



OULUN YLIOPISTO
UNIVERSITY of OULU

OULUN YLIOPISTON KAUPPAKORKEAKOULU

Vernerri Luomala

**SUOMEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOUUDISTUS:
TALOUDELLISET SYYT JA TAVOITTEET SEKÄ VALINNANVAPAUS**

Kandidaatintutkielma

Kauppätieteet

Toukokuu 2017

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT	7
2.1	Palvelujen järjestäminen	7
2.2	Kasvatavat kustannukset	8
2.2.1	Palvelutarpeiden lisääntyminen	8
2.2.2	Tehottomat toimintatavat	10
2.2.3	Vähenevät tulot	11
2.2.4	Julkisen velan kasvu & kestävyysvaje	13
2.2.5	Tulevaisuus	15
3	SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOUDISTUS	17
3.1	Sisältö ja tavoitteet	17
3.2	Kustannusten hillitseminen	18
3.3	Mekanismit kustannusten hillitsemiseksi	19
3.3.1	Tuotannon keskittäminen	19
3.3.2	Palvelujen tehokkuuden parantaminen	21
4	VALINNANVAPAUS	22
4.1	Valinnanvapausuudistus	22
4.1.1	Merkitys palvelunsaajalle	22
4.1.2	Palveluprosessin kulku.....	23
4.2	Kilpailun lisääntyminen	24
4.2.1	Palvelujen laatu ja kustannusvaikuttavuus.....	24
4.2.2	Palvelujen saatavuus	25
5	VALINNANVAPAUS RUOTSISSA	26
5.1	Valinnanvapauden rooli	26
5.2	Valinnanvapauden vaikutukset	27

5.2.1	Palveluntuottajien määrä.....	27
5.2.2	Palvelujen saatavuus ja kustannukset	28
5.2.3	Palvelujen laatu	28
5.3	Kritiikki	29
6	YHTEENVETO	31
	LÄHTEET	34

KUVIOT

Kuvio 1. Ennustettu muutos yli 75-vuotiaiden asukasmäärässä Suomessa vuosina 2015-2040 (mukaillen Tilastokeskus 2012).....	8
Kuvio 2. Vuosittaisten terveydenhuoltomenojen ennustettu kehitys 25-64 -vuotiaan henkilön osalta vuosina 2010-2030 (mukaillen THL & Nordic Health Group 2015).....	9
Kuvio 3. Yli 75-vuotiaiden asukasmäärän, veronmaksukyvyyn sekä hoivaväestöä kohti olevien resurssien ennustettu kehitys Suomessa vuosina 2015-2040 (mukaillen Tilastokeskus 2012; Kinnula, Malmi & Vauramo 2014).	12
Kuvio 4. Julkisen velan osuus BKT:sta Suomessa vuosina 2004-2016 sekä ennuste vuosille 2020-2030 (mukaillen Eurostat 2017 ja Taloudellinen tiedotustoimisto 2014).	14
Kuvio 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kehitys miljardeissa euroissa vuosina 2008-2014 (mukaillen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016).	15

TAULUKOT

Taulukko 1. Neljän eri ikäryhmän ennustettu kehitys Suomessa vuosina 2015-2040 (mukaillen Kinnula, Malmi & Vauramo 2014 ja Tilastokeskus 2012).....	12
--	-----------

1 JOHDANTO

Maanantaina 9. marraskuuta 2015 Suomen hallitus ilmoitti sosiaali- ja terveydenhuoltouudistusta koskevista tarkentavista linjauksistaan. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen laatiman suunnitelman mukaan 1.1.2019 lähtien vastuu julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä tulee siirtymään uudistuvan lainsäädännön myötä kyseiset palvelut itsenäisesti järjestäneiltä kunnilta tulevaisuudessa perustettavien itsehallintoalueiden vastuulle. Nämä 18 itsehallintoaluetta tullaan muodostamaan maakuntajaon pohjalta. Valtaosa alueista tulee itse järjestämään oman alueensa julkiset sosiaali- ja terveystalvelut, jäljelle jäävien alueiden hoitaessa kyseiset velvollisuutensa muihin alueisiin tukeutumalla. (Valtioneuvosto, 2015.)

Osana sosiaali- ja terveydenhuoltouudistusta tullaan myös säätämään julkisia sosiaali- ja terveystalveluja koskevasta valinnanvapauslainsäädännöstä, jonka on tarkoitus astua voimaan samanaikaisesti uudistuksen kanssa. Sen avulla on tarkoitus parantaa terveystalvelujen saatavuutta, kustannusvaikuttavuutta sekä asiakaslähtöisyyttä ja laatua. Ennen uudistusta valinnanvapauden piiriin ovat kuuluneet pelkästään julkisen sektorin palvelut, kun taas tulevaisuudessa siihen tulevat sisältymään myös yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajat. Uudistuksen myötä palvelunsaajalla on näin ollen oikeus valita itse terveystalvelujensa tuottaja julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajien väliltä. Valinnanvapaus tulee olemaan täydellinen perustason terveystalveluissa, kun taas erikoissairaanhoidon toiminnoissa kuten esimerkiksi erilaisissa sosiaalipalveluissa sitä tullaan uudistuksen alkuvaiheessa toteuttamaan hyvin sovelletusti. Valinnanvapauden lisääntyminen on yksi vuonna 2019 voimaan astuvan sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen kulmakivistä. (Sosiaali- ja terveystalveluministeriö & Valtiovarainministeriö, 2017.)

