

Soten kustannusvaikuttavuus

2023 alkaen noin kolmasosa valtion budjetista kohdistuu hyvinvointialueille. Väestön ikääntymisen myötä sosiaali- ja terveystalouden kysyntä kasvaa ja samaan aikaan henkilöstöpula pahenee. On siis välttämätöntä tarkastella sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä ja tuotantoa kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta ja karsia vaikuttamattomia toimia. Hyvinvointialueiden ohjauksen tulee painottaa lopputuloksia: väestölle tuotettua hyvinvointia ja terveyttä.

Soten kustannusvaikuttavuutta voitaisiin edistää

- kehittämällä hyvinvointialueiden ohjausta vaikuttavuusperustaiseksi hyödyntämällä jo olemassa olevia suunnitelmia ja toimintamalleja valtakunnallisesti
- ottamalla käyttöön vaikuttavuusmittareita ohjauksen sekä kehittämisen tueksi
- luomalla ohjaamisen tueksi läpinäkyvyyttä suuriin kulueriin, kuten hankintoihin ja tilakustannuksiin, järjestelmällisellä tiedon keruulla ja analysoinnilla
- lisäämällä kilpailua sotien palvelu ja tarvikkehankinnoissa mm. vähentämällä tarjouskilpailujen liiallisia kriteerejä sekä osallistumisen hallinnollista taakkaa ja kehittämällä markkinavuoropuhelua
- kohdentamalla nopeita toimenpiteitä sinne, missä hyvinvointivajeet ovat merkittävimpiä – mm. hyödyntämällä mielenterveys- ja päihdepalveluissa digitaalisia palvelumuotoja

Soten kustannusvaikuttavuus

Vaikuttavuus sosiaali- ja terveydenhuollossa eli sotessa tarkoittaa palveluilla aikaansaattua muutosta ihmisen terveydessä tai hyvinvoinnissa (Drummond 2005). Kustannusvaikuttavuus tarkoittaa vaikuttavuutta suhteessa sen aikaansaamiseksi syntyneisiin kustannuksiin – eli kuinka paljon terveys- tai hyvinvointihyötyä käytetyllä rahalla on saatu aikaan. Terveys on ymmärrettävä tässä laajasti, WHO:n määritelmän mukaisesti (WHO 1948), kattaen niin fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisenkin hyvinvoinnin.

Vaikuttavuusperustainen terveydenhuolto tarkoittaa järjestelmää, jossa keskeisin tunnusluku on kustannusvaikuttavuus (Porter 2009). Suomen kontekstissa käsite voidaan laajentaa vaikuttavuusperustaiseksi sosiaali- ja terveydenhuolloksi. Kyse on siitä, miten paljon terveyttä ja hyvinvointia on saatu aikaan – ei siitä, miten monta lääkärikäyntiä tai kuntoutusjaksoa on tuotettu. Palataan siis perusasioiden äärelle: terveydenhuollon perimmäinen tehtävä on tuottaa terveyttä, ei terveystaloutta, ja vastaavasti sosiaalihuollon tehtävä on tuottaa hyvinvointia. Ohjauksen on keskityttävä pääsääntöisesti lopputulokseen.

Hyvinvointialueiden vaikuttavuusperustainen ohjaus

Ohjaus perustuu normi-, resurssi-, informaatio- ja dialogiohjaukseen. VM:lle osoitettu hyvinvointialueiden resurssiohjaus ei onnistu ilman kattavaa tietopohjaa, jonka avulla esim. lisärahoituspyyntöjen välttämättömyyttä voidaan aidosti arvioida tietoon perustuen. Samaa tietopohjaa hyödyntäen voidaan toteuttaa myös informaatio- ja dialogiohjausta (Pitkänen ym. 2020).

