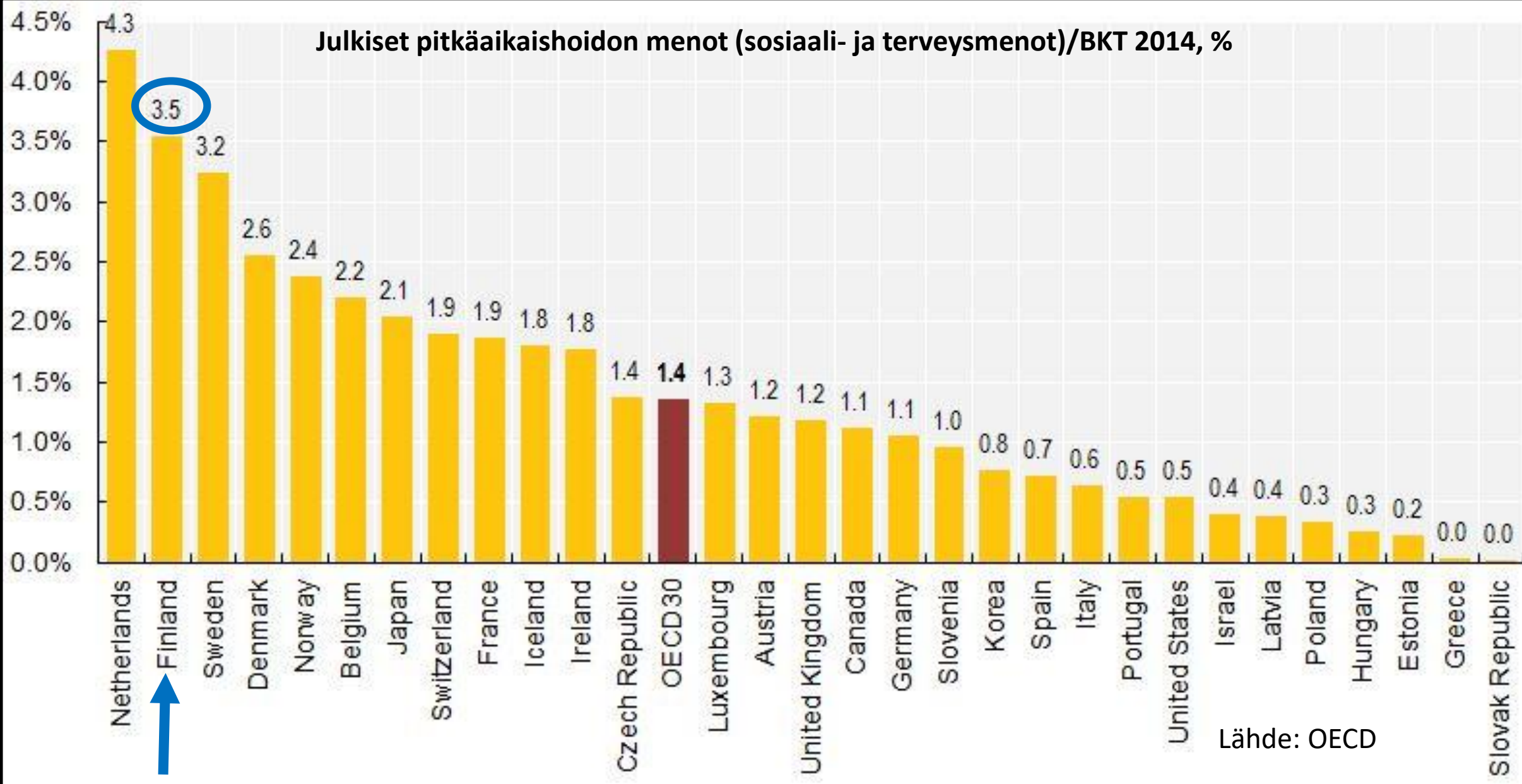


## Liite: Vanhusten ympärivuorokautiset palvelut ja palvelutarpeen kasvu

1. Pitkäaikaishoidon julkiset menot/BKT OECD-maissa
2. Vanhusten asumispalvelujen kehitys
3. Alan yritysten kehitys
4. Sote-menot iän mukaan ja elämän loppuaikana
5. Palvelutarpeen kasvu vuoteen 2035
6. Palvelujen laadusta ja tuottajien kannustimista

# 1. Pitkäaikaishoidon julkiset menot/BKT OECD-maissa

Julkiset pitkäaikaishoidon menot (sosiaali- ja terveysmenot)/BKT 2014, %



Lähde: OECD

## 2. Vanhusten asumispalvelujen toteutunut kehitys

### Vanhuspalvelujen asiakkaat ja henkilöstö

	2018	Muutos vuodesta 2016
<b>Kotihoito</b>	<b>16083</b>	<b>1700</b>
<b>Henkilöstö</b>		
<b>Asiakkaat (säännöllisiä kesimäärin päivässä)</b>	<b>51750</b>	<b>4000</b>
<b>Ympäri vuorokautinen hoito</b>	<b>28722</b>	<b>1000</b>
<b>Henkilöstö</b>		
<b>Asiakkaat (pitkäaikaishoidossa)</b>	<b>41055</b>	<b>-700</b>

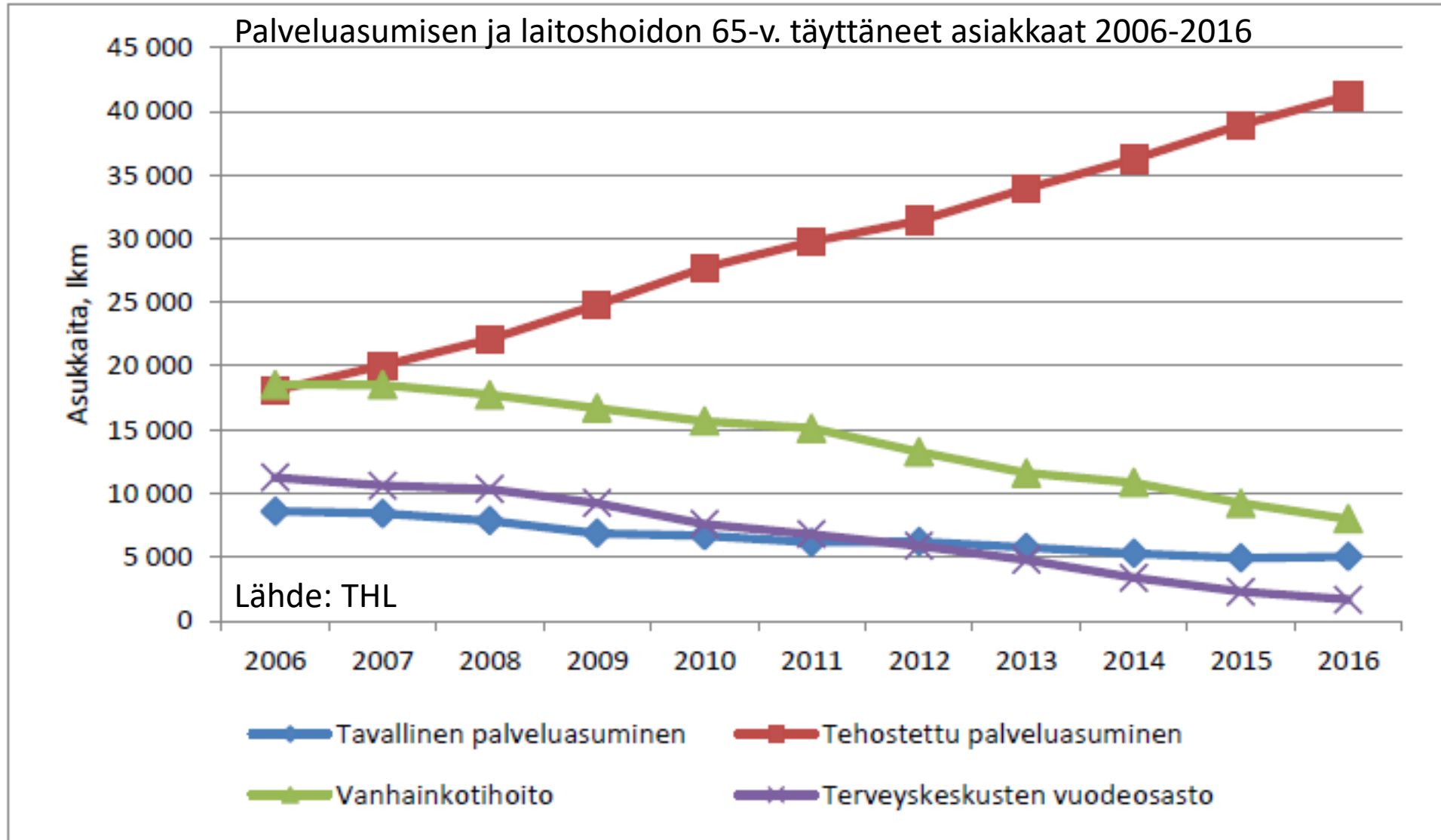
Lähde: THL 10.10.2018 Vanhuspalvelujen tila, toimintayksikkökysely

<https://www.slideshare.net/THLfi/kotihoidon-ja-ympri vuorokautisen-hoidon-asiakasmrt-henkilst-ja-johtaminen-2018>

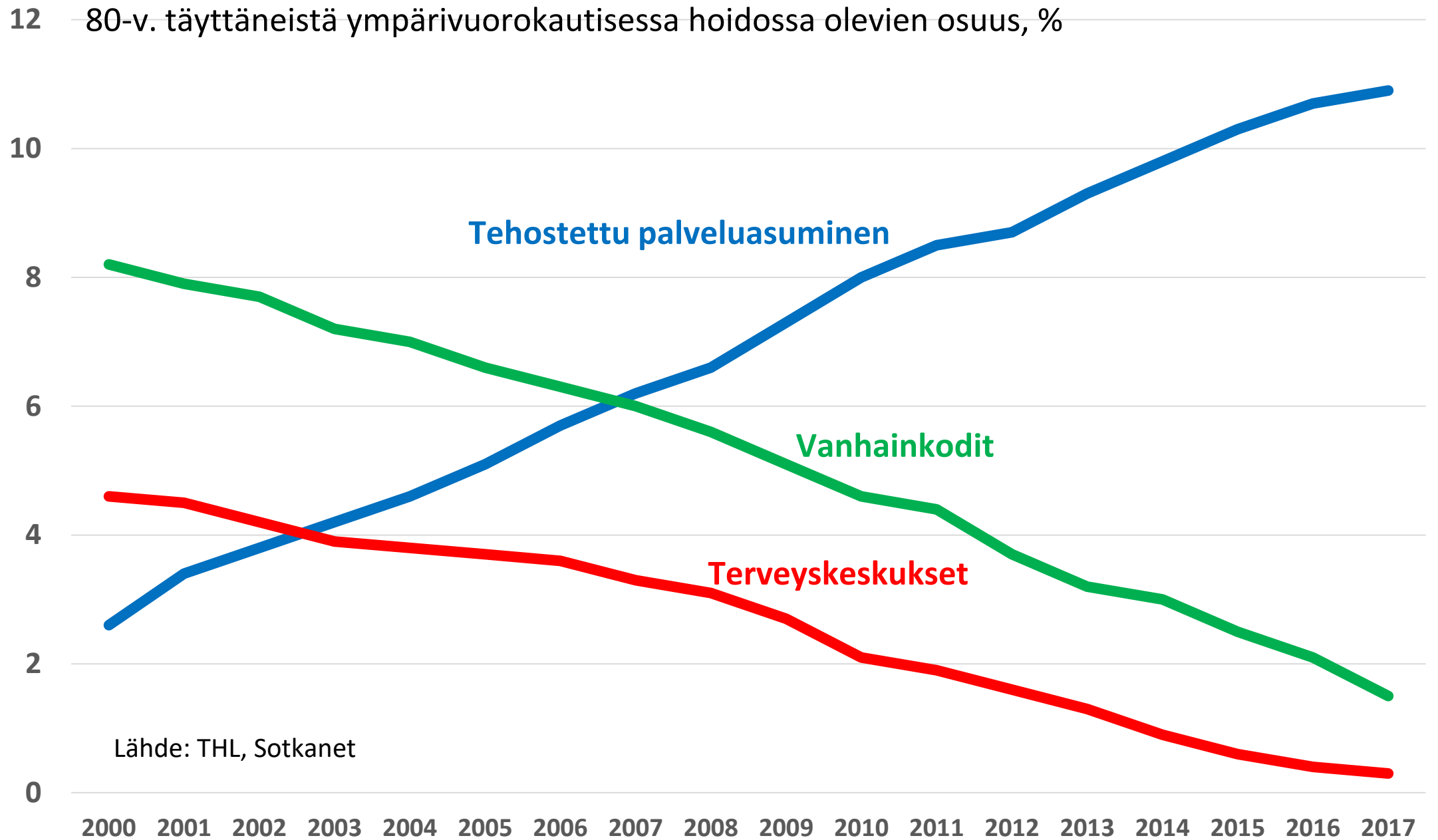
## Ikääntyneiden palveluasumisen menot

	2015, milj. euroa	2016, milj. euroa	2017, milj. euroa	Kasvu 2015–17, %
Laitoshoito	654,1	549,1	472,5	-27,8
Tehostettu asumispalvelu	1 710,5	1 821,2	1 832,5	7,1
Tavanomainen asumispalvelu, yms.	299,3	299,0	328,1	9,6
Yhteensä	2663,9	2669,3	2633,1	-1,2

Lähde: Pekka Lith (2018). Palveluasumisessa miljardien markkinat. Tilastokeskus, Tieto & trendit.  
<https://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2018/palveluasumisessa-miljardien-markkinat/>