Työssä tarkastellaan nykyisen suunnitelman mukaan 1.1.2019 Suomessa voimaan astuvaa sosiaali- ja terveydenhuoltouudistusta. Tutkielman pääaiheiksi on valittu kyseiseen uudistukseen johtaneet taloudelliset syyt, sille asetetut taloudelliset tavoitteet sekä sen myötä lisääntyvä palvelunsaajan valinnanvapaus. Valinnanvapaus

on yksi tärkeimmistä mekanismeista uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi. Valinnanvapausuudistuksen osalta työssä tarkastellaan mitä valinnanvapaus sote-palveluissa tarkoittaa ja minkälaisia vaikutuksia sen laajenemisella on ollut Ruotsissa, jossa palvelunsaajan valinnanvapaus otettiin valtakunnallisesti käyttöön vuosina 2009-2010. Lisäksi työn lopussa esitellään Ruotsissa tehtyjä havaintoja valinnanvapauden aikaansaaman kilpailun lisääntymisen osalta ja peilataan sen mahdollisia vaikutuksia Suomen sote-sektorille. Työn aiheita ovat siis Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen taloudelliset syyt ja tavoitteet sekä valinnanvapaus. Kysymykset johon työ pyrkii vastaamaan ovat seuraavat:

Mitkä taloudelliset syyt ovat johtaneet vuonna 2019 voimaan astuvaan uudistukseen?

Mitä taloudellisia tavoitteita uudistukselle on asetettu ja miten näihin tavoitteisiin on tarkoitus päästä?

Mikä merkitys valinnanvapaudella on uudistuksen tavoitteiden kannalta?

Tutkielman tavoitteena on sille asetettuihin kysymyksiin vastaamisen ohella antaa lukijalle selkeä, pääkohdat huomioon ottava ja helposti ymmärrettävä käsitys sote-uudistuksen syistä, sisällöstä, tavoitteista sekä valinnanvapaudesta. Jokaisen komponentin osalta tullaan työssä kuitenkin painottamaan taloudellista näkökulmaa. Rakenteellisesti työ etenee sote-palvelujen nykyisen tilanteen ja uudistustarpeiden kuvauksesta aina sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen sisällön, tavoitteiden sekä tavoitteisiin pääsemisen kannalta tärkeiden mekanismien kautta valinnanvapauden komponentin käsittelyyn.

Tulevaa sosiaali- ja terveydenhuoltouudistusta on valmisteltu pitkään ja vaiheikkaasti jo vuosikymmenten ajan. Vaikka uudistus onkin vielä edelleen suunnitteluvaiheessa, on tutkielma ollut mahdollista tehdä erilaisten selvitysten, raporttien, ennusteiden ja muiden valtioiden kokemuksiä käsitelleiden tutkimusten avulla. Tänä päivänä merkittäviä suuntaviivoja on Suomessa kuitenkin onnistuttu lyömään myös lukkoon ja päättäjien huomio on kääntynyt jo osittain yksityiskohtien hiomiseen. Siitä huolimatta moni perustavanlaatuisen asia on vielä täysin auki. Alle kahden vuoden kuluttua kaiken pitäisi olla kuitenkin jo valmiina uudistuksen toimeenpanoa varten.

2 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT

2.1 Palvelujen järjestäminen

Julkinen valta on Suomen perustuslain mukaan velvoitettu turvaamaan riittävien terveyspalvelujen saatavuuden jokaiselle kansalaiselle. Tämän huolenpidon vartijaksi ja selkärangaksi laki määrittelee julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Julkiselle vallalle on näin säädetty perustuslaillinen velvoite riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisesta, korkeiden laatustandardien ylläpitämisestä sekä yleisen väestöllisen terveyden edistämisestä. Riittävyydellä tarkoitetaan sitä, että kyseisten palvelujen tuella jokainen kansalainen omaa sekä täydet valmiudet että kykeneväisyyden toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017.)

Julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kuntien asukkailleen järjestämiä ja verovaroin rahoittamia terveyssektorin palveluja. Niitä ovat esimerkiksi:

- sairaala- ja terveyskeskuspalvelut
- neuvolapalvelut
- mielenterveyspalvelut
- vammaispalvelut
- vanhustenhoidon palvelut

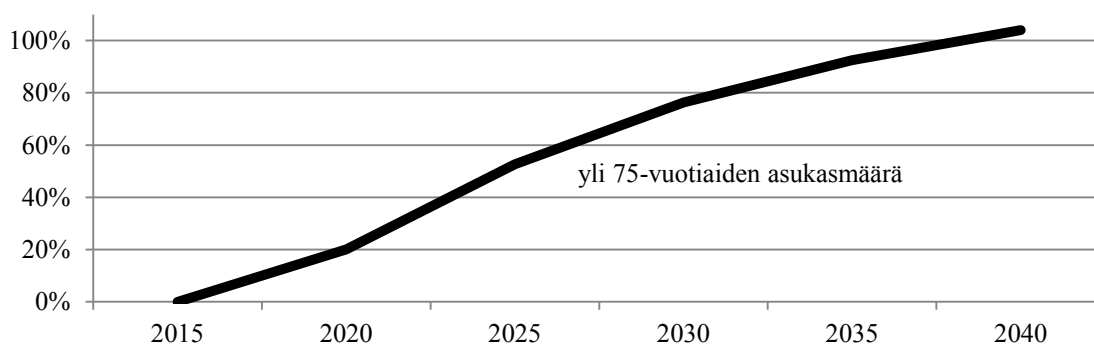
Kunnat rahoittavat julkiset sote-palvelut kunnallisveron ja valtionosuuksien avulla. (V. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017a.) Jos kunnan taloudellinen kantokyky on osoittautunut riittämättömäksi tarvittavien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen, on se voinut valtion lisäksi tukeutua palvelutarjontansa ylläpitämiseksi muiden kuntien apuun. Kantokyvyn riittämättömyydellä tarkoitetaan sitä, että kunnan resurssit eivät riitä tarjoamaan asukkailleen riittävän monipuolisia, laadukkaita tai tarpeisiin vastaavia palveluja (V. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017b).

