

Terveydenhoitopalvelujen kilpailu voi johtaa kilpavarusteluun

Tanja Saxell erikoistutkija

Julkisten terveydenhuollon palveluntuottajien välistä kilpailua on viime vuosina vapautettu useissa maissa. Suomessakin on otettu varovaisia askelia kilpailun suuntaan. Vuosina 2011 ja 2014 tehdyt uudistukset lisäsivät potilaan valinnanvapautta julkisessa terveydenhuollossa. Uudistuksilla on haluttu parantaa potilaiden asemaa ja kannustaa tuottajia kehittämään toimintaansa. Potilaan vapaus valita ja tuottajien välinen kilpailu voivat oikein toteutettuina hyödyttää potilaita ja koko yhteiskuntaa.

Jos kuitenkin potilaiden vapaus valita kasvaa ilman, että kukaan kiinnittää huomiota tuottajien investointeihin, voi seurata tuottajien välinen kilpavarustelu ja terveydenhuoltomenojen tarpeeton kasvu. Terveydenhuollossa kilpavarustelu on sitä, että kilpailevat tuottajat tekevät yhteiskunnalle liiallisia tai turhia investointeja, jotka maksavat enemmän kuin, mitä potilaat investoinneista hyötyvät.

Potilailla täytyy olla käytettävissään kattavaa, vertailukelpoista tietoa palveluista voidakseen valita tarpeisiinsa sopivimmat palveluiden tuottajat. Tieto auttaa potilasta valitsemaan hoitopaikan ja potilaiden valinnat kannustavat tuottajia kehittämään toimintaansa. Palveluiden tuottajien toimintaa koskevan tiedon julkaisu voi kuitenkin johtaa myös palveluiden laadun heikkenemiseen.



Terveydenhuollon palveluntuottajien, kuten sairaaloiden, terveysasemien ja lääkäreiden, kilpailua on vapautettu viime vuosina. Esimerkiksi Iso-Britannia, Tanska, Ruotsi, Norja ja Hollanti ovat pyrkineet edistämään kilpailua laajentamalla potilaan vapautta valita hoitopaikka. Valinnanvapautta on lisätty myös Suomessa. Vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain mukaan potilas voi valita terveysasemansa oman kuntansa sisällä. Aikaisemmin terveysasema määräytyi potilaan asuinpaikan, esimerkiksi kaupunginosan, perusteella.

Laajennettu, kiireettömän hoitopaikan valinta tuli voimaan vuoden 2014 alussa, ja valinnanvapaus laajeni kaikkiin Suomen julkisiin terveysasemiin ja sairaaloihin.¹ Nyt potilas valitsee erikoissairaanhoidon hoitopaikan yhdessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa. Potilaalla on hoitopaikan mahdollisuuksien rajoissa oikeus valita myös häntä hoitava lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen.

Valinnanvapausuudistukset voivat kannustaa tuottajia kilpailemaan potilaista ja kehittämään entistä parempia palveluja. Kilpailun keskeisinä edellytyksinä on, että tuottajien tulot riippuvat potilaiden valinnoista – eli niin sanottu ”raha seuraa potilasta” -järjestelmä² – ja tulot ovat tuottajille aiheutuviin kustannuksiin verrattuna riittävän suuret.³ Tuottajan kannattaakin kilpailla potilaista, jos tuloja voi käyttää investointeihin: henkilökunnan palkkaamiseen, palveluvalikoiman⁴ laajentamiseen, laadun⁵ parantamiseen, tilojen laajentamiseen ja viihtyisyyden lisäämiseen.⁶

Tässä artikkelissa havainnollistetaan kilpailun yhteiskunnallisia hyötyjä ja haittoja kahdesta näkökulmasta. Ensinnäkin, kuinka terveyspalveluiden tuottajien välinen kilpailu vaikuttaa potilaisiin, tuottajiin ja terveydenhoidon kustannuksiin, ja milloin kilpailu johtaa kalliiseen kilpavarusteluun. Teema on ajankohtainen, koska sote-alueiden välisen kilpavarustelun uhka on viime aikoina otettu esiin.⁷ Toinen näkökulma on se, milloin potilaat hyötyvät terveyspalveluita koskevasta tiedosta, ja kuinka tiedon julkaisu voi johtaa myös palveluiden laadun heikkenemiseen. Tämä on ajankohtaista, koska juuri nyt ollaan kehittämässä terveyspalveluiden vertailuun tarkoitettua tietokantaa, Palveluvaaka.fi.