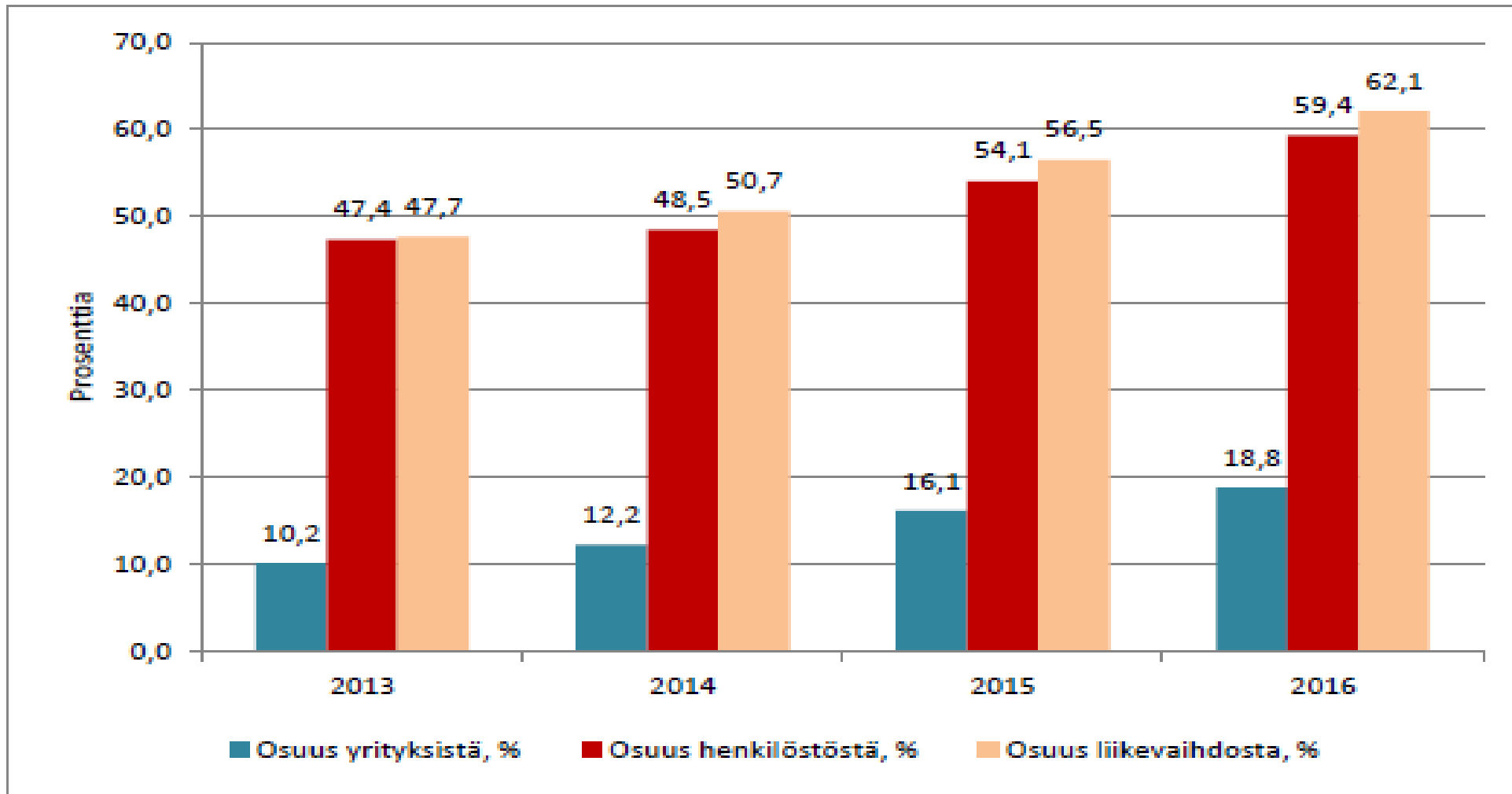


Lähde: Pekka Lith (2018), *Palveluasumisen markkinat Suomessa. Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.*  
<https://www.hyvinvointiala.fi/wp-content/uploads/2018/10/tilastollinen-selvitys-toimialan-palvelukysynnasta.pdf>



### 3. Alan yritysten kehitys

Konserneihin kuuluvien yritysten osuus asumisen sisältävistä sosiaalipalveluista, %



Lähde: Pekka Lith (2018), Palveluasumisen markkinat Suomessa. Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

<https://www.hyvinvointiala.fi/wp-content/uploads/2018/10/tilastollinen-selvitys-toimialan-palvelukysynnasta.pdf>

Vähintään 200 henkilöä työllistävät yritykset ja yhteisöt asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa 2018 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus)

	Toimiala (Nace) <sup>17</sup>	Yritysmuoto	Konserniemion sijaintimaa	Henkilöstö 2017, lkm
Attendo Oy	87301	Osakeyhtiö	Ruotsi	3446
Hoiva Mehiläinen Oy	87301	Osakeyhtiö	Ruotsi	1366
Attendo Mi-Hoiva Oy	87301	Osakeyhtiö	Ranska	1519
Rinne koti-Säätiö sr	87201	Säätiö		1151
Invalidiliiton Asumispalvelut Oy	87302	Osakeyhtiö	Suomi	1332
Esperi Care Oy	87301	Osakeyhtiö	Britannia	1056
Mehiläinen Hoivapalvelut Oy	87301	Osakeyhtiö	Ruotsi	880
Folkhälsan Valfärd Ab	87101	Osakeyhtiö		706
Helsingin Seniorisäätiö sr	87101	Säätiö	Suomi	507
Nuorten Ystävät -palvelut Oy	87901	Osakeyhtiö	Suomi	431
Pelastusarmeijan Säätiö sr	87909	Säätiö		370
ASPA Palvelut Oy	87202	Osakeyhtiö		463
Ruskatalojen palveluyhdistys ry	87301	Aatt. yhdistys		371
KVPS Tukena Oy	87201	Osakeyhtiö		443
Caritas Palvelut Oy	87302	Osakeyhtiö	Suomi	436
Familiar Oy	87901	Osakeyhtiö	Ruotsi	392
Vetrea Terveys Oy	87301	Osakeyhtiö	Suomi	391
Mäntänvuoren Terveys Oy	87301	Osakeyhtiö	Suomi	341
Neuroliitto ry	87302	Aatt. yhdistys		265
Savon Vammaisasuntosäätiö sr	87201	Säätiö		287
Yrjö & Hanna Oy	87301	Osakeyhtiö		274
Saga Care Finland Oy	87301	Osakeyhtiö	Britannia	258
SOS-lapsikyläsäätiö sr	87901	Säätiö		268
Gaius-säätiö sr	87301	Säätiö		236
Tampereen Kaupunkilähetys ry	87101	Aatt. yhdistys		248
Betesda-säätiö sr	87301	Säätiö	Suomi	206
Kuurojen Palvelusäätiö sr	87302	Säätiö		219
Kalliolan Settlementti ry	87901	Aatt. yhdistys		206
Sopimusvuori Oy	87301	Osakeyhtiö		207

Lähde: Pekka Lith (2018), Palveluasumisen markkinat Suomessa. Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

<https://www.hyvinvointiala.fi/wp-content/uploads/2018/10/tilastollinen-selvitys-toimialan-palvelukysynnasta.pdf>



*Vuonna 2014 vähintään 100 henkilöä työllistäneiden yritysten ja yhteisöjen työllisyyden kasvu asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa 2014-17 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus)*

	Toimiala (Nace)	Henkilöstön kasvu, 2014- 17, %	Henkilöstön kasvu 2014- 17, lkm	Henkilöstö 2017, lkm
Mehiläinen Hoivapalvelut Oy	87301	40,0	529	880
SPR Länsi-Suomen piiri	87909	24,5	47	190
Attendo Mi-Hoiva Oy	87301	23,5	709	1519
Hoiva Mehiläinen Oy	87301	18,8	515	1366
Esperi Care Oy	87301	16,9	386	1056
Oulun Palvelusäätiö sr	87301	15,5	65	194
Attendo Oy	87301	10,8	910	3446
Rinne koti-Säätiö sr	87201	9,8	270	1151
Invalidiliiton Asumispalvelut Oy	87302	9,7	314	1332
Caritas Palvelut Oy	87302	9,2	81	436
Yrjö & Hanna Oy	87301	8,9	62	274
KVPS Tukena Oy	87201	7,8	83	443
Savon Vammaisasuntosäätiö sr	87201	7,6	54	287
ASPA Palvelut Oy	87202	6,3	72	463
Saga Care Finland Oy	87301	6,2	41	258
Folkhälsan Vålfärd Ab	87101	5,5	101	706
Vetrea Terveys Oy	87301	1,8	14	391
Ruskatalojen palveluyhdistys ry	87301	1,6	16	371
Gaius-säätiö sr	87301	1,5	10	236
Tampereen Kaupunkilähetys ry	87101	1,2	3	248
Sopimusvuori Oy	87301	0,8	5	207
Kalliolan Setlementti ry	87901	0,7	-7	206
Suomen Pelastusarmeijan Säätiö sr	87909	0,2	-23	370
Mäntänvuoren Terveys Oy	87301	-1,0	-12	341
Helsingin Seniorisäätiö sr	87101	-2,2	-35	507
Kuurojen Palvelusäätiö sr	87302	-4,1	-29	219
Betesda-säätiö sr	87301	-4,8	-34	206
Nuorten Ystävät -palvelut Oy	87901	-5,9	-106	431
Neuroliitto ry	87302	-8,8	-86	265
Luona Oy	87909	72,3	98	193

Lähde: Pekka Lith (2018), Palveluasumisen markkinat Suomessa. Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

<https://www.hyvinvointiala.fi/wp-content/uploads/2018/10/tilastollinen-selvitys-toimialan-palvelukysynnasta.pdf>

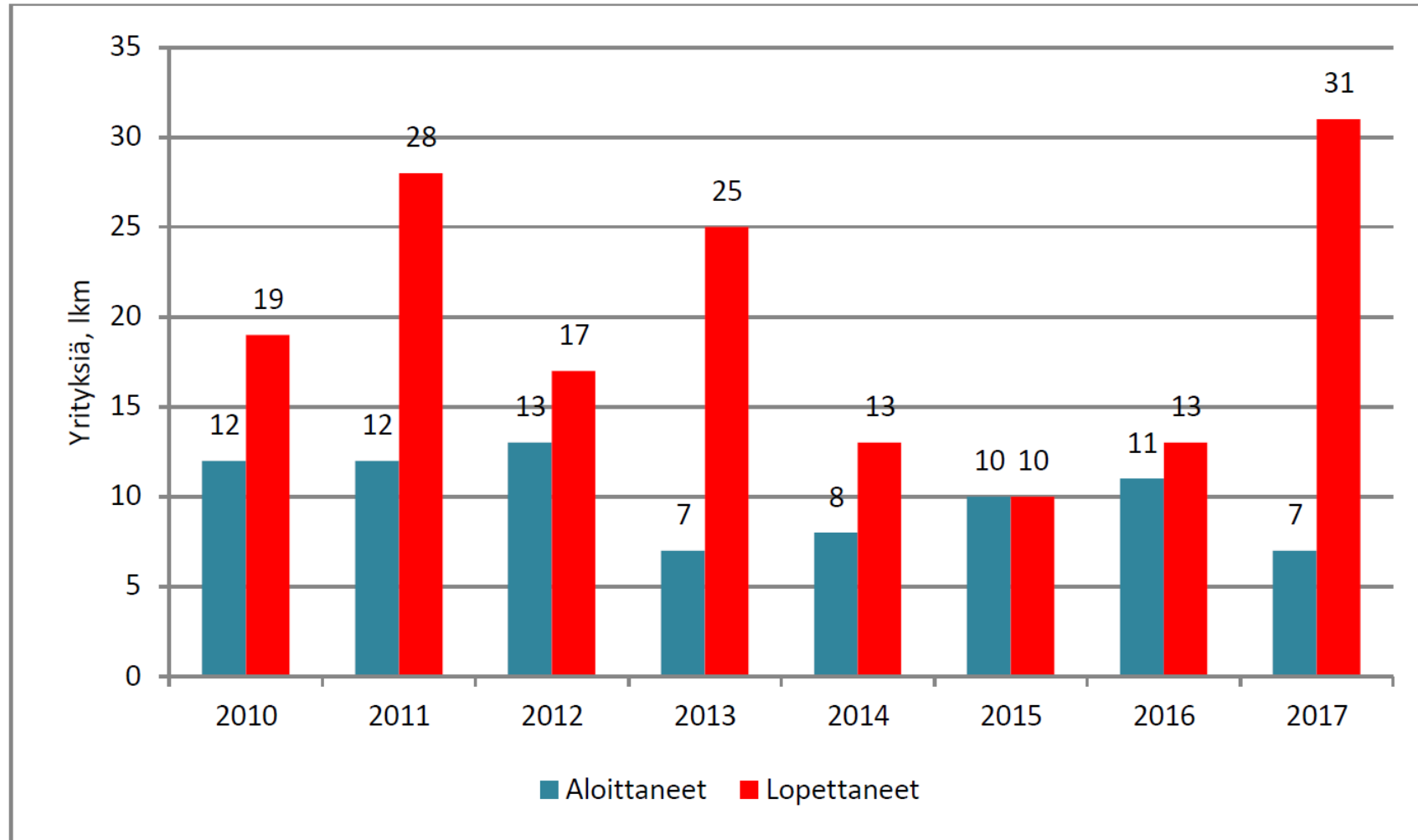
*Yritystoimipaikkojen kasvu ja koko sekä toimipaikkatiheys palvelutalo- ja asu-  
mispalveluissa (Nace:t 87301-02, 87202) maakunnittain 2010-16 (Lähde: Alue-  
ellinen yritystoimintatilasto, Tilastokeskus).*

	Alueen asu- kasluku/ toimipaikka 2016, lkm	Henkilöstö/ toimipaikka 2016, lkm	Henkilöstön kasvu 2010- 16, %	Liikevaihdon kasvu 2010- 16, %
Uusimaa	8402	19,2	67,7	63,0
Pohjois-Pohjanmaa	4071	12,9	42,7	64,7
Pirkanmaa	5198	19,3	63,9	88,7
Varsinais-Suomi	6698	20,1	23,0	38,9
Keski-Suomi	4316	13,2	32,4	67,7
Pohjois-Savo	4347	15,0	24,5	42,6
Pohjois-Karjala	2983	15,4	82,9	93,5
Etelä-Pohjanmaa	3997	13,7	62,5	85,5
Satakunta	4928	16,4	61,3	93,7
Kanta-Häme	4041	15,1	93,2	136,9
Etelä-Savo	4382	23,1	59,6	70,6
Lappi	5813	17,9	59,9	87,6
Kymenlaakso	5922	26,5	195,5	247,4
Etelä-Karjala	5019	9,6	-23,8	-12,2
Kainuu	3252	13,5	23,0	48,7
Päijät-Häme	11864	19,4	258,7	258,0
Pohjanmaa	11340	22,9	66,4	93,8
Keski-Pohjanmaa	8628	16,4	6,5	40,6
<b>Koko maa</b>	<b>5721</b>	<b>17,1</b>	<b>55,8</b>	<b>73,1</b>

Lähde: Pekka Lith (2018), Palveluasumisen markkinat Suomessa. Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

<https://www.hyvinvointiala.fi/wp-content/uploads/2018/10/tilastollinen-selvitys-toimialan-palvelukysynnasta.pdf>

*Toimintansa aloittaneet ja lopettaneet yritykset palvelutalo- ja asumispalvelutoiminnassa (Nace:t 87301-2, 87202) 2010-17, yritysten lkm (Lähde: Aloittaneiden ja lopettaneiden yritysten tilasto, Tilastokeskus).*



