



VALTIOVARAINMINISTERIÖ

Keskustelualoite 2/2014

Sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistusten taloudellisten vaikutusten arviointi

Erkki Vihriälä

Lokakuu 2014

VALTIOVARAINMINISTERIÖ
PL 28 (Snellmaninkatu 1 A) 00023 VALTIONEUVOSTO
Puhelin 0295 16001 (vaihde)
Internet: www.vm.fi

ISBN 978-952-251-621-3

Sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistusten taloudellisten vaikutusten arviointi

Erkki Vihriälä

28/10/2014

Keskustelunaloite arvioi sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistusten taloudellisten vaikutusten arvioinnin mahdollisuutta. Luotettavat kvantitatiiviset arviot sote-uudistuksen julkistaloudellisista vaikutuksista eivät ole tällä hetkellä mahdollisia, mutta tutkimuskirjallisuus antaa suuntaviivoja mahdollisista vaikutuksista ja niiden toteutumisen edellytyksistä. Sote-palvelujen integraatiolle on teoreettisia perusteluja, vaikka empiirinen näyttö sen kustannusvaikutuksista on vähäistä. Skaalaetujen osalta sote-uudistuksen pitäisi keskittyä sairaaloiden työnjaon ja erikoistumisen edistämiseen yksiköiden yleisen koon kasvattamisen sijaan, sekä tietojärjestelmien yhdenmukaistamiseen. Sote-alueiden hallinto- ja rahoitusmalli vaikuttavat toimijoiden kannustimiin hillitä kustannusten kasvua, ja hallinto- ja rahoitusratkaisut olisikin syytä tehdä samanaikaisesti. Sote-alueiden kansallinen ohjaus on tarpeellista, esimerkiksi alueellisten menokattojen avulla. Tuottajien korvausmuotona tulee olla lähtökohtaisesti kapitaatiomaksut, vaikka kilpailun tai kansalaisten informaation puute saattavat vaatia myös palveluperusteisia korvauksia. Sote-palvelujen kustannusten bkt-osuuden nousu on yleislänsimäinen ilmiö, jonka todennäköisin pääselitys on teknologinen kehitys. Parhaimmillakin järjestämiskäytöksillä voidaan siis saavuttaa vain tasosäästöjä kustannuksissa, ei pysyvää kustannusten nousuvauhdin hidastumista.

Sisältö

1 Sosiaali- ja terveystalouden uudistusten taloudellisten vaikutusten arviointi	1
2 Sote-uudistus	1
2.1 Pääpiirteet ja tavoitteet	2
2.2 Taloudelliset vaikutusarviot	2
2.2.1 Sote-palvelujen integraation kustannusvaikutukset	3
2.2.2 Integraation vaikutukset koko maan tasolla	4
2.2.3 Erikoissairaanhoidon säästöpotentiaali	6
2.2.4 Kansallisen ohjauksen merkitys	6
3 Näkökulmia sote-palvelujen taloudelliseen arviointiin	7
3.1 Kustannuseroja selittävät tekijät	7
3.2 Kustannuskehityksen ennustaminen	8
3.2.1 Kansainväliset harjoitukset	8
3.2.2 Suomen SOME-malli	9
3.3 Rakennemuutosten arviointi	10
3.3.1 Palvelujen integraatio ja substituutio	11
3.3.2 Skaalaedut ja palveluverkon tiivistäminen	12
3.3.3 Hallintomallin vaikutukset	13
3.3.4 Sote-alueen rahoitus	14
3.3.5 Yksityisen ja julkisen palvelutuotannon erot ja rahoitus	16
4 Sote-palvelujen uudistaminen ja kehityspaineet	18
Lähteet	21

1 Sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistusten taloudellisten vaikutusten arviointi¹

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään (sote) on kohdistunut viime vuosina voimakkaita muutospaineita sekä toiminnallisten puutteiden että taloudellisen kestävyuden turvaamisen takia. Tuorein ilmentymä muutoshalukkuudesta on Kataisen ja Stubbin hallitusten sote-uudistus.

Terveydenhuollon järjestämisuudistuksilla pyritään mm. palvelutason parantamiseen, terveyserojen kaventamiseen ja kustannuksien hillintään. Tuoreimmalle uudistukselle povataan merkittävää roolia julkistalouden kestävyysvajeen pienentämisessä. Tämä muistio pohtii sote-uudistuksen taloudellisten vaikutusten (erityisesti julkinen talous) arvioinnin mahdollisuutta, eikä siis keskity terveydellisiin tai toiminnallisiin vaikutuksiin². Tavoitteena on kommentoida esitetyjä arvioita uudistuksen vaikutuksista kirjallisuuskatsauksen pohjalta sekä nostaa esille ehtoja uudistuksen onnistumiselle. Tarkoituksena on myös tuoda realismia keskusteluun järjestelmätason muutosten vaikutusten arvioinnin mahdollisuudesta.

Sote-uudistuksen taloudellisten vaikutusten arviointi on haastavaa useasta syystä. Muiden maiden kokemukset eivät mahdollista ehdotetun uudistuksen kvantitatiivisia arvioita, sillä kansainväliset uudistukset ovat eronneet sekä lähtö- että lopputilanteen osalta. Toisaalta suomalaisella aineistoilla ei voida luotettavasti arvioida kokonaistaloudellisia vaikutuksia, koska harvat aiemmat kokemukset (Kainuu, Eksote) vastaavat vain epätäydellisesti suunniteltua uudistusta. Sote-uudistusta ei ole tarkoitettu kokeilla rajoitetusti ennen lopullista täytäntöönpanoa, vaan uudistus toteutetaan samanaikaisesti koko maassa. Näin ollen ei muodostu vertailupohjaa, joka mahdollistaisi sen arvioinnin, mitä sote-kustannuksille olisi tapahtunut ilman uudistusta.

Siinä missä em. vaikeudet liittyvät uudistuksen vaikutusten vaikeaan todennettavuuteen (empiria), on vaikutuksia haastava arvioida myös teoreettisesti. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on monimutkainen kokonaisuus, jonka kustannuksiin vaikuttavat mm. palvelujen tuotantotapa, rahoitusjärjestelmä ja kansalaisten valintamahdollisuudet. Teoreettisella mallilla on haastavaa kvantitatiivisesti arvioida, miten rakenteelliset uudistukset vaikuttavat kustannuksiin. Tutkijat voivat kuitenkin arvioida miten uudistukset mm. mahdollistavat skaalaetujen ja sujuvien palveluketjujen hyödyntämisen tai millaiset ovat järjestelmän kannustimet kustannustenhallintaan.

Muistion rakenne on seuraava. Toisessa luvussa esitellään sovitun sote-uudistuksen keskeinen sisältö ja aikaisempia kustannusarvioita. Kolmannessa luvussa käsitellään yleisemmin tapoja arvioida sote-palvelujen kustannuskehitystä ja uudistusten vaikutuksia. Neljäs luku päättää yhteenvedon ja keskusteluun sote-järjestelmän kehityspaineista.

2 Sote-uudistus

Kunta- ja palvelurakenteen uudistus oli yksi Kataisen hallituksen päätavoitteista. Koska kunnat ovat Suomessa merkittäviä palveluntuottajia, kuntauudistus oli luonteva ajankohta myös sote-järjestelmän remontille.

Vastuu sote-palveluista oli uudistuksen alkuvaiheessa tarkoitettu säilyttää kunnilla – kuntien yhdessä muodostamien sote-alueiden oli tarkoitus olla poikkeustapauksia.

¹ Keskustelualoitteen väitteet ovat kirjoittajan omia eivätkä välttämättä edusta Valtiovarainministeriön kantaa. Haluan kiittää Mika Kuismasta, Tuulia Hakola-Uusitaloa, Jukka Pekkarista, Markku Pekurista, Ismo Linnanmaata, Antti Moisioita, Jenni Kellokumpua ja Antti Alilaa hyvistä ja rakentavista kommentteista.

² Terveydelliset ja toiminnalliset vaikutukset voivat sinällään olla riittävä peruste uudistukselle, vaikka suorat taloudelliset vaikutukset olisivatkin rajallisia.

”Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu säilytetään kunnilla. Laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden varmistamiseksi ja rahoituksen turvaamiseksi tulee muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä vahvoja peruskuntia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen ja rahoittamiseen kykenevän vahvan kunnan vaihtoehtona voidaan tarvittaessa antaa mahdollisuus poikkeusmenettelyyn, jossa kunnat yhdessä voivat muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä, väestöpohjaltaan riittävän suuria sosiaali- ja terveydenhuoltoalueita. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen toteutus selvitetään osana kunta- ja palvelurakenneselvitystä.” (VNK 2011a)

Matkan varrella uudistusehdotus on täsmentynyt. Luvun ensimmäisessä osassa esitellään uudistuksen pääpiirteet ja tavoitteet. Toisessa osassa kuvataan uudistuksesta tehtyjä taloudellisia arvioita.

2.1 Pääpiirteet ja tavoitteet

Hallitus- ja oppositiopuolueet pääsivät sopuun sote-uudistuksen yleislinjoista maaliskuussa 2014 (VNK 2014). Periaatteita täydennettiin puolueiden yhteisymmärryksessä kesäkuussa 2014 (STM 2014a,b). Hallituksen esityksen lausuntokierros päättyi 14.10.2014.

Järjestämisvastuu sote-palveluista siirretään kunnilta ja sairaanhoitopiireiltä viidelle nykyisten erityisvastuualueiden pohjalle rakentuvalla sote-alueella. Sote-alueet toimivat järjestäjinä, mutta tuottovastuussa ovat kunnat ja kuntayhtymät. Neljän vuoden välein hyväksyttävissä järjestämispäätöksissä sote-alueet määrittävät mm.: mitkä kunnat ja kuntayhtymät ovat tuottamisvastuussa; kuinka palvelujen rahoitus järjestetään; ja millä periaatteilla kunnalliset tuottajat voivat hankkia palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta ja järjestöiltä. STM harjoittaa kansallista ohjausta vuosittaisilla neuvotteluilla sote-alueiden kanssa ja hyväksymällä nelivuosittaiset järjestämispäätökset. Järjestämislaissa myös määritetään, millä kriteereillä palveluja voidaan keskittää. (STM 2014a,b)

Sote-alueiden hallintomalliksi esitetään kuntayhtymää. Sote-alueen kunnallinen rahoitusosuus määrittyy tarvepainotetun asukasluvun perusteella³. Samanaikaisesti sote-järjestämislakiuudistuksen kanssa valmistellaan rahoitusjärjestelmän uudistamista, mutta tämän on tarkoitus valmistua vasta järjestämislain hyväksymisen jälkeen. (STM 2014a,b; VNK 2014)

Uudistuksen tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon täydellinen integraatio (VNK 2014). Tällä viitataan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamiseen että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integroimiseen. Integraatiolla pyritään järjeistämään hoitoketjuja ja vahvistamaan julkista perusterveydenhuoltoa. Riittävän laajojen ja taloudelliselta kantokyvyiltään kestävien sote-alueiden ajatellaan mahdollistavan palvelujen integraation ja takaavan yhdenvertaiset korkeatasoiset palvelut koko maassa yhdistettynä. Samanaikaisesti niiden tulisi turvata järjestelmän taloudellinen tehokkuus.

Laki on tarkoitus viedä eduskuntaan marraskuussa 2014 ja voimaan laki tulisi alkuvuodesta 2015. Uusien sote-alueiden on suunniteltu aloittavan toimintansa vuonna 2017.

2.2 Taloudelliset vaikutusarviot

Hallituksen rakennepoliittisessa ohjelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on keskeisessä asemassa julkisen palvelutuotannon tuottavuuden nostamisessa (VNK 2013a). Tuottavuuden parantamisella saavutettavat säästöt muodostavat lähes kolmasosan rakennepaketin tavoitteellisista 4,7 prosentin sopeutuksesta suhteessa bruttokansantuotteeseen. Hallituksen päätöksessä rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanosta (VNK 2013b) selvennetään, että tavoitteen saavuttaminen vaatisi jul-

³ Valtionosuudet maksetaan ym. mallissa edelleen kunnille.

kisessa palvelutuotannossa nettorekrytoinnin pienentämistä arvioidusta 3000 henkilöstä 1 000 henkilöön vuodessa. Nettorekrytoinnin maltillistaminen kohdistuisi pääasiassa sosiaali- ja terveystalouteen.

2.2.1 Sote-palvelujen integraation kustannusvaikutukset

THL on uudistuksen valmisteluprosessin aikana julkaissut useita vaikutusarvioita ehdotetuista malleista (2013b; 2014a,b,c). Viiteen sote-alueeseen perustuvan mallin arvio valmistui syyskuussa 2014. THL:lla on merkittäviä varauksia julkistaloudellisten vaikutusten arvioimisen suhteen. Aiempien kokemusten perusteella sote-palvelujen *integraatio* voisi hidastaa kustannusten *kasvuvauhtia* arviolta 0–2,4 prosenttia vuodessa. Säästöjen toteutuminen vaatii uudelleenjärjestelyjä sote-alueilla sekä valtiollista ohjausta menokattojen ja muiden taloudellisten kannustimien avulla.

THL:n arviot sote-palvelujen integraation julkistaloudellisista vaikutuksista perustuvat Kainuun (2005–2012) ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalouteen (Eksoten (2010–) kokemuksiin. Näillä alueilla toteutettiin jokseenkin sote-uudistuksen tavoitteiden mukainen sote-palvelujen integraatio. THL (2014a) vertaa näiden alueiden sote-nettomenojen kehitystä verrokkialueiden kanssa, joissa ei toteutettu vastaavia integraatiouudistuksia.