Valinnanvapauden vaikutukset potilaisiin, tuottajiin ja terveydenhoidon kustannuksiin

Valinnanvapaus voi hyödyttää potilaita, koska he voivat aiempaa paremmin valita omia tarpeitaan vastaavan palveluntuottajan.⁸ Ilman valinnanvapautta potilas joutuu käyttämään kuntansa terveysaseman palveluita, vaikka naapurikunnan terveysaseman palveluiden laatu olisi selvästi parempi tai palveluvalikoima potilaalle sopivampi.

Kun potilaat voivat käyttää naapurikunnan terveysaseman palveluita ja saavat valinnanvapauden seurauksena parempaa hoitoa kuin aikaisemmin, heidän hyvinvointinsa kohenee. Toisaalta naapurikunnan terveysasema voi ruuhkautua valinnanvapausuudistuksen vuoksi, joten joidenkin potilaiden hyvinvointi

Kilpailu potilaista voi johtaa tuottajien väliseen kilpavarusteluun lääkäreistä, hoitajista, laitteista ja oheispalveluista.

voi heikentyä. Valinnanvapautta lisäävän uudistuksen vaikutus yhteiskunnallisiin hyötyihin voi siis olla vähäisempi kuin voisi päätellä yhden potilasryhmän hyödyistä.

Valinnanvapauden lisääminen vaikuttaa terveyspalveluiden tuottajiin, laatuun ja valikoimaan. Menestyminen kilpailussa voi vaatia terveysasemilta ja sairaaloilta esimerkiksi entistä parempien lääkäreiden palkkaamista, korkeatasoista laitteistoa ja hoitoa, parempaa asiakaspalvelua ja markkinointia sekä hyviä oheispalveluita, kuten vaikkapa internetyhteys, kahvilat ja parkkitilat.

Isossa-Britanniassa potilaiden valinnanvapautta laajentanut uudistus johti erään tutkimuksen⁹ mukaan siihen, että sairaalapalveluiden laatu parani. Eräs toinen tutkimus¹⁰ antaa viitteitä siitä, että kilpailun seurauksena potilaat voivat saada heille paremmin soveltuvaa hoitoa – sairaat potilaat saavat tehokasta, esimerkiksi kirurgista hoitoa, ja heitä terveemmät potilaat saavat esimerkiksi lääkehoitoa. Kilpailu voi lisätä vaihtelua hoidossa, mikä saattaa olla hyvä asia.

Suomessa tehtyjen valinnanvapausuudistusten vaikutukset ovat jo nähtävissä. Niiden vuoksi sairaaloiden strategioissa keskustellaan kilpailukykyyn parantamisesta¹¹ ja osa julkisista sekä julkisomisteisista tuottajista markkinoi jo toimintaansa.¹²

Usein ajatellaan, että potilaiden valinnanvapaudesta ja tuottajien kilpailusta seuraa yhteiskunnallista hyötyä, mikäli terveyspalvelut kehittyvät. Yhteiskunta ei kuitenkaan hyödy

siitä, jos kilpailu potilaista johtaa tuottajien väliseen kilpavarusteluun lääkäreistä, hoitajista, laitteista ja oheispalveluista. Kilpavarustelussa tuottajat tekevät liiallisia tai turhia investointeja, jotka maksavat enemmän kuin potilaat niistä hyötyvät.^{13,14}

Jo nyt useat seikat saattavat viitata siihen, että tuottajat investoivat liikaa: potilaat saavat kalliin investoinnin jälkeen vain hieman parempaa hoitoa kuin aikaisemmin, sairaaloilla on käytämätöntä kapasiteettia – esimerkiksi laitteistoa käytetään harvoin, leikkaussali seisoo tyhjiään tai henkilökuntaa on liikaa. Jotkut sairaalat tekevät huomattavia investointeja oheispalveluihin, joilla ei ole paljonkaan tekemistä hoidon kliinisen laadun kanssa¹⁵ ja sairaaloiden toiminnassa on paljon päällekkäisyyttä – esimerkiksi kahdella, samankaltaisella sairaalalla on käytössä lähes yhtä hyvä, kallis laitteisto.