**Palveluasumisen yritysten keskittyminen jatkunut.**

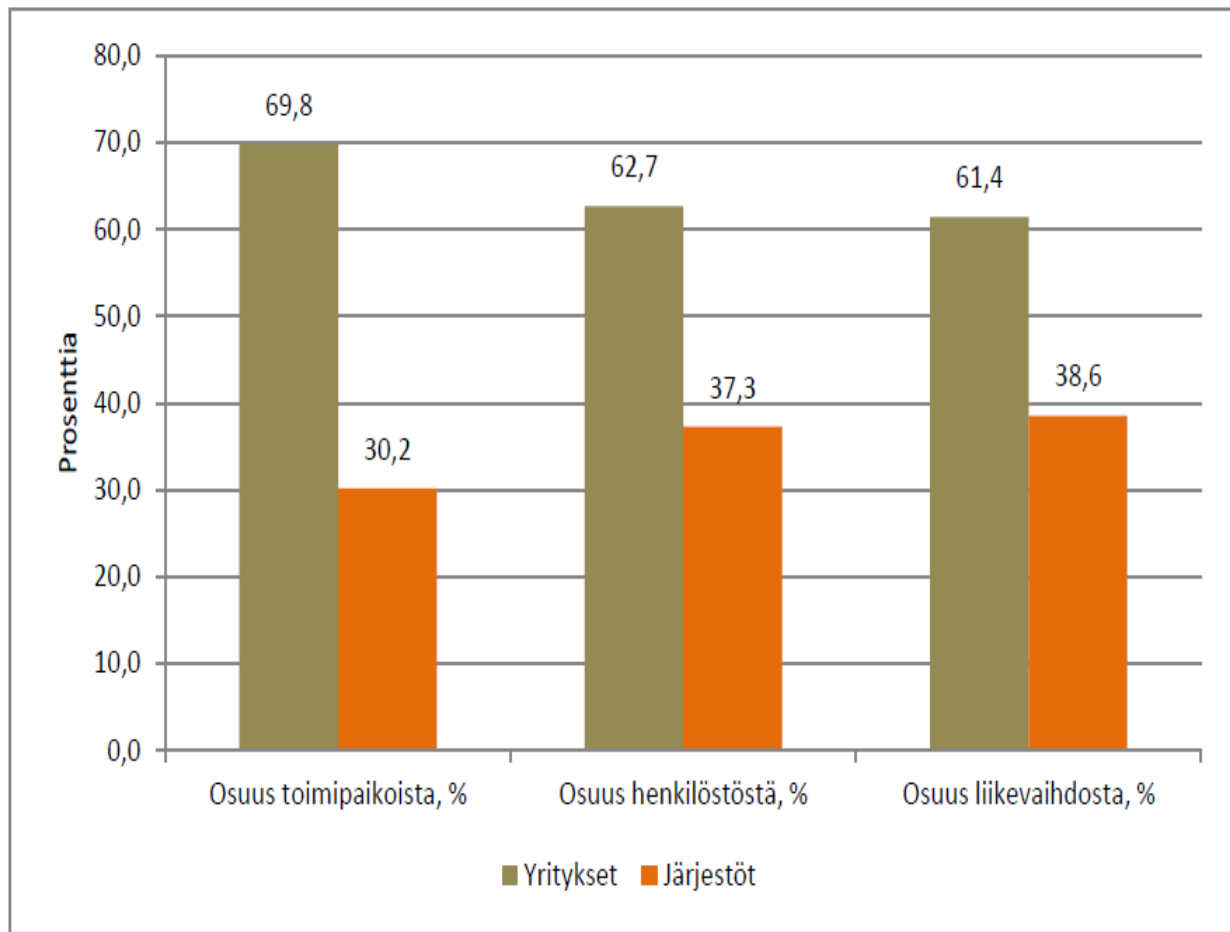
*Yrityskannan vaihtuvuus ja yritysten määrä nettolisäys palvelutalo- ja asumispalveluissa (Nace:t 87301-2, 87202) 2010-17 (Lähde: Aloittaneiden ja lopettaneiden yritysten tilasto, Tilastokeskus).*

	Yritys nettolisäys, lkm	Aloittaneita yrityskannasta, %	Lopettaneita yrityskannasta, %	Nettolisäys yrityskannasta, %	Yrityskannan vaihtuvuus, %
2010	-7	2,4	3,8	-1,4	6,2
2011	-16	2,4	5,7	-3,3	8,1
2012	-4	2,7	3,6	-0,8	6,3
2013	-18	1,5	5,4	-3,9	6,9
2014	-5	1,8	2,9	-1,1	4,7
2015	0	2,2	2,2	0,0	4,5
2016	-2	2,4	2,9	-0,4	5,3
2017	-24	1,6	7,0	-5,4	8,6

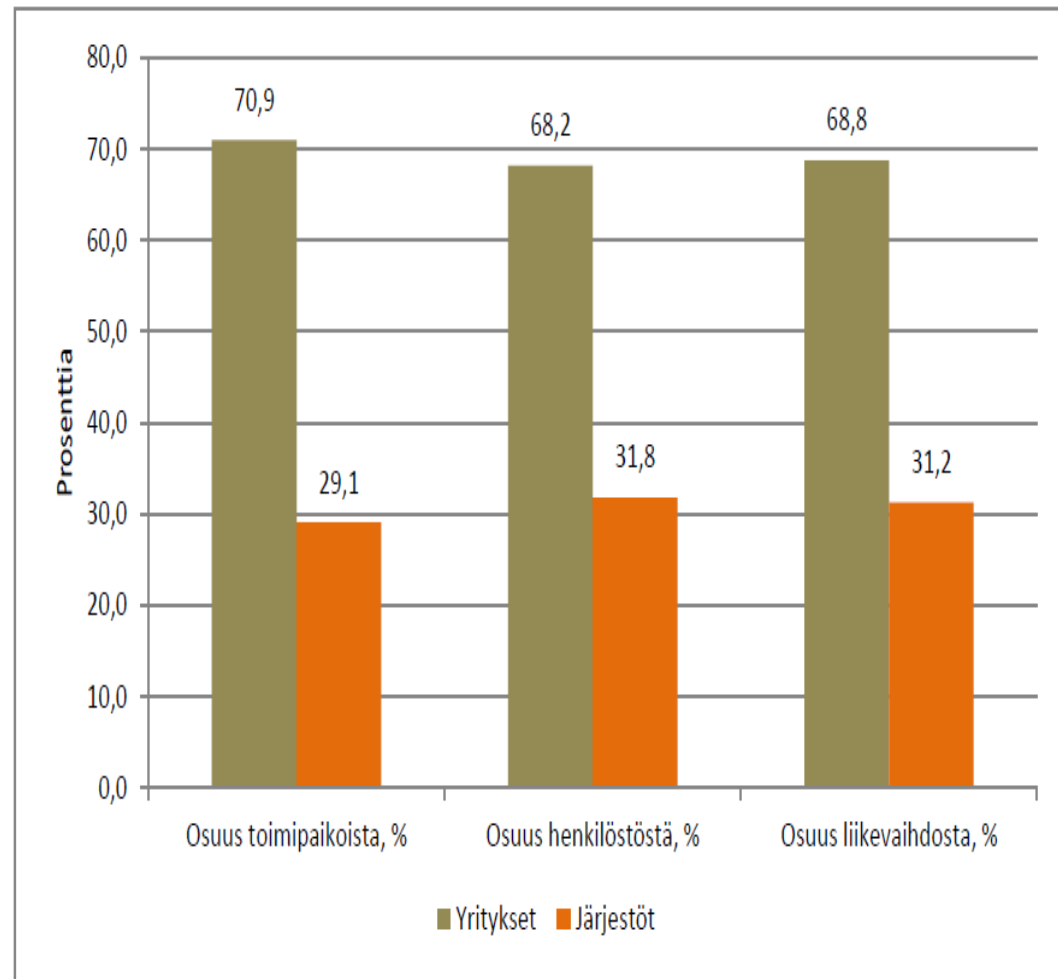
**Lähde: Pekka Lith (2018), Palveluasumisen markkinat Suomessa. Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.**

<https://www.hyvinvointiala.fi/wp-content/uploads/2018/10/tilastollinen-selvitys-toimialan-palvelukysynnasta.pdf>

*Yritysten ja järjestöjen osuudet kaikkien asumisen sisältävien sosiaalipalvelujen toimipaikoista, henkilöstöstä ja arvioidusta liikevaihdosta 2016 (Lähde: Alueellinen yritystoimintatilasto, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith).*



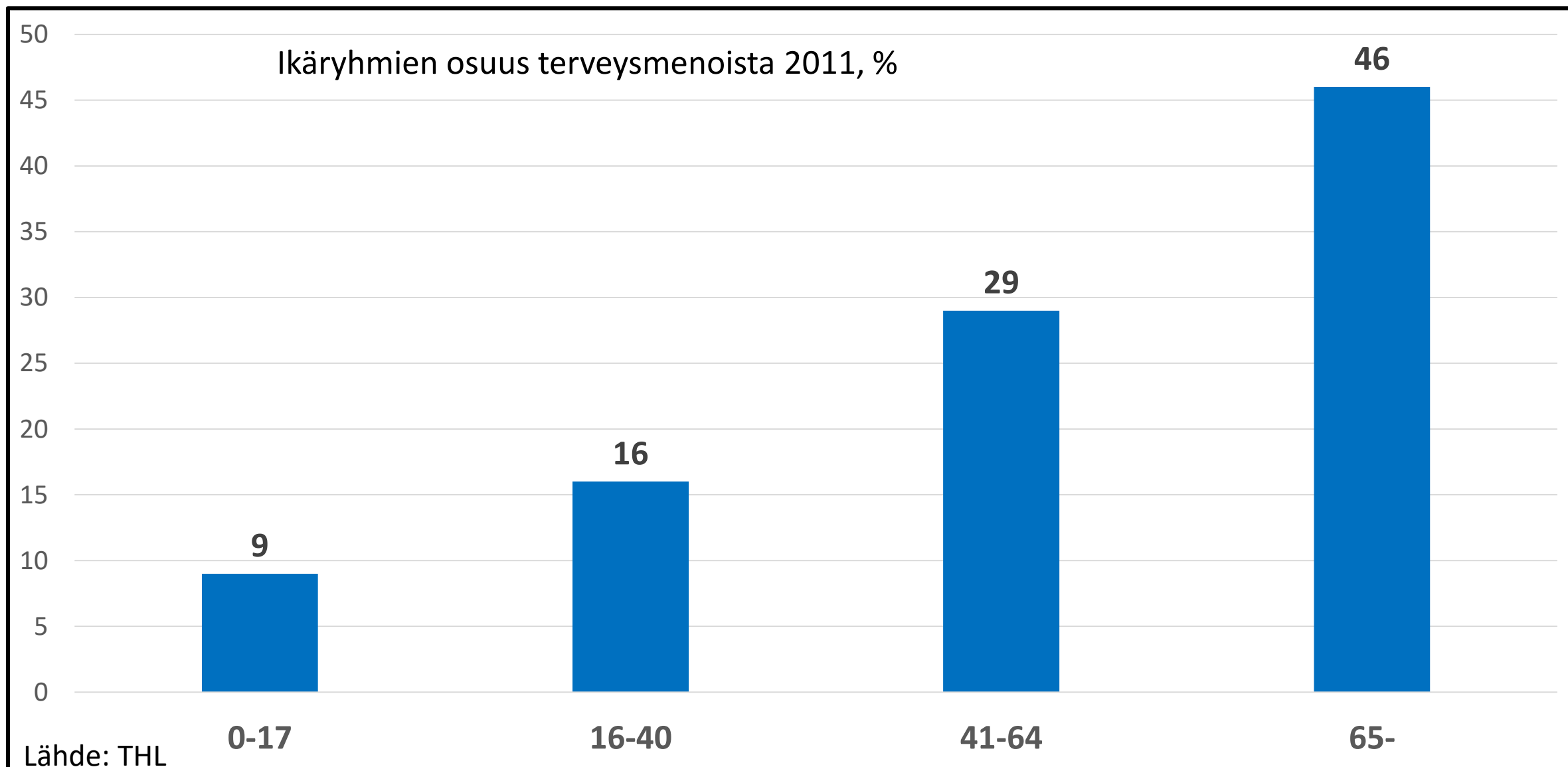
*Yritysten ja järjestöjen osuudet palvelutalo- ja asumispalvelujen toimipaikoista, henkilöstöstä ja arvioidusta liikevaihdosta 2016 (Lähde: Alueellinen yritystoimintatilasto, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith).*



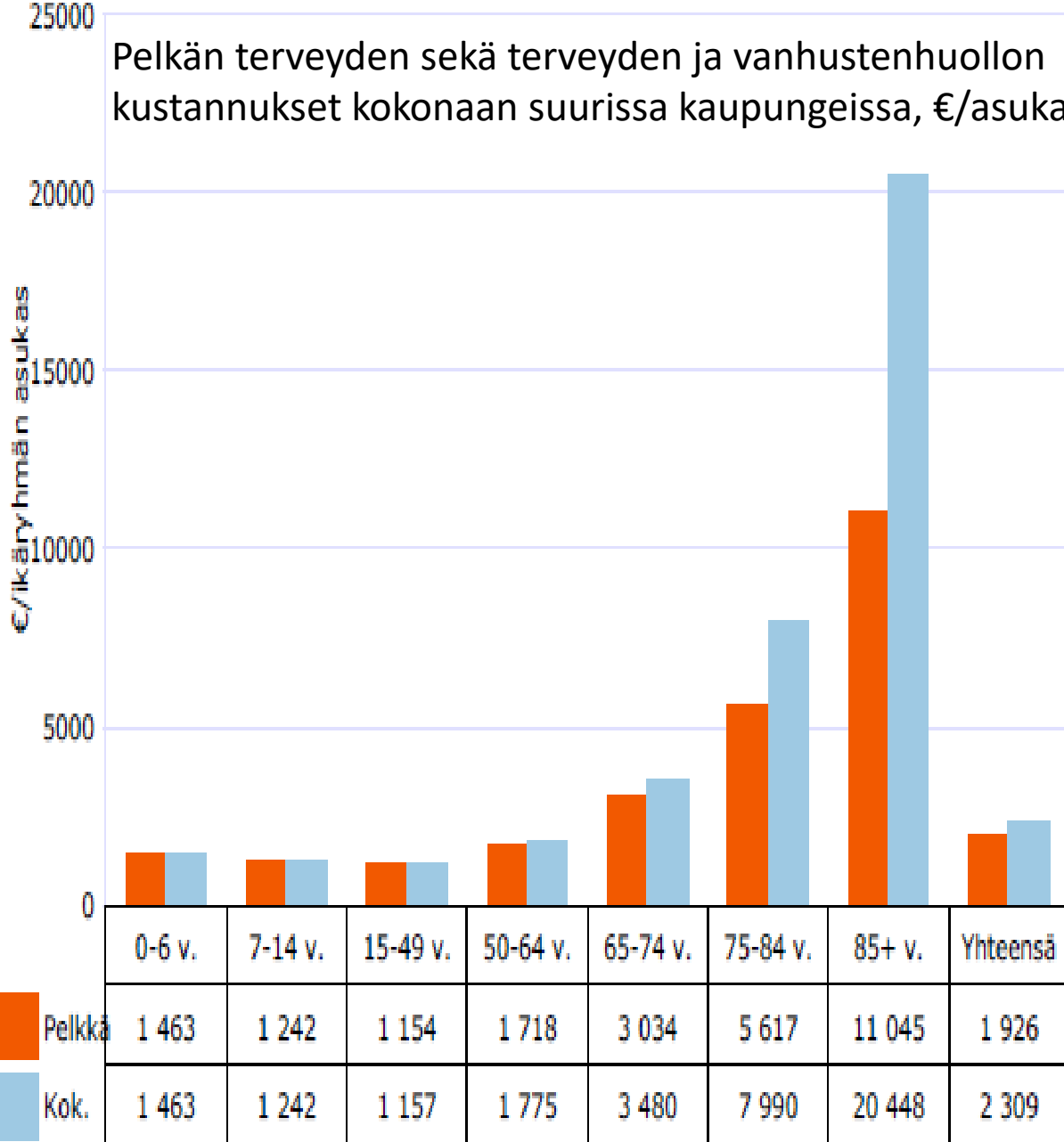
**Lähde: Pekka Lith (2018), Palveluasumisen markkinat Suomessa. Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.**