Ohjaustilanteet – kuten lisärahoituspyynnöt – voivat tulla odottamattomasti ja nopealla aikataululla, jolloin keskeistä on tiedon jatkuva saatavuus ja ajantasaisuus. Vuosittaisten raporttien tai toissavuotisten indikaattoritietojen varaan ei voida rakentaa erityistilanteiden ohjausta. Yksityiskohtiin on päästävä kiinni tarpeeksi tarkalla tasolla. Nämä yksityiskohdat voivat olla erilaisia eri alueilla, jolloin etukäteen määritellyt indikaattorit eivät riitä.

Valtiontalouden tarkastusvirasto on huomauttanut sote-alaa koskevissa tarkastuskertomuksissaan (VTV 2021a, VTV 2021b) ohjauksen epäyhtenäisyydestä ja monikanavaisuudesta, joiden välttämiseksi tarvitaan vaikuttavuusperustaisen ohjauksen malli suomalaiseen kontekstiin. Malli on kehitetty VN TEAS – hankkeessa jo Sipilän hallituksen kaudella (Pitkänen ym. 2020). Sekä STM että VM osallistuivat hankkeen ohjaukseen aktiivisesti, ja STM on siitä alkaen pitänyt mallia suomalaisen sote-ohjauksen perustana. Palvelutuotannon johtamisessa mallia on jo viety käytäntöön mm. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (Liimatainen ym. 2022). Ryhtymällä toteuttamaan mallia viipymättä kansallisesti päästään vähitellen kohti vaikuttavuusperustaisuutta, joka parhaimmillaan parantaa sekä kustannusvaikuttavuutta että väestön terveyttä.

Vaikuttavuuden mittaaminen

Vaikuttavuuden mittaamisessa on päästävä konkreettisiin tekoihin. Toistaiseksi soten vaikuttavuutta mitataan lähinnä koeasetelmissa. Systemaattista mittaamista on edellytettävä hyvinvointialueilta, ja kertyvää tietoa on hyödynnettävä ohjauksessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on tekemässä vuoden 2022 aikana kansallista suositusta toimintakykymittarista, ja sen myötä mittaaminen tulisi aloittaa kaikilla hyvinvointialueilla, tavoitteena koko väestön kattava mittaaminen (ei ainoastaan julkisten palveluiden käyttäjien).

Toistaiseksi vaikuttavuustietoa kansallisen vertailun pohjaksi on saatavana lähinnä sairauskohtaisista laaturekistereistä. THL:n laaturekisteritoiminnan rahoitus on saatu vakiinnutettua 2022, mutta rahoituksen taso ei mahdollista toiminnan laajentamista ja uusien rekisterien käynnistämistä. Kansallisia laaturekistereitä on Suomessa kymmenkunta, esimerkiksi Ruotsissa yli 100 (Jonsson 2020). Lisäksi THL:n laaturekistereistä on syytä antaa asetusta, jotta tiedon keruu helpottuu (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 1.5.2019 voimaan tulleiden muutosten perusteella).

Vaikuttavuustiedon laaja hyödyntäminen edellyttää mittaamisen lisäksi kansallisia tietorakenteita. Tarvitaan esim. toimintakykymerkintä ja -arvio sote-tietojärjestelmiin, jotta mittareilla mitatut tulokset saadaan tallennettua rakenteisessa muodossa ensin omaan järjestelmään ja sitten Kantaan, josta niitä voi hyödyntää eri organisaatioissa ja jatkossa myös toisiokäyttöön.

Hankinnat ja kiinteistöt muodostavat merkittävän osan alueiden käyttömenoista ja investoinneista

Nykyisten sairaanhoitopiirien kaikkien ulkoisten ostojen määrä tilinpäätösten käyttömenoissa oli vuonna 2021 keskimäärin 48 %, josta noin kaksi kolmasosaa on palveluita (sisältäen myös muita kuin sote-palveluja) ja yksi kolmasosa materiaaleja ja tarvikkeita (Sjöholm, 2022). Soten kokonaisrahoituksen ollessa noin 20 miljardin luokkaa, puhutaan jopa 8-10 miljardin euron vuotuisista ostoista, joista iso osa toteutetaan kilpailutettuina julkisina hankintoina.