Sairaanhoitopiirit voivat joutua korottamaan kunnilta perittäviä palvelumaksuja rahoittaakseen investoinnit tai paikatakseen investointien aiheuttaman alijäämän.¹⁶ Investointien maksajana voivatkin viime kädessä olla kunnat tai kuntalaiset.

Miksi sairaalan kannattaa tehdä investointeja, jotka eivät ole hyödyksi yhteiskunnalle? Taustalla on sairaaloiden välinen kilpailu taloudellisesti kannattavien potilaiden hoitamisesta. Kun sairaala esimerkiksi investoi kuvantamislaitteisiin, potilaat siirtyvät käyttämään sen tuottamia palveluita kuvitellessaan saavansa parempaa hoitoa kyseisessä sairaalassa kuin muualla.¹⁷ Potilaiden kannattaa valita sairaala myös siksi, että he maksavat vain pienen

osan hoidosta eli kuvantamistutkimuksen kokonaiskustannuksista¹⁸, tai hoidon omavastuu hinta on lähes sama jokaisessa sairaalassa. Jos potilas maksaisi hoidon kokonaan itse, on mahdollista, ettei hän valitsisi sairaalaa, jossa hoito on korkeatasoista mutta omavastuu hinta korkea kalliiden investointien vuoksi. Jos näin kävisi, on mahdollista, ettei sairaalan kannattaisi investoida kalliisiin kuvantamislaitteisiin.

Kun laitteistoinvestoinnin tehnyt sairaala hoitaa useampia potilaita kuin ennen, se saa lisää tuloja ja voi käyttää niitä uusiin investointeihin. Kun yhden sairaalan palvelut kehittyvät, muut sairaalat voivat joutua tekemään kalliita investointeja säilyttääkseen kilpailukykyä. Jos toisen sairaalan palvelut olivat lähes yhtä hyviä jo aikaisemmin, potilaat hyötyvät uusista investoinneista vähemmän kuin mitä investoinnit maksoivat. Tätä kutsutaan liialliseksi investoinniksi.

Oliko valinnanvapausuudistus kuvantamislaitte-esimerkissä hyödyllinen? Uudistus hyödyttää potilaita, koska uudistuksen seurauksena sairaalat tekivät investointeja ja potilaat saivat aikaisempaa parempaa hoitoa tai palvelua. Toisaalta uudistus aiheuttaa kustannuksia yhteiskunnalle, koska sairaalat investoivat entistä enemmän.

Ilman valinnanvapautta sairaalan ei kannata investoida, koska sen ei tarvitse huolehtia

potilaiden menettämisestä kilpailevalle sairaalalle. Tällöin terveyspalvelut ovat toki huonompia, mutta investointien vaatimat rahat säästyvät.

Jos valinnanvapausuudistuksen seurauksena tehdyt investoinnit voivat huomattavasti kohentaa potilaiden terveyttä ja investointien aiheuttamat kokonaiskustannukset pysyvät kohtuullisina, uudistus todennäköisesti on järkevä yhteiskunnalle.¹⁹ Vaikka potilaiden valinnanvapauden laajentaminen kannattaisikin yhteiskunnalle, päätöksentekijöiden täytyisi puuttua liialliseen investointiin ja sen aiheuttamaan turhaan kustannusten nousuun.²⁰

Toimiva kilpailu edellyttää potilaan saavan laadukasta tietoa palveluista

Tutkimustiedon valossa voisi päätellä toimivan kilpailun edellyttävän, että potilaat saavat tietoa terveyspalveluista. Isossa-Britanniassa, Yhdysvalloissa ja Ruotsissa on julkaistu terveydenhuoltopalveluita koskevia tietoja potilaiden valintojen tueksi (katso allaoleva taulukko).