Sote-palvelujen asukaskohtaiset nettokustannukset Eksoten alueella kasvoivat keskimäärin 3,4 prosenttia vuodessa 2002–2009 (ennen uudistusta). Vertailualueella kasvu oli 2,8 prosenttia vuosittain. Uudistuksen jälkeisenä kolmena vuotena (2010–2012) Eksoten kustannusten keskimääräinen vuotuinen kasvuvauhti oli -0,2 prosenttia, samalla kun vertailualueen kustannukset kasvoivat 2,2 prosenttia vuosittain. Eksoten perustamisen jälkeinen kustannuskasvun hidastuminen tulkitaan uudistuksen kausaali-vaikutukseksi. Kainuun tapauksessa THL ei tunnista kustannusten nousun hidastumista vertailualueeseen suhteutettuna uudistuksen jälkeen. (THL 2014a)

THL (2014a) arvioi em. laskuissa ainoastaan sote-palvelujen nettokäyttökustannuksia⁴. Hallintokustannuksien osalta THL arvioi, että sote-alueiden muodostaminen johtaisi siirtymävaiheessa kustannusten nousuun. Tällä ei olisi kuitenkaan THL:n mielestä suurta merkitystä kokonaiskustannusten kannalta, koska hallintokustannusten osuus kokonaiskustannuksista oli vain 1,4 prosenttia vuonna 2012 (THL 2013b).

THL:n (2013b, 2014a) arviot on toteutettu tiukassa aikataulussa käyttäen hyväksi Paltamon työllistämiskokeilun arvioinnissa käytettyä menetelmää vertailualueiden muodostamiseksi. Kainuu ja Eksote muodostavat käytännössä ainoat reaali maailman esimerkit, joiden pohjalta palvelujen integraation vaikutuksia voidaan edes karkealla tasolla arvioida. THL toteaa, että arviointiin sisältyy monia epävarmuustekijöitä. Arvioinnissa ei ole kyetty ottamaan huomioon mahdollisia muutoksia palvelujen määrässä, laadussa tai vaikuttavuudessa, mikä on ymmärrettävää tutkimuksen aikataulu huomioiden. Uudistusten vaikutuksia muihin kuin sote-menoihin ei myös ole ollut mahdollista arvioida.

Koeasetelmaan liittyy muitakin vaikeasti kontrolloitavia epävarmuustekijöitä. Etelä-Karjala ei päätenyt integraation ”koealueeksi” satunnaisvalinnan kautta. On mahdollista, että Eksoten alueella tunnistettiin merkittävämpiä kustannussäästämismahdollisuuksia palveluiden integraatiosta kuin olisi mahdollista saavuttaa muualla maassa. Verrokkialueiden valintamenetelmällä yritetään löytää tietyillä kriteereillä (kunnan asukasluku, naisten osuus, 75-vuotta täyttäneiden osuus, työkyvyttömyys-

⁴ ”Nettokustannukset = käyttökustannukset - käyttötuotot. Sosiaali- ja terveystoimen käyttötuotot sisältävät toimintatuloja ja vyörytyserät; käyttökustannukset sisältävät toimintamenot, poistot sekä arvonalennukset ja vyörytyserät.” (THL 2014a)

eläkettä saavien osuus 16–64 vuotiaista, työttömyysaste) verrannollisia kuntia. Näiden kriteerien käyttö voi kuitenkin enintään lieventää mahdollisia valikoitumisongelmia. Kokeilu- ja vertailualueiden eroja voisi selittää mm. olemassa oleva palveluverkko Etelä-Karjalassa ennen uudistusta. Tämä on esimerkki tekijästä, jota ei voida kontrolloida verrokkialueiden valintamenetelmällä.

Vertailukunnat on valittu kokeilua edeltävän vuoden tietojen perusteella. Kustannusvertailussa ei kuitenkaan selvennetä, miten kriteereinä olleet muuttajat kehittyivät *vertailuajanjakson aikana*. Avoimeksi jää siis, selittyvätkö erot kustannuskehityksessä osin näiden taustamuuttujien kehityseroilla sen sijaan, että hallintouudistus olisi koko havaitun muutoksen taustalla.

Hämäläinen ja Moisio (2011) ovat käyttäneet vaihtoehtoista menetelmää arvioidakseen Kainuun hallintokokeilun vaikutuksia. He muodostavat vertailualueen kuntien sijaan maakuntien pohjalta. Mitä vertailtavampi maakunta on, sitä suuremman prosentuaalisen painoarvon se saa vertailualueetta muodostettaessa. Toisin kuin THL (2013b, 2014a), Hämäläinen ja Moisio (2011) antavat myös menneelle kustannuskehitykselle painoarvoa vertailualueetta muodostettaessa. Tarkoituksena on tunnistaa maakunnat, joiden kustannukset kehittyivät samoin kuin Kainuussa ennen hallintokokeilua ja jotka olivat muilta tekijöiltään (esim. ikärakenne) Kainuun kaltaisia. Hämäläinen ja Moisio eivät (samoin kuin THL) löydä näyttöä Kainuun hallintokokeilun vaikutuksista sote-nettokustannuksiin. Samanlaista selvitystä ei ole tehty Eksoten osalta, mikä ei mahdollista THL:n tulosten vertailua.

2.2.2 Integraation vaikutukset koko maan tasolla

Epävarmuudet suurenevat merkittävästi, kun Kainuun ja Eksoten kokemusten pohjalta pyritään arvioimaan sote-uudistuksen vaikutuksia koko maan tasolla. Tuorein vaikutusarvio toteaa, että Kainuun kokemusten perusteella uudistus ei vaikuttaisi sote-menojen tasoon. Vastaavasti Eksoten kokemusten perusteella uudistuksella oli säästöpotentiaalia.

THL (2014a) toteaa, että uudistuksen jälkeen sote-nettokustannusten keskimääräisen vuosikasvun erotus Eksoten ja vertailualueen välillä oli 2,4 prosenttia.

”Jos oletetaan että sote-alueiden muodostamisen myötä sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset kehittyisivät myös muualla maassa samalla tavalla kuin Eksotessa sen kolmen ensimmäisen toimintavuoden aikana, voidaan arvioida että sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset olisivat koko maan tasolla olleet noin **450 miljoonaa euroa alhaisemmat vuonna 2012 kuin mitä ne olivat**. Tähän arvioon päädytään soveltamalla Eksoten prosentuaalista säästöpotentiaalia (–2,4 % vuodessa) vuoden 2012 sosiaali- ja terveystoimen nettokustannuksiin, jotka Suomessa olivat 18 694 miljoonaa euroa.” (THL 2014a) (lihavointi lisätty)

Eksoten kertynyt alijäämä 2010–2012 oli noin 260 milj. euroa. Muiden kuntayhtymien kumulatiivisista alijäämistä ei ole tietoa. Näin ollen THL arvioi, että:

”Yhteenvedona voidaan yllä olevan perusteella todeta, että sosiaali- ja terveystoimen järjestäminen sote-alueiden toimesta voi hidastaa sosiaali- ja terveystoimen nettokustannusten kasvua koko maan tasolla **arviolta 190–450 miljoonaa euroa vuodessa**. Arvioon liittyy kuitenkin merkittävää epävarmuutta.” (THL 2014a) (lihavointi lisätty)

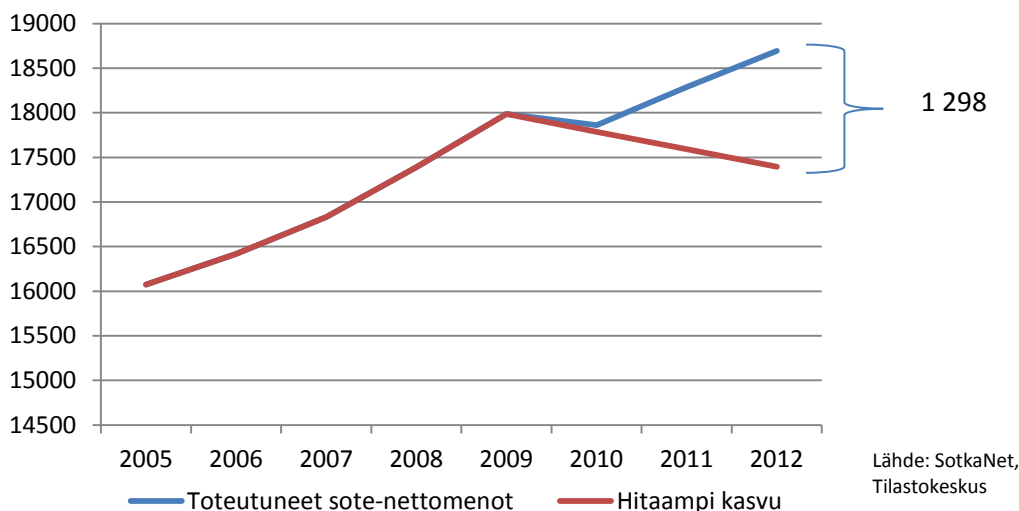
Huomattavaa epävarmuutta liittyy siihen, kuinka yleistettäviä Eksoten (133 000 asukasta) kokemukset ovat koko maan kannalta. Eksote ei ole edustava alue asukasluvunsa, väestörakenteensa tai yhteiskuntarakenteensa osalta. Perustavanlaatuisena ongelmana on vähäinen kokemus palveluintegraatiosta, minkä takia THL joutuu turvautumaan yleistyksissä muutama havaintokohteeseen.

Johtopäätösten tekeminen Eksoten perusteella on haastavaa myös siksi, että THL:n arvio perustuu vain kolmen vuoden tietoihin uudistuksesta. Oletettavaa on, että mittavan hallintouudistuksen vaikutukset selviävät viiveellä. Esimerkiksi palvelurakenteen uudelleenjärjestäminen vie aikaa⁵. Muutaman vuoden kokemuksiin kustannuskehityksestä sisältyy suurta epävarmuutta, eivätkä ne kerro luotettavasti uudistuksen pitkän ajan vaikutuksista tai vaikutuksista koko maan tasolla⁶. Kainuun kokeilu kesti pidempään (7 vuotta), mutta siellä ei pystytty tunnistamaan kustannussäästöjä⁷.

Arvioitujen 190–450 milj. euron säästöjen laskentaoletukset eivät ole täysin selviä. Vuosittainen kustannussäästöpotentiaali (keskimäärin 2,4 prosenttia vuodessa) perustuu oletukseen, että Eksoten kustannukset olisivat kasvaneet samaa vauhtia kuin vertailualueella (2,2 prosenttia) ilman uudistusta. Oletukseen sisältyy merkittävää epävarmuutta, mm. koska kustannukset eivät kasvaneet samaa vauhtia Eksotessa ja vertailualueella edes ennen uudistusta.

Arvioidessaan oletettuja säästöjä valtakunnallisesti 2010–2012 THL kertoo koko maan nettokustannukset (18 964 milj. euroa) tällä *keskimääräisellä vuosittaisella* kasvuvauhtierolla (2,4 prosenttia) päätyäkseen 450 milj. arvioon. Kuitenkin jos menojen *vuosittainen* kasvu olisi hidastunut 2,4 prosenttia, olisivat *kumuloituneet* säästöt kolmen vuoden aikana huomattavasti 450 milj. euroa suuremmat. THL:n 450 milj. euroa tuleekin tulkita arvioksi reformin jälkeisen vuoden kustannussäästöistä. Kuvio 1 osoittaa, kuinka kustannussäästöt olisivat ylittäneet 1 300 milj. euroon vuoden 2012 tasolla, jos asukaskohtaiset sote-nettomenot olisivat kasvaneet vuotuisesti 2,4 prosenttia todellista keskimääräistä kasvua hitaammin vuosina 2010–2012.

Kuvio 1: Kumuloituneet säästöt 2,4 prosenttia hitaammasta vuotuisesta kasvuvauhdista 2010–2012.



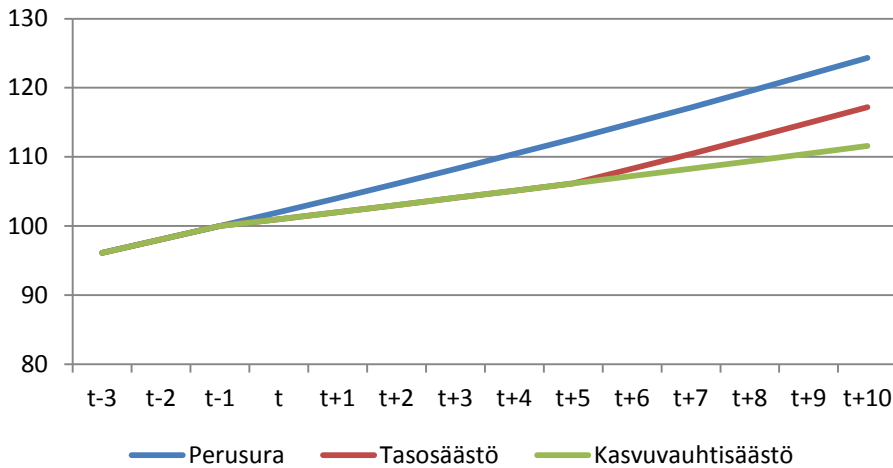
Keskustelu liittyy problematiikkaan siitä, voidaanko Eksoten kaltaisella hallintouudistuksella saavuttaa tasomuotoisia säästöjä sote-menoissa vai pystytäänkö hallintouudistuksilla vähentämään menojen kasvuvauhtia pysyvämpiluonteisesti (Kuvio 2). Edellisessä tapauksessa säästöt jäisivät huomattavasti pienemmiksi kuin jälkimmäisessä – enenevissä määrin ajan kuluessa.