2.2 Kasvatvat kustannukset

Suomessa julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset nousevat palveluihin kohdistuvan kysynnän kasvun myötä. Suurin syy kysynnän kasvuun on ikääntyvä väestö, joka tarvitsee osakseen kasvavan määrän erilaisia sosiaali- ja terveystalvueluja. Kasvavan hoivaväestön lisäksi myös työikäinen väestö luo Suomen kaltaisessa korkean elintason maassa kasvavaa kysyntää erilaisille terveystalvueluille. Ongelmia syntyy kuitenkin julkisten palvelujen rahoituksessa, sillä ikääntyneiden väestönosuuden kasvu heikentää rahoituksen kannalta tärkeää veropohjaa. Näin ollen sote-palvelujen nopeasti kasvavaan kysyntään on kyettävä vastaamaan kulujen kanssa hyvin eri tahtiin kehittyvillä tuloilla. Lisäksi julkisen terveydenhuollon heikko kustannustehokkuus on mukana sekä kasvattamassa että ylläpitämässä palvelujen järjestämisestä koituvia korkeita kustannuksia. Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla on näin ollen saavutettu tilanne, jossa jo valmiiksi korkeat kulut kasvavat niiden rahoittamiseen käytettävissä olevien tulojen vähentyessä. (Groop, 2016.; Kinnula, Malmi, & Vauramo, 2014.; V. Sosiaali- ja terveystalveministeriö, 2017a.)

2.2.1 Palvelutarpeiden lisääntyminen

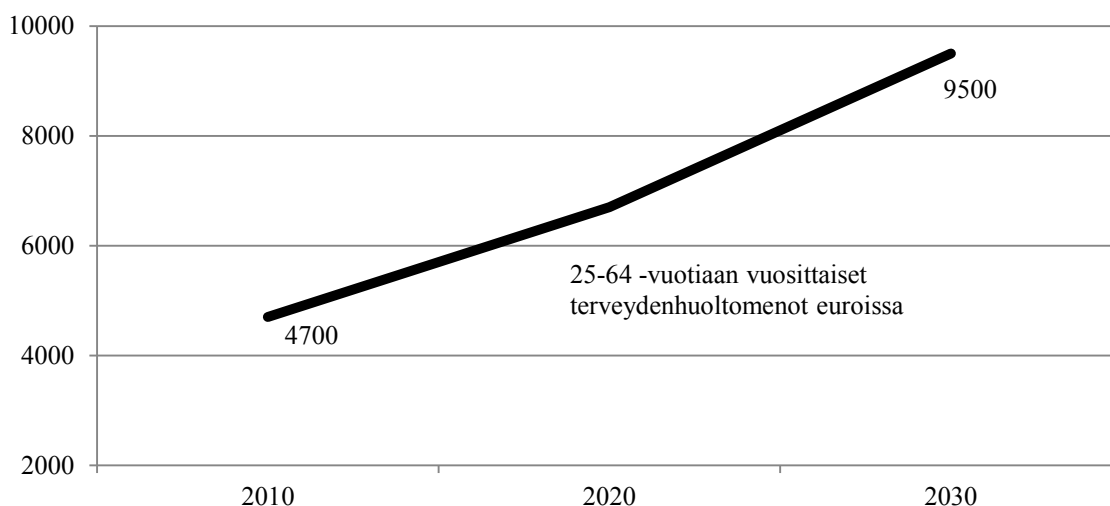
Merkittävin tekijä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvun taustalla Suomessa on niihin kohdistuvien palvelutarpeiden lisääntyminen. Painetta kysynnälle luo erityisesti lisääntyvissä määrin erilaisia terveystalvueluja tarvitsevien yli 75-vuotiaiden kasvava ikäryhmä. (Groop, 2016.) Kuvio 1 kuvaa ennustettua muutosta yli 75-vuotiaiden ja hoivaväestöksiin kutsutun ikäryhmän asukasmäärässä vuosina 2015-2040:



Kuvio 1. Ennustettu muutos yli 75-vuotiaiden asukasmäärässä Suomessa vuosina 2015-2040 (mukailien Tilastokeskus 2012).

Kuviosta 1 näkyy kuinka yli 75-vuotiaiden ikäryhmän suuruuden odotetaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2040 mennessä. Kinnula, Malmi ja Vauramo (2014) kuitenkin huomauttavat ennustetun kehityksen olevan merkillepantavaa jo lähivuosien aikana. Kyseinen väestöryhmä tulee luomaan kasvunsa myötä entistä enemmän kysyntää erilaisille sosiaali- ja terveyspalveluille. Ennen kaikkea kysyntä tulee lisääntymään julkisten palvelujen keskuudessa, mikä puolestaan tulee nostamaan niiden järjestämisestä koituvia kustannuksia entisestään. (Groop, 2016.; V. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017a.)

Lääketieteen kehityksen myötä niin hoidettavien sairauksien ja vaivojen kuin niiden hoidossa hyödynnettävien hoitomenetelmienkin määrä kasvaa jatkuvasti (Groop, 2016). Hoitovalikoiman laajentuessa yhä useampaan terveysongelmaan on nyt ja tulevaisuudessa olemassa jokin hoitokeino, jolloin tarjonnan lisääntymisen myötä palvelunsaajien mahdollisuudet kasvavat. Hoitovalikoiman kasvu luo näin ollen lisää kysyntää, jonka kasvu puolestaan lisää kustannuksia. Kuvio 2 kuvaa terveydenhuollon menojen ennustettua kehitystä Suomessa varsinaiseen työikäiseen väestöön kuuluvan henkilön osalta vuosina 2010-2030:



Kuvio 2. Vuosittaisten terveydenhuoltomenojen ennustettu kehitys 25-64 -vuotiaan henkilön osalta vuosina 2010-2030 (mukaien THL & Nordic Health Group 2015).