Palveluita koskevasta kaikkien saamasta tiedosta voi olla hyötyä potilaille, päätöksentekijöille ja ainakin osalle palveluntuottajia. Kun tiedon määrä lisääntyy, potilaat voivat aikaisempaa

Terveydenhuoltopalveluita koskevia julkisia tietokantoja

Iso-Britannia (NHS Choices)

Sairaala-, osasto- ja operatiokohtaisia tietoja. Mm. asiakaspalautte (arvostelut ja tähtiluokitukset), kansallisten standardien täyttö, kuolleisuus, sairaalabakteerian aiheuttamat tartunnat, palveluvalikoima, oheispalvelut (esim. apteekit, kahvilat, pysäköinti, wifi)
Yleislääketiede: mm. rekisteröityneiden potilaiden määrä, online ajanvaraus, astma/diabetes/masennus ym. potilaiden määrä, potilaiden ikäjakauma, käyttäjätyytyväisyys: tapaamisajan pituus, henkilökunnan luotettavuus ja ammattitaito, hoidosta kertominen, yhteydenaanti puhelimitse, ajanvaraus

Yhdysvallat (Medicare)

Sairaala- ja lääkärikohtaisia tietoja. Mm. potilaskokemus, hoidon tehokkuus ja saatavuus, suositeltujen hoitokäytäntöjen seuraaminen, komplikaatiot, kuolleisuus, sairaalabakteerit, käytössä oleva teknologia, Medicare-potilaiden määrä ja kustannukset

Ruotsi

Tekonivelrekisteri, muun muassa potilastyytyväisyys, proteesien kesto, komplikaatiot, uusintaleikkaukset

Suomi

Laadunarviointiraportteja valmisteilla.
THL:n palveluvaaka kehitteillä: asiakastyytyväisyys, palveluvalikoima, hoitoon pääsy (mm. lähteen käsittelyaika, hoidon odotusaika), hoidon vaikuttavuus, kuolleisuus

helpommin valita tuottajan, jonka palvelut ovat hyviä tai asiakasmaksuiltaan halpoja.²¹

Palveluita koskevan tiedon avulla päätöksen tekijät voivat havaita hoidon laadussa tai palveluvalikoimassa ilmenevät puutteet ja kohdentaa yhteiskunnan resurssit, kuten kuntien tuottajille maksamat korvaukset, mahdollisimman hyödyllisiin kohteisiin.

Lisäksi tiedosta voi olla hyötyä ainakin osalle palveluntuottajia. Kun potilaat siirtyvät käyttämään hyviä tai asiakasmaksuiltaan halpoja palveluita, näiden palveluiden tuottajien tulot lisääntyvät. Samaan aikaan huonompia tai potilaille kalliimpia palveluita tarjoavat tuottajat häviävät, kun yhä harvemmat potilaat käyttävät niiden palveluita. Tilanne voi kannustaa tuottajia kehittämään palveluita tai laskemaan asiakasmaksujaan. Palveluista tuotettava tieto, esimerkiksi hoidon laatu, oheispalvelut, asiakasmaksut, voi vaikuttaa potilaiden valintoihin ja sitä kautta tuottajiin.²²

Joskus terveystalouden palveluita koskevan, mahdollisesti sirpaleisen tai epätarkan, tiedon julkaisu voi kuitenkin olla yhteiskunnan kannalta jopa haitallista. Syynä on se, että kilpailu voi kannustaa tuottajia kehittämään palveluita vain potilaiden helposti havaitsemiin asioihin.²³ Näitä ovat ääritapauksessa esimerkiksi sairaaloiden oheispalvelut, kuten kahvila, apteekki, kaupat, kirjasto ja internetyhteys.

Koska näidenkin palveluiden kehittäminen aiheuttaa kustannuksia, tuottaja voi joutua heikentämään laatua, jota potilas ei tunne tai huomaa yhtä hyvin – esimerkiksi kliininen laatu.²⁴ Potilaat voivat siis hävitä kliinisen laadun heikkenemisestä enemmän kuin mitä he hyötyvät oheispalveluista.