<https://www.hyvinvointiala.fi/wp-content/uploads/2018/10/tilastollinen-selvitys-toimialan-palvelukysynnasta.pdf>

#### 4. Sote-menot iän mukaan ja elämän loppuajana

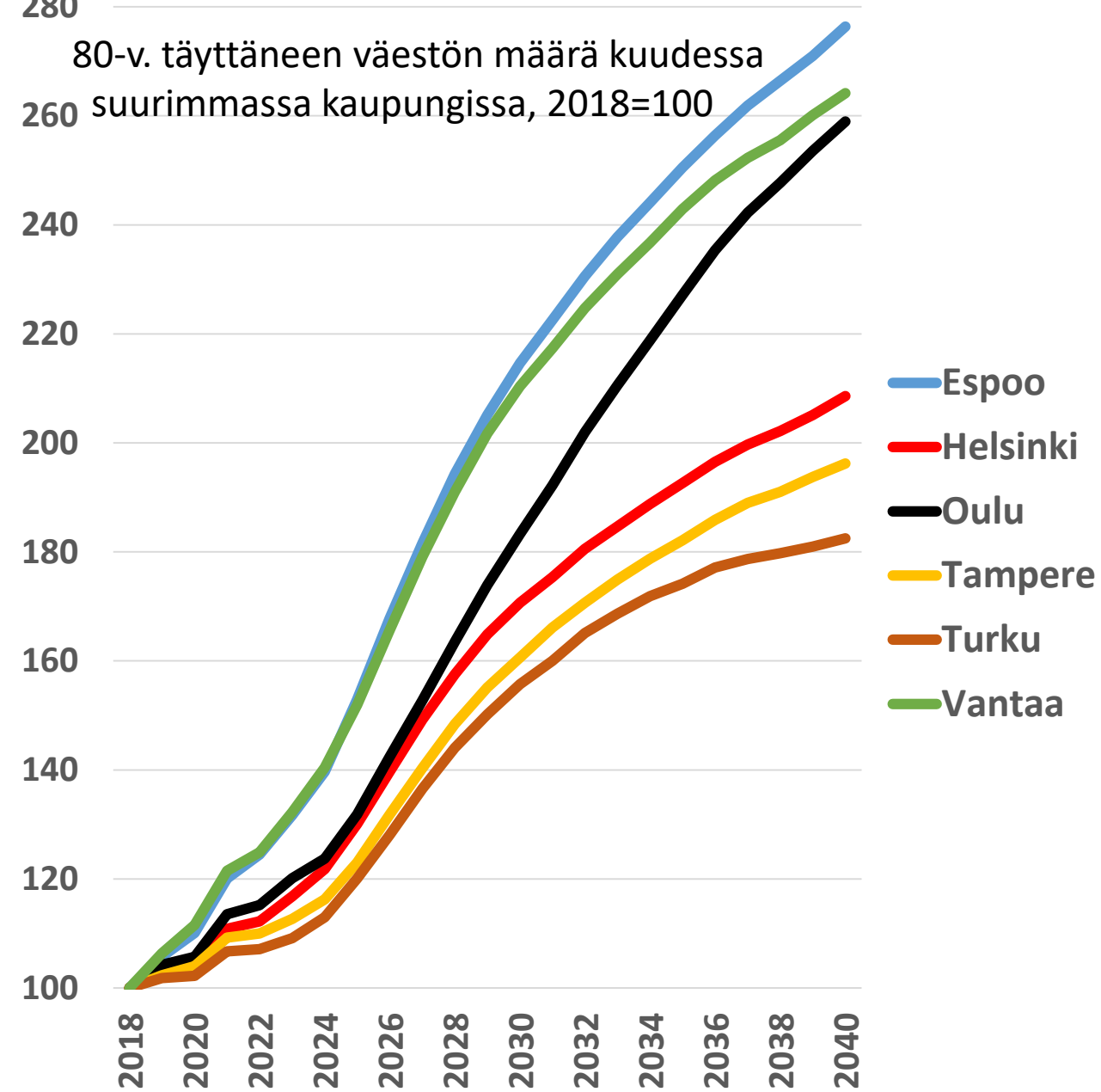


Pelkän terveyden sekä terveyden ja vanhustenhuollon  
kustannukset kokonaan suurissa kaupungeissa, €/asukas



Lähde: Kuntaliitto

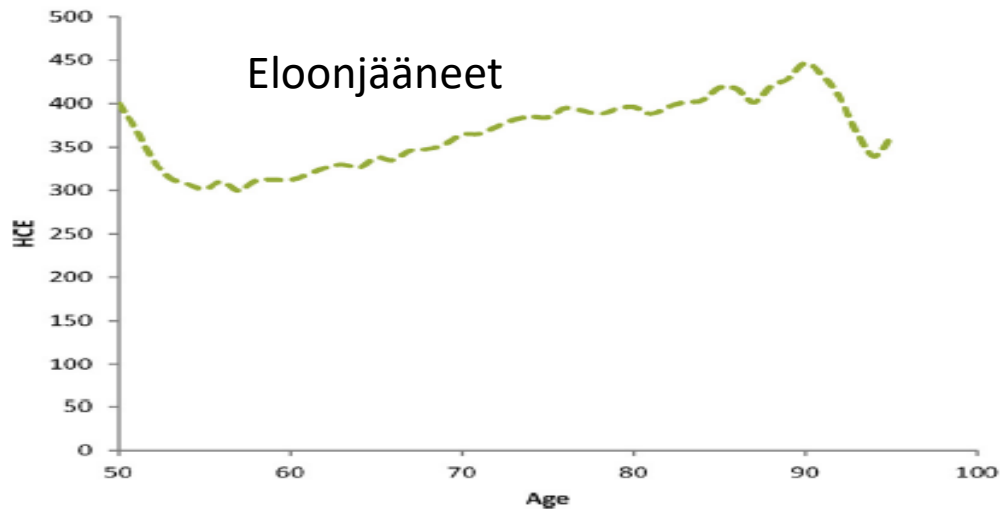
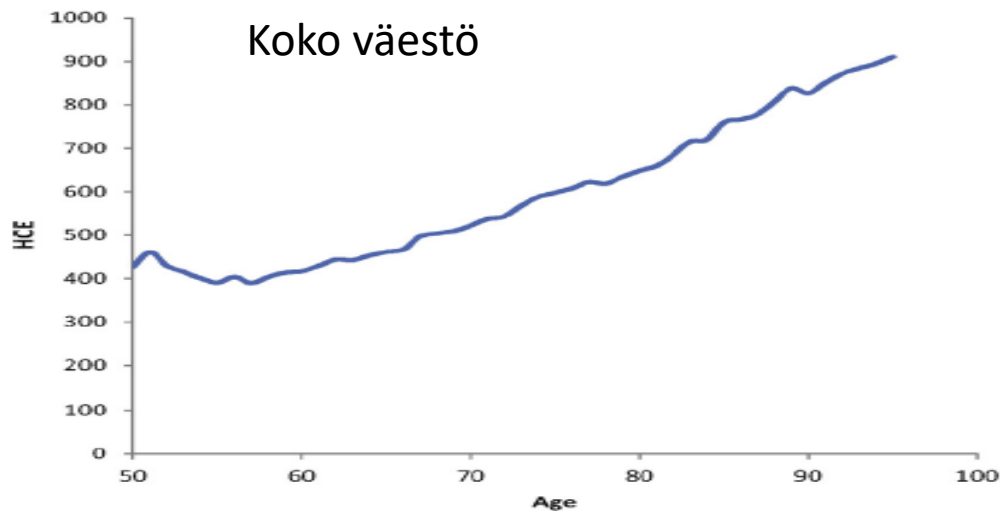
80-v. täyttäneen väestön määrä kuudessa  
suurimmassa kaupungissa, 2018=100



Lähde: Tilastokeskus, väestöennuste

Terveysmenot koko väestöllä, vuoden aikana kuolleilla ja eloon jääneillä iän mukaan sekä menot kuoleman lähestyessä, UK, miehet

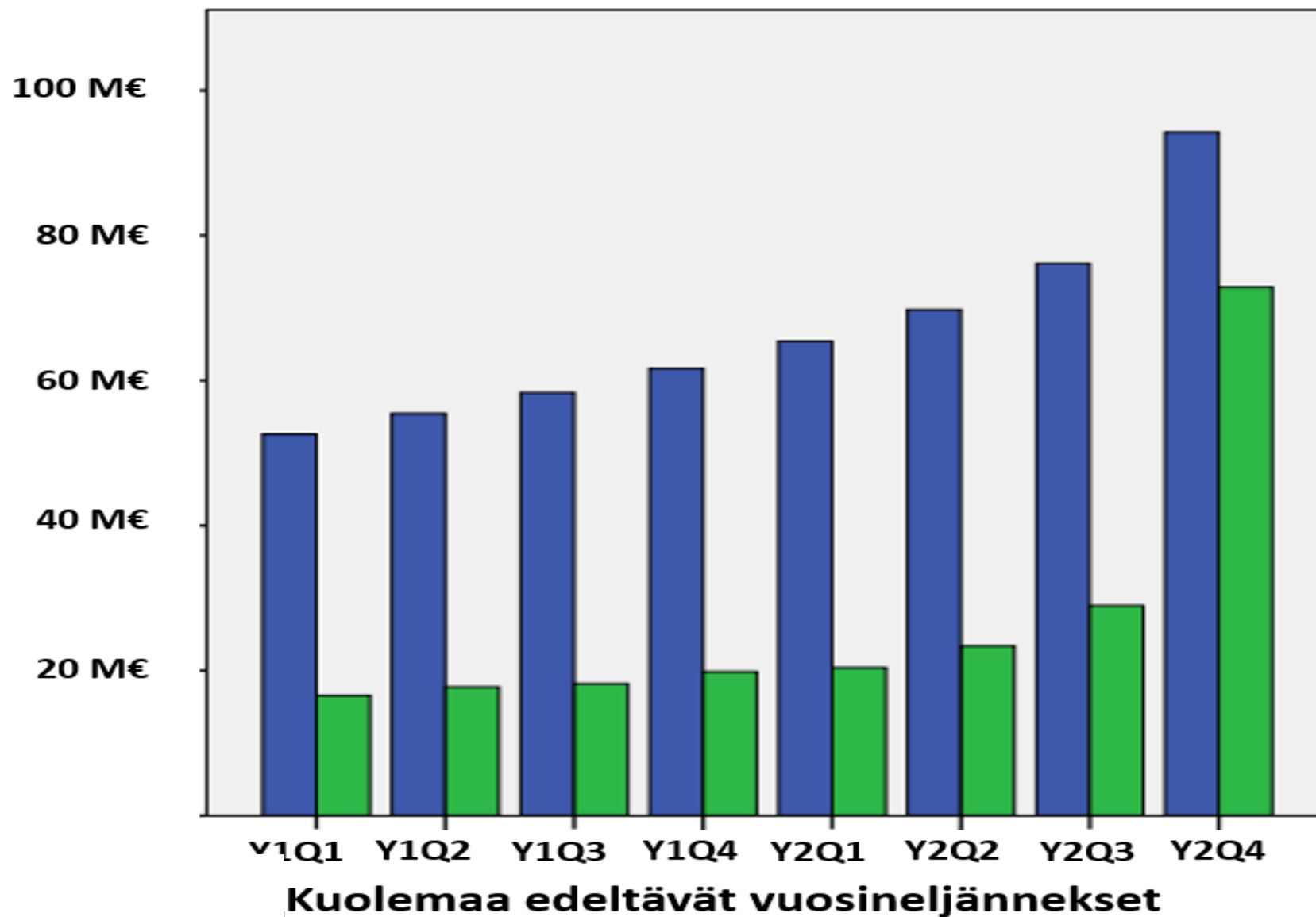
*D. Howdon, N. Rice / Journal of Health Economics 57 (2018) 60–74*