Kuvio 2 osoittaa kuinka työikäisen väestön terveydenhuoltokulujen ennustetaan jopa lähes kaksinkertaistuvan vuosien 2010 ja 2030 välillä. Kasvua tulee vauhdittamaan työssäkävien kansalaisten keskuudessa ennen kaikkea terveyspalvelujen kasvavan tarjonnan hyödyntäminen, mikä puolestaan tukee Wagnerin lain tarjoamia

havaintoja, joiden mukaan korkea elintaso vauhdittaa julkisten palvelujen kysyntää (Ahonen, Vuorio, & Tähtinen, 2015). Ilmiö on nimetty saksalaisen taloustieteilijän Adolph Wagnerin mukaan, joka havaitsi kotimaassaan tehdyissä tutkimuksissaan julkisilla menoilla olevan tapana kasvaa teollisuusmaissa. Lakia on myöhemmin tulkittu esimerkiksi niin, että erilaisten julkisten palvelujen kuten sosiaali- ja terveyspalvelujen kysynnän ja laatuvaatimusten ajatellaan kasvavan korkean elintason maissa (mm. Korkman, 2011). Kasvavaan kysyntään vastaaminen aiheuttaa puolestaan lisäkustannuksia tarvittavien sote-palvelujen järjestämisen myötä. Varsinaisen hoivaväestön lisäksi myös työikäisen väestön odotetaan siis tulevaisuudessa käyttävän entistä enemmän julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja, mikä tulee kasvattamaan niiden järjestämisestä aiheutuvia kustannuksia. Nykyisen trendin mukainen kasvu julkisten sote-palvelujen kustannuksissa on kestäväntöntä palvelujen julkisrahoitteisen luonteen vuoksi. (Ahonen et al., 2015.; Groop, 2016.)

2.2.2 Tehottomat toimintatavat

Julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannossa on tällä hetkellä käytössä suuri määrä tehottomia toimintatapoja. Tämä johtuu siitä, että sektorin kehittämisessä on tähän päivään asti painotettu kustannustehokkuuden sijaan kasvuhakuisuutta. Esimerkkinä alalla vallitsevasta ajattelutavasta toimii alan henkilöstö, jonka lukumäärää on muiden vaihtoehtojen punnitsemisen sijaan kasvatettu jo käytössä olevan työvoiman tuottavuuden parantamisen sijaan. Vaikkakin sote-palvelujen kysyntä kasvaa nyt ja tulevaisuudessa, on niiden taloudellisesti kestäväen järjestämisen haasteellisuuteen mahdollista vastata holtittoman henkilöstön määrän lisäämisen sijaan tarjottavien palvelujen ominaisuuksia parantamalla. (Kinnula et al., 2014.)

Kustannussäästöjen saavuttamiseksi on palvelujen kehittämisessä syytä keskittyä erityisesti niiden tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen. Tuottavuudella tarkoitetaan terveyspalvelujen tapauksessa sitä, että nykyisillä resursseilla pystytään tuottamaan entistä enemmän palveluja. Tuottavuus paranee myös silloin kun nykyiset palvelut on mahdollista tuottaa aiempaa vähemmällä resursseilla. Tuottavuus paraneekin esimerkiksi silloin, kun sektorin nykyisellä henkilöstöllä kyetään tuottamaan entistä enemmän palvelua. Palvelutarpeiden kasvaessa

riittämättömien resurssien olosuhteissa palvelujen tuottavuuden parantamisen merkitys korostuu entisestään. (Groop, 2016.)

Tuottavuuden lisäksi myös palvelujen vaikuttavuutta ja ennen kaikkea kustannusvaikuttavuutta on syytä parantaa sote-kustannusten vähentämiseksi. Palvelujen vaikuttavuus paranee silloin, kun asiakkaan samaisesta palvelusta saama hyöty on terveyden edistämisen kannalta aiempaa suurempi. Palvelun vaikuttavuus paranee näin ollen parempien hoitotulosten myötä. Vaikuttavuuden avulla voidaan saavuttaa kustannussäästöjä esimerkiksi lyhyempien hoitoaikojen, jatkohoidon tarpeen vähenemisen sekä useissa tapauksissa myös nopeamman työelämään palaamisen myötä. Sote-uudistuksen kannalta vielä tärkeämpi vaikuttavuuden mittari eli kustannusvaikuttavuus paranee puolestaan silloin, kun asiakkaan palvelusta saama terveydellinen vaikutus saadaan aikaan panosten aiempaa alhaisemmalla määrällä tai hinnalla (Sosiaali- ja terveysministeriö & Valtiovarainministeriö, 2015). Liian suuri henkilöstön määrä yhdistettynä palvelujen heikkoon tuottavuuteen ja vaikuttavuuden mittareihin ovat suurilta osin ylläpitämässä julkisen terveyssektorin palvelujen järjestämisestä syntyviä tarpeettoman korkeita kustannuksia. (Groop, 2016.; Kinnula et al., 2014.)

