

Kuluttajan vai tuottajan asialla?

Sairaanhoitopiirin tulevaisuuden rooli

Mats Brommels ja Timo Korhonen

YHTEENVETO

Tuleva valtionosuusjärjestelmän muutos on perinpohjin muuttamassa terveydenhuollon toimintaympäristöä. Eryityisesti tämä koskee erikoissairaanhoitoa, joka menettää nykyisen »automaattisen rahoituskanavansa». On siis perusteltua analysoida mitä muutoksia nykyisiin hallintorakenteisiin uudistus voi aiheuttaa. Siirtyminen kohti avointa taloutta on yhteinen kehityspiire länsimaiden terveydenhuollossa riippumatta »tuotantolaitosten» omistussuhteita. Kansainvälisten havaintojen ja sitä tukevan teorian perusteella on mahdollista eritellä joukko kehitysvaihtoehtoja erikoissairaanhoidon hallinnolle Suomessa. Tässä artikkelissa esitetään, että nykyisten sairaanhoitopiirien hallinto voi tulevaisuudessa valita yhden seuraavista rooleista: erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajan, tuotantolaitosten omistajan, palvelujen ostajan tai hallinnon keventäjän roolin. Mikä näistä rooleista omaksutaan tulee riippumaan alueellisista olosuhteista ja vaikuttajien välisistä ajankohtaisista valtasuhteista. On sen vuoksi ennustettavissa, että eri lääneissä sairaanhoitopiiriorganisaatiot tulevat muuttuman eri tavoilla.

JOHDANTO

Erikoissairaanhoitolaki säädettiin joulukuussa 1989 noin kolmekymmentä vuotta kestäneen hallinnollisen kehittämistyön tuloksena. Lähtökohtana oli ollut pyrkimys toteuttaa maakunnallinen itsehallinto eli luoda samanlainen väliportaan hallinto kuin Ruotsissa on vallinnut 1860-luvulta alkaen. Tanskassa ja Norjassa maakuntaorganisaatio rakennettiin ruotsalaisen esimerkin mukaan 1970-luvulla.

Uudistus rajoittui lopulta koskemaan pelkästään erikoissairaanhoitoa, ja sitä voidaan pitää puhtaasti hallinnon ratioinointirytyksenä. Erikoissairaanhoitoain valmistelussa korostettiin

mm. päällekkäisten organisaatioiden purkamista (kuntainliittojen yhdistämistä) ja sen kautta uskottiin saavutettavan mahdollisuus toteuttaa rationaalinen ja tehokas terveyspalvelujen tuotanto aluetasolla. Avainsanoina olivat toiminnan järkevä porrastus ja kattavaan tarvearvioon perustuva tasapainoinen palvelujärjestelmä (väestövastuu). On mielenkiintoista todeta, että päähuomio kiinnitettiin nimenomaan luottamusmienshallinnon keventämiseen, mikä näyttää olevan myös vapaakuntakokeilun keskeisin tulos (Ståhlberg 1991). Yhdistetty hallinto merkitsee niissä sairaanhoitopiireissä, joissa oli useita kuntainliittoja tai sairaaloita *päättösvallan keskittämistä*. Tätä on perusteltu rationaalisen ohjauksen ja suurtuotannon eduilla.

Rinnan sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalaila tapahtuneen uudistustyön kanssa oli kuitenkin valtiovarainministeriössä valmisteltu valtionosuusjärjestelmän muutosta, jota sittemmin on markkinoitu »Hiltusen mallina». Pyrkimys siirtyä kustannusperusteisesta valtionosuudesta »tarveperusteiseen» (laskennalliseen) valtionosuuteen oli sisältynyt jo edelliseen laajaan uudistukseen 1980-luvun alussa (VALTA-VA-uudistus), mutta oli silloin kaatunut sektoriviranomaisten ja kuntien vastustukseen. Rahoitusjärjestelmän muutoksen pontimena lieinee ensisijassa valtiontaloudellinen huoli ja sektorikohtaisten »menoautomaattien» pysäyttäminen. Epäilemättä on »mallin» rakentajilla myös ollut mielessä luoda taloudellisia kiihokkeita suurempaan tehokkuuteen ja purkaa keskitetty suunnittelujärjestelmä. Vaikka uudistuksen yksityiskohdat eivät vielä ole tiedossa voidaan kuitenkin kiistatta todeta että vaitionosuuksien antaminen laskennallisin perustein peruskunnille »avaa» terveydenhuollon talouden. Ainakin erikoissairaanhoidossa tulee olemaan selkeitä ostajia ja myyjiä, ja myyjien välille tulee syntymään kilpailua.