**Fig. 3.** Healthcare expenditures by age and proximity to death, males.



## Kustannukset kvartaaleittain kuoleman lähestyessä hoidonluonteen mukaan.



### Käytön luonne

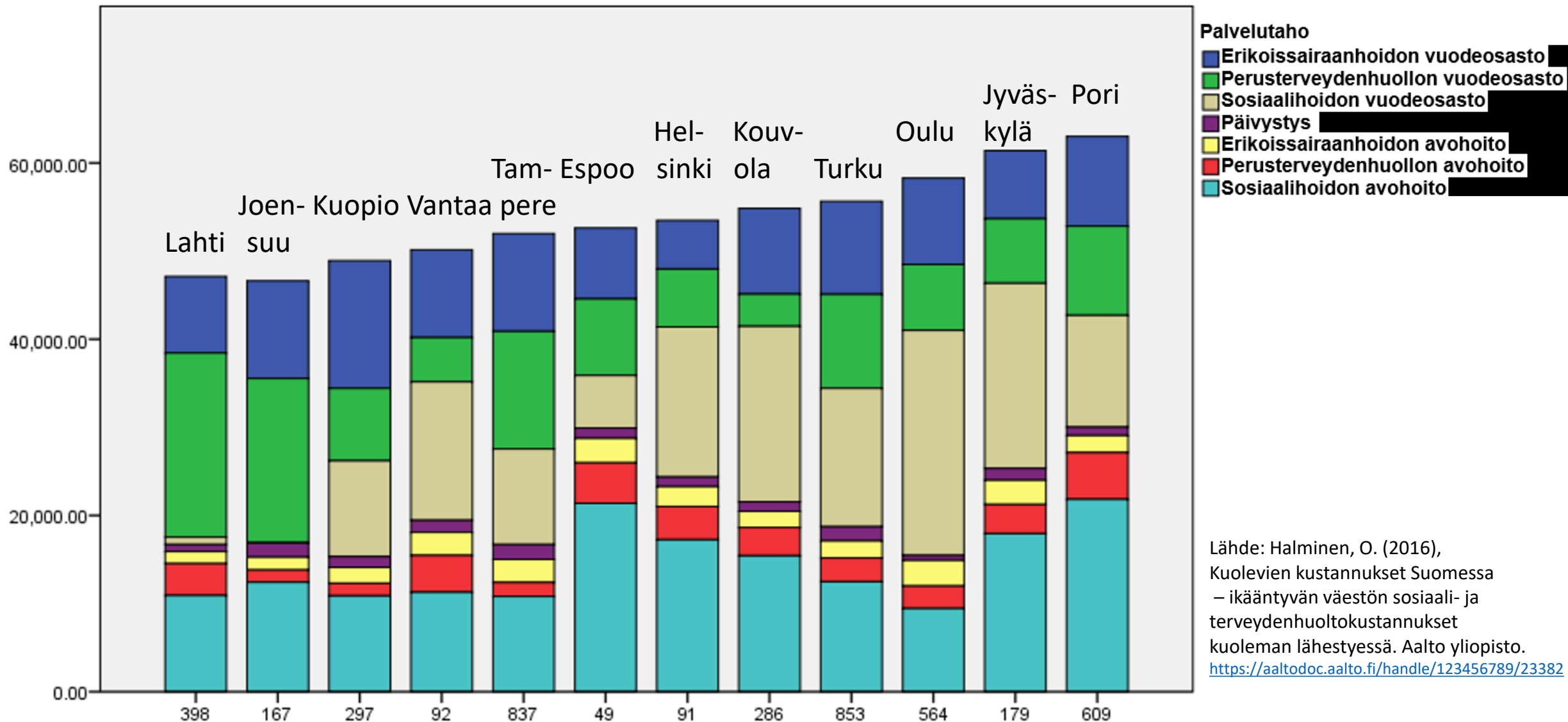
- Asumiseen liittyvä käyttö
- Resurssiluontoinen käyttö

Otoksen kokonaiskustannukset v. 2013 olivat 1,8 % koko sote-menoista. Aineistossa oli 11511 henkilöä eli 0,2 % väestöstä. Kun kustannukset olivat koko maassa keskimäärin n. 4 000 €/asukas, oli aineiston kustannus 35 704 €/asukas. Yli 75-vuotiaana kuolleen keskimääräiset terveydenhuollon kustannukset olivat siis n. 9-kertaiset keskimääräiseen nähden.

Lähde: Halminen, O. (2016),  
Kuolevien kustannukset Suomessa  
– ikääntyvän väestön sosiaali- ja  
terveydenhuoltokustannukset  
kuoleman lähestyessä. Aalto yliopisto.  
<https://aaltodoc.aalto.fi/handle/123456789/23382>



Potilaskohtaiset viimeisen 24 elinkuukauden kustannukset palvelualoittain, euroa



Lähde: Halminen, O. (2016),  
 Kuolevien kustannukset Suomessa  
 – ikääntyvän väestön sosiaali- ja  
 terveydenhuoltokustannukset  
 kuoleman lähestyessä. Aalto yliopisto.  
<https://aaltodoc.aalto.fi/handle/123456789/23382>

## 5. Palvelutarpeen kasvu vuoteen 2035

lääkkäiden vanhusten 24h palvelutarpeen kehitys vuoteen 2035 riippuu ennen muuta kahdesta asiasta:

1. Sairastavuuden kehityksestä vuoteen 2035 elämän lopussa

2. Kuolleisuuden kehityksestä vuoteen 2035

- Kuolleisuuden muutokset ovat olleet varsin vähäisiä hyvin iäkkäillä (seuraava dia).

→ Epävarmuus vanhusten 24h palvelutarpeesta liittyy lähinnä sairastavuuden kehitykseen.

3. Sairastavuuden kehitys Englannin aineistoihin perustuvan mallin tuloksiin perustuen

- Palvelutarve riippuu mm. sairauksien kohorttivaikutuksen, sosioekonomisten tekijöiden, elintapojen ja toimintakyvyn kehityksestä.

- Palvelutarve voidaan ennustaa mikrosimulointimallilla, joka ottaa huomioon em. tekijät ja niiden yhteisvaikutukset.

- LSE:n ja Newcastle'n yliopiston yhteistyönä on tehty tällainen malli kolmella Englantia koskevalla aineistolla.

- Suomen ja UK:n 65-v. miesten ja naisten elinajanodotteen pitkän ajan kehitys on ollut hyvin samanlainen (dia 20).

→ Mallin tulosten voidaan olettaa ennakoivan karkeasti myös Suomen vanhusväestön sairastavuuden kehitystä.

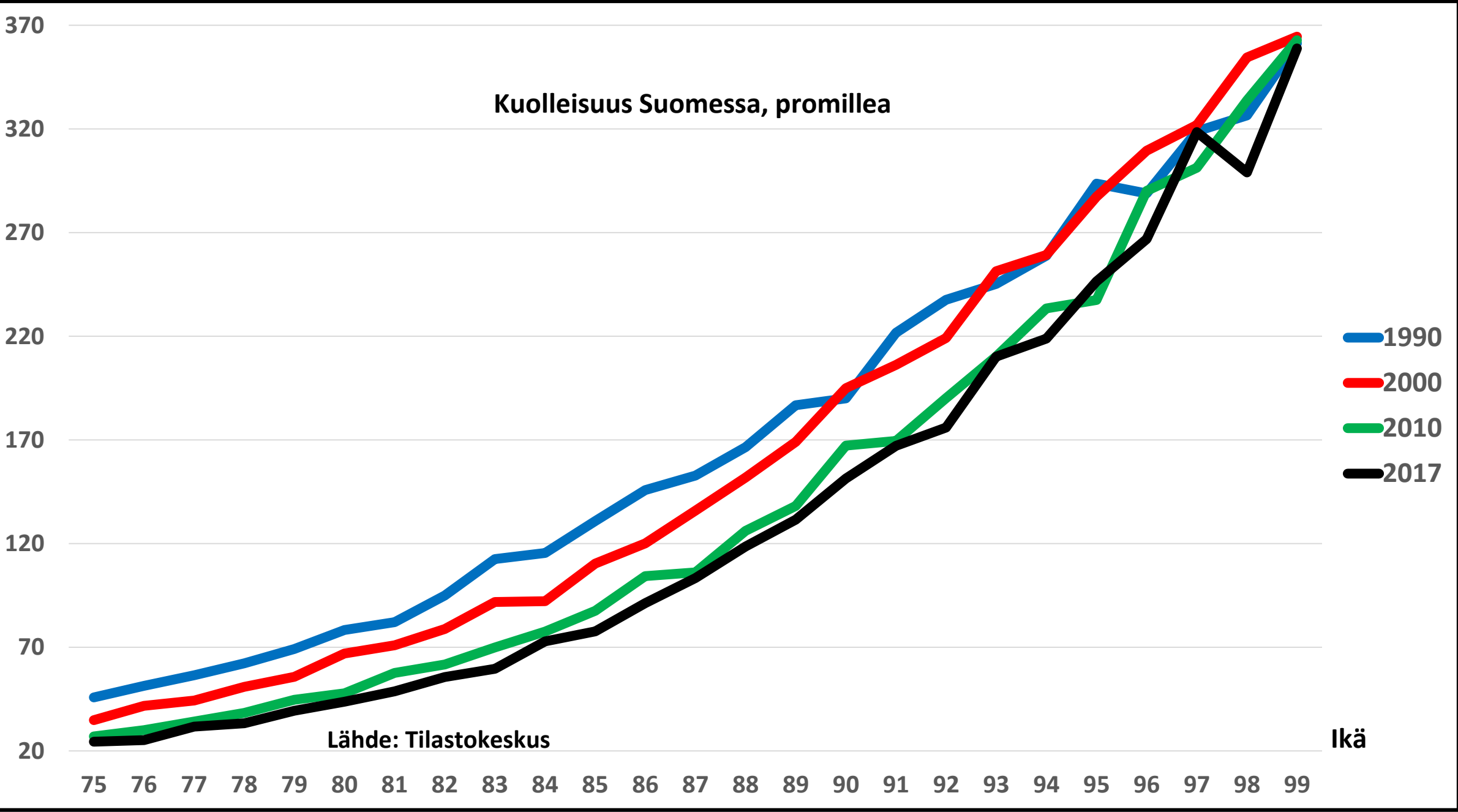
- Tämän oletuksen realistisuutta voi arvioida Suomen aineistolla tehtyjen suppeampien tutkimusten tulosten perusteella, ks. esim. <https://www.karger.com/Article/Abstract/480382>

- Joka tapauksessa ero väestöennusteissa tuo eron myös palvelutarpeen kasvuun.

- Suomessa palvelutarve kasvaa 2015-2035 enemmän kuin Englannissa iäkkään vanhusväestön määrän nopeamman kasvun takia.

- Samasta syystä palvelutarve kasvaa Suomessa 2015-2035 myös enemmän kuin muissa Pohjoismaissa.