2.2.3 Vähenevät tulot

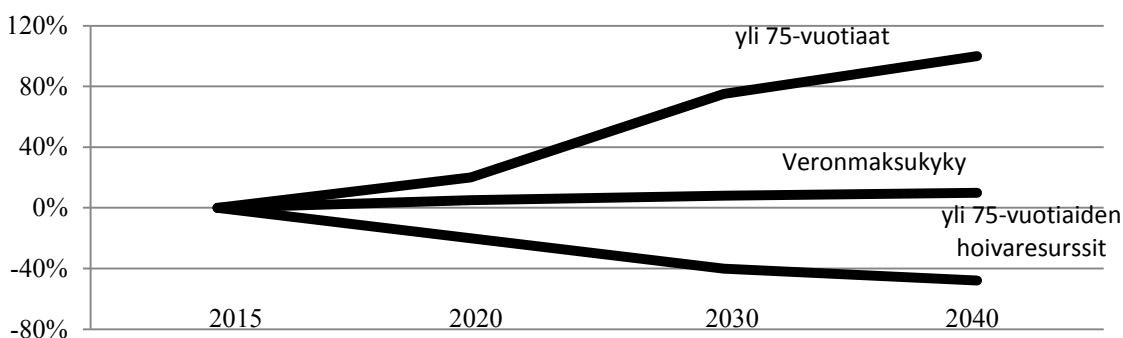
Julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut rahoitetaan pääosin kuntien asukkailtaan keräämillä verotuloilla. Näin ollen jokainen veronmaksaja on oikeutettu saamaan osakseen julkisen terveydenhuollon palveluja. Näiden sosiaali- ja terveyspalvelujen kasvavaan kysyntään vastaamiseen käytettävissä olevien taloudellisten resurssien määrä tulee kuitenkin seuraavien vuosikymmenten aikana kasvamaan palvelujen kysyntään verrattuna hyvin marginaalisesti, sillä ikääntyneen väestönosan kasvu saa Suomessa aikaan veropohjan heikentymisen. Veropohja heikkenee, koska työssäkäyvän aikuisväestön muodostama niin sanottu täysipainoisten veronmaksajien joukko pysyy lähes ennallaan yli 75-vuotiaiden ikäryhmän jopa kaksinkertaistuvaan kasvuun verrattuna. (Kinnula et al., 2014.) Taulukko 1 kuvaa väestön ikärakenteen kehityksen ennustetta neljän eri ikäryhmän osalta vuosina 2015-2040:

Taulukko 1. Neljän eri ikäryhmän ennustettu kehitys Suomessa vuosina 2015-2040 (mukaien Kinnula, Malmi & Vauramo 2014 ja Tilastokeskus 2012).

Ikäryhmä	2015 = 100	2040	2015:2040 %
-14	896 578	923 027	n. 103 %
15-24	654 830	656 287	n. 100 %
25-64	2 843 306	2 839 073	n. 100 %
75-	465 049	947 917	n. 204 %

Taulukosta näkyy kuinka suurimman osan maan verotuloista tuottavien 25-65 -vuotiaiden määrän odotetaan pysyvän seuraavien noin kahdenkymmenen vuoden aikana lähes entisellään. Lisäksi myös suurimmaksi osaksi opiskelijoista koostuvan 15-24 -vuotiaiden joukon odotetaan pysyvän nykyisellä tasolla. Tähän ryhmään kuuluvat henkilöt saavat kuitenkin lähtökohtaisesti vähemmän ansiotuloja kuin 25-64 -vuotiaat, sekä tuottavat vähemmän verotuloja myös kevyemmän verotuksen myötä. Samaan aikaan valtaosan maan verotuloista tuottavan 25-64 -vuotiaiden ikäryhmän pisyessä lähes ennallaan, tulee kasvavaa painetta erilaisten sosiaali- ja terveystalvelujen kysyntään luovien ja ns. puolittaisten veronmaksajien muodostama yli 75-vuotaiden joukko kasvamaan. (Kinnula et al., 2014.)

Julkisten sote-palvelujen ollessa pääosin verovaroin rahoitettuja palveluja, on veropohjan ennustettu kehitys niin palvelujen tulevan ja riittävän järjestämisen kuin julkisten menojen kehityksenkin kannalta hyvin huolestuttavaa. Kuviossa 3 esitelty eri ikäryhmien odotetusta kehityksestä johdettu veronmaksukykyyn kehityksen ennuste osoittaa, kuinka tulevaisuudessa sosiaali- ja terveystalvelujen kasvavaan kysyntään joudutaan vastaamaan tätä menoa lähes nykyisenkaltaisilla taloudellisilla resurssilla (Groop, 2016.; Kinnula et al., 2014.):



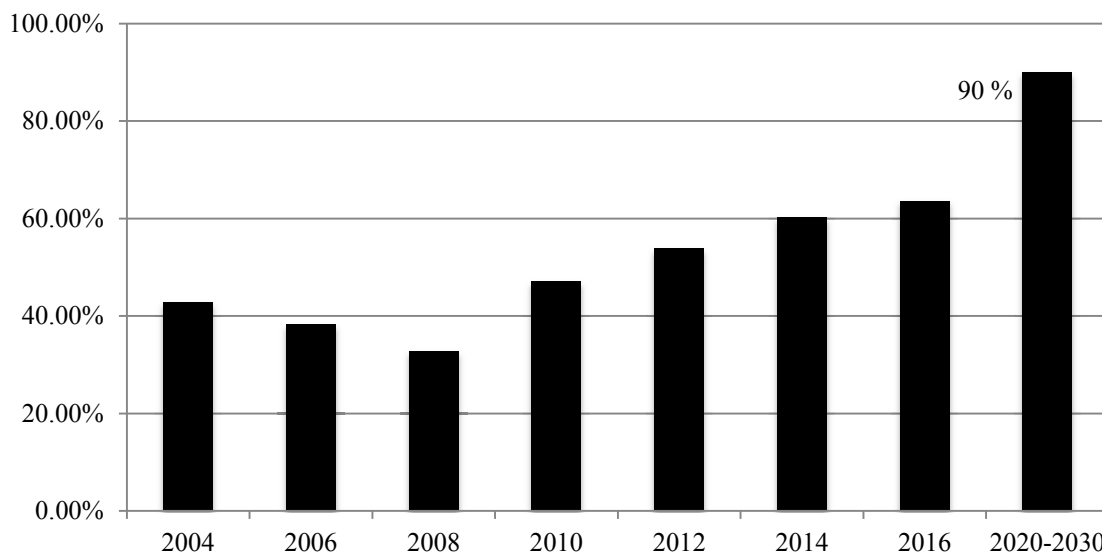
Kuvio 3. Yli 75-vuotiaiden asukasmäärän, veronmaksukykyyn sekä hoivaväestöä kohti olevien resurssien ennustettu kehitys Suomessa vuosina 2015-2040 (mukaien Tilastokeskus 2012; Kinnula, Malmi & Vauramo 2014).