Markkinakilpailu voi olla oikein toteutettuna hyödyllistä

Potilaiden valinnanvapaus voi tehostaa terveydenhuollon resurssien käyttöä. Mikäli valinnanvapautta kuitenkin lisätään kiinnittämättä huomiota hoitopaikkojen investointeihin, kilpailusta voi seurata tuottajien välinen kilpavarustelu ja terveydenhuoltomenojen tarpeeton kasvu.

Yhteiskunnan terveydenhuoltomenojen kasvun taustalla saattaa olla kilpailu taloudellisesti kannattavista potilaista, joiden hoidon maksaa kunta tai sairaanhoitopiiri. Selvitäkseen investointien vaatimista kustannuksista tai alijäämistä tuottajat voivat joutua korottamaan kuntalaskutushintoja.²⁵ Kaikki tämä saattaa nostaa terveydenhuoltomenoja entisestään.

Toimiva kilpailu edellyttää tietoa palveluista. Kun vertailukelpoista tietoa on saatavilla, potilas voi entistä helpommin valita tarpeisiinsa sopivan tuottajan. Avoin, julkinen tieto palveluista voi ohjata potilaiden valintoja ja kannustaa tuottajia kehittymään.

Palveluntuottajien toimintaa koskevalla avoimella tiedolla voi kuitenkin olla haittavaikutuksia, erityisesti silloin, jos tietoa ei ole tarpeeksi tai se keskittyy liikaa kaikkeen muuhun kuin hoitoon. Jos potilaat havaitsevat esimerkiksi jonotusajat tai oheispalvelut, mutta eivät hoidon kliinistä laatua, sairaaloille voi syntyä paine lyhentää jonoja tai kehittää oheispalveluja hoidon kliinisen laadun kustannuksella. Riskinä on, että terveystalouden palveluita koskevan tiedon julkaisu on kokonaisvaikutuksiltaan jopa haitallista. Siten onkin tärkeää arvioida, minkälaista tietoa palveluista kannattaa tuottaa, ja kuinka tiedon julkaisu vaikuttaa potilaiden ja tuottajien valintoihin.



Erikoisutkija, VTT Tanja Saxellin tutkimusaiheisiin kuuluvat julkiset palvelut, terveydenhuoltomarkkinat, innovaatiotaloustiede ja kilpailun vaikutukset.

Saxell viettää lukuvuoden 2014–2015 Stanfordin yliopistossa tutkimassa terveystalouden tehokkuutta, lääkkeiden kysyntää ja patenttien vaikutuksia lääkemarkkinoilla.