Julkisten hankintojen kustannusvaikuttavuuteen vaikuttaa oleellisesti kilpailun määrä sekä hankintojen oikeasuhtainen laatu (KKV 2022). Suomen julkisissa hankinnoissa kilpailun määrän on kuitenkin havaittu olevan huolestuttavan alhaista, keskiarvallisesti noin kaksi tarjousta per kilpailutus (Jääskeläinen ym. 2019).

Erityisesti terveyspalvelumarkkinalla ollaan jo vuosia havaittu markkinan keskittymistä isoille toimijoille, joka pahimmillaan voi johtaa tehokkuushaittoihin ns. oligopolistisen markkinarakenteen johdosta (Virtanen ym. 2016). Markkinaoikeus on myös langettanut tuomioita sote-alan hankintayksikölle puutteellisesta kilpailutuksesta (ks. esim. MAO: 375/20). Lisäksi erityisesti palveluasumisessa on havaittu toistuvia laiminlyöntejä niin ostettujen kuin itse tuotettujen palveluiden osalta (ks. esim. eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen päätös EOK/4944/2019). Laiminlyöntien juurisyistä riippumatta nämä seikat korostavat sopimuskauden aikaisen valvonnan ja seurannan merkitystä.

Hyvinvointialueiden hankintojen kustannusvaikuttavuuden edistämiseksi suositellaankin keskittyttävän kahteen tavoitteeseen: (1) kilpailun määrän lisäämiseen sekä (2) hankintojen koko elinkaaren tiedontuotannon ja seurannan parantamiseen.

Kilpailun määrän lisääminen vaatii toimia niin tarjouskilpailuja järjestäviltä hankintayksiköiltä kuin kilpailuviranomaisilta¹. Hankintayksiköiden tulisi esimerkiksi huomioida hankinnoille asetettavien laatukriteerien ja -pisteytysten mahdolliset kilpailua rajoittavat vaikutukset. Laatukriteerit voivat karsia kilpailua joko suoraan diskriminoimalla tiettyjä tarjoajia (esim. liikevaihto-vaatimus sulkee pois pienempiä yrityksiä) tai aiheuttamalla liiallista hallinnollista taakkaa ja kustannuksia, joka vähentää osallistumishalukkuutta erityisesti pienempien yritysten osalta (Tukiainen ja Halonen, 2020). Laatupisteytysten sijaan tarjouskilpailuissa voitaisiinkin käyttää hankinnan kohteelle asetettavia minimilaatuvaatimuksia ja hintakilpailua (Jääskeläinen ja Tukiainen, 2019). Lisäksi tarjouskilpailua edeltävän markkinavuoropuhelun kilpailua lisäävästä vaikutuksesta on saatu lupaavaa alustavaa näyttöä Ruotsista (Tukiainen ja Halonen, 2020).

Edellä mainittujen keinojen vaikuttavuuden (esim. kilpailun lisääntymisen) arviointi suomalaisessa sote-kontekstissa vaatii tuekseen luotettavaa näyttöä, jota saadaan esim. satunnaistetuista tai luonnollisista koeasetelmista. Nämä tutkimusmenetelmät ja jo pelkästään tämän hetkisen tilannekuvan luominen sekä hankintojen seuranta vaativat kuitenkin tuekseen luotettavan tietopohjan. Haasteena on kuitenkin hankinnan elinkaaren aikaisten tietojen pirstaleisuus (Merisalo ym. 2021).