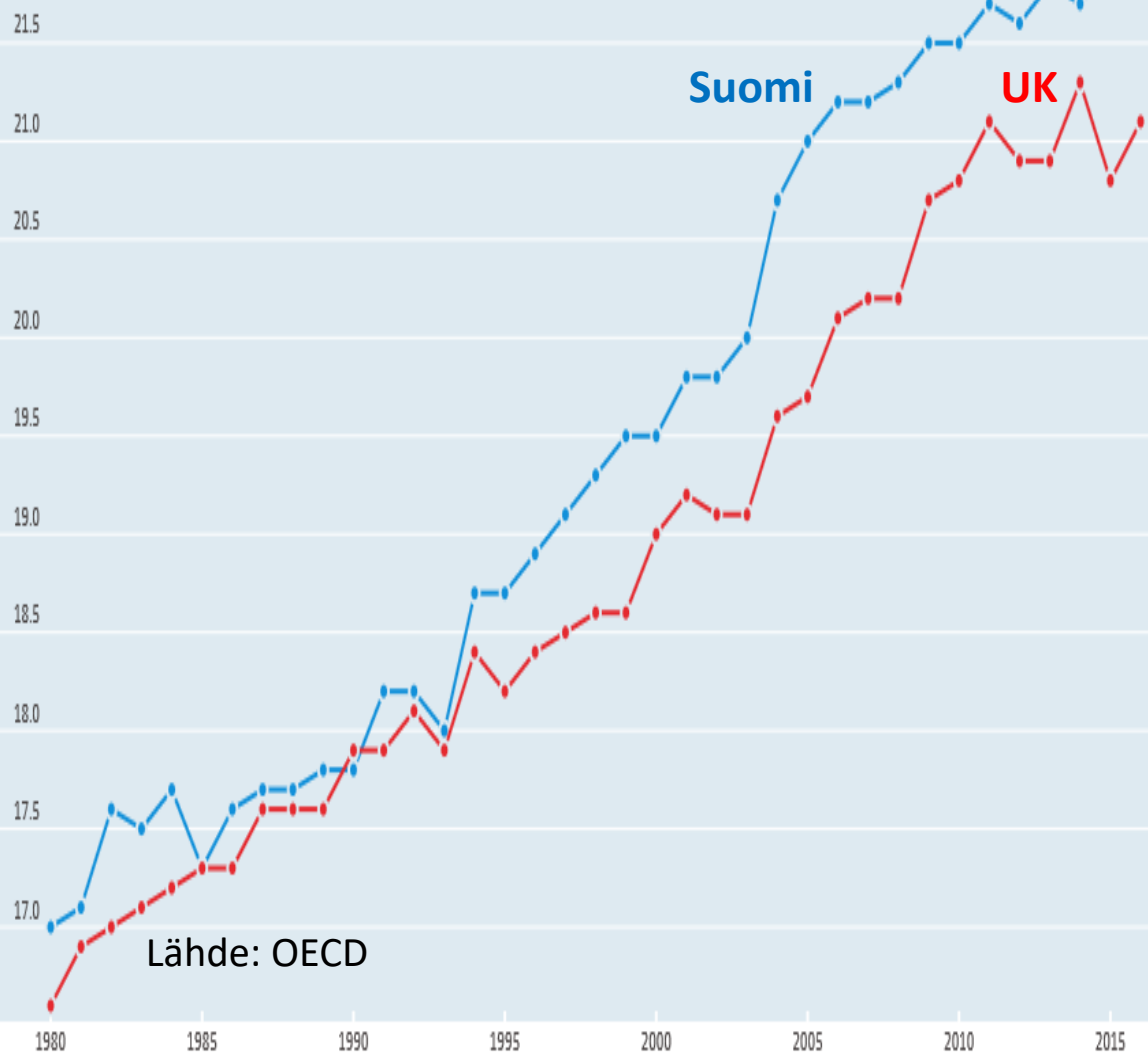
# Kuolleisuus Suomessa, promillea



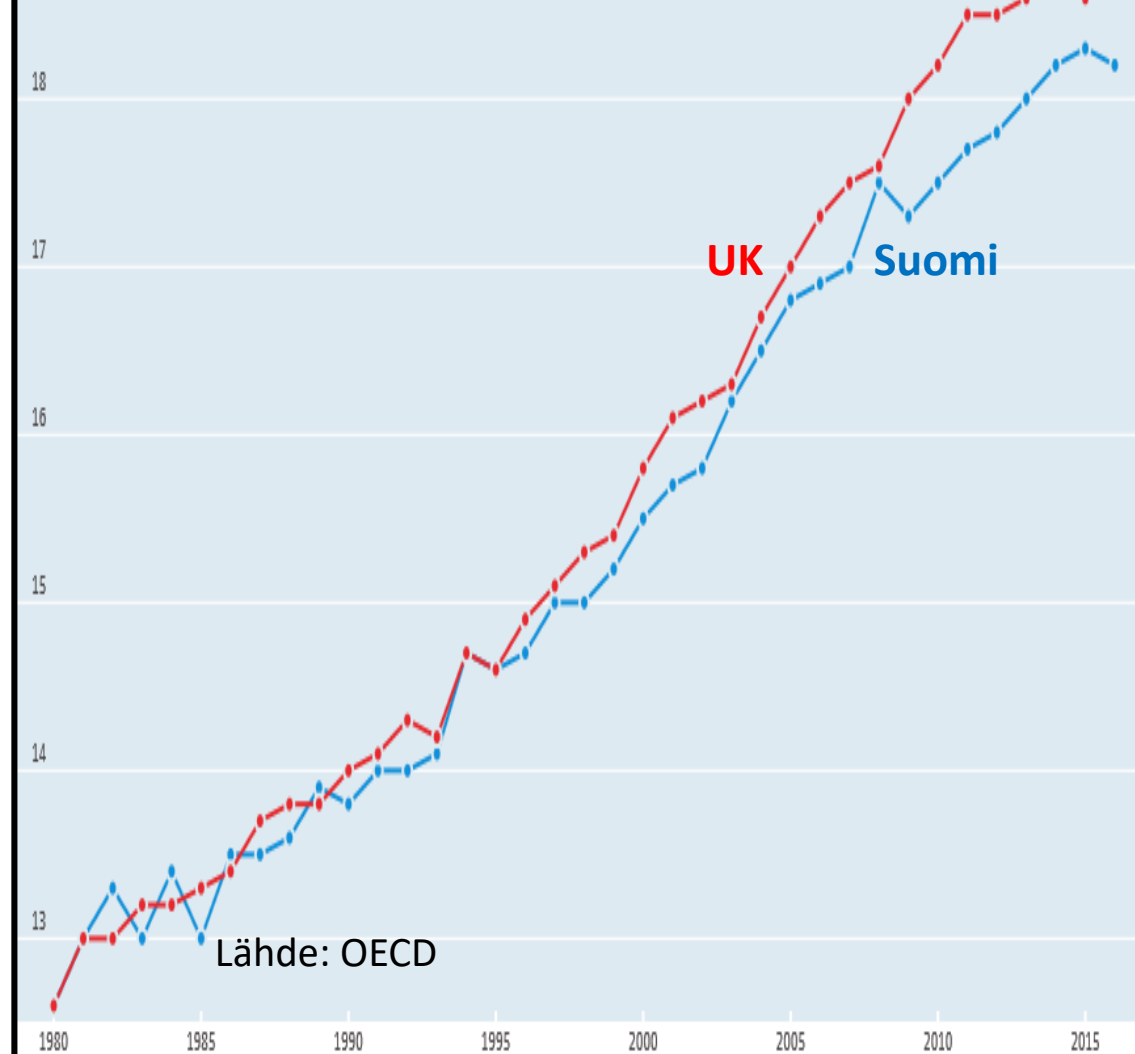
Lähde: Tilastokeskus

Ikä

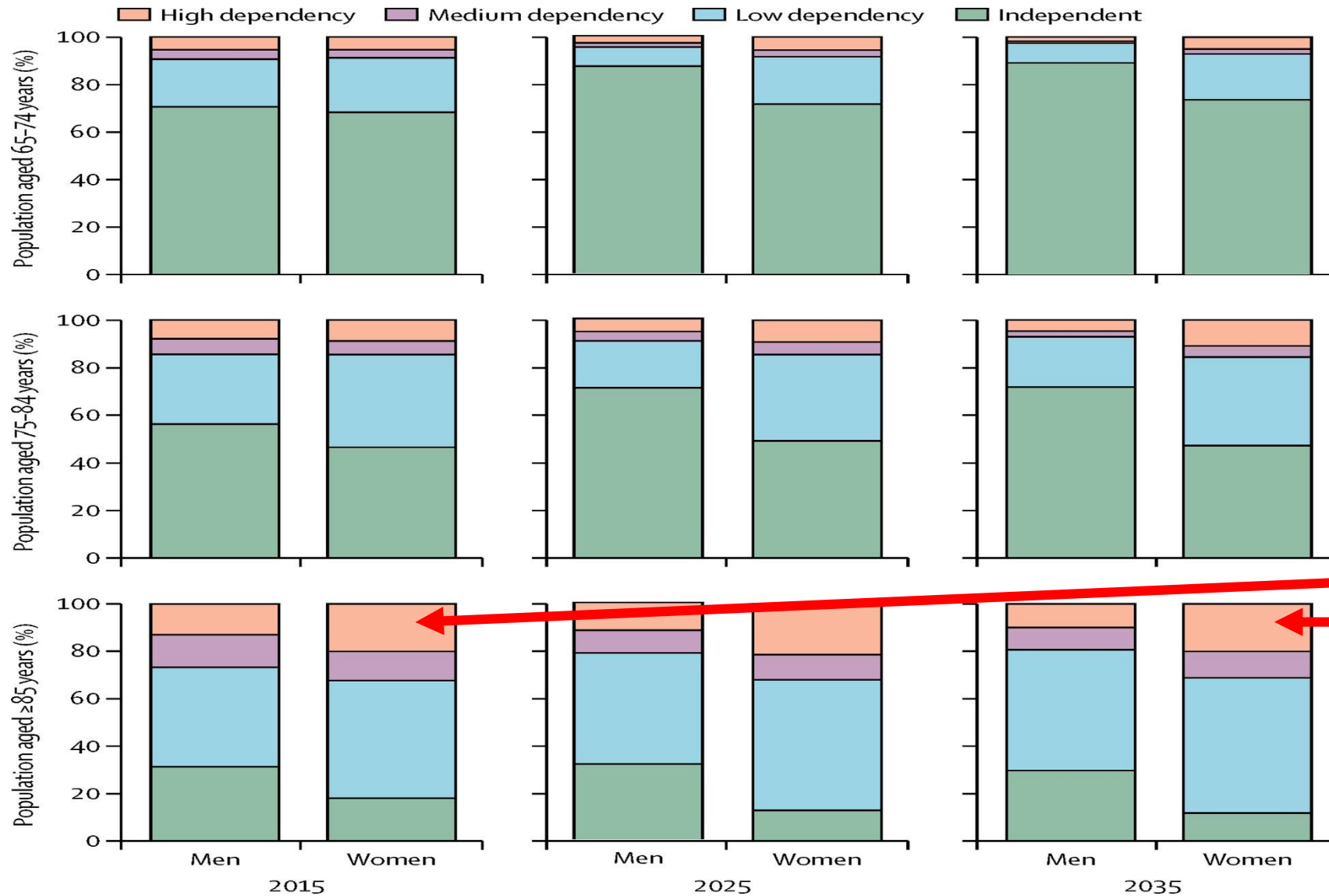
65-v. naisten elinajanodote 1980-2016, vuotta



65-v. miesten elinajanodote 1980-2016, vuotta



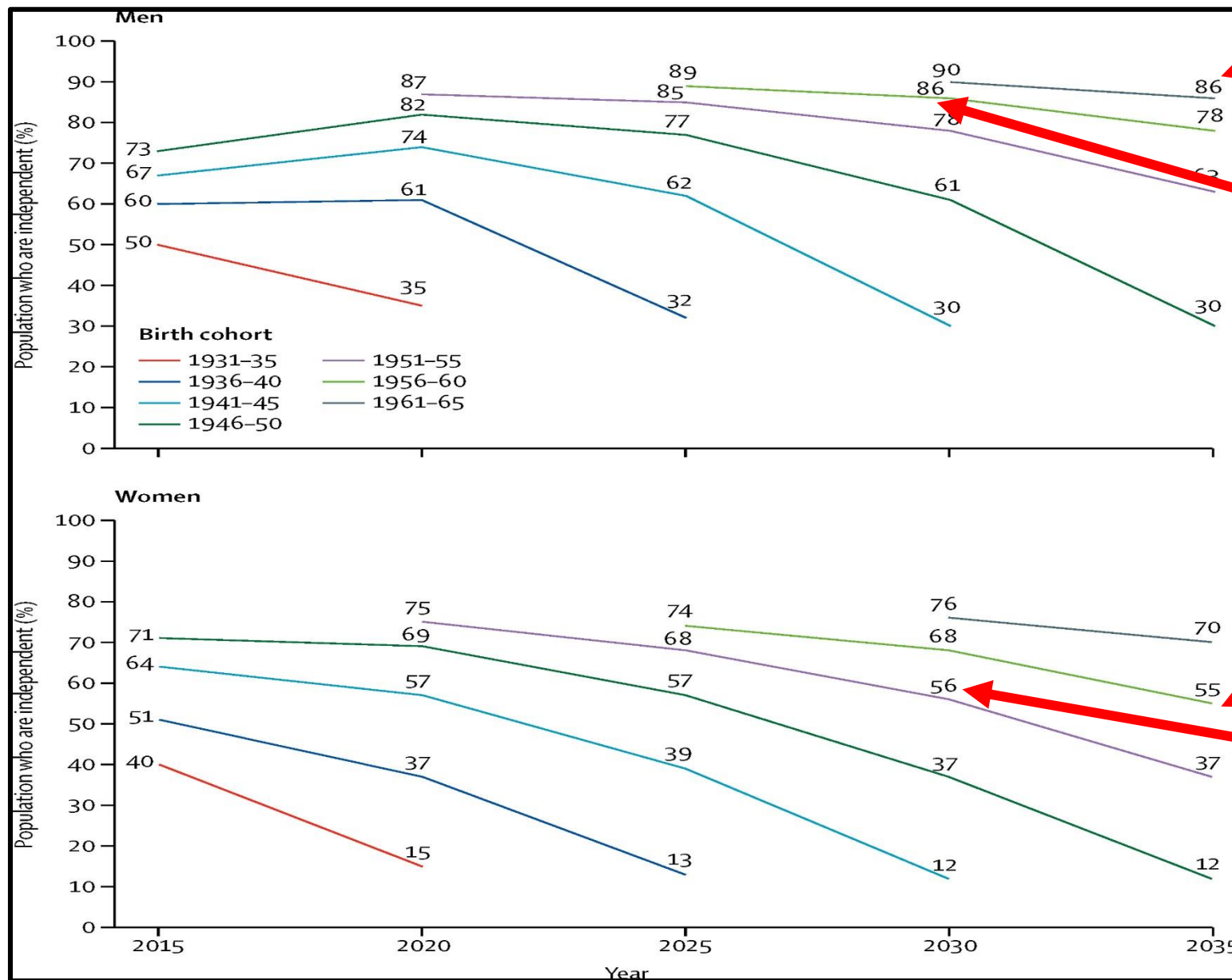
# 65-74-v., 75-84-v. ja 85+ v. ennustettu hoidon tarve 2015, 2025 ja 2035, Englanti, osuus ikäryhmästä, %



Ennuste Englannille: 24h hoitoa tarvitsevien 85+ vanhusten määrä kaksinkertaistuu 2015-2035

Ympäri vuorokautisen hoidon tarpeessa olevien osuus 85+ väestöstä laskee melko vähän 2015-2035

# Ei hoidon tarpeessa olevien osuus syntymäkohorteista 2015-2035, Englanti, %



Esim. 1961-65 syntyneet miehet 70-74-v. 2035. Heistä 86 % ei tarvitse hoivaa 2035.

Esim. 1956-60 syntyneet miehet 70-74-v. 2030. Heistä 86 % ei tarvitse hoivaa 2030.

Esim. 1956-60 syntyneet naiset 75-79-v. 2035. Heistä 55 % ei tarvitse hoivaa 2035.

Esim. 1951-55 syntyneet naiset 75-79-v. 2030. Heistä 56 % ei tarvitse hoivaa 2030.

Lähde: Kingston et al (2018), edellinen dia.

# Tutkimuksen tulos: 85+ väestön 24h palvelutarve kaksinkertaistuu (65+ 36 %) Englannissa 2015-2035

## Research in context

### Evidence before this study

Between Jan 1 and Jan 15, 2018, we searched MEDLINE and Web of Science for worldwide studies published in English from inception up to the date of the search forecasting future disability or care needs with the search terms “disability”, “life expectancy”, “longevity”, “forecast”, and “simulation”. The complete search strings and a review of the simulation models found are given in the appendix. We identified five dynamic microsimulation models, four studies forecasting disability, and one on use of social care. Only one of the studies reported years with care needs (inferred from disability) for England, and this study included only two chronic conditions (cardiovascular disease and dementia) as risk factors for disability.

### Added value of this study

The Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model is the first dynamic microsimulation model forecasting dependency profiles of future older populations for England based on longitudinal data from three nationally representative studies of adults aged 35 years or older and accounting for a wide range of sociodemographic and lifestyle factors and

chronic conditions, as well as the real risk factor profiles of new entrants into the older population. We find that, over the next 20 years, absolute numbers of people aged 65 years or older with high dependency will increase by 36%. By 2035, most (80%) older people with medium or high dependency and dementia will also have two or more other diseases. Trends for men and women will differ markedly, with men aged 65 years seeing a compression in years lived with dependency whereas women will see an expansion of years lived with low and high dependency.

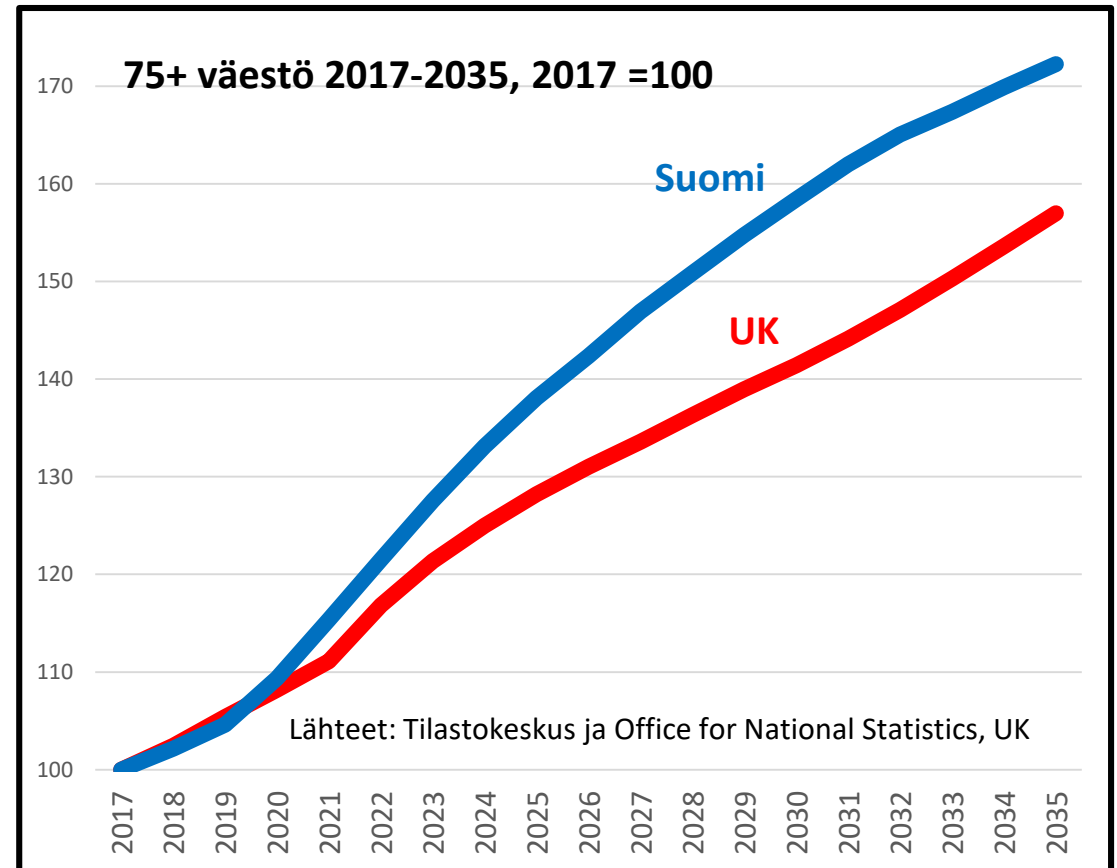
### Implications of all the available evidence

Our projections highlight the importance of ensuring that health and social care services adapt so that they can adequately respond to the needs of an increasing older population with complex care needs; notably, this increase will probably be accompanied by a reduction in care provision by adult children as the retirement age is extended and an increase in older spouse carers who will be increasingly living with disabilities and multiple conditions.