Lisätietoja: www.vatt.fi/tanja-saxell

Viitteet

1. Ennen uudistusta potilas sai yleensä valita (yhdessä lääkärin kanssa) hoidon antavan kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön kotikuntansa erityisvastuualueella. Kiireellinen sairaanhoito annetaan potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta.
 2. Tulot sisältävät asiakasmaksut ja potilaiden kotikunnilta (perusterveydenhuolto) tai kotisairaanhoidopiireiltä (erikoissairaanhoido) perittävät maksut (ks. Häkkinen ym., 2014, Pihlajanmäki, 2014, HUS, 2014).
 3. Jos tuottajien saamat korvaukset ovat kustannuksiin verrattuna alhaiset, kilpailu voi johtaa laadun heikkenemiseen (Gowrisankaran ym., 2003). Palveluiden laadun heikkeneminen ei ole kuitenkaan yhteiskunnan kannalta välttämättä huono asia, jos laatutaso oli alun perin hyötyihin ja kustannuksiin verrattuna liian korkea.
 4. Kun muuten (esim. hinnoiltaan) samanlaisten palveluiden valikoimat poikkeavat toisistaan, palveluista saatava hyöty vaihtelee potilaiden välillä. Esimerkiksi sepelvaltimotaudin hoidossa osa potilaista voi hyötyä enemmän pallolaajennuksesta ja osa ohitusleikkauksesta.
 5. Kun muuten (esim. hinnoiltaan) samanlaisten palveluiden laatu poikkeaa toisistaan, potilaat ovat samaa mieltä siitä, mikä palveluista on laadukkain. Jos palveluiden laatu on parempi sairaalassa A kuin B, kaikki potilaat käyttävät mieluummin sairaalan A palveluita. Kilpailun vaikutuksia käsittelevissä tutkimuksissa terveystalouden laatu mitataan usein hoidettujen potilaiden terveyttä kuvaavien muuttujien avulla. Palveluiden huono laatu voi näkyä lisäksi siinä, etteivät potilaat saa tarvitsemaansa hoitoa tai jonot ovat pitkiä. Katso Gaynor ym., 2014.
 6. Katso Gaynor ym. 2012, Barros ym., 2011, Pihlajanmäki, 2014
 7. Lääkärilehti, 2014
 8. Kansainväliset tutkimukset viittaavatkin siihen, että potilaat reagoivat valinnanvapauden laajenemisen seurauksena aikaisempaa herkemmin palveluiden laatueroihin (ks., Gaynor ym., 2012, Gaynor ym., 2013, Gaynor ym., 2014, Varkevisser ym. 2012).
 9. Gaynor ym. (2013)
 10. Kessler ym. (2005)
 11. Ks. esim. HUS, 2014
 12. Yhtenä esimerkkinä on Tampereen yliopistollisen sairaalan, julkisomisteisen tekonivelsairaala Coxan ja TAY:s Sydänsairaala OY:n toimintaa markkinoiva sivusto. Lisäksi HUS:n strategiassa vuosille 2012-2016 sanotaan, että ”Kilpailussa menestyminen edellyttää mahdollisuutta palveluiden markkinoimiseen. Tälle luodaan periaatteet. Palveluiden myynnissä jäsenkuntien ulkopuolelle hyödynnetään erityisesti Hyksin vahvaa yliopistosairaalabrändiä.”
 13. On myös mahdollista, että kilpailu kannustaa tuottajia investoimaan yhteiskunnan kannalta liian vähän. Ks. lisätietoja Propper ym. (2011).
 14. ks. Propper ym., 2011, Gaynor, 2006 ja 2014, Barros ym., 2012, Mankiw ym., 1986
 15. Ääriesimerkkinä ovat Yhdysvaltalaiset sairaalat, jotka tarjoavat samanlaisia palveluita kuin hotellit (the New York Times, 2013, Goldman ym., 2008).
 16. Suomessa kuntalaskutus käytännöistä päätetään paikallisesti (esim. sairaanhoidopiiritasolla) ja kunnilta perittävät palvelumaksut voivat olla tuottajakohtaisia (ks. HUS, 2014, Häkkinen ym., 2014). Siten voi olla mahdollista, että palvelumaksuja muutetaan kustannusten, alijäämän tai hoidettavien potilaiden määrän muuttuessa. Katso Rättö ym., 2012 ja Pihlajanmäki, 2014.
 17. Lisäksi on mahdollista, että potilaat tuntevat terveystalouden huonommin kuin tuottajat eli tässä lääkärit. Kun potilaat eivät osaa arvioida hoidon tarvetta, tuottajille voi olla taloudellisesti kannattavaa tarjota potilaille hyötyihin ja kustannuksiin verrattuna huonoa palvelua (esimerkiksi tehdä tarpeettomia operaatioita). Katso esim. Skinner (2011).
 18. Potilaan sairaanhoidopiiri (perusterveydenhuollossa kotikunta) vastaa julkisen hoidon kustannuksista, olipa potilas valinnut minkä tahansa sairaanhoidopiirin (kunnan) alueella sijaitsevan hoitopaikan. Jo hoitoa annetaan muussa kuin järjestämistä vastuussa olevassa sairaanhoidopiirissä, hoitoa antanut sairaanhoidopiiri laskuttaa järjestämistä vastuussa olevaa sairaanhoidopiiriä täydellä kustannuksella (vähennettynä mahdollinen asiakasmaksu). Sairaanhoitopiiri laskuttaa edelleen jäsenkuntaansa perussopimuksen mukaisesti.
- Katso Häkkinen ym., 2013, Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos, 2014.
19. Ks. Cutler ym., 2010, Zabinski, 2013