Tämän johdosta tulisi selvittää hyvinvointialueiden hankintojen kilpailutus-, tilaus- sekä ostotietojärjestelmien nykytila sekä kartoittaa toimet tietojen automaattiseen kasaamiseen esimerkiksi ohjelmointirajapintojen kautta. Selvityksen yhteydessä on suositeltavaa toteuttaa käytännön pilotointi kokoamalla hankintojen elinkaaren tiedot yhden tai useamman sote-hankintayksikön käyttämistä tietojärjestelmistä. Tämän datan pohjalta voitaisiin tehdä alustavia analyyseja ja mittareita hyvinvointialueiden johdon sekä ohjauksen tueksi. Lisäksi tulisi selvittää hankintatietojen omistajuuteen, siirtämiseen ja käsittelyyn liittyvät lakiseikat mm. julkisuuslain osalta, jotta kyseinen tehtävä voidaan osoittaa oikealle viranomais taholle ja tieto saadaan käyttöön niin hyvinvointialueiden omassa toiminnassa, valtion ohjauksessa sekä pidemmän aikajänteen tutkimus- ja kehittämistoiminnassa.

Tilinpäätöksen käyttömenoihin luettavien ostojen ja hankintojen ohella sote-palveluihin käytettävät tilat muodostavat merkittävän vuotuisen kustannuserän. Osa näistä tilakustannuksista, kuten vuokratulot, sisältyvät käyttömenoihin, mutta tuleville alueille siirtyy myös merkittävä määrä sairaanhoitopiirien omistamia kiinteistöjä. Kuntien omistamat kiinteistöt puolestaan jäävät kunnille, ja hyvinvointialueet ovat velvoitettuja vuokraamaan näitä kiinteistöjä vuoden 2025 loppuun asti.

¹ Tässä muistiossa keskitytään hankintayksiköiden käytössä oleviin toimiin. Kilpailuviranomaisen käytettävissä olevia keinoja käsittelee laajemmin esim. Virtanen ym. 2016.

Leskelä ym. (2016) arvioivat vuoden 2015 arvostuksilla kuntien sote-kiinteistömäärän suuruudeksi 6,8 miljoonaa m² ja luetteloarvoksi noin 4,2 mrd. euroa. Vastaavasti Kuntaliitto arvioi vuonna 2020² soten kiinteistömääräksi (sisältäen myös paloasemat) 7,32 miljoonaa m² ja tekniseksi arvoksi 10 mrd. euroa. Kiinteistöistä noin 70 % on kuntien omistuksessa. Molemmista laskelmista selkeästi suurimman osan kiinteistömäärästä muodostavat terveyskeskukset ja vanhainkodit. Maakuntien tilakeskus puolestaan arvioi sairaanhoitopiirien kiinteistömääräksi noin 3,4 miljoonaa m².

Näiden arvioiden tarkkuudesta ei ole tietoa, mutta selvää on, että puhutaan kuitenkin miljardien omaisuuseristä, joiden hallinnalla voi olla merkittäviä taloudellisia vaikutuksia. Huomioiden kiinteistömäärän koon, pelkästään kiinteistöjen ylläpito sekä vuosittaiset poistot muodostavat usean sadan miljoonan vuotuisen kuluerän. Nykyisen kiinteistökannan ylläpidon lisäksi merkittävän kustannuseränsä muodostavat rakennusinvestoinnit³, jotka kuuluvat hyvinvointialueiden valtion ohjauksen piiriin. On huomioitavaa, että useiden sairaanhoitopiirien alijäämäiset budjetit pakottavat kattamaan investoinnit ulkopuolisilla rahoituksella, mikä voi puolestaan aiheuttaa merkittäviä kustannuslisäyksiä yleisen korkotason noustessa.

Tilojen kustannuksista ei kuitenkaan ole tarkkaa tietoa. Leskelä ym. (2016) arvioivat kustannuksia epäsuorasti väestörekisterikeskuksen (VRK) rakennustietojen sekä keskimääräisten rakennuskustannusten pohjalta. Kuntaliiton selvitys puolestaan käytti kuntien tilatiedon tietojärjestelmään, jonka kattavuudesta ei ole tarkkaa tietoa. Tätä tiedon puutetta paikkamaan on perustettu hyvinvointialueiden toimitila- ja kiinteistöhallinnon osaamiskeskus, jonka tehtävää hoitaa Maakuntien tilakeskus. Keskukseen tehtävänä on koota ja ylläpitää kuntien ja hyvinvointialueiden sote-tilojen tietokantaa.