Avoin markkinatalous on keskitetyn suunnittelujärjestelmän vastakohta. Miten keskittämistrategiaan perustuva sairaanhoitopiiriorga-

nisaatio tulee tähän päinvastaiseen kehitykseen vastaamaan ?

Vaihtoehtojen erittelyssä keskeisenä seikkana on sairaanhoitopiirin luonne *alueellisena organisaationa*. Yksittäisten sairaaloiden olemassaolo ja menestyminen riippuu jatkossa siitä, miten hyvin ne pystyvät tyydyttämään markkinoilla olevaa kysyntää. Alueorganisaatio joutuu sen sijaan hakemaan oikeutuksensa sopeuttamalla roolinsa syntyvään avoimeen talouteen, jossa rahoituksen kontrolli on yksiselitteisesti siirtynyt kunnille.

Kun jatkossa yksinkertaisuuden vuoksi käytetään termiä sairaanhoitopiiri tarkoitetaan tällä alue-organisaatiota eli sairaanhoitopiirin kuntainliiton hallinnollista ylärakennetta poliittisine päätöksentekojärjestelmineen.

Tämän artikkelin tarkoituksena on analysoida sairaanhoitopiirien roolia ja tehtäviä siirtymässä avoimeen talouteen terveydenhuollossa. Lähtökohtana on kaavailun Hiltusen mallin mukaisen valtiosuusjärjestelmän toteutuminen. Mahdolliset toimintastrategiat johdetaan ja niiden uskottavuutta punnitaan muissa länsimaissa syntyneiden organisaatio- ja toimintamallien sekä niitä tukevien teorioiden avulla.

Artikkelin ulkopuolelle on rajattu muutosten vaikutus kuntainliittojen ja sairaaloiden organisaatiomuotoihin sekä kuntien rooli nykyisten kuntainliittojen omistajina. Niihin kysymyksiin tulevat vaikuttamaan mm. vapaakuntakokeilusta saatavat kokemukset, kunnallisia liikelaitoksia koskevan lainsäädännön muovautuminen ja kunnallislain muutoshanke.

KANSAINVÄLISET KOKEMUKSET

Kaikkiällä länsimaissa on Hiltusen mallin kaltaisia uudistuksia ja kokeiluja. Mielenkiintoista on todeta teemojen olevan samat riippumatta siitä, onko terveydenhuoltojärjestelmä verorahoituksella toimiva julkinen tuotantoorganisaatio tai vakuutus pohjainen järjestelmä, ja riippumatta julkisen ja yksityisen sektorin osuuksista. Yhteistä kaikissa malleissa on pyrkimys *tuottajamonopoliin murtamiseen*. Tämä aikaansaadaan erottamalla ostaja tai rahoittajataho palvelujen tuottajasta sijoittamalla ne eri organisaatioihin.

Euroopassa pontimena on paitsi tuottavuuden kohottaminen taloudellisten kiihokkeiden avulla myös palvelukykyisyyden parantaminen ja kuluttajien vaikutusmahdollisuuksien lisääminen. Budjettiraameja käyttävissä järjestel-

missä (esim. Englanti) kustannuksia on kansallisella tasolla pystytty varsin hyvin hillitsemään. — Nyt käynnistynyt murros on heijastuma myös laajemmin hyvinvointiyhteiskuntaan kohdistuvasta kriitistä, tarpeista supistaa julkista sektoria ja yhteiskunnallista keskustelua ravastelevasta suunnitelmatalouden romahduksesta.

Yhdysvalloissa päällimmäisenä ongelma on — eurooppalaisittain käsittämättömän epäsoviaalisen vakuutusurvan puutteen lisäksi — kustannuskriisi. Amerikkalainen terveydenhuolto on toki laajassa mitassa yksityinen, mutta ei suinkaan vapaa markkinatalousjärjestelmä. Sitä ovat hallinneet vahvat ja kartellisoituneet tuottajat, ja presidentti Reaganin aloitteesta aloitetut uudistukset ovat pyrkineet korjaamaan vääristyneitä markkinoita ja luomaan vastapainoksi vahvoja ostoorganisaatioita.