Kuvio 2: Tasosäästön ja kasvuvauhdin hidastumisen aikaansaamat säästöt verrattuna perusuraan (t-1=100).

⁵ THL (2014c) kuitenkin mainitsee, että Eksotessa on jo ensimmäisinä vuosina uudistettu vuodeosastohoitoa, kotihoidon palveluja, tietojärjestelmiä sekä vähennetty esimiestason henkiöstöresursseja.

⁶ Kuten aiemmin mainittiin, myös uudistuksen lyhyen aikavälin kausaalivaikutus Eksoten alueella on haastava tunnistaa.

⁷ THL:n (2014a) kuviosta 6 näkyy, että Kainuun kustannukset kehittyivät maltillisesti hitaammin kuin vertailualueella ensimmäisinä vuosina uudistuksen jälkeen. Ero oli kuitenkin huomattavasti pienempi kuin mitä havaitaan Eksoten osalta. Ajanjakson loppupuolella Kainuun asukaskohtaiset kustannukset olivat saavuttaneet jälleen vertailualueen kustannukset.



Tutkimuskirjallisuuden mukaan (ks. luku 3) terveysten kasvua selittää pääosin tulotaso ja teknologian kehitys. Viime aikojen kustannusten kasvu on ollut yleislänsimäinen ilmiö, eli länsimaille yhteiset tekijät näyttäisivät dominoineen yksittäisten maiden järjestämiskäytöjen vaikutuksia kustannusten kasvuvauhtiin. Näin ollen tämän keskustelualoitteen perusoletus on, että onnistuneimmillakin hallintouudistuksilla voidaan saavuttaa vain tasosäästöjä sote-menoissa eikä pysyvää kustannusten kasvuvauhdin hidastumista.

2.2.3 Erikoissairaanhoidon säästöpotentiaali

Ehdotettu sote-uudistus on monimutkainen kokonaisuus, minkä takia palvelujen integraatiosta mahdollisesti aiheutuvat säästöt eivät kata uudistuksen kaikkia kustannusvaikutuksia. Toinen mahdollinen vaikutuskanava on erikoissairaanhoidon uudelleenjärjestely.

THL (2014b) on osana sote-uudistuksen arviointiaan analysoinut kiireellisellä aikataululla alustavasti potentiaalisia säästövaikutuksia erikoissairaanhoidon reformeista. Lähtökohtana ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kokemukset 2000-luvulla⁸. THL on muodostanut HUS:lle verrokkialueen vastaavin menetelmin kuin edellisessä osiossa. Arvion mukaan HUS:n erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset nettokustannukset kasvoivat vuosina 2000–2012 keskimäärin prosenttia vuodessa, kun verrokkialueella kasvuvauhti oli keskimäärin 2,5 prosenttia.

Jos tämä 1,5 prosentin erotus kuvaisi HUS:n uudistusten vaikutuksia, olisi toimenpiteiden valtakunnallistamisella ekstrapoloituna mahdollista saavuttaa noin 70 milj. euron säästöt/vuosi. Kuten yllä, myös erikoissairaanhoidon säästöjen osalta on tarve pohtia, onko kyse tasosäästöistä vai kustannusten kasvuvauhdin pysyvämmästä hidastumisesta. Lisäksi annetuista tiedoista ei selviä, kuinka kustannukset kehittyivät HUS:n ja vertailualueen osalta ennen HUS:n muodostumista. Ei siis ole selvää, kuinka vertailtavia alueet ovat lähtökohdiltaan.

2.2.4 Kansallisen ohjauksen merkitys

THL (2014c) korostaa sote-alueille suunnitellun menokaton merkitystä kustannussäästöjen saavuttamisen kannalta. Esimerkiksi integraatiosta mahdollisesti saatavat säästöt ovat alisteisia menokaton pitävyydelle. Sote-menot ovat poliittisen päätöksenteon tulos, eivätkä kokonaiskustannukset piene, jos yhdellä osa-alueella saavutetut säästöt käytetään muun palvelutarjonnan laajentamiseen⁹.

⁸ HUS muodostettiin vuonna 2000 yhdistämällä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

⁹ Pidemmälle vietyä ajatuksesta seuraa, että vaikka sote-kokonaismenot todella vähenisivät, voi tämä poliittisen päätöksenteon seurauksena johtaa muiden julkisten menojen (esim. koulutus) kasvamiseen.

Edellä kuvatun kaltaiset 'yleisen tasapainon' vaikutukset vaikeuttavat uudistuksen vaikutusten arviointia entisestään.

3 Näkökulmia sote-palvelujen taloudelliseen arviointiin

Harvat ennakoarviot sote-uudistuksen taloudellisista vaikutuksista kertovat järjestelmämuutosten analysoinnin vaikeudesta. Empiirisiä tutkimuksia hankaloittaa uudistusten tapauskohtaisuus, joka vaikeuttaa historiallista ja kansainvälistä vertailua. Kaikki uudistukset eroavat enemmän tai vähemmän sekä lähtötilanteen (mitä ollaan muuttamassa?) että lopputavoitteen (mihin pyritään?) osalta.

Teoreettisia tarkasteluja puolestaan hankaloittaa sote-järjestelmien monimutkaisuus, joka on seurausta mm. monien eri toimijoiden erilaisista kannusteista. Sote-järjestelmät eroavat myös huomattavasti maittain, minkä takia ei ole universaalia mallia jota soveltaa keskenään erilaisiin järjestelmiin.

Tässä luvussa käydään läpi keinoja arvioida sote-järjestelmien kustannuksia ja uudistusten taloudellisia vaikutuksia. Ensin selvitetään, mitkä tekijät selittävät terveydenhuollon kustannuksia. Tämän jälkeen esitellään kustannuskehityksen ennakoimiseksi tehtyä työtä. Viimeiseksi pohditaan sote-järjestelmien rakennemuutosten vaikutusten arviointia.

3.1 Kustannuseroja selittävät tekijät

Julkiset terveydenhuolto- ja pitkäaikaishoitomenot ovat kasvaneet suhteessa bruttokansantuotteen lähes kaikissa länsimaissa viime vuosikymmeninä (de la Maisonneuve ja Oliveira Martins 2013). Yleisessä keskustelussa tämän ennakoidaan jatkuvan mm. väestön vanhenemisen seurauksena. Akateemisessa tutkimuksessa väestön ikääntymiselle annetaan kuitenkin suhteellisesti pienempi rooli terveydenhuoltokustannusten kasvun selittäjänä¹⁰.

Xu et al. (2011) sisältää kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista, jotka käsittelevät terveydenhuoltomenojen selittäjiä kehittyneissä maissa. Merkittävimpiä tekijöitä ovat tulotaso ja teknologia. Tulojen kasvu lisää terveydenhuoltopalvelujen kysyntää ja teknologian kehittyminen mahdollistaa hoitomuotojen lisääntymisen. Näiden lisäksi terveydenhuoltomenojen tason on huomattu olevan yhteydessä perusterveydenhoidon portinvartijarooliin (–) ja julkisen sektorin osuuteen palvelujen tuottamisessa (–). Kustannukset ovat suuremmat sosiaalivakuutukseen kuin verorahoitukseen perustuvissa järjestelmissä. Suoriteperusteisten tuottajakorvausjärjestelmien kokonaiskustannukset ovat korkeampia kuin kapitaatioon perustuvissa järjestelmissä. Muita mahdollisia kustannuksiin yhteydessä olevia tekijöitä ovat Baumolin tauti¹¹, sairaalahoidon osuus kokonaiskustannuksista ja lääkärin tarjonta. Ikärakenteella, sairastavuudella ja julkisen rahoituksen osuudella kokonaiskustannuksista ei tarkasteltavissa makrotason tutkimuksissa huomattu olevan selvää vaikutusta kustannuseroihin.

Myös terveystalouden järjestämistä vastaavan hajauttamisen tasolla voi olla vaikutusta kustannuksiin. Mosca (2007) jakaa 20 OECD-maata neljään luokkaan sen mukaan, ovatko ne yhtäältä verorahoitteisia vai sairausvakuutusperusteisia ja toisaalta keskitettyjä vai hajautettuja. Jälkimmäisen kriteerin osalta maat jaotellaan sen mukaan, millä julkishallinnon tasolla on terveydenhuollon järjestämistä ja rahoitusta vastaava vastuu. Moscan tuloksien mukaan terveydenhuollon asukaskohtaiset kustannukset ovat alhaisemmat keskitetyissä järjestelmissä. Lisäksi verorahoitteiset järjestelmät ovat sosiaalivakuutusjärjestelmiä edullisempia. Myös ikärakennetta kuvaavien muuttujien kertoimet ovat tilastollisesti

¹⁰ Ikääntymisestä seuraava työllisten väestöosuuden pienentyminen asettaa toki paineita julkisten palvelujen rahoitukselle.

¹¹ Baumolin taudilla viitataan tässä yhteydessä verrattain hitaaseen tuottavuuden kasvuun julkisella palvelusektorilla, joka kasvattaa julkisten palvelujen suhteellista hintaa.

merkitseviä. Moscan mallista puuttuvat esim. tuottajien korvaustapaa ja perusterveydenhuollon portinvartijaroolia kuvaavat muuttajat. Moscan tulokset eivät ole saaneet varauksetonta tukea – Martín Martín et al. (2011) esittelevät kirjallisuuskatsauksessaan muita tutkimuksia, jotka eivät ole löytäneet vastaavaa yhteyttä kustannuksien ja terveydenhuollon järjestämisvastuun hajauttamisen tason välillä. Saman yksiselitteisyyden puutteen toteavat Rättö et al. (2012).

Tuovinen (2013) on kuvaillut tarkemmin, mitä kautta eri tekijät vaikuttavat terveydenhuollon kustannuksiin. Hän myös estimoï kansallisella datalla, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet Suomen julkisen terveydenhuollon kokonaismenojen kasvuun vuosina 1975–2011. Asukaskohtaisia terveydenhuoltomenoja ajoivat tulotason nousu, terveysteknologian käyttöönotto ja terveystalvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantuminen. Yksityisesti tuotettujen palvelujen ei havaittu syrjäyttävän julkisia palveluita. Baumolin taudin osalta estimointitulokset eivät olleet selventäviä.

Nguyen et al. (2009) ovat tutkineet Suomen kuntatason aineistoilla, mitkä tekijät selittävät eroja terveydenhuollon kustannuksissa. Selitettävänä muuttujana ovat asukaskohtaiset kunnalliset terveydenhuoltomenot, jotka sisältävät niin perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon kuin vanhustenhuollon kustannukset. Aineistona ovat 415 kunnan tiedot vuosilta 1993–2004. Tulosten mukaan kunnalliset terveydenhoitomenot ovat yhteydessä vanhusten (+) ja työkyvyttömyyseläkeläisten (+) osuuteen, työllisyysasteeseen (+), Kelan lääke- (+) ja hammaslääkärikorvauksiin (–) sekä tulotason (+) että väestötiheyteen (–). Kunnallisveroasteen vaikutus ei ollut yksiselitteinen. Tulotason kerroimet ovat tilastollisesti merkitseviä, mutta hyvin pieniä, minkä takia julkinen terveydenhuolto tulkitaan välttämättömyyshyödykkeeksi. Nguyen et al. epäilevät, että makrodatalla saatu suuri terveydenhuollon tuloriippuvuus voi johtua mallien spesifikaatio-ongelmista.

Mikroaineistoilla voidaan kuvata tarkemmin, mitkä tekijät selittävät kustannuksia yksilö- ja kuntatasolla. Vaalavuo et al. (2013) tekivät sote-uudistusta varten uuden ehdotuksen kuntien sote-menojen valtionosuuskriteereistä. Tutkijat selvittävät, mitkä tekijät vaikuttavat yksilötasolla palveluiden käyttöön ja kustannuksiin erottelemalla terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalipalvelut. Ikärakenteella on merkitystä kustannuksille, mutta ainoastaan ikärakenteen vaihtelu ei selitä hyvin eroja palvelujen käytössä ja kustannuksissa. Tutkijat kannattavatkin sairastavuustekijöille ja sosioekonomisille muuttujille aiempaa suurempaa painoarvoa valtionosuuskriteereissä. Tutkimusasetelman ongelmana ”oikeudenmukaisten” valtionosuuskriteerien muodostamisen kannalta on, että tarvepainot perustuvat toteuneeseen palvelujen käyttöön eivätkä palvelujen tarpeeseen. Jos palvelujen käytössä on todelliset tarpeet huomioon ottaen eroja esim. alueen tai henkilön sosioekonomisen aseman perusteella, ei ehdotus uusiksi valtionosuuskriteereiksi korjaa näitä.

3.2 Kustannuskehityksen ennustaminen

3.2.1 Kansainväliset harjoitukset

OECD, IMF ja Euroopan komissio ovat soveltaneet mallinnustyötä terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon kustannuksia määrittävistä tekijöistä ennakoidakseen tulevaisuuden menokehitystä. Kun kustannusten kasvua selittävät tekijät on tunnistettu, voidaan tulevaisuuden kustannuskehitystä ennustaa käyttämällä hyväksi selittävien tekijöiden ennakoitua kehitystä.

