilaiden vaihtavan sairaalaa parempilaatuiseen.
Werner ja Bradlow (2010)	Noin 3 500 sairaalan tiedot vuosilta 2004–2006.	Erityisesti alunperin heikosti pärjänneiden sairaaloiden laatu parani tietojen julkaisun seurauksena.
Bundorf ym. (2009)	Hedelmällisyysklinikoiden markkinaosuuksia vuosilta 1996–2003.	Laaturaportointi lisäsi potilaiden valintaa parempia tuloksia saaneisiin klinikoihin. Valinnoissa huomioitiin myös muiden potilaiden ominaisuuksia ja raportoimatta jättäminen.
Pope (2009)	446 sairaalan potilasmäärä vuosilta 1994–2004.	Sairaaloiden julkinen ranking -tulos ja läheisyys lisäsivät sairaalan valinnan todennäköisyyttä kiireettömille potilaille.
Dranove ja Sfekas (2008)	Noin 24 000 ohitusleikkauspotilasta vuosilta 1989–1991.	Jos julkinen tieto sairaalan laadusta oli heikompaa kuin potilaiden ennakkoluulo, havaittiin potilaiden vaihtavan sairaalaa parempilaatuiseen.
Howard ja Kaplan (2006)	Yli 58 000 munuaissiirtopotilasta vuosilta 1999–2002.	Tietojen julkaiseminen vaikutti sekä nuorten että korkeasti koulutettujen potilaiden valintaan hieman, mutta yleisellä tasolla sairaaloiden valitsemisessa ei havaittu muutoksia.
Jha ja Epstein (2006)	168 vastaanoton potilastiedot vuosilta 1989–2002.	Tietojen julkaisemisella ei havaittu olleen vaikutuksia markkinaosuuksiin, mutta heikosti menestyneitä vastaanottoja vetäytyi pois markkinoilta.
Cutler ym. (2004)	Noin 3 400 ohitusleikkauspotilasta vuosilta 1991–1999.	Tietojen julkaiseminen vähensi potilasmääriä sairaaloilta jotka oli arvioitu heikosti suhteessa muihin sairaaloihin.
Mukamel ym. (2004–2005)	Yli 13 0000 sydänleikkauspotilasta vuosilta 1991–1992.	Tietojen julkaiseminen vaikutti potilaiden tekemiin valintoihin ja vähensi lääkäreiden kokemusta ja hinnan merkitystä signaalina palvelun laadukkuudesta.
Dranove ym. (2003)	Lähes miljoona sydänleikkauspotilasta vuosilta 1987–1994.	Sairaaloiden havaittiin valikoivan aiempaa enemmän potilaita näiden terveydentilan perusteella.

**Liitetaulukko 4.** Englantilaiset tutkimukset kilpailun vaikutuksista terveystalouden laatuun.

Tutkimus	Aineiston kuvaus	Keskeiset tulokset
Gaynor ym. (2013)	130 sairaalaa vuodelta 2003 ja 121 sairaalaa vuodelta 2007. Keskimäärin yhdessä sairaalassa hoidettiin yhteensä 412 sydäninfarktipotilasta vuodessa.	Hoidon laatu parani ja sairaalassa vietetty aika väheni kilpailullisilla alueilla. Kokonaiskustannukset tai kustannukset potilasta kohden eivät kuitenkaan nousseet samanaikaisesti. Sairaaloiden ei myöskään havaittu valikoivan potilaita näiden terveydentilan perusteella.
Cooper ym. (2011)	Yli 430 000 sydäninfarktipotilasta vuosilta 2002–2008.	Hoidon laatu parani niiden potilaiden osalta, jotka käyttivät kilpailullisimmilla alueilla sijainneita sairaaloita.
Bloom ym. (2010)	Kyselyaineisto sadan sairaalan johtamisesta ja näiden sairaaloiden tiedot kuolleisuudesta vuodelta 2006.	Sairaaloiden johtamisen laatu korreloi voimakkaasti taloudellisen ja kliinisen tuloksen, kuten sydäninfarktileikkauksesta toipumisen, kanssa. Kovempi kilpailu puolestaan lisää sairaaloiden johtamisen laatua, ja sitä kautta parantaa sairaaloiden yleistä laatua.

**Liitetaulukko 5.** Yhdysvaltalaiset tutkimukset kilpailun vaikutuksista terveystalouden laatuun.

Tutkimus	Aineiston kuvaus	Keskeiset tulokset
Chou ym. (2014)	Noin 77 000 Medicaren ohitusleikkauspotilasta 60 sairaalasta vuosilta 1995–2005.	Vertailukelpoisen tiedon julkaisemisen jälkeen resurssien käyttö lisääntyi ja vakavammin sairaiden hoidon laatu parani kilpailullisten alueiden sairaaloissa. Potilaiden valikoitumista ei havaittu.
Cutler ym. (2009)	67 sairaalaa vuosilta 1994–2003. 54% potilaista Medicaressa.	Markkinoille tulleiden uusien toimenpidettä tarjoavien sairaaloiden määrä lisäsi laadukkaiden sairaaloiden käyttöä. Yhä useampi pääsi siten parempilaatukseen hoitoon.
Kessler ja Geppert (2005)	Medicaren sydäninfarktipotilaita vuosilta 1985–1996.	Vakavammin sairaat saivat kilpailullisten alueiden sairaaloissa laadukkaampaa ja intensiivisempää hoitoa verrattuna keskittyneisiin markkinoihin. Vähemmän sairaat puolestaan saivat kilpailullisilla markkinoilla vähemmän hoitoa, joten kilpailu paransi sairaalahoidon kohtaantoa.
Gowrinsankaran ja Town (2003)	Medicaren sydäninfarkti- ja keuhkokuumeipotilaita vuosilta 1989–1993.	Kilpailu laski hoidon laatua, mutta havaintojen mukaan sairaaloille maksettiin liian vähän sydäninfarktipotilaiden hoidosta. Tämä tarkoittaa, että kannustimet eivät toimineet.
Shen (2003)	Noin 1 800 Medicaren ensiapua tarjoavaa sairaalaa vuosilta 1985–1994.	Medicare-ohjelman korvauksen nostaminen paransi hoidon laatua erityisesti kilpailullisilla alueilla.
Mukamel ym. (2001)	1927 sairaalan Medicarepotilaat vuodelta 1990.	Markkinoiden keskittymisen ei havaittu vaikuttavan minkään syyn osalta hoidon laatuun Medicare-ohjelman potilaille.
Kessler ja McClellan (2000)	Noin 145 000 Medicaren sydäninfarkti-potilasta noin 2 500 sairaalasta vuosilta 1985–1994.	Kilpailullisilla hoidon laatu oli selvästi parempaa kuin keskittyillä markkinoilla, jossa myös todennäköisyys joutua operaatioon uudelleen oli suurempaa. Kilpailu myös laski hoidon kustannuksia.