Tasapainottomien terveydenhuoltomarkkinoiden ongelmat ovat synnyttäneet terveystaloustieteilijöiden ja organisaatiotutkijoiden piirissä uusia mielenkiintoisia teoreettisia malleja. Enthovenin (1988) »ohjattu kilpailumalli» (managed competition) sisältää yksittäisen kuluttajan ja tuottajan kohtaamista säätelevän kollektiivisen ostajan (sponsor), joka riittävällä asiantuntemuksella ja budjetilla varustettuna voi edustaa kuluttajien etuja ja kilpailuttaa tuottajia. Saltman ja von Otter (1989) osoittavat, että malli voi toimi myös järjestelmässä, jota rahoitetaan julkisin varoin ja jossa tuottajat ovat julkisesti omistettuja yksiköitä (»julkinen kilpailumalli»). Tosin he tähdentävät että se edellyttää laajalle ulotettua potilaiden vapautta valita miltä tuottajalta palvelunsa hakevat.

Uusissa malleissa ja eri maissa käynnissä olevissa kokeiluissa ei tuottajan roolin määrittely ole tuottanut ongelmia. Tuotantoyksikkö on joko sairaala, avohoitoyksikkö tai myös ennaltaehkäisystä ja terveyden edistämisestä huolehtiva perusterveydenhuollon yksikkö. Visaisimmaksi ongelmaksi on muodostunut — aikaisempien kokemusten puuttuessa lähes kokonaan — ostajan roolin hahmottaminen.

VARSINAINEN VÄESTÖVASTUU: TERVEYSPALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

Niin edellä mainituissa teoreettisissa malleissa kuin ajankohtaisissa kokeiluissakin on pyritty luomaan kollektiivinen ostoorganisaatio. Tämä sopii hyvin myös pohjoismaiseen hyvinvointivaltioon, jossa yhteiskun-

nan tehtävänä pidetään terveyspalvelujen järjestämistä kansalaisille. Myös eurooppalaisissa vakuutusperustaisissa järjestelmissä yhteiskunta on viime kädessä varmistanut kaikille kansalaisille perusturvan. »Väestövastuullisena tehtävänä» on järjestelmästä riippumatta huolehtia siitä että väestö saa olemassa olevien voimavarojen puitteissa lääketieteellisen tarpeen mukaiset ja laadukkaat terveyspalvelut tasarvoisin perustein. Miten ja kenen toimesta toimesta palvelut tuotetaan jää tämän tehtävän ulkopuolelle.

Näin määrittelystä järjestämisvastuusta voidaan huolehtia ainakin kolmella eri tavalla:

1. Vakuutusjärjestelmä

Perusturva on *lakisääteinen ja kaikkia kattava* sekä rahoitetaan veroluonteisesti työntajilta ja kansalaisilta kerätyillä maksuilla. Järjestelmä voi olla kansallinen, alueellinen tai jopa työpaikkakohtainen. Vapaaehtoisia lisävakuutuksia voidaan ottaa. Vakuutusorganisaatio toimii kollektiivisena ostajana. — Eurooppalaisina esimerkkeinä ovat Saksa ja Hollanti. Vakuutusjärjestelmien eduista ja haitoista on olemassa laaja terveystaloustieteellinen kirjallisuus. Pyrkimys veroasteen alentamiseen Pohjoismaissa saattaa nostaa esille kysymyksen terveydenhuollon rahoitusperustan monipuolistamisesta, jolloin vakuutusjärjestelmätkin saattavat herättää uutta mielenkiintoa.

2. Julkinen viranomainen

Margaret Thatcherin toimeenpanema Englannin kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän (NHS) uudistus osoittaa ostajatehtävän terveydenhuollon *aluehallintoelimille* (District Health Authorities). Koska NHS on valtiollinen, kyseessä on valtion virkamiesten hoitama tehtävä. Edustuksellisilla paikallis- tai aluehallinnon elimillä ei ole asemaa Englannin terveydenhuollossa.

Ruotsin Bohusin maakunnan tulevassa terveydenhuolto-organisaatiossa säilyvät tuottajat maakunnan omistamina. Ostotehtävä annetaan *kunnallisille terveyslautakunnille*, jotka saavat määrärahasa väestömääränsä suhteessa.