OECD:n tuorein tutkimus on vuodelta 2013 (de la Maisonrouve ja Oliveira Martins 2013). Siinä arvioidaan, että maltillisemmän kasvun skenaariossa julkiset terveydenhuolto- ja hoivamenot OECD-maissa kasvavat 6,2 prosentista/BKT 9,5 prosenttiin välillä 2010–60. Korkeamman kasvun skenaariossa menot yltyvät 13,9 prosenttiin/BKT vuonna 2060. BKT-osuuden kasvusta terveydenhuoltomenojen kasvu selittää valtaosan (75–85 %), kun taas pitkäaikaishoidolla on pienempi rooli. Suhteellisesti hoivamenot kuitenkin kasvavat nopeammin, sillä niiden BKT-osuus kaksinkertaistuu

maltillisinkin kasvun skenaariossa. Suomen *julkisten* menojen oletetaan kasvavan maltillisessa skenaariossa 5,2 prosentista/BKT 8,6 prosenttiin vuonna 2060 ja korkeamman kasvun skenaariossa 13 prosenttiin. Myös Suomen menojen kasvu johtuu OECD:n mallissa pääosin terveydenhuoltomenojen kasvusta.

OECD mallintaa eri tavalla terveydenhuoltomenojen ja pitkäaikaishoidon menojen kasvua. Terveydenhuoltomenojen osalta selittävät tekijät on jaettu väestöllisiin, tulotasosta riippuviin ja muihin (residuaali). ”Muiden” selittäjien oletetaan sisältävän mm. teknologisen kehityksen ja institutionaaliset tekijät. Hoivan osalta malli on jonkin verran hienojakoisempi, koska ”muiden” tekijöiden vaikutusta arvioidaan tuottavuuskehityksen ja naisten osallistumisasteen avulla. Edellisessä on oletus hitaammasta tuottavuuden kasvusta hoivasektorilla kuin muussa taloudessa, mikä kasvattaa hoivapalvelujen suhteellista hintaa (Baumolin tauti). Jälkimmäinen viittaa oletukseen, että naisten korkeampi osallistuminen työmarkkinoille lisää julkisen hoivan kysyntää.

OECD:n mukaan terveydenhuollon kustannusten *bkt-osuuden* historiallista kasvua ovat selittäneet pääosin muut kuin väestölliset tai tulotasoon liittyvät tekijät. Vahvin ehdokas kustannustenajuriksi on teknologian kehitys, joka on johtanut kalliimpiin hoitomuotoihin sekä parantuneisiin terveystuloksiin. Väestön ikääntymisellä on vain maltillisesti kustannuksia lisäävä vaikutus, koska väestön eliniän pitenemisen oletetaan lisäävän vastaavissa määrin ”terveitä” ikävuosia. Terveydenhuollon kokonaismenojen kannalta merkittävien ”viimeisten” (sairaiden) elinvuosien oletetaan pysyvän vakiona. Myös hoivamenoja ajavat ennen kaikkea muut kuin väestölliset tekijät. Suomenkin kokonaismenojen kasvua selittää ennen kaikkea ”muita tekijöitä” kuvaava residuaali. Tämä residuaali-vaikutus menojen kasvuun on oletettu samaksi kaikilla OECD-mailla. Näin ollen Suomen ennustettua menojen kasvua ei selitä pääasiassa Suomi-spesifit tekijät.

De la Maisonneuve ja Oliveira Martins (2013) vertaavat tuloksiaan Euroopan komission ja IMF:n vastaaviin harjoituksiin. Komissio ennakoi kustannusten kasvavan maltillisemmin, kun taas IMF:n arviot asettuvat pääosin OECD:n kahden skenaarion tulosten väliin. Euroopan komissio ja IMF eroavat OECD:stä oletuksiltaan koskien mm. tervettä ikääntymistä, kustannusten tulojoustoja ja ”muiden” tekijöiden vaikutusta.

3.2.2 Suomen SOME-malli

STM:n kehittämä sosiaalimenomalli (SOME) mahdollistaa yksityiskohtaisemmat skenaariolaskennat Suomen terveydenhuolto- ja pitkäaikaishoitomenojen kehityksestä. Malli ei rajoitu terveydenhuoltomenojen arviointiin, vaan sisältää myös mm. eläkejärjestelmän ja muun sosiaaliturvan (STM 2009).

SOME-mallissa palvelujen *määrän* kehitystä ennakoidaan kertomalla oletettu palvelujen käyttöaste (iän ja sukupuolen mukaan) ennakoidulla väestörakenteella. Tämä kuvastaa väestön ikääntymisen vaikutuksia palvelutarpeeseen. Palvelujen *arvon* kehitys saadaan kertomalla ennakoidut määrät yksikkökustannuksilla. Oletus yksikkökustannusten kehityksestä kuvastaa kaikkien ei-väestöllisten tekijöiden vaikutuksia terveyspalveluiden kustannuksiin (ml. tulotaso, teknologia).

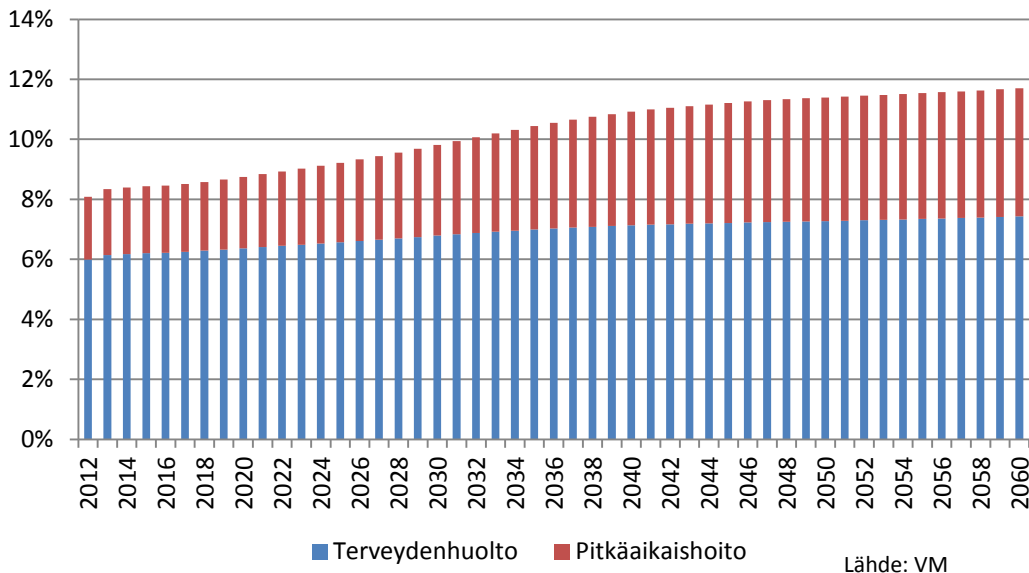
Perusuran oletuksena palvelujen määrän kehityksen suhteen on, että elinajanodotteen pidentyminen vuodella siirtää hoidon tarvetta eteenpäin puolella vuodella. Tämä on konservatiivisempi oletus kuin mitä OECD käyttää perusuralaskelmissaan.

Terveydenhuollon yksikkökustannusten kehityksen osalta SOME-mallissa käytetään Euroopan komission yhteisiä arvioita keskimääräisestä tulojoustosta. Komissio olettaa, että terveydenhuollon yksikkökustannukset kasvavat ennakointiajanjakson alussa kymmenen prosenttia nopeammin kuin henkilöä kohti laskettu bruttokansantuote (bkt/capita). Ennakointiajanjakson loppuun mennessä

(2060) kasvuvauhti kuitenkin konvergoituu bkt/capita-kasvuvauhtiin. SOME-mallin laskelmissa em. oletusta sovelletaan laskemalla yksikkökustannusten kasvuvauhdiksi $1,046 \cdot \text{bkt/capita}$ *koko ennusteajanjakson aikana*, koska malli ei salli muuttuvaa kerrointa. Pitkäaikaishoidon yksikkökustannusten oletetaan kasvavan samaa vauhtia kuin yleinen palkkataso.

Kuvio 3 esittää SOME-mallin perusuralaskelmat terveydenhuolto- ja pitkäaikaishoitomenojen kasvusta 2012–2060. Ennakointiajanjakso alkaa vuodesta 2013.

Kuvio 3: Terveydenhuolto- ja pitkäaikaishoitomenojen kehitys 2012–2060 (%/bkt) SOME-mallin perusuran mukaan.



SOME-mallin kattamien terveydenhuolto- ja pitkäaikaishoitomenojen oletetaan kasvavan 8 prosentista vuonna 2012 lähes 12 prosenttiin bruttokansantuotteesta 2060. Kasvusta 60 prosenttia tulee pitkäaikaishoidosta ja 40 prosenttia terveydenhuollosta. Menojen kasvun painottuminen pitkäaikaishoitoon on päinvastainen tulos OECD:n ennakoitutyöhön verrattuna. Pääsyyinä ovat erilaiset oletukset teknologisen kehityksen vaikutuksesta yksikkökustannuksiin ja elinajanodotteen pidentymisen vaikutuksesta palveluntarpeeseen.

Sekä OECD:n että SOME-mallin pitkän aikavälin ennakoiteihin sisältyy huomattavia epävarmuuksia, ja niitä onkin syytä ajatella pikemminkin painelaskelmina annetuilla oletuksilla kuin ennusteina. Esimerkiksi oletukset palvelutarpeen siirtymisestä ikääntymisen seurauksena ja teknologian kehityksestä tulevaisuudessa vaikuttavat merkittävästi tuloksiin.

3.3 Rakennemuutosten arviointi

Sote-uudistuksen kannalta on kiinnostavaa analysoida sote-järjestelmien rakennemuutosten kustannusvaikutuksia. Näiden yleistettävyyden problematiikasta keskusteltiin luvun johdannossa. Tässä osiossa tiivistetään aiempia tutkimustuloksia rakennemuutosten vaikutuksista ja pohditaan ehdotettujen uudistusten vaikutuksia.

Osiassa 3.2 esitetyt makrotason kustannusennusteet eivät suoraan mahdollista rakennemuutosten vaikutusten tarkastelua. OECD:n ja IMF:n ennustamaa kustannuskasvua selittää ennen kaikkea ”muita tekijöitä” kuvaava residuaali, jonka oletetaan sisältävän mm. teknologisen kehityksen ja institutionaalisten tekijät. Esimerkiksi sote-uudistuksen tavoittelemalla hoidon integraation mahdolliset säästöt ilmenisivät tämän residuaalin hitaampana kasvuna. OECD:n mallilla tällaisia vaikutuksia ei kuitenkaan voida tutkia, koska malli ei sisällä esimerkiksi hoitoketjujen integraatiota kuvaavaa

muuttujaa. SOME-mallissa uudistusten vaikutukset heijastuisivat pääasiallisesti yksikkökustannusten kehitykseen.

3.3.1 Palvelujen integraatio ja substituutio

Palveluketjujen integraatio voi teoriassa parantaa sosiaali- ja terveystalouden kustannustehokkuutta. Hoitotoimenpiteet voivat olla tarkoituksenmukaisempia (ja edullisempia), jos yksi toimija valitsee sopivimman toimenpiteen kaikista vaihtoehdoista. Tutkimukset ovat osoittaneet, että monia sote-palveluja tarvitseva vähemmistö on vastuussa valtaosasta sote-kokonaismenoista. Esimerkiksi Ouluun kohdistunut tutkimus (NCG 2013) totesi, että 10 prosenttia oululaisista vastasi 81 prosentista sote-kokonaiskustannuksista vuonna 2011. Hoidon integraatiolla voidaan mahdollisesti kehittää näille palveluiden monikäyttäjille toimivia ja kustannustehokkaita palvelukokonaisuuksia.

Sote-palvelujen integraatiolla voidaan tarkoitaa monenlaisia järjestelyjä¹². Tämän takia on mahdollista yleistää, mitä vaikutuksia integraatiouudistuksilla on – vaikutukset riippuvat sekä lähtö- että lopputilanteesta. Aiemman kirjallisuuden tuloksien yleistettävyyteen on siis syytä suhtautua varauksella.

Linna (2008) viittaa amerikkalaisiin kokeiluihin, joiden perusteella integroidut hoitoketjut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä voisivat tuottaa 10–15 prosentin tasosäästön erikoissairaanhoidon kustannuksissa. Linna korostaa yhtenäisten tietojärjestelmien merkitystä amerikkalaisissa esimerkeissä saavutetuissa säästöissä. Yhtenäiset tietojärjestelmät voivat säästää kustannuksia myös ilman eri palveluista vastaavien tahojen yhdistämistä. Suomen osalta todettiin aiemmin, että Hämäläinen ja Moisio (2011) ja THL (2014a) eivät löytäneet näyttöä Kainuun hallintokokeilun vaikutuksista kustannustenkasvuun. THL:n (2014a) arviot Eksoten osalta perustuvat vain muutaman vuoden tietoihin ja kaipaivat vaihtoehtoisella metodologialla tehtyä vertailukohtaa.

Weatherly et al. (2010) käsittelevät kirjallisuuskatsauksessa sekä terveydenhuollon sisäistä integraatiota että sosiaali- ja terveystalouden integraatiota. Kansainvälisistä tapaustutkimuksista ei voida vetää selkeitä johtopäätöksiä, sillä palveluiden yhteensovittamisella voidaan viitata hyvin erilaisiin järjestelyihin. Katsaus ei kuitenkaan löytänyt vahvaa näyttöä integraation vaikutuksista kustannuksiin tai terveystalouteen. Vähäinen tieto integraation vaikutuksista kustannuksiin kuvastaa kuitenkin pääosin tällaisten tutkimusten harvinaisuutta, sen sijaan että olisi vahvaa näyttöä yhteensovittamisen vaikutusten pienuudesta. Weatherly et al. toteavat, että tutkimukset, joissa löydettiin kustannussäästöjä, liittyivät vanhustenhuollon integraatioon. Vanhukset tarvitsevat usein monia sote-palveluja, joten integraation hyötyjen voisikin olettaa olevan verrattain merkittävät heidän kohdalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon täydellinen rakenteellinen integraatio on kansainvälisesti kuitenkin harvinaista. Weatherly et al. eivät myös löytäneet näyttöä, että tämä olisi välttämättä tarpeellista toiminnallisen yhteensovittamisen kannalta¹³.