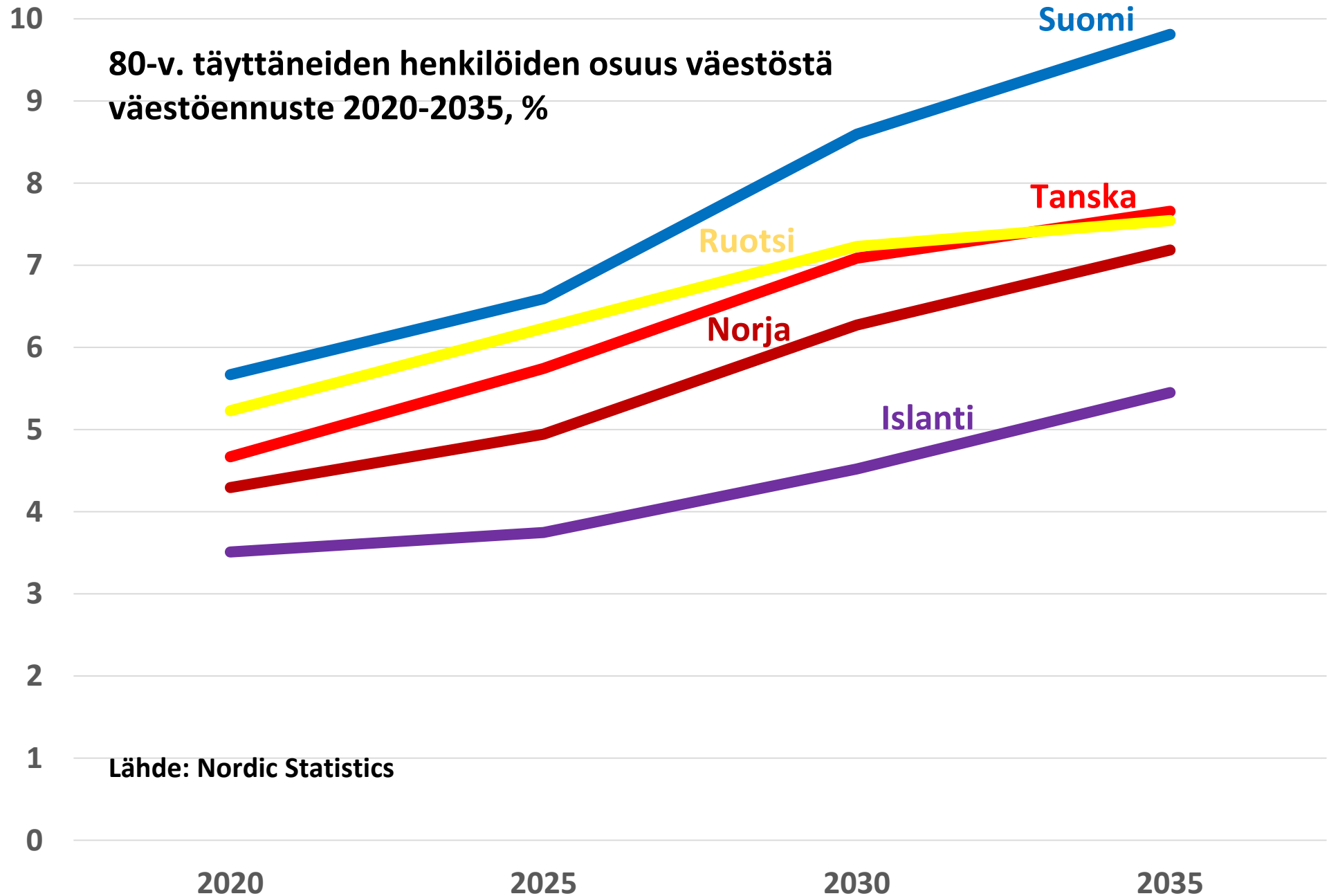
Lähde: Kingston, A., Comas-Herrera A., Jagger, C. (2018), Forecasting the care needs of the older population in England over the next 20 years: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) modelling study. *The Lancet Public Health* 2018, 3(9), e447-e455.

[https://eprint.ncl.ac.uk/file\\_store/production/251067/4DCBAB5A-0769-44E1-BF80-675468C970A2.pdf](https://eprint.ncl.ac.uk/file_store/production/251067/4DCBAB5A-0769-44E1-BF80-675468C970A2.pdf)

Kun 65-v. elinajanodotteen pitkän ajan kehityksen nojalla UK:n ja Suomen vanhusväestön sairastavuus kehittynee jatkossakin karkeasti samoin, on todennäköistä, että Suomen 85+ palvelutarve vähintään kaksinkertaistuu 2015-2035 ottaen huomioon väestön ikärakenteiden kehityksen (kuvio).



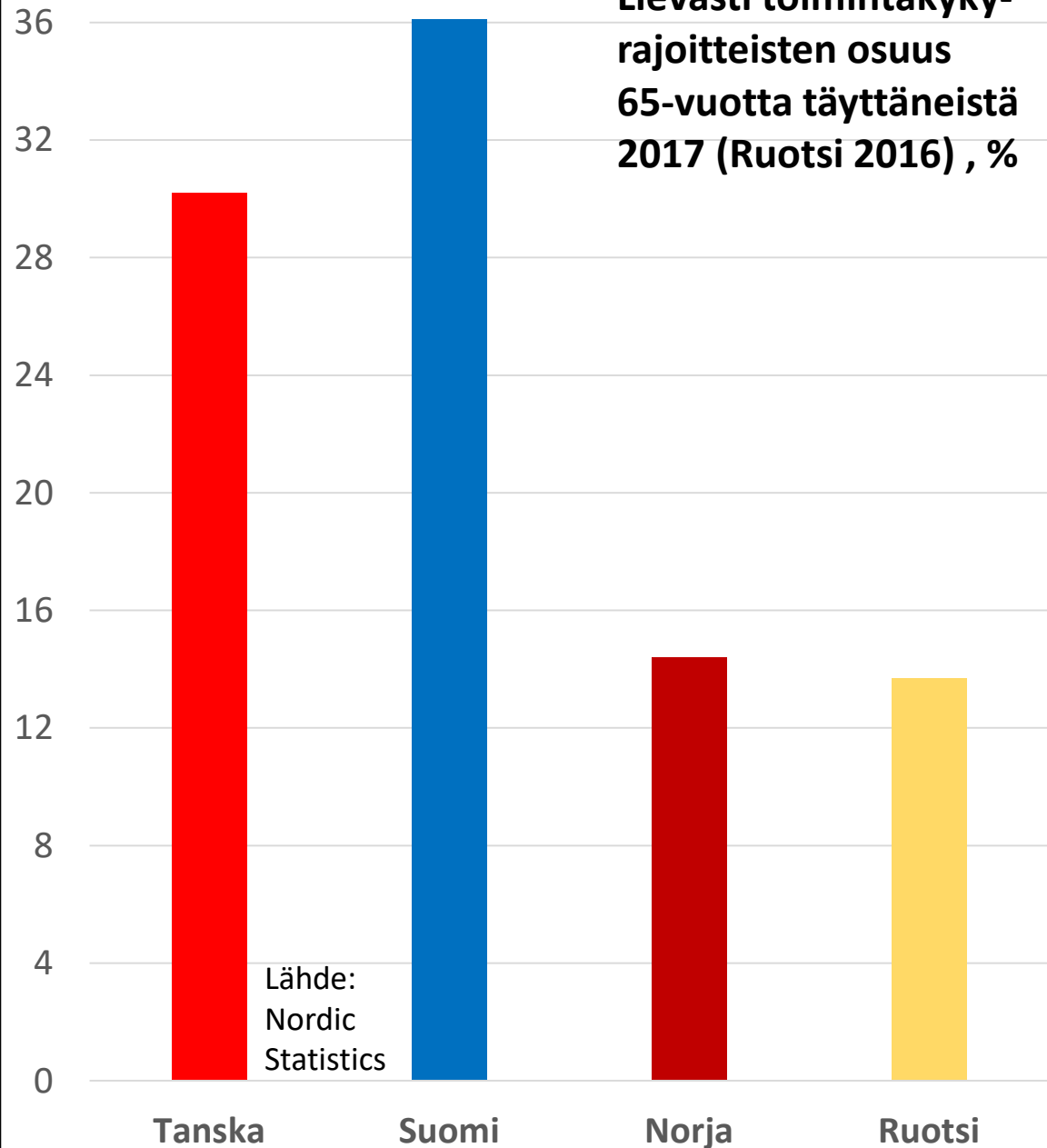
**80-v. täyttäneiden henkilöiden osuus väestöstä  
väestöennuste 2020-2035, %**