20. Yli-investointiin voidaan puuttua useilla eri tavoilla (ks. esim. World Bank, 2014, Devers ym., 2003). Yhtenä vaihtoehtona on hyväksyttävä kalliit investoinnit jollakin ylemmällä (esim. julkisella) taholla tai lisätä keskitetysti tehtyjen taloudellisten arvioiden painoarvoa kalliita investointeja koskevilla päätöksissä. Esimerkiksi THL:ssä toimiva Finohta (www.thl.fi/finohta) tuottaa tietoa terveydenhuollossa käytettävien eri menetelmien vaikuttavuudesta ja kustannuksista (ks. myös Räsänen ym., 2013).

21. Kunnallisten sosiaali- ja terveystalouden palveluiden enimmäismaksut määritellään laissa ja asetuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. Kunta voi päättää ottaa käyttöön niitä pienemmät maksut tai antaa palvelun maksutta.

22. Tuottajat voivat hyötyä palveluita koskevasta tiedosta myös silloin, kun potilaat tuntevat palvelut huonosti. Tiedon avulla lääkärit voivat havaita

palveluissa esiintyvät puutteet ja kehittää sen pohjalta toimintaansa. Esimerkiksi Kolstadin (2010) tutkimuksen mukaan kirurgien informoiminen ohitusleikkausten laadusta johti laadun paranemiseen eli leikkauskuolleisuuden laskuun.

23. ks. Werner ym., 2009

24. Kliinisellä laadulla tarkoitetaan tässä palveluntuottajan tekemän toimenpiteen syy-seurausvaikutuksia potilaan terveyteen.

25. Suomessa kuntalaskutus käytännöistä päätetään paikallisesti (esim. sairaanhoitopiiritasolla) ja kunnilta perittävät palvelumaksut voivat olla tuottajakohtaisia (ks. HUS, 2014, Häkkinen ym., 2014). Siten voi olla mahdollista, että palvelumaksuja muutetaan kustannusten, alijäämän tai hoidettavien potilaiden määrän muuttuessa. Ks. Rättö ym., 2012 ja Pihlajanmäki, 2014.

Lähteet

Barros, P., Martinez-Giralt, X. (2012) Health economics – an industrial organization perspective. Routledge, Lontoo ja New York.

Barros, P., Siciliani, L. (2011) Public and private sector interface. Handbook of Health Economics, Vsk. 2, s. 927-1001.

OECD (2012) OECD Economic surveys. OECD Publishing 2012, s. 1-33.

Cutler, D., Huckman, R., Kolstad, J. (2010) Input constraints and the efficiency of entry: lessons from cardiac surgery. American Economic Journal: Economic Policy, Vsk. 2, s. 51-76.

Devers, K., Brewster, L., Casalino, L. (2003) Changes in hospital competitive strategy: new medical arms race? Health Services Research, Vsk. 38, s. 447-469.

Gaynor, M. (2006) What do we know about competition and quality in health care markets? NBER Working Paper No. 12301, s. 1-42.

Gaynor, M., Ho, K., Town, R. (2014) The industrial organization of health care markets. NBER Working Paper No. 19800, s. 1-64.

Gaynor, M., Moreno-Serra, R., Propper, C. (2013) Death by market power: reform, competition and patient outcomes in the national health service. American Economic Journal: Economic Policy, Vsk. 5, s. 134-166.

Gaynor, M., Propper, C., Seiler, S. (2012) Free to choose? Reform and demand response in the English national health service. NBER Working Paper 18574.

Goldman, D., Romley, J. (2008) Hospitals as Hotels: the Role of Patient Amenities in Hospital Demand. NBER Working Paper 14619, s. 1-33.

Gowrisankaran, G., Town, R. J. (1999) Estimating the quality of care in hospitals using instrumental variables. Journal of Health Economics, Vsk.18, s. 747-767.

Gowrisankaran, G., Town, R. J. (2003) Competition, payers, and hospital quality. Health Services Research, Vsk. 38, s. 1403-1421.