Isossa-Britanniassa on suoritettu useita kokeiluja, joiden tavoitteena on ollut jatkuvaa ja/tai useampaa hoitoa tarvitsevien potilaiden hoidon integraatio (Bardsley et al. 2013.). Kokeilujen tavoitteena on ollut sekä parantaa hoitotuloksia että säästää kustannuksia. Bardsley et al. (2013) toteavat eri interventioiden vaikutusarvioiden katsauksessaan, että kustannussäästöistä ei pääsääntöisesti ole näyttöä. Tämä voi osittain kuvastaa kustannusvaikutusten todellista puutetta, mutta osittain myös ongelmia interventioiden toteutuksessa ja vaikutusten mittaamisessa. Useimmat tutkimukset poh-

¹² *Horizontaalisisella* integraatiolla viitataan terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen yhteensovittamiseen; *vertikaalisella* integraatiolla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatioon.

¹³ Myös mm. Bardsley et al. (2013) ja Ekström et al. (2014) argumentoivat käytännönläheisen integraation puolesta, eivätkä pidä organisaatiomuutoksia ensisijaisina toiminnallisen integraation saavuttamiseksi.

jautuvat liian lyhyeen tarkkailujaksoon, jonka aikana mahdolliset vaikutukset eivät ehdi toteutua. Kokeilujen rajallinen koko vaikeuttaa tilastollisesti merkitsevien erojen tunnistamista.

Integraation seuraamuksiin vaikuttaa mahdollinen substituutio eri sote-palvelujen välillä. Mahdollisuus korvata raskaita palveluja kevyemmällä tai kriisipalveluita ennaltaehkäisyllä on merkittävä peruste palvelujen yhteensovittamiselle. Beales ja Smith (2012) tutkivat perusterveydenhuollon vaikutusta erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Vahvistetun perusterveydenhuollon mahdollisia vaikutuskanavia on kolme: (i) parantunut terveydentila, mikä vähentää sairastumistapausten todennäköisyyttä ja vakavuutta; (ii) erikoissairaanhoidon tarpeen vähentäminen sairastapauksissa vahvan perusterveydenhuollon takia; (iii) erikoissairaanhoidon intensiteetin vähentäminen sairastapauksissa, joissa erikoissairaanhoidon välttämättä tarvitaan¹⁴. Kirjallisuuskatsauksen perusteella tutkijat eivät kuitenkaan löydä vahvaa näyttöä perusterveydenhuollon vahvistamisen vaikutuksista erikoissairaanhoidon kustannuksiin makro- tai mikrotasolla. Kuten aiemmin todettiin hoidon integraation tapauksessa, tämä ei tosin tarkoita vahvaa näyttöä vaikutusten pienuudesta vaan pikemminkin tiedon puutetta. Kirjoittajat esittävät, että vaikutuksia pitäisi tutkia enemmän mikrosimulointimalleilla.

Substituutiota voi esiintyä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lisäksi sosiaali- ja terveyspalvelujen välillä. Bardsley et al. (2012) ovat ristiintaulukoineet sosiaali- ja sairaalapalveluiden käyttöä yli 75-vuotiailla Englannissa. Odotetusti sosiaali- ja sairaalapalveluiden käytön välillä oli vahva korrelaatio. Sosiaalipalvelujen välillä oli kuitenkin eroja: hoitokodeissa asuvat käyttivät sairaalapalveluja huomattavasti vähemmän kuin kotihoidossa olevat. Tätä eivät selittäneet ikä- tai sukupuolitekijät, vaikkakaan muita sairastavuuteen vaikuttavia tekijöitä ei voitu kontrolloida. Tutkijat eivät kykene toteamaan kausaali-vaikutusta, mutta löydökset saattavat viitata substituutiovaikutuksiin sosiaali- ja sairaalapalveluihin panostamisen välillä.

Forderin (2009) ekonometriset tulokset englantilaisten yli 75-vuotiaiden osalta viittaavat myös substituutioon hoivakoti- ja sairaalapalvelujen välillä. Marginaalissa punnan lisäpanostus hoivakotipalveluihin vähentäisi sairaalakustannuksia 35 penceä. Estimoitu toisensuuntainen vaikutus (sairaalapalvelut => hoivapalvelut) on jokseenkin samansuuruinen. Sairaala- ja hoivakotipalvelujen budjetitimet on siis tehokkaasti jaettu, koska punnan siirtäminen hoivakotipalveluista sairaalapalveluihin (tai toisin päin) ei vähentäisi kokonaismenoja. Toisaalta sairaala- ja hoivakotipalvelujen panostusten hyvinvointivaikutukset voivat erota marginaalissa. Tällöin budjettineutraali voimavarojen siirto olisi perusteltua. Forderin menetelmiä hyödyntävä tutkimus olisi kiinnostava suorittaa suomalaisella aineistolla, jotta kotimaisten voimavarojen jaon tehokkuutta voitaisiin arvioida.

3.3.2 Skaalaedut ja palveluverkon tiivistäminen

Sote-järjestämisuudistusten kustannusvaikutuksien kannalta on olennaista, kuinka palvelutuotannon tehokkuus on yhteydessä järjestäjä-/ tuottajatahon kokoon. Moisio (2008) arvioi, että terveyskeskusten asiakaskohtaiset menot ovat alhaisimmillaan noin 25 000 väestöpohjalla. Tuloksiin voivat kuitenkin vaikuttaa sekä todelliset mittakaavaedut että erot palveluiden kysynnässä kuntien välillä. Luoma ja Moisio (2005) huomioivat, että sekä erittäin pienen että suuren väestöpohjan terveyskeskukset ovat keskikokoisia tehottomampia. Erittäin pienien väestöpohjien osalta Paras-puitelaki on jo muuttanut tilannetta säätämällä, että perusterveydenhuolto järjestetään vähintään 20 000 asukaan kunnassa tai yhteistoiminta-alueella. Näin ollen sote-uudistuksesta ei oletettavasti syntyisi skaala-etuja perusterveydenhuollossa. Terveyskeskusten lukumäärä ja niiden uudelleenjärjestely sote-alueiden sisällä toki määrittää lopulliset kustannusvaikutukset.

¹⁴ Periaatteessa perusterveydenhuollon vahvistaminen voisi myös lisätä kustannuksia, jos näin voitaisiin havaita enemmän sellaisia sairauksia, joita ei muuten hoidettaisi lainkaan.

Linna (2008) arvioi, että mittakaavaedut ovat todennäköisesti suurempia erikoisaloilla, kuten keskkosten hoidossa, kuin perusterveydenhuollossa. Katsaus ei kuitenkaan viittaa kvantitatiivisesti mitattaviin etuihin. Sairaaloiden erikoistumisen tiettyihin hoitoihin todetaan olevan kannattavampaa kuin sairaaloiden koon kasvattamisen yleisesti¹⁵.

Suomalaista erikoissairaanhoidon on yleisesti pidetty tehokkaana Pohjoismaisissa vertailuissa (ks. esim. Kittelsen et al. 2013.). Suomalaisten sairaaloiden parempi keskimääräinen tuottavuus selittyy maakohtaisilla (rakenteellisilla) tekijöillä, sen sijaan, että syynä olisivat pienemmät erot tehokkaimpien ja tehottomampien sairaaloiden välillä Suomessa. Samassa tutkimuksessa todetaan skaalaetujen osalta, että Suomen sairaaloiden optimaalinen koko olisi itse asiassa todellista mediaanikokoa pienempi. Sairaالاتasolla ei siis olisi (hoitojen nykyrakenteella) saavutettavissa skaalaetuja. Ruotsin osalta käytetään sairaaloiden sijaan maakäräjätasoisia tietoja. Suuremmat maakäräjät ovat keskimääräistä tehokkaampia kuin pienemmät. Tutkimuksessa ei kyetä tarkasti arvioimaan, mitkä tekijät vaikuttavat havaittuihin skaalaeroihin. Yksi hypoteesi on, että sairaalal palvelut on syytä järjestää verrattain laajalla alueella, jotta erikoistumishyödyt voidaan saavuttaa. Yksittäisten sairaaloiden kokoa ei Pohjoismaisissa kuitenkaan kannata lähtökohtaisesti kasvattaa.

Syistä Suomen sairaaloiden muita Pohjoismaita korkeampaan tuottavuuteen ei ole vankkaa tietoa. Kvalitatiivinen aineisto antaa viitteitä erikoisalojen välisestä hyvästä yhteistyöstä sairaaloissa, perusterveydenhuollon portinvartijaroolin merkityksestä ja perusterveydenhuollon merkittävämmästä roolista potilaiden jatkohoidossa kuin muissa Pohjoismaissa (Rättö 2012.)¹⁶. Myös henkilöstön verrattain alhainen mitoitus ja palkkataso parantavat Suomen tuottavuuslukuja. Huolena on, että henkilöstöresurssien säästö voi johtaa huonoon hoidon laatuun. Alustavat tarkastelut eivät kuitenkaan osoittaneet, että tuottavimpien sairaaloiden hoito olisi huonompaa Pohjoismaissa maiden sisällä tai välillä (EuroHOPE 2014.). Päinvastoin Suomen tuottavimmissa sairaaloista on myös maan pienin kuolleisuus.

Resurssien käytössä ja palveluntuotannossa on todettu huomattavia eroja sairaanhoitopiirien välillä (Kinnula et al. 2014a,b). Osittain havaitut erot kuvastavat eroja mm. sairastavuudessa, yhdyskuntarakenteessa ja henkilöstön saatavuudessa, joita ei voida tulkita tehottomuudeksi¹⁷. Näistä ”luonnollisista” eroista huolimatta tehostamiseenkin on mahdollisuuksia. Kinnula et al. (2014a) argumentoivat mm. leikkausjonojen yhdistämisen ja sairaaloiden erikoistumisen puolesta, mikä lyhentäisi odotusaikoja ja vähentäisi sekä resurssien ali- että ylikäyttöä. Tällainen toiminnan rätionalisointi pitäisi helpottaa viiden sote-alueen järjestelmässä. Samoin esimerkiksi tietotekniikkajärjestelmien yhdenmukaistaminen on helpompaa keskitetyimmässä järjestelmässä.

3.3.3 Hallintomallin vaikutukset

Palvelujen järjestäjiksi suunniteltuihin viiteen sote-alueeseen kuuluu keskimäärin 64 kuntaa, ja alueiden kunnat eroavat asukasluvultaan huomattavasti. Alueiden väestömäärä vaihtelee 0,74 miljoonasta (OYS) lähes kahteen miljoonaan (HYKS). Yhdelläkään alueella yksittäinen kunta ei muodosta väestöllä mitattuna enemmistöä. Asukasluvun mukaiseen edustukseen perustuvassa järjestelmässä yksittäisen kunnan ja erityisesti pienien kuntien vaikutusvalta päätöksentekoon jäisi siis pieneksi.

Viiden alueen hallintomuodoksi on esitetty kuntayhtymää (STM 2014a,b). Vaihtoehtona olisi suoraan vaaleilla valittu erillinen valtuusto. Päätöksenteossa tulisi varmistaa, että kunnilla olisi kannus-

¹⁵ Sairaaloiden erikoistumisen puolesta argumentoivat myös mm. OECD (2012a) ja Kinnula et al. (2014a).

¹⁶ Suomen terveyskeskuksissa tuotettu erikoissairaanhoidon herättää luonnollisesti kysymyksen Suomen sairaaloiden vertailtavuudesta muiden Pohjoismaiden kanssa.

¹⁷ Kittelsen et al. (2013) tutkimuksen osalta todettiin aiemmin, etteivät Suomen sisäiset erot sairaaloiden tehokkuudessa ole suurempia kuin muissa Pohjoismaissa.

tin koko alueen kannalta tarkoituksenmukaisen palveluverkon ja -tason ylläpitämiseen sen sijaan, että kunnat keskittyisivät vain oman palvelutuotantonsa turvaamiseen¹⁸. Kuntayhtymässä riski edustajien kotiinpäin vetämisestä voisi olla suurempi kuin suoraan vaaleilla valitussa koko alueen valtuustossa (Soininvaara 2014a).

Esitellyssä uudistuksessa kaikkien sote-palveluiden järjestämisvastuu on viidellä alueella. Kevyempien palveluiden (perusterveydenhuolto, sosiaalipalvelut) järjestämistä koskevaa päätäntävaltaa ei ole siis tarkoitus jättää alemmalle tasolle (esim. kunnille). Tämä vaikeuttaa paikallistuntemuksen ja -preferenssien huomioimista. Toisaalta alemman tason poliittisen päätöksenteon säilyttäminen sotisi integraatio- ja tasa-arvotavoitteita vastaan eikä tukisi hallinnon selkeyttä. Kesäkuun 2014 sovussa päädytty kunta- ja kuntayhtymäpohjainen tuotantovastuu mahdollistaa lisäksi osittain paikallisten tekijöiden huomioimisen (STM 2014a,b).