Soten kustannusvaikuttavuuden edistämiseksi olisikin erityisen tärkeää, että kyseisen tiedon tarkkuus sekä ajantasaisuus taattaisiin ja että tieto saataisiin käyttöön niin hyvinvointialueiden oman kehittämisen, valtionhallinnon ohjauksen ja tilannekuvan luomisen, kuin myös korkeatasoisen tutkimuksen pohjaksi.

Pahimpien hyvinvointivajeiden korjaaminen

Työllisyyden näkökulmasta on välttämätöntä panostaa eniten työkyvyttömyyttä aiheuttavien ongelmien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. Mielenterveysongelmat aiheuttavat sairauslomapäivistä neljänneksen ja työkyvyttömyyseläkkeistä kolmanneksen (Työturvallisuuskeskus 2020). Koronapandemia on pahentanut mielenterveystilannetta entisestään. Vuoden 2021 aikana kolme sadasta ei-eläkkeellä olevasta työikäisestä sai sairauspäivärahaa mielenterveyden häiriön takia vähintään yhdeltä sairausjaksolta. Mielenterveyden häiriöiden perusteella sairauspäivärahaa saaneiden määrä kasvoi vuosien 2020 ja 2021 välillä noin 11 000 henkilöllä (13 prosentilla), 84 000 saajasta 95 000 saajaan. Vuodesta 2016 mielenterveysperusteisen päivärahan saajien määrä on kasvanut jopa yli 60 prosenttia (Blomgren J, 2022).

Psykiatriseen hoitoon pääsyn kynnystä on moitittu korkeaksi, alueelliset erot oikea-aikaisessa hoitoon pääsyssä ja monipuolisten avohoitopalveluiden saatavuudessa ovat olleet suuret. Näyttöön perustuvia hoitoja on ollut varsin puutteellisesti saatavissa. Perusterveydenhuollossa mielenterveyskysymysten ei aina nähdä

² Arvion alkuperäinen lähde on tuntematon, mutta arvio löytyy Kuntaliiton omasta esitysmateriaalista, joka on saatavilla: <https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/20.8.2020%20Kunnille%20j%C3%A4%C3%A4v%C3%A4t%20toimitilat%20ESITYKSET.pdf>

³ Esimerkiksi HUS-kuntayhtymän alainen HUS tilakeskus käytti vuosina 2017-2021 keskimäärin yli 130 miljoonaa euroa rakennusinvestointeihin. Trendi on ollut kasvava (keskimäärin noin 20% vuodessa) ja vuonna 2021 investoinnit olivat noin 184 milj. euroa vastaten 73% kaikista HUS-kuntayhtymän investoinneista.

kuuluvan kaikille, vaan ne säilytetään yksittäisille työntekijöille. (Vorma ym. 2020). Osaamisvajetta mielenterveysasioiden suhteen on mm. työterveyshuollossa (suullinen tiedonanto, Kristian Wahlbeck / Mieli ry). Lyhytterapioita ei ole riittävästi tarjolla: yksi esimerkki hyvästä toimintatavasta tämän korjaamiseen on ollut Terapiat etulinjaan - hanke.