HUS (Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiri) (2013) Hoitopalvelujen tuotteistuksen ja hinnoittelun periaatteet vuodelle 2014. Valtuuston hyväksymä 11.12.2013.

Häkkinen, H., IsoMauno, J.-B., Koivuranta-Vaara, P., Tyni, T. (2014) Terveydenhuollon asiakkaan valinnanvapaus ja laskutus, 2014.

Kapiainen, S., Peltola, M., Häkkinen, U., Rättö, H. (2012) DRG:n käyttö ja toimivuus Euroopassa. Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos, Raportti 43/2012, s. 1-22.

Kessler, D., McClellan, M. (2000) Is hospital competition socially wasteful? The Quarterly Journal of Economics, Vsk. 115, s.557-615.

- Kessler, D. P., Geppert, J. J. (2005) The Effects of Competition on Variation in the Quality and Cost of Medical Care. *Journal of Economics and Management Strategy*, Vsk. 14, s. 575-589.
- Kolstad, J. (2010). Information and quality when motivation is intrinsic: evidence from surgeon report cards. *The American Economic Review*, Vsk. 103, s. 2875-2910(36).
- Kuntaliitto (2011) Terveydenhuoltolain 58 §:n mukainen kuntalaskutus. Kuntaliiton Yleiskirje 30/80/2011.
- Lääkärilehti (2014) Varsinais-Suomi pelkää soten aloittavan kilpavarustelun. Lääkärilehden uutisia, 5.3.2014.
- Mankiw, N. G., Whinston M. D. (1986) Free entry and social inefficiency. *The RAND Journal of Economics*, Vsk. 17, s. 48-58.
- Skinner, J. (2011) Causes and consequences of regional variation in health care. *Handbook of Health Economics* (Ed. Pauly, M. V., McGuire T. G., Barros, P. P.) Osa 2, s. 45-93.
- Pihlajanmäki, J. (2014) Investointien teoriaa ja käytäntöä. Johtajan blogi, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2012) Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perussopimus. s. 1-10.
- Propper, C., Leckie, G. (2011) Increasing competition between providers in health care markets: the economic evidence. *The Oxford Handbook of Health Economics*, Luku 28, Oxford University Press, Oxford New York.
- Räsenen, P., Sintonen, H (2013) Terveydenhuollon taloudellinen arviointi. *Suomen Lääkärilehti*, Vsk. 68, s. 1255-1260.
- Rättö, H., Johnsson, P. M., Häkkinen, U., Häkkinen, P. (2012) Somaattinen erikoissairaanhoito Pohjoismaissa - Vertailututkimus. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, raportit 51/2012, s. 1-39.
- Salo, H., Sintonen, H. (2002) Rokotusohjelman taloudellinen arviointi. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, Vsk.118, s. 93-97
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2014) Valinnanvapaus – valinnanvapauteen liittyvät kysymykset aihealueittain. Viitattu 14.11.2014.
- The New York Times (2013) Is this a hospital or a hotel. *News Analysis*. 21.9.2013.
- Werner, R., Konetzka, R., & Kruse, G. (2009). Impact of public reporting on unreported quality of care. *Health Services Research*, Vsk. 44, s. 379-398.
- World Bank (2014) Is that surgery really necessary? Ensuring the medical necessity of care. *Uutiset*, heinäkuun 30, 2014.
- Zabinski, Z. (2013) Product quality choice under weak price competition: hospital adoption of robotic surgery. *Job Market Paper*, Northwestern University.
- Varkevisser, M., van der Geest, S. A., Schut, F. (2012) Do patients choose hospitals with high quality ratings? Empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands. *Journal of Health Economics*, Vsk. 31, s. 371–378



Policy Brief on Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen artikkelisarja, joka esittelee taloustieteellisiä näkökulmia ajankohtaisiin yhteiskunnallisiin kysymyksiin ja talouspolitiikan päätöksiin. Artikkelit julkaistaan VATT:n verkkosivuilla www.vatt.fi.

Kannen kuvitus: Shutterstock

Graafinen suunnittelu: Henri Lassander

© Valtion taloudellinen tutkimuskeskus 2014

www.vatt.fi