Kansallisella ohjauksella tulisi pyrkiä sekä sote-alueiden sisäisen toiminnan kurinalaisuuden valvontaan että sote-alueiden välisen toiminnan yhteensovittamiseen (ks. esim. THL 2012). Kansallisella ohjauksella vaikutettaisiin yhdessä muiden hallinto- ja rahoitusratkaisujen kanssa tarkoituksenmukaisten käyttäytymiskannusteiden luomiseen alueiden sisällä. Tähän voisivat liittyä esim. normit ja kannusteet palveluverkon rakenteesta, tuotantotavoista, tuottajien korvausmenetelmistä ja tietojärjestelmistä. Alueiden välisessä yhteistyössä valtiollisella ohjauksella voitaisiin edistää erityisen vaativien hoitojen keskittämistä kansallisesti. Kesäkuun 2014 sovussa STM:lle suunnitellaan sote-alueiden ohjaustehtäviä mm. vuosittaisten neuvottelujen ja nelivuositteisten järjestämis päätösten hyväksymisen kautta (STM 2014a,b).

3.3.4 Sote-alueen rahoitus

Tässä osiossa tarkastellaan sote-uudistuksen rahoitusratkaisuja niiden luomien taloudellisten kannustimien näkökulmasta¹⁹. Sote-kompromissisopimuksessa mainitaan rahoituksesta ainoastaan, että kuntien sote-alueille maksama rahoitus perustuu kuntien tarvepainotettuun asukaslukuun (STM 2014a,b). Valtionosuudet maksettaisiin nykymallin mukaan kunnille. Erityinen työryhmä selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen yksinkertaistamista kokonaisuudessaan, mutta työn on tarkoitus valmistua vasta järjestämisuudistuksen määrääjän jälkeen²⁰.

Rahoitusratkaisu luo käyttäytymiskannusteita niin sote-alueille, kunnille kuin tuottajille. Toimiva rahoitusjärjestelmä takaa kustannustehokkaan hoidon; huono järjestelmä maksaa liikaa turhasta ja päällekkäisestä toiminnasta. Rahoitusjärjestelmä, sote-alueiden hallintomalli ja palveluntuotannon rakenne tulee sovittaa yhteen toimivan järjestelmän luomiseksi. Tämän takia on epätarkoituksenmukaista, että rahoituksen uudistaminen on erotettu järjestämisuudistuksen valmistelusta²¹.

Tarvepainotetut kapitaatiomaksut tarkoittavat, että kuntien kustannukset eivät riipu toteutuneesta palvelunkäytöstä. Sen sijaan kuntalaista kohti maksettava ”vakuutusmaksu” on keskimääräistä suurempi (pienempi) kunnissa, joiden asukkaiden palveluntarve on keskiarvoa suurempi (pienempi). Yksityiskohdista riippuen järjestelmä ei välttämättä kannusta kuntia parhaalla tavalla väestönsä terveydentilan edistämiseen. Tärkeä tekijä kannustinvaikutusten kannalta on kuinka suuren osan tarvepohjaisista eroista kuntien välillä valtio korvaa valtionosuuksien kautta. Mitä pienempi on tarvepohjaisten erojen tasoitus, sitä suurempi on kuntien kannustin parantaa kuntalaistensa palvelutar-

¹⁸ Pienet kunnat voisivat kuntayhtymässä liittoutua äänivaltansa kasvattamiseksi ja tätä kautta estää palveluverkon uudistamisen. Toisaalta edes suuret kunnat eivät maksaisi täysimääräisesti lisäpanostuksia oman alueensa palvelutasoon. Jos muutamilla suurilla kunnilla olisi riittävästi äänivaltaa, voisivat ne jättää huomioimatta pienempien alueiden palvelutarpeen. Tätä pyritään estämään järjestämislain vaatimuksilla riittävästä lähipalveluista.

¹⁹ VNK (2011b) on perustavanlaatuisempi katsaus toimivan rahoitusjärjestelmän ominaisuuksista.

²⁰ <http://www.stm.fi/monikanavaisen-rahoituksen-purkamisen-vaihtoehtoja-selvittava-tyoryhma>

²¹ Toimintatapa edustaa ”osaoptimointia”, josta nykyistä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää on moitittu.

peeseen vaikuttavia taustatekijöitä. Toisaalta hyvin rajoitettu tarve-erojen tasoitus kasvattaa jo muutenkin heikommassa taloudellisessa asemassa olevien kuntien maksurasitetta. Lisäksi sote-menojen valtionosuuskriteerien ulkopuolelle jää todennäköisesti tekijöitä, jotka vaikuttavat palveluntarpeeseen (esim. panostukset liikenneturvallisuuteen). Kuntien kannustimet panostaa tällaisiin epäsuorasti sote-menoihin vaikuttaviin tekijöihin pienenevät tarvepohjaisessa kapitaatiomaksujärjestelmässä²².

Taloudellisilla kannustimilla voi olla mahdollista ohjata kuntien toimintaa toivottuun suuntaan. Kuntien maksut voisivat kapitaatioperiaatteen lisäksi perustua osittain käytettyjen palvelujen määrään (ks. esim. THL 2012). Tällöin kunnille muodostuisi kannustin edistää väestönsä terveyttä, mikä pienentäisi kuntalaisten palvelujen käyttöön perustuvaa maksuosuutta. Tanskassa on käytössä kuntien osavastuuosuus erikoissairaanhoidon palveluista, mikä riippuu vuodepaikkojen käytöstä (THL 2013a.). Yhteys terveydenedistämistoiminnan ja väestön terveydentilan välillä on kuitenkin koettu epäselväksi. Tanskan mallissa kunnilla on myös enemmän vastuita kuin mitä suomalaisille kunnille jäisi sote-uudistuksen jälkeen.

Kapitaatio- ja suoritemaksujen välillä on ristiriita yhtäältä erityisesti pienille kunnille tärkeän vakuutusominaisuuden ja toisaalta suotavien kannustinvaikutusten välillä. Kapitaatiomaksut tuovat kunnille ennakoituvuutta ja poistavat riskin katastrofaalisista kustannuksista mutta voivat samalla pienentää kuntien kannustimia huolehtia palveluntarpeen minimoimisesta²³. Kapitaatiomallin käytännön etu on sen hallinnollinen yksinkertaisuus suoritejärjestelmään verrattuna. Suoritemaksut altistavat kunnat merkittävämmiin vuosittaiselle kustannusten vaihtelulle, mutta toisaalta toteuttavat aiheuttamisperiaatteen. Kapitaatio- ja suoritemaksuja yhdistävällä sekajärjestelmällä voidaan pyrkiä tasapainottelemaan vakuutustavoitteen ja suotuisten kannustinvaikutusten ylläpitämisen välillä.

Käynnissä olevan rahoitusmallin uudistustyön takia järjestämisuudistuksen linjaukset rahoitusjärjestelyistä muuttunevat lähitulevaisuudessa²⁴. Yksi mahdollisuus on, että kaikki julkinen rahoitus kerättäisiin sote-alueelle. Tämä koskisi myös Kelan kautta maksettavia korvauksia, millä olisi vaikutuksia nykyiseen sairausvakuutusjärjestelmään. Valtionosuudet maksettaisiin kuntien sijaan suoraan sote-alueille. Tässä vaihtoehdossa kuntien maksun sote-alueille tulisi määräytyä *painottamattoman* asukasluvun mukaan. Mallin hyvänä puolena olisi, että valtionosuusjärjestelmää voitaisiin yksinkertaistaa, koska erot alueiden välillä ovat pienempiä kuin yksittäisten kuntien välillä (Soininvaara 2014b). Toisin kuin nykyään, mallissa korvamerkittäisiin julkisia menoja sote-palveluihin. Tämä heikentäisi mahdollisuuksia kohdentaa uudelleen menoja eri julkisten palvelujen välillä kuntien mieltymysten ja muiden muutosten seurauksena, jollei valtio aktiivisesti seuraisi valtionosuuksien myöntämisperusteita. Toisaalta alueelliset erot sote-palvelujen tarjonnassa luultavasti pienentyisivät.

Esillä on myös ollut mahdollisuus, että sote-alueille annettaisiin verotusoikeus (ks. esim. Ekström et al. 2014 ja Jonsson 2014). Tämä taas olisi perustuslaillisin näkökohdin luontevinta yhdistää sote-alueen suoraan vaaleilla valittuun valtuustoon. Mallin etuna olisi palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuun yhdistäminen, jolla voisi olla positiivisia vaikutuksia kustannusten hillintään kansalaisten äänestyskäyttäytymisestä riippuen. Pelkästään sote-asioihin keskittynyt valtuusto ei kuitenkaan joutuisi tasapainottelemaan julkisen rahan käyttöä sote- ja muiden palvelujen (esim. koulutus) välillä. Verojärjestelmä myös monimutkaistuisi ja verottajatasojen päällekkäisyys voisi ajan mittaan lisätä painetta kokonaisveroasteen kohoamiseen (Keen ja Kotsogiannis 2002). Lisäksi täytyisi selvittää verotusoikeudellisen sote-alueen suhde muihin kaavailtuihin alueellisiin ratkaisuihin (esim. metropolihallinto).

²² Välimäki (2013) puolustaa sote-palvelujen kuntapohjaisuutta näiden ulkoisvaikutusten huomiomisella.

²³ Nykyisinkin sairaanhoitopiirien sisällä on tosin erilaisia erittäin suurten kustannusten tasausjärjestelmiä.

²⁴ Rahoitusvaihtoehtoja on pohtinut mm. Jonsson (2014).

Kunnalliseen, valtiolliseen tai sote-veroon perustuvaan rahoitukseen nojaavan sote-alueen korvausjärjestelmän tulisi kannustaa sote-aluetta kustannustehokkaaseen toimintaan. Tässä tarvittaisiin luultavasti valtiollista ohjausta, jonka muoto riippuu valitusta hallinto- ja rahoitusmallista. Kuntayhtymään perustuvassa hallintojärjestelmässä useimpien kuntien vaikutusvalta ja maksuosuus olisi niin pieni, ettei niillä olisi käytännössä mahdollisuutta tai kannustinta rajoittaa sote-alueen kokonaiskustannusten kasvua. Valtion tulisikin vaikuttaa sote-alueiden tavoitteellisiin budjetteihin.

Alijäämien täydellinen kieltäminen sote-alueilta on mahdotonta, koska uhkana olisi lakisääteisten palvelujen epääminen kansalaisilta rahoitusajanjakson loppupuolella. Vireillä olevassa kuntalain uudistamisessa kunnan taseeseen jäävän alijäämän kattamisvelvoitetta on tarkoitus kiristää ja ulottaa tämä velvoite koskemaan myös kuntayhtymiä. Myös muita keinoja sote-järjestäjän budjettikurin vahvistamiseksi voisi pohtia – esimerkkinä sote-alueen operatiivisen johdon palkkauksen riippuvuus tavoitteiden saavuttamisesta. Verotusoikeudelliseen sote-alueen valtuustoon perustuvassa hallintomallissa valtiollisen ohjauksen tarve kustannusten hillitsemiseksi voisi olla pienempi, mutta toisaalta olisi tarkkailtava uuden verotusportaan vaikutusta kokonaisveroasteen kohoamispressureen. Kummankin hallintomallin tapauksessa valtio voisi sakottaa liian korkeista sote-menoista pienentämällä alueelle maksettuja valtionosuuksia. Valtio voisi myös ohjata sote-alueita erilaisten bonusten avulla Ruotsin tapaan (ks. esim. Ekström et al. 2014). Kesäkuun sote-sovussa ei vielä selvennetä valtion sote-alueisiin kohdistaman rahoitusohjauksen muotoa (STM 2014a,b). Hallitus sopi kuitenkin elokuun 2014 budjettiriihessä sote-alueisiin kohdistettavasta nelivuotisesta menokatosta²⁵.

3.3.5 Yksityisen ja julkisen palvelutuotannon erot ja rahoitus

Kesäkuun 2014 sote-sovussa ensisijainen palvelujen tuotantovastuu on kunnilla ja kuntayhtymillä, jotka voivat sovittavien kriteerien perusteella hankkia palveluita myös yksityisiltä palveluntuottajilta ja järjestöiltä (STM 2014a,b). Sovussa on siis päädytty julkista tuotantoa painottavaan ratkaisuun, vaikka eri sote-alueilla on mahdollisuus tehdä erilaisia painotuksia tuotannon tarkan rakenteen suhteen.

Yksityisen ja julkisen palvelutuotannon taloudellisen tehokkuuden vertailu on haastavaa, koska sote-palvelut eivät ole homogeenisiä tuotteita. Kustannuserot palvelujen tuottamisessa voivat kuvata eroja mm. tehokkuudessa, palvelujen laadussa tai asiakkaiden valikoitumisessa.

STM (2012) on kartoittanut kokemuksia julkisten palvelujen kilpailuttamisesta, jonka tavoitteena on ollut kustannussäästöjen aikaansaaminen tai esimerkiksi palvelutason parantaminen. Tulokset eivät ole yksiselitteisiä taloudellisten taikka muidenkaan vaikutusten osalta. Vanhuspalvelujen tapauksessa Kähkönen ja Volk (2008) totesivat kilpailuttamisen pääsääntöisesti alentaneen kustannuksia. Toisaalta lääkäripalvelujen kilpailutuksen todettiin kyselytutkimuksen perusteella aiheuttaneen useammin lisäkustannuksia kuin säästöjä (Mikkola 2009.). Lääkäripalvelujen ulkoistamiseen ei kuitenkaan yleisesti edes liittynyt säästötavoitteita, vaan pyrkimyksenä oli pikemminkin palvelujen saatavuuden turvaaminen. Kuten Mikkola (2009) toteaa, onkin luonnollista, että ulkoistuksesta syntyy lisäkustannuksia, jos aiemmilla menoilla ei ollut mahdollista tuottaa riittäviä palveluita.