Myös päihdeongelmat ovat mielenterveyden ongelmia, mutta käytännössä päihdeongelmaisia ei yleensä oteta mielenterveyspalveluiden piiriin, ja päihdepalveluissa ei taas ole muista mielenterveysongelmista riittävää osaamista. Päihdehoito on siis yhä monin paikoin erillään muusta terveydenhuollosta, ja sen järjestämisen tavat vaihtelevat (Vorma ym. 2020). Tulisi varmistaa, että päihde- ja mielenterveyspalvelut toimivat integroidusti eivätkä ns. kaksoisdiagnoosipotilaat jää palveluiden ulkopuolelle. Päihdeongelmiin liittyy myös merkittävää stigmaa: nykyisellään päihdeongelmaan viittaava diagnoosi johtaa usein etuuksien menetykseen, mm. Kelan sairauspäiväraahakemus hylätään päihdediagnoosilla moninkertaisesti useammin kuin muilla diagnooseilla (Kela 2020). Riippuvuuden sairausluonne tulisi hyväksyä niin käytännössä kuin asenteidenkin tasolla. Lisäksi hoidon vaikuttavuutta (esimerkiksi päihdeettömyys vuoden kohdalla, niillä asiakkailta joilla se on relevantti tavoite) tulisi mitata systemaattisesti ja kehittää toimintaa tulosten vertailun avulla.

Vastaavasti muiden kansansairauksien hoitoa tulisi mitata hoidon tulosten näkökulmasta ja olennaisimmille mittareille tulisi asettaa kansalliset tavoitetasot, joita tarkasteltaisiin osana hyvinvointialueiden ohjausta. Hoitotasapainoon pääseminen vaatii ennen kaikkea huomion kiinnittämistä hoidon tuloksiin, mitä voimme edistää nimenomaan ohjauksella.

Ylipäänsäkin resurssien turvaaminen ennaltaehkäisevään toimintaan (em. sekundaariprevention ohella mm. neuvolat, kouluterveydenhuolto ja kuntoutus) on keskeistä, kun hyvinvointialueiden rahoitus on yleiskatteellista. Myös ylipaino on keskeinen hyvinvointiin vaikuttava tekijä ja merkittävä terveyserojen aiheuttaja. Siihen vaikuttavien keinojen käyttöönottoa tulisi Suomessa selvittää. Ennaltaehkäisyn kustannusvaikuttavuudesta on näyttöä (mm. Riihonen ym. 2021, Kiiskinen ym. 2008), mutta se jää helposti akuutimman sairanhoidon jalkoihin. Tätä voidaan estää mm. määrittämällä kansalliset seurantamittarit ja tavoitetasot ja seuraamalla näitä ohjauskeskusteluissa.

Lähteet

Blomgren J, Perhoniemi R. Mielenterveyden häiriöihin perustuvan sairauspäivärahopäivien määrä kasvaa taas. KELAn tutkimusblogi 10.5.2022.

Drummond, MF, Sculpher, MJ, Torrance, GW, O'Brien, BJ & Stoddart, GL (2005): Methods for the economic evaluation of health care programme. Third edition. Oxford: Oxford University Press.

Helsingin yliopisto (2021): Vaikuttavuuden vuosikymmentä rakentamassa. Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuskeskus –selvitys. https://www.helsinki.fi/assets/drupal/2021-08/Raportti_Kansallinen%20sote-vaikuttavuuskeskus.pdf

Jonsson PM (2020): Terveysthuollon kansalliset laaturekisterit –Hyödyntämismahdollisuudet, organisointi ja rahoitus Suomessa. Suomen Lääkärilehti 20/2020, vsk 75, s. 1219.

Jääskeläinen J., Tukiainen J., (2019): Anatomy of public procurement. VATT Working papers. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus VATT

Kela (2020): Lisäselvitys Kelan sairauspäivärahaetuuksien ratkaisutoiminnasta koskien päihdediagnooseja. Muistio.