Kuviosta 3 näkyy kuinka lähes nykyisenkaltaisilla verotuloilla on ennustetun kehityksen mukaan kyettävä tulevaisuudessa tarjoamaan hoitoa jopa kaksinkertaiselle määrälle sitä tarvitsevia. Näin ollen eniten terveyspalveluja tarvitsevien yli 75-vuotiaiden henkilöiden määrä lähes kaksinkertaistuu, kun taas verotulojen määrä kasvaa siihen verrattuna hyvin marginaalisesti.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kasvavan kysynnän ja taloudellisten resurssien vähenemisen myötä useat alueet tulevat nykyisessä järjestelmässä kohtaamaan jo lähivuosina ongelmia palvelujen kestäväen rahoituksen toteuttamisessa. Verotulot eivät vain yksinkertaisesti riitä riittävän monipuolisten palvelujen järjestämiseksi. Erilaisten palvelulupauksien ja perustuslaillisen lainsäädännön myötä kunnat ovat kuitenkin velvoitettuja riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseksi (mm. PeL 4:19.3 §). Yleisimpänä ratkaisuna alijäämän rahoittamiseksi onkin käytetty julkisen velanoton lisäämistä. Vieraan pääoman lisääminen julkisten menojen kattamiseksi ei ole kuitenkaan kannattava ratkaisu niin nykyisten kuin tulevaisuudenkaan ongelmien ratkaisemiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017.)

2.2.4 Julkisen velan kasvu & kestävyysvaje

Kun alueelliset tulot eivät riitä julkisten palvelujen järjestämisestä syntyvien kustannusten kattamiseksi, joutuvat sote-palvelujen tapauksessa vastuunkantajina olevat kunnat käyttämään muuta rahoitusta budjettiensa täydentämiseksi. Päättäjät eivät halua nostaa veroastetta, sillä jo ennestään korkean verotuksen lisäämisen on ajateltu hidastavan talouskasvua entisestään (Kauhanen et al., 2016). Tästä syystä kunnat päätyvät yleensä lisäämään vieraan pääoman määräänsä. Kuvio 4 kuvaakin Suomen julkisen velan kehitystä vuosina 2004-2016 sekä ennustetta vuosille 2020-2030:



Kuvio 4. Julkisen velan osuus BKT:sta Suomessa vuosina 2004-2016 sekä ennuste vuosille 2020-2030 (mukaillen Eurostat 2017 ja Taloudellinen tiedotustoimisto 2014).

Kuvio 4 osoittaa kuinka julkisen velan odotetaan Suomessa kohoavan nykyisellä kehityksellään vuosien 2020-2030 välillä jopa 90:een prosenttiin bruttokansantuotteesta, mikä on yhtä paljon kuin Kreikan kyseinen lukema vuonna 2007 (Taloudellinen tiedotustoimisto, 2014). Euroopan talous- ja rahaliiton jäsenenä Suomi on muiden jäsenvaltioiden tapaan sitoutunut pitämään julkisen velan määränsä bruttokansantuotteeseen suhteutettuna korkeintaan 60:n prosentin suuruisena. Kyseinen raja on nyt kuitenkin monen muun jäsenvaltion tapaan ylitetty ja velan määrä onkin vain jatkanut kasvamistaan. Hallituksen onkin syytä keksiä keinoja julkisen velan pienentämiseksi ja julkisten sosiaali- ja terveystalouden kustannusten vähentämiseksi ja julkisten sosiaali- ja terveystalouden kustannusten vähentämisen on yksi tapa aloittaa. (Lassila & Valkonen, 2016.) Jotain on syytä tehdä, sillä terveystalouden kysynnän kasvaessa ja verotulojen supistuessa kuntien keräämät verotulot eivät tule tulevaisuudessa riittämään kasvavien sote-kulujen kestävälaatuiseen kattamiseen, ja sen seurauksena julkisen velan odotetaan kasvavan entisestään (V. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017a).

Suurin syy sekä julkisen terveydenhuollon kustannusten hillitsemiselle että sosiaali- ja terveydenhuollon kaavailulle uudistukselle on kestävyysvajeen pienentäminen (Ahonen et al., 2015; Groop, 2016; Kauhanen et al., 2016; V. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017a). Kestävyysvaje syntyy, kun julkisten menojen ennustetaan pitkällä aikavälillä ylittävän julkiset tulot. Suomen valtiovarainministeriö (2014)