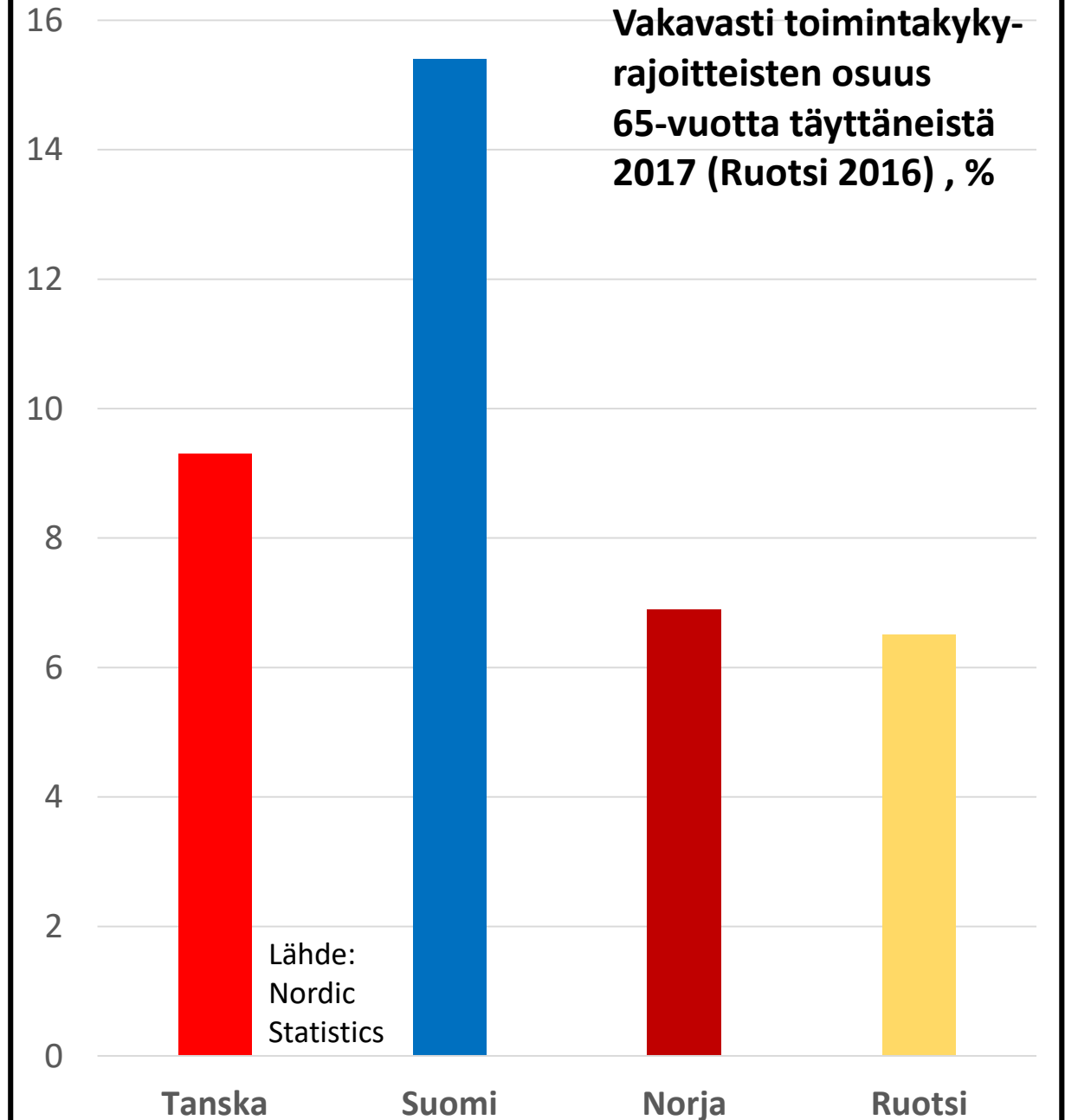
Lähde: Nordic Statistics

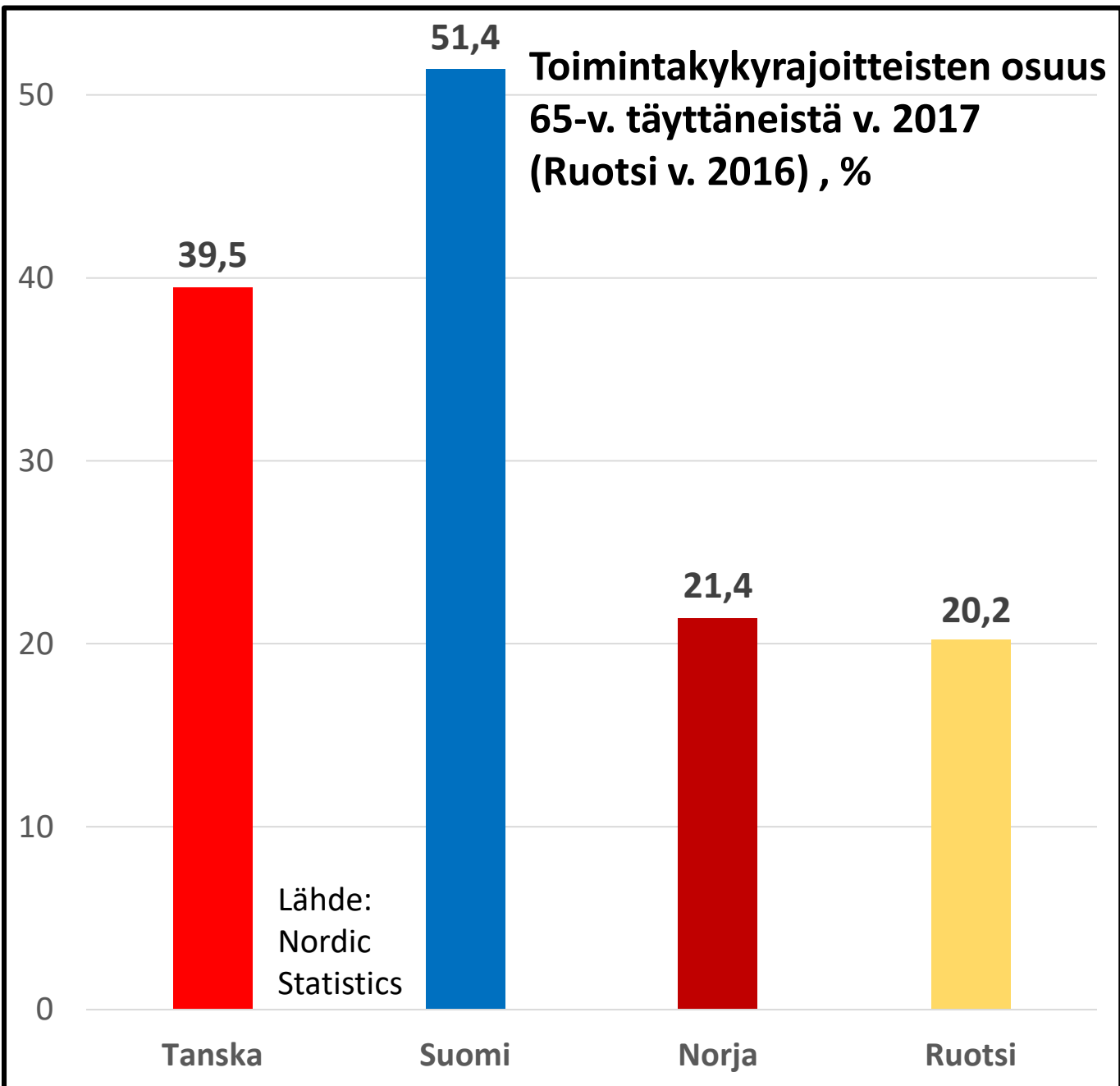


**Lievästi toimintakyky-  
rajoitteisten osuus  
65-vuotta täyttäneistä  
2017 (Ruotsi 2016) , %**



**Vakavasti toimintakyky-  
rajoitteisten osuus  
65-vuotta täyttäneistä  
2017 (Ruotsi 2016) , %**





**Muihin Pohjoismaihin nähden Suomen  
vanhuspalvelujen tarvetta lisäävät:**

- a) 80+ väestön osuuden suurempi kasvu
- b) Vanhusväestön heikompi toimintakyky

## 6. Palvelujen laadusta ja tuottajien kannustimista

Terveyspalvelujen laatuun liittyvää informaation epäsymmetrisyysongelmaa käsitteli ensimmäisenä Arrow (1963)\* pelkistäen seuraavasti:

- Epäsymmetrinen informaatioissa on kaksi osaa (p. 951 "product uncertainty"):
  - i) Potilas (päämies) ei osaa arvioida lääkärin (agentin) tuottaman palvelun laatua.
  - ii) Potilas ei myöskään opi arvioimaan lääkärin tuottaman palvelun laatua.

Tämän takia potilas ei ole todellinen asiakas eli on market failure, jonka paikkaamiseksi tarvitaan valtion terveydenhuollon vakuutus (s. 961, kohta C.)

- Sivulta 961 alkaen Arrow käsittelee moral hazard-ongelmaa.
- Sivun 964 lopussa kohdassa D. hän päätyy ideal insurance käsitteeseen, joka on käytännössä ns. pay for performance-malli. Arrow toteaa seuraavasti:
  - "One form would be a system in which the payment to the physician is made in accordance with the degree of benefit." (p. 964)
  - "Under ideal insurance the patient would actually have no concern with the informational inequality between himself and the physician, since he would only be paying by results anyway, and his utility position would in fact be thoroughly guaranteed." (p. 965)
- Tässä Arrow aliarvioi pay for performance-mallin moral hazard-ongelmat.
- Arrow käsittelee kuitenkin etiikan merkitystä moral hazard-ongelman ratkaisemisessa. Esim. ammattietiikkaan perustuvat ns. low-powered kannustimet lievittävät tuota ongelmaa. Samoin myös yleishyödyllinen (voittoa tavoittelematon) organisaatiomuoto lievittää sitä.
- Monet suomalaiset not-for-profit terveydenhuollon toimijat ovat kuitenkin siirtyneet kohti for-profit muotoa.
- Suomessa vanhusten ympärivuorokautisen hoidon organisaatorakenne on muuttunut paljon 2000-luvulla. Ala on keskittynyt. Kolme suurinta alan yritystä ovat ulkomaisten konsernien tytäryhtiöitä. Hallitseva organisaatiomuoto on osakeyhtiö. Näissä oloissa low-powered kannustimet toimivat aiempaa huonommin.
- Suuret vanhuspalveluyritykset painottavat arvojen tärkeyttä ja potilaan edun ensisijaisuutta. Ne eivät ole kuitenkaan estäneet vakavia laatuongelmia.
- Tehokkaamman valvonnan lisäksi tarvitaan ehkä sopiva organisaatorakenne (joka voi olla julkinen tai yksityinen), joka tukee esim. eettisten periaatteiden noudattamista.
- Low-powered kannustimien – kuten eettisten arvojen - vaikutusta voi vahvistaa informaatio palvelujen laadusta (seuraava dia).

\*Arrow, K.J. (1963), Uncertainty and the welfare economics of medical care. American Economic Review, 941-973.

[https://web.stanford.edu/~jay/health\\_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf](https://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf)

Holmström (2007)\* esittää seuraavat huomiot:

- *More complex issues arise when services are provided to people incapable of making decisions.*
- *Nursery homes are a topical example. Family members and friends can act as trustees, but they are not always perfect substitutes for real consumers: the person in need of nursing home.*
- *Profit maximizing firms tend to focus excessively on reducing cost at the expense of quality and other hard-to-measure consumer benefits.*
- *Motivating teachers through high-powered performance incentives can be counter-productive, ... Low-powered performance incentives enhance the self-motivation and sense of duty of teachers.*
- *Of course, concerns for reputation may reduce quality shading and bridge the gap between narrow incentives and broader goals. Problems arise, when consumer feedback is slow or non-existent.*

Holmström korostaa huolellisesti valittujen ja arvioitujen tavoitteiden merkitystä:

- *The third lesson is that outsourcing does require clearly defined goals and carefully chosen performance measures.*
- *Investments in better auditing systems, especially by independent parties, can have high payoffs.*
- *With better performance measures one can rely less on how a service is carried out and more on what the results are. This will increase the autonomy and initiative of the service provider.*

Anhang Price ja Elliot (2017)\*\* ehdottavat asiakaskyselyihin perustuvia mittareita palvelujen laadun varmistamiseksi:

*To ensure that patient- and family-centeredness is the cornerstone of public and private accountability ..., we recommend development of*

- (1) a nationally endorsed survey instrument that assesses patient and family experiences of serious illness care across the full range of patient trajectories and care settings in which this care is provided;*
- (2) administrative data infrastructure that allows for identification and outreach to the most knowledgeable respondents for the survey, regardless of the patient's setting of care; and*
- (3) a broad toolkit of quality improvement approaches to ensure that as the emphasis on accountability grows, providers across settings have access to tools that can help them improve patient- and family-centeredness of care for the seriously ill.*

\*Holmström (2007), "The Proper Scope of the Public Sector", teoksessa The Nordic Model: Embracing globalization and sharing risks. Torben Andersen, Bengt Holmstrom, Seppo Honkapohja, Sixten Korkman, Hans Tson Söderström and Juhana Vartiainen 2007; Research Institute of the Finnish Economy. Helsinki: Taloustieto. <https://economics.mit.edu/files/5726>

\*\*Anhang Price,R,, M. N. Elliott (2017), **Measuring Patient-Centeredness of Care for Seriously Ill Individuals Challenges and Opportunities for Accountability Initiatives** Published in: Journal of Palliative Medicine [Epub November 2017]. doi: 10.1089/jpm.2017.0452 RAND.org. [https://www.rand.org/pubs/external\\_publications/EP67430.html](https://www.rand.org/pubs/external_publications/EP67430.html)  
<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2017.0452>

Anhang Price ja Elliott (2017) esittävät esimerkkejä hoidon laadun arvioinnista ja tiivistelmän kolmen tapaustutkimuksen tuloksista (Table 1. ja Table 2.).

**Table 1. Frequently-Cited, Validated Survey Instruments for Assessing Experiences with Care for the Seriously Ill**

1. The Family Evaluation of Hospice Care survey, an after-death survey designed to report hospice quality from the perspective of the patient's family or other informal caregiver.
2. The After-Death Bereaved Family Interview, a 74-item tool, includes questions related to information and care planning, symptom management, spiritual and religious support, and psychosocial and personal care. It can be used to assess care across settings.
3. The View of Informal Carers—Evaluation of Services (VOICES) questionnaire asks caregivers about the problems they or the patient faced during the last three months of life, and about the care they received in different settings (i.e., home, nursing home, hospital, and hospice).
4. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments used an eight-item questionnaire to measure satisfaction with (1) patient comfort and (2) patient–provider communication and decision making.
5. The Family Assessment of Treatment at the End of Life is an after-death survey that assesses experiences of end-of-life care for Veterans. The 32-item questionnaire includes questions regarding communication, care around time of death, emotional and spiritual support, symptom management, and respect for treatment preferences.
6. The Quality of Dying and Death survey was developed at University of Washington, Seattle after literature review and qualitative study identifying the following six domains of care: symptoms and personal care, preparation for death, moment of death, family, treatment preferences, and whole person concerns.

**Table 2. Case Study Examples of Successful Initiatives to Improve Patient and Family Care Experiences**

Case Study 1. An initiative to improve patient access to specialty care found that clarifying staff roles and providing customer service training resulted in a two to six percentage point increase in patients' reported willingness to recommend their doctor, with smaller improvements in the overall Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems composite score for patient access.

Case Study 2. An acute care academic hospital that aimed to improve the emotional support provided to patients launched an initiative that strengthened guidelines on patient–nurse interactions and added reminders in the electronic health record for staff to interact with patients, among other efforts. The initiative resulted in a statistically significant increase of four points in the proportion of patients reporting that nurses discussed patients' anxieties and fears with them.

Case Study 3. A multispecialty group implemented an electronic health record system that allowed providers to give patients an after-visit summary that described the visit, test results, and medication, and provided patients with a list of actionable next steps to care for themselves. Among patients of internal medicine providers, the proportion of patients reporting that they received clear instructions rose from 84% to 95%, while the proportion rating their provider a 9 or 10 out of 10 rose from 70% to 82%.

## Pay for performance-mallin vaikutuksista vanhuspalvelujen laatuun

Konetzka et al (2018)\* tutkimus pay for performance-mallista päättyy seuraaviin johtopäätöksiä (alleiviivaukset ja lihavointi lisätty):

- Despite the prominence of P4P programs aimed at improving the quality of health care in the United States, prior evidence on the effectiveness of various ways of structuring P4P programs is sparse. Our analysis of Medicaid P4P programs in nursing homes begins to fill this gap. Using a difference-in-differences design capitalizing on both within-state changes over time in the existence of P4P programs and across-state differences in program structure, we estimate the effects on quality-related outcomes of two key program features, the use of weights and the use of qualifiers for bonus eligibility. Our results have several important implications for policy.
- We find that the use of weights on clinical quality outcomes has consequences that were unintended by policymakers. First, stronger weights sometimes lead to more improvement, as expected, but this is not always the case. Second, small (but positive) weights lead, in several cases, to a *decline* in performance on some clinical measures. **This is consistent with the theory of multitasking in which the relative importance of a targeted measure matters.** Although policymakers might assume that a small weight would still induce positive change, when resources for quality improvement are scarce, this assumption appears to be incorrect. Health care providers may simply focus on the measures that bring the highest relative rewards. **It is also possible that observed improvements in quality do not reflect true improvements in quality. Nursing homes might use alternative low-cost methods to improve their performance by simply improving (or changing) the coding in the data used for the P4P performance metrics.** In this case, weights might increase the attention given to certain performance metrics without resulting in substantive improvements in quality.
- Furthermore, we find that the use of a deficiency threshold as a qualifier for eligibility for any bonuses under the P4P program is more effective than using deficiencies in a weighting scheme. **Nursing home providers exhibited significant improvement in deficiency-defined quality when used as a qualifier, but smaller improvement when deficiencies received a weight in the bonus formula. The key to the effectiveness of using a quality measure as a qualifier may lie in its simplicity.** Given scarce resources for quality improvement, simple rules lessen the uncertainty associated with choosing areas for quality improvement and incentivize nursing homes to prioritize their efforts towards improvements that increase the probability of P4P eligibility. The effectiveness of using a qualifier is also consistent with multitasking theory, as meeting the qualifying criterion has the highest return.
- Finally, our results have distributional implications. One often-expressed fear of P4P programs is that they will reward health care providers that already provide better quality and have more resources and that low-resource providers will not be able to achieve the bonuses even with effort, such that P4P might increase the gap between high- and low-quality providers ([Casalino et al. 2007](#); [Konetzka and Werner 2009](#); [Friedberg et al. 2010](#)). To some extent, our results support this concern. Where we do see significant effects of P4P—for example, **in the use of deficiencies as a qualifier—we see larger improvement among nursing homes that are nonprofit, non-chain,** and with a lower Medicaid census, all attributes traditionally associated with higher quality and better financial performance on average. **However, in our analysis of immediate jeopardy deficiencies, our results are suggestive of the opposite—that for-profit facilities exhibit greater improvement.** Although this may be due in part to ceiling effects in that the higher quality nursing homes have few, if any, immediate jeopardy deficiencies to begin with, it still reflects improvement among some low-resource, low-quality nursing homes. Thus, **P4P appears to be creating an incentive for improvement among some nursing homes that are in the lower tiers of quality.** It is not clear, however, whether improvement on this margin would translate into bonuses if these lower-quality nursing homes are unable to improve across all the highly weighted measures or to achieve the overall deficiency qualifier. **To create a sustainable incentive for improvement over time, policymakers might consider rewarding improvement in areas most needed by each nursing home rather than a one-size-fits-all approach.**

\*Konetzka, R.T., Skira, M. & Werner, R.M. (2018), Incentive Design and Quality Improvements: Evidence from State Medicaid Nursing Home Pay-for-Performance Programs. American Journal of Health Economics. 2018 Winter; 4(1): 105–130. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5868417/>