Kiiskinen U., Vehko T., Matikainen K., Natunen S., Aromaa A. (2008): Terveysten edistämisen mahdollisuudet – vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu, 2008:1

KKV Kilpailu- ja kuluttajavirasto (2022): Policy Brief 1/2022: Julkisten hankintojen tavoitteet ja riskit – hankintojen seurantaa tulisi kehittää. <https://www.kkv.fi/uploads/sites/2/2022/03/2022-01-policybrief-julkisten-hankintojen-tavoitteet-ja-riskit.pdf>

Leskelä R., Nenonen T., Herse F., Hurskainen V., Hämäläinen J. (2016): Kuntien kiinteistöriskit Sote-uudistuksessa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 58/2016 <https://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=15408>

Liimatainen S., Parkkila A-K., Ackerman E., Laitinen T., Mäkinen S., Tomás E. (2022): Vaikuttavuuden tiekartta käytännön johtamiseen. Suomen lääkäri 5-6/2022 vsk 77.

Merisalo M, Naumanen, M., Huovari, J., Eskola, S., Toivanen, M., Keskinen, P., Hajikhani, A., Oksanen, J., Rausmaa, S., (2021). Julkiset hankinnat: Kokonaisvolyyymi ja datan hyödyntäminen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:46.

Mustajoki P. (2022): Ylipaino ja terveyden eriarvoisuus – molempien vähentämiseen tarvitaan yhteiskunnan säädöksiä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2022: 59: 227–230.

Mäki P., Puska P., Rissanen A., Mustajoki P. (2021): Yhteiskunnalliset toimet välttämättömiä lihomiskehityksen kääntämiseksi. Suomen lääkäri 50-52/2021 vsk 76.

Pitkänen L., Torkki P., Tolkki H., Valtakari M., Leskelä R-L. (2020): Reittiopas vaikuttavuuteen: Vaikuttavuusperustainen ohjaus sote- ja työllisyyspalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja.

Porter M. (2009): A strategy for health care reform—toward a value-based system. New England Journal of Medicine, 361(2), 109-112.

Riihonen R., Hakulinen T., Luomala S. (2021): ”Terveiden lasten tarkastamista” - mitä hyötyä neuvolapalveluista on? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2021;137(23):2567-72.

Sjöholm M. (2022). Sairaanhoidopiirien tammi-joulukuu 2021. Yhteenvedo kysynnästä, tuotannosta ja taloudesta. Kuntaliitto. <https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Sairaanhoidopiirien%20tammi-joulukuu%202021.pdf>

THL (2020): Diabetes-pilottirekisterin loppuraportti. https://thl.fi/documents/2616650/4353715/Diabetes_pilottirekisterin_loppuraportti.pdf/4ef6101b-12b4-8ccb-8c3f-5e177e688ed0?t=1607518754520

Tukiainen, J., & Halonen, K. M. (2020). Competition and litigation in Swedish public procurement. Konkurrensverket uppdragsforskningsrapport 2020:1.

<https://www.konkurrensverket.se/informationsmaterial/rapportlista/competition-and-litigation-in-swedish-public-procurement/>

Työturvallisuuskeskus (2020): Työ ja mielenterveys –digijulkaisu.

https://ttk.fi/oppaat_ja_ohjeet/digijulkaisut/tyo_ja_mielenterveys

Virtanen M., Järvelä K., Kaakkola J., Luukkinen A., Pöyry L., Rajas A., Saastamoinen M., Tuorila H., Vuorio L. (2016): Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset sote-palveluissa. Kilpailu- ja kuluttajavirasto.

<https://www.kkv.fi/uploads/sites/2/2021/11/2016-kkv-selvityksia-5-2016-kilpailun-mahdollisuudet-ja-edellytykset-sote-palveluissa.pdf>

Vorma H., Rotko T, Larivaara M, Kosloff A (toim.) (2020): Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6

VTV (2021) a: Potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjaus ja seuranta. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 7/2021.

VTV (2021) b: Kuntien taloustiedot ja kustannusvaikuttavuusmittaristo sosiaali- ja terveystalouden ohjauksessa. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 9/2021.

WHO (2016): Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases. Technical meeting report, 5-6 May 2015, Geneva, Switzerland.

WHO (1948): Maailman terveysjärjestön perussääntö. 26/1948.