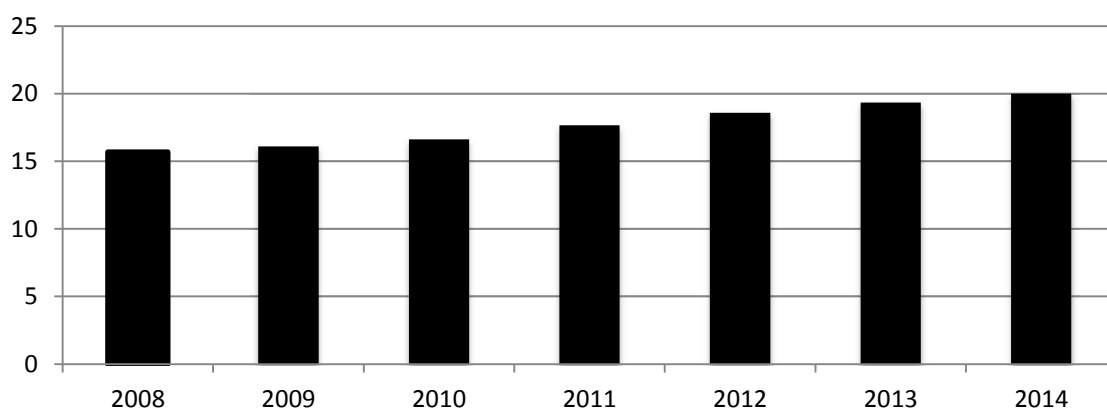
määrittelee kestävyysvajeen tarkoittavan sitä kuinka paljon julkisen talouden rahoitusasemaa pitäisi parantaa, jotta julkista velanottoa ei tarvitsisi lisätä väestön ikääntymisen aiheuttamien kustannusten kasvaessa. Toisin sanoen se kertoo kuinka paljon julkisia menoja tulisi leikata jotta saavutettaisiin tilanne, jossa julkinen talous olisi pitkän aikavälin tasapainossaan ilman seuraavia toimenpiteitä:

- veroasteen nostaminen
- palvelujen heikentäminen
- julkisen velan kasvattaminen. (Valtiovarainministeriö, 2014.)

Kestävyysvajeen pienentämistä ei ole järkevää lähteä Suomessa tavoittelemaan verotusta kiristämällä, sillä jo entisestään korkean veroasteen kiristäminen tulisi hidastamaan talouskasvua entisestään. Näin ollen julkisiin sote-palveluihin kohdistuvan kasvavan kysynnän ja ikääntyvän väestön aiheuttamien kustannusten nousuun täytyy yrittää vastata muilla tavoin. Etsittäessä kestäviä ratkaisuja on julkisen velanoton lisääminen suljettu vaihtoehtona myöskin pois. Jäljelle jääkin nykyisten palvelujen ominaisuuksien parantaminen. (Groop, 2016.; Kauhanen et al., 2016.)

2.2.5 Tulevaisuus

Kuvio 5 kuvaa sote-sektorin kustannusten kehitystä vuosina 2008-2014:



Kuvio 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kehitys miljardeissa euroissa vuosina 2008-2014 (mukaillen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016).

Kuten kuviosta näkyy, on sote-menojen kehitys ollut nouseva jo pidemmän aikaa. Sen lisäksi tässä luvussa esitellyistä syistä johtuen kasvun odotetaan kiihtyvän

tulevina vuosikymmeninä. Julkisten sote-palvelujen järjestämisestä koituvien kulujen hillitseminen on tärkeää Suomen kaltaisen hyvinvointivaltion kannalta, sillä korkealaatuisten, monipuolisten ja helposti saatavilla olevien terveystalvelujen olemassaolo on yksi modernin hyvinvointivaltion tunnusmerkeistä. Jotta palvelut olisi tulevaisuudessa mahdollista tuottaa vähintäänkin nykyiseen tapaan, joudutaan palvelujen järjestämisen rakenteisiin tekemään perustavanlaatuisia uudistuksia. Vaikka rakenteellisten uudistusten aikaansaamilla muutuskustannuksilla onkin tapana aluksi aiheuttaa kokonaiskustannusten lisääntymistä, on niistä pitkällä aikavälillä koituvien kustannussäästöjen saavuttaminen tärkeämpää tavoitteisiin pääsemisen kannalta. (Kauhanen et al., 2016.)

3 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOUUDISTUS

3.1 Sisältö ja tavoitteet

Julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisessä tullaan vuoden 2019 alussa näkemään perusteellinen palvelurakenteen uudistus järjestämisvastuun siirtyessä kunnilta ja kuntayhtymiltä maakuntajaon pohjalta muodostettavien itsehallintoalueiden vastuulle. Palvelujen järjestämisvelvoitteet saavat maakunnat ovat kuntia suurempia ja näin ollen niillä on myös kuntia parempi taloudellinen kantokyky. Uudistuksen myötä erilaiset sote-palvelut tullaan integroimaan asiakas- ja aluelähtöisiksi palvelukokonaisuuksiksi maakunnan vallan alaisuudessa. Tämä tarkoittaa panostamista palvelujen aiempaa parempaan saatavuuteen, tehokkuuteen ja vaikuttavuuteen. (V. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017a.)

Uudistuksen runkona toimii samanaikainen ajatus sekä sosiaali- ja terveystalvelujen nykyaikaistamisesta että julkisen talouden kestävyuden parantamisesta. Väestön ikääntymiseen vaikuttamisen ollessa vaikutusmahdollisuuksien ulottumattomissa, on maakunnissa tarkoitus ottaa käyttöön aiempaa tehokkaampia ja vaikuttavampia toimintatapoja palvelujen kustannustehokkuuden ja -vaikuttavuuden parantamiseksi. (V. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017a.) Valtio tulee seurantansa avulla pitämään huolen siitä, että maakunnat tulevat täyttämään palvelulupauksensa ja pyrkimään julkisen talouden kannalta tärkeiden kustannussäästöjen saavuttamiseen (Lassila & Valkonen, 2016).

Pääministeri Juha Sipilän hallituksen laatiman suunnitelman mukaan tulevalle sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukselle on asetettu seuraavat tavoitteet:

- terveyserojen kaventaminen
- palvelujen laadun ja saatavuuden parantaminen
- kustannusten hillitseminen. (V. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017b.)