Tapaustutkimusten kokemusten perusteella ei voida sanoa luotettavasti, kuinka yksityisen palvelutuotannon osuuden muutos koko maan tasolla vaikuttaisi kustannuksiin, koska ulkoistamisen aste vaihtelee kunnittain huomattavasti, eivätkä ”paljon” ulkoistaneet kunnat välttämättä ole koko maata

²⁵ <http://www.hs.fi/kotimaa/Hallitus+p%C3%A4%C3%A4tt%C3%A4%C3%A4+sote-menoille+katon/a1409300294071>

edustava otos²⁶. Ulkoistamisen osalta on myös keskusteltu kunnilta puuttuvasta kilpailutusosaamisesta ja kansallisen ohjauksen tarpeesta (ks. esim. STM 2012). Sote-alueiden suuren koon pitäisi tarjota mahdollisuuksia kilpailutusosaamisen parantamiseen.

Yllä referoidut kokemukset koskevat sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelujen ulkoistuksia. Erikoissairaanhoidossa palvelujen ulkoistus on harvinaisempaa (Ekström et al. 2014), eikä esimerkiksi kokonaisten sairaaloiden ulkoistamisesta ole kotimaisia kokemuksia. Yhdysvalloista on kattavampaa kirjallisuutta voittoa tavoittelevien ja voittoa tavoittelemattomien sairaaloiden eroista (Anell 2011.). Pääosa tutkimuksista pitää voittoa tavoittelemattomia sairaaloita parempina useimmilla mittareilla (ml. taloudelliset). Voittoa tavoittelemattomien sairaaloiden hallintokustannukset olivat alhaisemmat kuten myös (luonnollisesti) toiminnan voitot. Toisaalta hoitomenoissa potilasta kohden ei ollut säännönmukaisia eroja eri hallintomuodon sairaaloiden välillä. Tulkinnoissa on huomioitava, että Yhdysvaltojen voittoa tavoittelemattomat ja voittoa tavoittelevat sairaalat eivät kaikilta osin ole vertailukelpoisia (esim. maantieteellinen jakauma; erikoistumisaste).

Voittoa tavoittelevien sairaaloiden tulosten hajonta on verrattain suurta Yhdysvalloissa (Anell 2011.). Vaikka keskimääräiset tulokset ovat pääsääntöisesti suhteellisesti heikompia, ovat voittoa tavoittelevat sairaalat toisaalta yliedustettuina laadultaan parhaiden sairaaloiden joukossa. Sairaaloiden hallintomuoto on kuitenkin toissijainen tekijä sairaaloiden välisten laatuerojen selittäjänä. Merkittävämpiä tekijöitä voivat olla kilpailulle asetetut ehdot ja sairaaloiden korvausmuodot. Annetuilla hinnoilla toteutetulla kilpailulla on taipumus parantaa laatua, mutta hintakilpailu voi olla epätoivottavaa (Anell 2011, OECD 2012b).

Ruotsissa on viime vuosina saatu kokemuksia kansalaisten valinnanvapauden ja tuottajien välisen kilpailun lisäämisestä perusterveydenhuollossa (Anell 2011.). Ruotsin järjestelmässä asiakaskorvaukset ovat samat kaikille tuottajille, eli kilpailua käydään hintojen sijaan laadulla. Järjestämisvas-
tuussa olevat maakäräjät hyväksyvät määrätyt kriteerit täyttävät perusterveydenhuollon palveluntuottajat.

Tukholma lanseerasi valinnanvapausjärjestelmän ensimmäisten maakäräjien joukossa (Anell 2011.). Ensimmäisten vuosien aikana perusterveydenhuollon tuottavuus lisääntyi Tukholmassa merkittävästi palvelujen volyymin kasvun seurauksena ja erityisesti heikompiosaisien kansalaisten palvelujen käyttö lisääntyi. Yksityisten ja julkisten tuottajien tuottavuudessa ei löytynyt säännönmukaisia eroja. Beckman ja Anell (2013) toteavat lääkärikäyntien lisääntyneen myös Skånessa kaikissa potilasryhmissä valinnanvapausuudistuksen jälkeen, mutta lisäys ei Tukholman tavoin kohdistunut pääosin heikompiosaisiin kansalaisiin, vaan pikemminkin päinvastoin²⁷.

Palvelutuotannon rakenne määrittää tuottajien tarkoituksenmukaiset korvausmuodot. Sovitussa kunta-/kuntayhtymäpohjaisessa mallissa sote-alueet tilaisivat palvelut julkisilta Eksoten tapaisilta integroiduilta sairaanhoitoalueilta²⁸. Tällaisen alueellisen tuottajan korvausmuoto voisi olla asukkaiden taustatekijöillä korjattu kapitaatiomaksu. Tällöin tuottajilla ei olisi kannustinta palveluiden liikatuotantoon. Toisaalta voisi esiintyä sama ongelma kuin nykyisin julkisen perusterveydenhuollon tapauksessa: kilpailun puute saattaisi johtaa alihoitoon. Tällöin kapitaatio- ja suoritekorvauksen yhdistelmä voisi olla perusteltu (Soininvaara 2014c).

²⁶ Selkeästi tämä ilmenee niissä tapauksissa, joissa kunta on ”pakotettu” ulkoistamaan tiettyjä palveluita, koska se ei pysty houkuttelemaan vakituista työvoimaa.

²⁷ Toisin kuin useimmissa muissa maakäräjissä, Skånessa perusterveydenhuollon tuottajien korvaukseen ei sisälly käyntien lukumäärästä riippuvaa osuutta.

²⁸ Esimerkkejä eri malleista esittävät mm. Ekström et al. (2014). Kirjoittajat ottavat voimakkaasti kantaa mallien keskinäiseen paremmuuteen.

Alueellisten (monopoli)tuottajien ongelmana voi olla kilpailun puute, mikä ei kannusta tuottajia järjeistämään palvelurakennettaan. Ongelmaa voidaan pyrkiä lieventämään joko suoraan sote-alueelta tulevilla määräyksillä tai tekemällä rahoituksesta uudelleenjärjestelyihin kannustava. Ensimmäisen heikkoutena olisi sote-alueen rajallinen tietopohja paikallisista tekijöistä. Toisaalta rahoituksen kannustavuuden toteuttaminen ei ole triviaalia. Kesäkuun 2014 sote-sovussa todettiin, että järjestämislaissa määritellään kriteerit palvelujen keskittämiseksi ja tarkempi tuotantorakenne ja rahoitusratkaisu määritellään nelivuotisissa järjestämissopimuksissa (STM 2014a,b). Sote-alueiden nelivuotinen mahdollisuus määrittää uudelleen tuotantovastuussa olevat kunnat ja kuntayhtymät tuo myös periaatteessa lievän kilpailullisuuden elementin julkisille tuottajille.

Eräs tapa kannustaa kustannustenhillintään olisi tarvekorjattujen kapitaatiokorvausten määrittäminen koko maan keskiarvon tai maan tehokkaimpien alueellisten tuottajien kustannustason mukaan. Tämä ei kuitenkaan ole yksinkertaista, sillä alueellisten tuottajien välisiä eroja selittävät toimintakäytäntöerojen lisäksi eroavaisuudet esimerkiksi alueiden väestötiheydessä ja yhdyskuntarakenteessa. Näistä aiheutuvia kustannuseroja ei voi pitää alueellisen tuottajan virkamiesjohdon syynä.

Alueelliset tuottajat eivät pystyisi vaativassa erikoissairaanhoidossa tuottamaan kaikkia palveluita itse, vaan osa palveluista täytyisi hoitaa keskitetysti sote-alueella tai sote-alueellakin suuremmalla tasolla. Alueellisen tuottajan tulisi olla kustannusvastuussa ulkopuolelta tilattavien palvelujen osalta, jottei sille tulisi liiallista kannustinta lähettää potilaita vaativaan hoitoon. Sopiva korvausmuoto olisi valtakunnallisesti ohjattu Diagnosis-Related Group (DRG)-hinnoittelu. DRG-hinnoittelussa potilaan hoitajaksosta maksetaan diagnoosin perusteella. Korvaus perustuu esim. annetun diagnoosin keskimääräisiin eikä yksittäistapauksen toteutuneisiin hoitokustannuksiin. DRG-hinnoittelu olisi myös mahdollisten yksityisten palveluntarjoajien luonteva korvausmuoto erityistason palveluissa.

Jos taas perustason palveluissa päädyttäisiin myöhemmässä vaiheessa tai tiettyjen sote-alueiden osalta Ruotsin tapaiseen valinnanvapausjärjestelmään²⁹, yksityisten tuottajien luontevin korvausmuoto olisi liikahoitoon kannustamaton kapitaatioperuste (THL 2013a). Toisaalta alihoidon vaara olisi tilanteessa, jossa kansalaisilla ei olisi todellista mahdollisuutta tai kykyä kilpailuttaa eri palveluntarjoajia. Tällöin korvauksen olisi syytä määräytyä osittain suoritteiden perusteella, mikä on pääasiainen käytäntö Ruotsissa (THL 2013a).

Kapitaatiomuotoisesti korvattavilla perustason tuottajilla olisi kannustin siirtää potilaita erityistason palveluiden piiriin, joista perustason tuottaja ei vastaisi (ks. esim. Beales ja Smith 2012). Tämän estämiseksi perustason palveluiden tuottajille tulisikin luoda osittainen rahoitusvastuu erityistason palveluiden kustannuksista (THL 2013a.). Laajempi kustannusvastuu toisaalta kasvattaa perustason tuottajien riskiä ja sitä kautta tuottajien vaadittua minimikokoa, mikä vähentää kilpailua. Myös muita perustasolta erityistason palveluihin siirtymistä rajoittavia ”portinvartija-järjestelyjä” (gate keeping) olisi tarpeen harkita yksityisiin tuottajiin perustuvassa järjestelmässä.

4 Sote-palvelujen uudistaminen ja kehityspaineet

Tässä muistiossa on pohdittu sosiaali- ja terveystaloudellisten vaikutusten arviointia. Teoreettisen ja empiirisen tutkimuskirjallisuuden pohjalta ei voida esittää luotettavia kvantitatiivisia arvioita tuoreimman uudistuksen vaikutuksista julkiseen talouteen³⁰. Kysymys ei ole tilastollisesta riskistä, vaan perustavanlaatuisesta epävarmuudesta (Knight 1921). Uudistuksen eri palasten kokonaisvaikutusta ei ole luotettavasti mahdollista arvioida

²⁹ Suomessa valinnanvapausjärjestelmän puolesta ovat liputtaneet mm. THL (2013b) ja Ekström et al. (2014). Valinnanvapausjärjestelmää vastaan on ollut mm. SDP (2014).

³⁰ Uudistus itsessään on tietysti perusteltu jos se parantaa terveydellisiä ja toiminnallisia lopputuloksia, vaikka sillä ei olisikaan suorita (julkis)taloudellisia vaikutuksia.

etukäteen, eikä jälkikätestodentaminenkaan ole yksinkertaista, koska koko maassa samanaikaisesti toteutettavalla uudistuksella ei ole vertailukohtaa.

Vaikka tarkkojen lukujen esittäminen uudistuksen vaikutuksista ei ole perusteltua, voidaan kirjallisuuden perusteella antaa suuntaviivoja mahdollisista seurauksista ja niiden toteutumisen edellytyksistä.

Sote-palvelujen integraatio on yksi keskeisistä uudistuksen perusteluista niin hoidon laadun parantamisen kuin kustannusten hillinnän kannalta. Empiirinen näyttö integraation taloudellisista vaikutuksista on rajallista, vaikkakin teoreettisia perusteluja palveluiden yhteensovittamiselle on olemassa. Integraatiolla voidaan tarkoittaa hyvin monenlaisia järjestelyjä, minkä takia sote-alueiden on syytä kokeilla eri palvelujen yhteensovittamisen keinoja toimivimpien käytäntöjen tunnistamiseksi. Integraatio voidaan periaatteessa saavuttaa joko vastuuttamalla sama tuottaja asiakkaan kokonahoidosta tai luomalla eri tuottajille toimivat kannustimet palvelujen yhteensovittamiseen monituottajamallissa.

Sote-uudistuksesta mahdollisesti saatavat skaalaedut eivät seuraa sairaaloiden (tai terveyskeskusten) koon kasvattamisesta yleisesti, vaan yksiköiden suuremmasta erikoistumisesta ja työnjaosta. Erikoistumista on syytä kannustaa sekä sote-alueiden sisällä että niiden välillä, tarvittaessa valtion ohjaukskeinoin. Sairaalapalvelujen erikoistuminen ja voimavarojen yhteiskäyttö mahdollistavat myös hoitoresurssien ja -tulosten alueellisten erojen pienentämisen. Tietotekniikkajärjestelmien yhdenmukaistaminen sujuvoituu keskitetyimmässä järjestelmässä.

Sote-alueen hallinto- ja rahoitusmalli vaikuttavat toimijoiden taloudellisiin kannustimiin ja sitä kautta kustannustenhillinnän mahdollisuuksiin. Sote-palvelujen rahoitusratkaisu on tarpeen sopeuttaa aikataulusyistä järjestämislakiratkaisuun, vaikka parasta olisi miettiä näitä kahta samanaikaisesti. Valitun mallin tulee kannustaa sote-aluetta kustannustehokkaaseen toimintaan ja säilyttää kunnilla kannustimet huolehtia palvelutarvetta ennaltaehkäisevistä toimista. Valtiolla on merkittävä ohjausrooli suotavien kannustinten luomisessa, mm. sote-alueille asetettavien menokattojen avulla.