3. Väestövastuullinen perusterveydenhuolto

Englannissa on suurimmille yleislääkäreiden ryhmävastaanotoille (vähintään 9000 potilaan

»väestöpohja») annettu tietyissä tapauksissa kokonaisbudjetti josta katetaan potilaiden terveydenhuoltomenot (general practitioner fund holders). Budjetista rahoitetaan paitsi perusterveydenhuollon toiminnot myös lääkekulut ja suurin osa erikoissairaanhoidon palveluista.

Dalarna-maakunta Keski-Ruotsissa siirtyi vuoden 1991 alusta »ohjattuun kilpailumalliin» (Dalamodellen). Maakunta on terveydenhuoltoa varten jaettu terveyskeskusalueisiin, ja kukin terveyskeskus saa väestönsä terveyspalveluihin tarvittavat määrärahat käyttöönsä. Terveyskeskukset ostavat erikoissairaanhoidon palvelut väestölleen maakunnan ylläpitämistä (tai ulkopuolisista) sairaaloista.

OSTAJIEN ONGELMAT

Toteutetuissa uudistuksissa ja kokeiluissa on törmätty seuraaviin ongelmiin:

Väestöpohja ei aina ole muodostunut riittävän suureksi. Vahvalla ostajalla pitäisi olla iso budjetti. Suurten lukujen avulla voidaan myös satunnaisvaihtelut hallita paremmin. Englantilaisen aluehallintoviranomaisten väestöpohja on useimmiten noin 300 000 asukasta. Jo ensimmäisenä vuonna useat aluehallintoviranomaiset ovat perustaneet yhteisiä ostokonsortioita. Englannissa arvioidaan että aluehallintoviranomaisia tullaan jatkossa yhdistämään toisiinsa. — Hiljattain suoritettussa tietokonesimulaatiossa (Crump ym 1991) käytettiin perustana 180 000 asukkaan alueelta yhden vuoden toteutuneet sairaalahoitajaksot, joita oli 33 000. Sadan ajon perusteella (vastaten sadan vuoden »historiaa») muodostui satunnaisvaihteluksi 6 % keskimääräisestä vuosikustannuksesta. Simulaatio antoi 24 000 asukkaan väestöpohjalle satunnaisvaihteluksi 15 % ja 9000 asukkaan väestöpohjalle satunnaisvaihteluksi 28 % keskimääräisestä vuosikustannuksesta.

Terveydenhuollossa kysyntä yleensä aina ylittää tarjonnan. Terveydenhuoltoon osoitetujen voimavarojen kasvun hidastuessa tai pyritäessä aktiivisesti hillitsemään kustannustasoa joudutaan joka tapauksessa toiminta priorisoimaan eli *palveluja säännöstelemään*. Palvelujen säännöstelyn painopiste voi olla joko kysynnän tai tarjonnan säätelyssä. Säätely voi olla hallinnollista tai taloudellista. Kysyntää rajoitetaan vähentämällä ostajan (kollektiivin tai yksilön) ostovoimaa. Tarjontaa rajoitetaan kontrolloimalla tuottajien kapasiteettia. Myös tarkastelutaso vaikuttaa keinoihin. Vähentämällä kan-

sallisella tasolla peruskunnan terveystbudjettia on vaikutettu kysyntään. Peruskunta joutuu ehkä vähentyneiden resurssien vuoksi supistamaan oman terveyskeskuksen kapasiteettia, eli puuttumaan tarjontaan. Budjettivastuu ja taloudelliset kiihokkeet voivat vääristää säännöstyä siten, että lääketieteellinen tarvearvio tai normatiivinen tavoite (tasa-arvo) ei ohjaa päätöksentekoa. — Toistaiseksi ei kansainvälisistä kokemuksista näytä nousevan esille »ihaneratkaisua». Miten painotetaan tarvetta kustannuskontrolliin, lääketieteellisen tarpeen huomioonottamista ja normatiivisia tavoitteita on kuitenkin pohdittava osto-organisaation pelisääntöjä ratkottaessa.

SAIRAAHOITOPIIIRIN ROOLIT

Ostajien ja tuottajien erottaminen toisistaan, terveydenhuollon osto-organisaatiota koskeva teoria ja eri maiden kokeiluista saadut kokemukset viittavat siihen että sairaanhoitopiirit *ei-vät voi* valtionosuusjärjestelmän muutoksen jälkeen *jatkaa nykymuotoisina*. Tällä hetkellä sairaanhoitopiiri yhdistää osto- ja tuotantotoiminnot erikoissairaanhoidoa koskevan väestövastuunsa johdosta ja nykyisen rahoitusjärjestelmän turvin.

Avoimessa taloudessa sairaanhoitopiiri voi valita yhden seuraavista rooleista:

1. Tuottaja

Sairaanhoitopiiri hallitsee piirin perustamisen yhteydessä siihen liitetyt toimintayksiköt, ja voi jatkaa puhtaana tuotanto-organisaationa myös menetettyään suorat valtionavut. Etuna ovat suurtuotannon hyödyt. Ongelmaksi voi muodostua — varsinkin isoissa piireissä — markkinavoimien synnyttämän »keskipakoisvoiman» hallinta. Peruskuntien ostojen vapautuessa terveyspalvelujen paikallisen tuotannon merkitys kasvaa.

Siirtyessään palvelujen tuottajaksi ja menettäessään alueellisen monopoliasemansa sairaanhoitopiiri ei voi enää myydä palvelujaan keskimääräisillä hinnoilla. Tällöin menetettäisiin ne palvelut joiden tuotantokustannukset alittavat keskimääräisen kustannuksen ja jäljelle jäävän toiminnan kustannukset nousisivat näin käynnistäen jatkuvan kustannustason nousun noidankehän. Tuottajaorganisaationa sairaanhoitopiiri ei siten voisi huolehtia kuntien kysynnän satunnaisvaihtelujen kustannusvaiku-

tusten tasaamisesta (kuntainliiton ns. vakuutusfunktio). Tuottajaa ei luonnollisesti voi rasittaa riskivakuutuksen kustannuksilla kilpailukyvyyn siitä kärsimättä.

Siirtyminen puhtaaksi tuottajaorganisaatioksi merkitsisi automaattisesti heijastusvaikutuksia nykyiseen hallintoon. Hallitakseen organisaation sairaanhoitopiirin keskushallinto joutuisi ottamaan toiminnan operatiivisen johtamisen (vähintään konserninjohdon) käsiinsä, jonka jälkeen kaksipuolaiselle luottamusmiesshallinnolle ei olisi tarvetta.

2. Omistaja

Sairaanhoitopiiri vastaa jäsenkuntien puolesta kuntainliiton omaisuuden hallinnasta, eli toimii holding-yhtiön tavoin. Toimintayksiköt ovat itsenäisiä (»tytäryhtiöitä»), jotka solmivat myyntisopimukset suoraan kuntien kanssa, ja kantavat vastuun kysynnän mukaisten palvelujen tuottamisesta kilpailukykyisesti. Sairaanhoitopiirin tehtävänä on varmistaa kuntainliiton sijoitetulle pääomalle mahdollisimman hyvä tuotto. Sen vastuulla on koko kuntainliiton rahoitus. Mallin etuna on se että organisaatio on mahdollisimman pitkälle hajakeskitetty näin sopeutuen markkinaolosuhteisiin, mutta skaalaetu säilytetään rahoituksessa ja omaisuuden hallinnassa. Liian lyhytnäköiset tuottovaatimuksista johtuvat kapasiteetin muuttamispäätökset on helpompi torjua tai tasata. Haittana on mahdollisten suurtuotannosta johtuvien skaalaetujen häviäminen yksiköiden itsenäisyyden vuoksi. Malli joutuu luottamaan tässä suhteessa siihen että markkinat huolehtivat tehokkuuden takaamisesta.

3. Ostaja

Sairaanhoitopiiri luopuu tuotantovastuusta ja -laitoksista, jotka itsenäistyvät täysin. Niiden omistusmuoto voi säilyä edelleen kunnallisena. Toisaalta sairaanhoitopiirin ottaessa väestövästuisen terveyspalvelujen järjestämistehtävän edellä kuvatuin valtuuksin ja resurssein jää toimintayksiköiden omistussuhde toissijaiseksi. Sairaanhoitopiiri toimii jäsenkuntiansa puolesta ostajana ja kilpailuttaa eri palvelujen tuottajia. Etuna on että synnytetään kuntaa olennaisesti suurempi ostajaa, jolloin ostoja voidaan suorittaa »isommalla rahalla» ja satunnaisvaihtelut paremmin hallita. Sairaanhoitopiiri voi myös kerätä tarkoitusta varten vakuutusrahas-