Tuotantorakenteen (julkinen/yksityinen, integroitu tuottaja/monituottajuus) valinnat vaikuttavat tuottajien kustannustehokkaaseen korvaustapaan. Yleisesti kapitaatioperusteiset hoitokorvaukset ovat taloudellisesti perusteltuja, koska ne eivät kannusta ylihoitoon. Toisaalta asukaskohtaiset korvaukset saattavat johtaa alihoitoon, jos kilpailu on vähäistä tai kansalaisilla ei ole mahdollisuuksia tehdä tiedostavia valintoja tuottajien välillä. Tällöin korvauksen pitäisi perustua osittain palvelujen tuotettuun määrään.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden menojen bkt-suhde on kasvanut samansuuntaisesti OECD-maissa, vaikka maiden terveydenhuoltojärjestelmät eroavat rakenteiltaan huomattavasti (Chernew ja May 2011.). Teknologian kehitystä pidetään ilmiön keskeisenä selityksenä. Havainnosta seuraa hypoteesi, että vaikka terveydenhuoltojärjestelmien uudistukset voivat vaikuttaa kustannusten tasoon, kustannusten kasvuvauhtiin niillä ei ole vaikutusta, koska kasvu riippuu yleismaailmallisista tekijöistä. Länsimaissa kokeilluilla politiikkatoimilla onkin Chernew 'n ja May'n (2011) mukaan ollut vain rajallisesti vaikutusta kustannustenhallintaan. Hoidon rajoittamisella, esim. tuottajien tarpeeksi alhaisten kapitaatiokorvausten kautta, voidaan luonnollisesti pitää kustannuksia kurissa, mutta tälle ei ole useimmiten poliittista kannatusta.

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen kustannusten kasvupaineet eivät ole lähtökohtaisesti haitallisia. Menojen lisäys on ollut yhteydessä hoitomenetelmien kehitykseen, eliniän pitenemiseen ja sairauksien haittavaikutuksien pienentymiseen. Lisääntyneet menot voivat siis kuvastaa yhteiskunnan arvostuksia. Toisaalta terveyspalvelujen arviointi on maallikoille vaikeaa eivätkä kansalaiset kohtaa

niiden markkinahintoja, mikä voi johtaa terveydenhuoltosektorin paisumiseen muiden sektorien kustannuksella enemmän kuin olisi syytä terveystalouden ”todellisen” arvostuksen perusteella.

Jos teknologian vaikutus kustannuksiin säilyy samanlaisena myös tulevaisuudessa, on yhteiskunnalla tarve joko rajoittaa ja säännöstellä hoitoa enenevässä määrin tai nostaa veroastetta lisääntyneiden menojen rahoittamiseksi. Ensimmäinen vaihtoehto johtaisi maksukykyisten kansalaisten siirtymiseen yhä enenevässä määrin yksityisille vakuutusmarkkinoille. Yksityisten markkinoiden merkityksen kasvu voi pienentää julkisen terveydenhuollon poliittista kannatusta ja sitä kautta voimistaa kehitystä (Hughes Tuohy ja Glied 2011). Julkisen terveydenhuollon roolin pienentyminen olisi ristiriidassa terveystalouden tasa-arvotavoitteiden kanssa. Toisaalta on epävarmaa, ollaanko veroja valmiita korottamaan riittävästi, jotta voitaisiin ylläpitää edes nykyisenkaltaisen terveydenhuollon tasa-arvo.

Tulevaisuuden kustannusskenaariot nojautuvat vahvasti menneiden vuosien kokemuksiin. Ei ole kuitenkaan välttämätöntä, että aiemmat trendit jatkuvat. Aurinkoisessa tulevaisuudenkuvassa teknologian kehittyminen ei tarkoita vain kustannuksia lisääviä uusia hoitoja vaan myös olemassa olevien palvelujen tuottamisen tehostumista. Tähän suuntaan voisi parhaimmillaan vaikuttaa tietotekniikan (mobiiliterveyssovellukset, big data) ja genomitutkimuksen kehitys. Myös sote-uudistuksella on merkitystä taustalla oleviin trendeihin sopeutumisessa, vaikkakin kustannuspaineet säilynevät valituista järjestämiskäytännöistä huolimatta.

Lähteet

- Anell, A. (2011): Hälso- och sjukvårdstjänster i privat regi. Teoksessa: Konkurrensens konsekvenser: vad händer med svensk väfärd? Toim. Hartman, L.
- Beckman, A. – Anell, A. (2013): Changes in health care utilisation following a reform involving choice and privatisation in Swedish primary care: a five-year follow-up of GP-visits. *BMC Health Services Research*, 13:352.
- Kittelsen, S. A. C. – Persson, B. A. – Anthun, K. S. – Goude, F. – Hope, Ø. – Häkkinen, U. Kalseth, B. – Kilsmark, J. – Medin, E. – Rehnberg, C. – Rättö, H. (2013): Decomposing the productivity differences between hospitals in the Nordic countries. Working Paper 2013:4. University of Oslo Health Economics Research Programme.
- Bardsley, M. – Georghiou, T. – Chassin, L. – Lewis, G. – Steventon, A. – Dixon, J. (2012). Overlap of hospital use and social care in older people in England. *Journal of Health Services Research & Policy*.
- Bardsley, M. – Steventon, A. – Smith, J. – Dixon, J. (2013): Evaluating integrated and community-based care: how do we know what works? Nuffield Trust.
- Beales, S. – Smith, P. (2012): The role of primary health care in controlling the cost of specialist health care. *Nordic Economic Policy Review* 2/2012.
- Chernew, M. E. – Dustin, M. (2011): Health care cost growth. Teoksessa: *The Oxford Handbook of Health Economics*. Toim. Glied, S. – Smith, P.
- Ekström, B-E. – Haavisto, I. – Pohjonen, M. (2014): Vuosikymmenen valinta – näin sote-uudistus pelastetaan. EVA-analyysi No 36.
- EuroHOPE (2014): Summary of the findings of the EuroHOPE project. The EuroHOPE study group.
- Forder, J. (2009): Long-term care and hospital utilisation by older people: an analysis of substitution rates. *Health Economics* 18:1322–1338.
- Vaalavuo, M. – Häkkinen, U. – Fredriksson, S. (2013): Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. THL Raportti 24/2013.
- Martín Martín, J. – González, P. – García, D. (2011): Review of the literature on the determinants of healthcare expenditure. *Applied Economics Letters* 43.
- Weatherly, H. – Mason, A. – Goddard, M. – Wright, K. (2010): Financial integration across health and social care: evidence review. Scottish Government Social Research.
- Xu, K. – Saksena, P. – Holly, A. (2011): The determinants of health expenditure – a country-level panel data analysis. Working Paper of the Results for Development Institute.
- Hughes Tuohy, C. – Glied, S. (2011): The political economy of health care. Teoksessa: *The Oxford Handbook of Health Economics*. Toim. Glied, S. – Smith, P.

Nguyen, L. – Häkkinen, U. – Pekurinen, M. – Rosenqvist, G. – Mikkola, H. (2009): Determinants of health care expenditure in a decentralized health care system. THL Discussion Papers 21/2009.

Rättö, H. – Jonsson, P. M. – Häkkinen, U. – Häkkinen, P. (2012): Somaattinen erikoissairaanhoito Pohjoismaissa: vertailututkimus. THL Raportti 51/2012.

Hämäläinen, K. – Moisio, A. (2011): Kainuun hallintokokeilun kustannusvaikutukset. VATT-muistio 16.

Jonsson, P. M. (2014): Uusien sote-alueiden rahoittamiselle on useita vaihtoehtoja. THL blogi 31.3.2014. <https://blogi.thl.fi/blogi/-/blogs/uusien-sote-alueiden-rahoittamiselle-on-useita-vaihtoehtoja>

Keen, M. J. – Kotsogiannis, C. (2002): Does federalism lead to excessively high taxes? American Economic Review, vol. 92(1): 363–370.

Kinnula, P. – Malmi, T. – Vauramo, E. (2014a): Saadaanko sote-uudistuksella tasalaatua? Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu 82.

Kinnula, P. – Malmi, T. – Vauramo, E. (2014b): Sisältöä sote-uudistukseen. Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu 78.

Knight, F. H. (1921): Risk, uncertainty, and profit. New York: Hart, Schaffner and Marx.

Kähkönen, L. – Volk, R. (2008): Kuntien vanhuspalvelujen kilpailuttamiskokemuksia. Kunnallisan kehittämissäätiö.

Linna, M. (2008): Optimaalinen yksikkökoko, erikoistuminen ja käytännön organisointimallit. Teoksessa: Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin – uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. Toim. Ilmakunnas, S. VATT-julkaisuja 48.

Luoma, K. – Moisio, A. (2005): Kuntakoko, kuntien menot ja palvelujen tuotannon tehokkuuserot. VATT-muistio 69.

de la Maisonneuve, C. – Oliveira Martins, J. (2013): A projection method for public health and long-term care expenditures. OECD Economics Department Working Papers, No. 1048, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k44v53w5w47-en>

Mikkola, H. (2009): Toimiiko kilpailu lääkäripalveluissa? Kunnallisan kehittämissäätiön Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 15.

Mosca, I. (2007): Decentralization as a determinant of health care expenditure: empirical analysis for OECD countries. Applied Economics Letters 14.

Moisio, A. (2008): Kuntarakenteen ja rahoituksen uudistushankkeet palvelujen tehokkaan tuotannon näkökulmasta. Teoksessa: Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin – uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. Toim. Ilmakunnas, S. VATT-julkaisuja 48.

NCG (2013): Paljon sosiaali- ja terveystalv palveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen lääkirilehti 48/2013.

OECD (2012a): OECD Economic Survey Finland 2012.

OECD (2012b): Competition in hospital services. OECD Directorate for Financial and Enterprise Affairs. Competition Committee.

SDP (2014): Sote-uudistus. SDP-viestintä 23.3.2014. <http://www.sdp.fi/fi/taustat/muistiot/7777-sdp-ja-sote-uudistus>

Soininvaara, O. (2014a): Sote-sopu (1) Hyvä malli vaikka ei täydellinen. Soininvaara.fi. 23.3.2014. <http://www.soininvaara.fi/2014/03/23/sote-sopu-1-hyva-malli-vaikka-ei-taydellinen/>

Soininvaara, O. (2014b): Sote-sopu (4) Kuntien valtionosuudet erä-alueille. Soininvaara.fi 24.3.2014. <http://www.soininvaara.fi/2014/03/24/sote-sopu-4-kuntien-valuationosuudet-erä-alueille/>

Soininvaara, O. (2014c): Sote-sopimus (2) Mistä maksetaan? Soininvaara.fi 23.3.2014. <http://www.soininvaara.fi/2014/03/23/sote-sopimus-2-mista-maksetaan/>

STM (2009): Skenaarioita sosiaalimenoista: terveyden edistämisen vaikutukset ja analyysimallin esittely. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:7.

STM (2012): Sosiaali- ja terveystalouden kilpailuttamisen toimivuus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:1.

STM (2014a): Sote-uudistuksesta on saatu ratkaisu. Tiedote 149/2014. 25.6.2014. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1886238#fi>

STM (2014b): Sote-uudistus: järjestämislain keskeinen sisältö. Dia-esitys. 25.6.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9817041&name=DLFE-30891.pdf

THL (2012): Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen: kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa. Raportti 21/2012.

THL (2013a): Jonottamatta hoitoon – THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi.

THL (2013b): SOTE-uudistuksen vaikutusten alustava arviointi.

THL (2014a): SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi. Raportti 14/2104.

THL (2014b): Sote-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi. 21.3.2014. Dia-esitys. <http://www.slideshare.net/THLfi/soteuudistuksen-vaikutusten-arviointi-2132014>

[THL \(2014c\): SOTE viidelle alueelle – vaikutusten ennakoarviointi. Päätösten tueksi 1/2014.](#)

Tuovinen, M. (2013): Terveysmenojen kasvu. Valtiovarainministeriön keskustelualoite 1/2013.

VNK (2011a): Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. 22.6.2011.

VNK (2011b): Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 19/2011.

VNK (2013a): Rakennepoliittinen ohjelma talouden kasvuedellytysten vahvistamiseksi ja julkisen talouden kestävyysvajeen umpeen kuromiseksi. 29.8.2013.

VNK (2013b): Hallituksen päätös rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanosta. 29.11.2013.

VNK (2014): Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen kattavasti viidelle alueelle. Tiedote 114/2014. <http://valtioneuvosto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/fi.jsp?oid=411768>

Välimäki, K. (2013): Kakkua jaettavaksi. Kunnallisalan kehittämissäätiön Polemia-sarjan julkaisu nro 89.

Ministry of Finance
Discussion Papers

- 1/2009 Mika Kuismanen – Ville Kämppi
The effects of fiscal policy on economic activity in Finland
- 2/2009 Mikko Sariola
Monetary policy and exchange rate shocks: effects on foreign trade in Finland
- 3/2009 Juha Itkonen
Päästökauppajärjestelmien linkittämisen ilmastopoliittiset vaikutukset
- 1/2010 Samuli Pietiläinen
The Bayesian Estimation of Private Investment in Finland
- 1/2011 Meri Obstbaum
The Finnish unemployment volatility puzzle
- 1/2012 Ilari Ahola
Kuntien finanssipoliittiset säännöt ja niiden toimivuus
- 1/2013 Marja Tuovinen
Terveysmenojen kasvu
- 1/2014 Mauri Kotamäki
Työllistämisveroasteet Suomessa