toa, koska sillä ei ole tuotantovastuuta. Lopuksi skaalaetua voidaan hyödyntää väestövastuullisessa palvelujen tarpeen arvioinnissa ja seurannassa sekä tuottajien valvonnassa. Tähän tarvittava epidemiologian, kansanterveystieteen ja suunnittelun asiantuntemus on helpompi keskittää kuin varsinainen palvelutuotanto. Järjestelyn heikkoutena on lähinnä se että nopeasti sairaanhoitopiirin perustamisen jälkeen joudutaan toimintayksiköitä uudelleen itsenäistämään. Tämän suuntainen kehitys tosin voidaan olettaa käynnistävän markkinavoimien ansiosta.

4. Hallinnon keventäjä

Sairaanhoitopiirin nykyinen hallintokoneisto lakkautetaan tai liitetään toimintayksiköiden hallintoon, jotka itsenäistyvät mutta voivat jatkaa edelleen kunnallisina organisaatioina. Kunnat hoitavat itse ostonsa. Etuna on (mahdollisesti) hallintokulujen säästyminen ja palvelujärjestelmän yksinkertaistuminen. Haittana on (mahdollisesti) skaalaedun menetys sellaisilla alueilla jossa toimintojen fuusioituminen on onnistunut. Lisäksi ostajaorganisaatiot jäävät pieniksi.

KEHITYKSEN SUUNTA

Tällä hetkellä valtionosuusuudistuksen yksityiskohdat eivät vielä ole varmistuneet eikä uudistuksen vaikutuksista sinänsä ole virinnyt kovin laajaa keskustelua kunnissa ja kuntainliitoissa. Päähuomio on kohdistunut uudistuksen mahdollisiin rahallisiin »häviöihin» ja »voitajiin». Myös erikoissairaanhoitolain voimaantulo on niin tuore asia, ettei sairaanhoitopiirin uutta roolia ole päästy laajamittaisesti pohtimaan. Tämä artikkeli pyrkii myötävaikuttamaan tällaisen erittelevän keskustelun syntymiseen.

Maan kaksikymmentä sairaanhoitopiiriä eroavat suuresti toisistaan. Pienimmissä sairaanhoitopiireissä ei ole kuin yksi sairaalakompleksi, kun väestöpohjaltaan suurimmassa on säilytetty varsin pitkälle hajakeskitetty sairaalajärjestelmä. Yhtenäisen mallin noudattaminen osoittautui mahdottomaksi erikoissairaanhoitolain toteuttamisessa. Valtionosuusjärjestelmän uudistuksessa vaikuttajien lukumäärä nousee dramaattisesti, pelisäännöt muuttuvat radikaalisti ja niiden myötä taloudelliset kiihokkeet. Ei ole siten vaikea ennustaa päätöksenteon muuttuvan monitahoisemmaksi ja entistä vaikeammin ohjattavaksi perinteisen suunnittelun keinoin. Todennäköinen kehityksen suunta on siten se, että eri lääneissä tullaan sairaanhoitopiirien rooli näkemään erilaisena ja muovaamaan alueellisten olosuhteiden ja dominoivien intressien mukaan.

Ensi kokemukset Englannista ja Ruotsista osoittavat valtavirtana kulkevien muutosten toteutuvan helpoiten tuottajayksiköissä. Eniten innovaatiota ja uutta taitotietoa vaaditaan riittävän vahvojen, asiantuntevien ja yhteiskunnalliseen päätöksentekoon pohjautuvien ostorganisaatioiden luomiseen. Tämä olisi myös Suomessa nähtävä haasteena.

KIRJALLISUUS

- Crump BJ, Cubbon JE, Drummond MF et al. Fundholding in general practice and financial risk. *Brit Med J* 1991;302:1582—4.
- Enthoven A. Managed competition of alternative delivery systems. *J Health Politics, Policy and Law* 1988;13:305—21.
- Saltman R, v Otter C. Public competition vs. mixed markets: an analytical comparison. *Health Policy* 1989;11:43—55.
- Ståhlberg K. Vapaakuntien politiikan profiilit. Hallinnon tutkimus (tässä numerossa).