Uudistukselle asetetut tavoitteet ovat toisiinsa nähden osittain hyvinkin ristiriitaisia. Sote-menojen lisäämiseen viittaavat tavoitteet terveystarvojen kaventamisesta sekä palvelujen laadun ja saatavuuden parantamisesta eivät välttämättä kohtaa kustannussäästöihin pyrkivän tavoitteen kanssa.

3.2 Kustannusten hillitseminen

Tärkein syy sote-menojen kasvun hillitsemiselle Suomessa on kestävyysvaje, sillä julkisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin kohdistuva kasvava kysyntä nostaa niiden järjestämisestä aiheutuvia kuluja. Kestävyysvajeen kannalta menojen nousu onkin erityinen ongelma sekä kuluja tasapainottavien että palvelujen tuottamisen mahdollistavien tulojen supistumisen vuoksi. Kun ajatus jo ennestään korkean veroasteen nostamisesta on hylätty sen talouskasvua entisestään hidastavan luonteen vuoksi, jää budjetin tasapainottamisen vaihtoehdoiksi joko julkisen velan lisääminen tai nykyisten palvelujen ominaisuuksien parantaminen. (Lassila & Valkonen, 2016.; Sosiaali- ja terveysministeriö & Valtiovarainministeriö, 2015.)

Sote-uudistuksen tärkeimpänä tavoitteena on näin ollen julkisen talouden kestävyysvajeen parantaminen ja kestävyysvajeen pienentäminen sote-sektorin palvelurakenteita uudistamalla. Tarkoituksena on saada sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset kuriin niin lyhyellä kuin pitkälläkin aikavälillä. Pääpaino kustannusten leikkaamisessa tulee hallituksen mukaan olemaan kuitenkin pitkän aikavälin kustannuksissa, joiden vähentämiseen on tarkoitus vaikuttaa juurikin rakenteellisten muutosten avulla. (Henriksson, 2016.) Uudistuksen jalkauttamisvaiheessa kustannukset tulevat kuitenkin todennäköisesti usean vuoden ajan nousemaan rakenteellisten uudistusten aikaansaamien muutuskustannusten vuoksi (Moisio, 2015).

Hallituksen asettaman tavoitteen mukaan kestävyysvajetta on tarkoitus pienentää sote-uudistuksen avulla yhteensä kolmella miljardilla eurolla vuoteen 2029 mennessä. Se pienentäisi Suomen valtiovarainministeriön syksyllä 2015 arvioimaa kestävyysvajetta noin 1,4:llä prosenttiyksiköllä. Tuolloin kestävyysvajeen arvioitiin olevan noin 3,5 prosenttia BKT:sta, jonka suuruus kyseisenä vuonna oli noin 210 miljardia euroa. Julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveydenhuoltomenojen

leikkaaminen yhteensä kolmella miljardilla eurolla vuoteen 2029 mennessä vaatisi valtiovarainministeriön arvion mukaan yli kahden prosentin keskimääräisellä vuositahdilla ennustetusti kasvavan julkisten sote-menojen reaalisen vuosikasvun pitämistä noin 0,9:ssä prosentissa. Reaalisessa vuosikasvussa on poistettu hintojen noususta aiheutuva muutos. (Lassila & Valkonen, 2016.; Sosiaali- ja terveysministeriö & Valtiovarainministeriö, 2015.)

3.3 Mekanismit kustannusten hillitsemiseksi

Sote-uudistuksen tarkoituksena on luoda terveyssektorin toimijoille aiempaa paremmat lähtökohdat sote-palvelujen järjestämisen ja tuotannon tehostamisen avulla saavutettavien kustannussäästöjen aikaansaamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö & Valtiovarainministeriö, 2015). Kustannushyötyjen saavuttamisen mahdollistavia mekanismeja on havaittu sote-uudistukseen liittyvässä keskustelussa useita. Kyseisiä mekanismeja yhdistää ajatus julkisen sote-sektorin perinteisen palvelutuotannon ja toimintatapojen haastamisesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen leikkaamiseen sekä sitä kautta kustannusten hillitsemiseen tähtäävän tavoitteen saavuttamisen kannalta tärkeimmät mekanismit ovat:

- tuotannon keskittämisen avulla tavoitellut suurtuotannon edut
- palvelujen tehokkuuden parantaminen
- kilpailun lisääntyminen
- palvelunsaajan valinnanvapauden laajeneminen. (Ahonen et al., 2015.)

Seuraavaksi mekanismeista esitellään tuotannon keskittäminen sekä nykyisten palvelujen tehostaminen. Valinnanvapauden laajenemista sekä siitä seuraavaa kilpailun lisääntymistä käsitellään puolestaan luvussa neljä.

3.3.1 Tuotannon keskittäminen

Uudistus pyrkii sote-palvelujen aiempaa kustannustehokkaampaan tuotantoon nykyistä suurempien järjestäjäorganisaatioiden myötä saavutettavilla mittakaavaeduilla. Suurtuotannon etuja on tarkoitus saada aikaan erityisesti

korkeiden tuotantokustannusten erikoissairaanhoidon palveluissa. Keskittäminen aiempaa harvempiin yksiköihin tapahtuu, kun sote-palvelujen järjestämisestä aiemmin vastannut lähes 190:n organisaation joukko tulee uudistuksen myötä kutistumaan 18:aan itsehallintoalueeseen. (Kotiranta, Kulvik, Maijanen, & Tähtinen, 2016.; Valtioneuvosto, 2015.)

Keskittämisellä pyritään eliminoimaan esimerkiksi tilanteita, joissa samalla alueella operoivat pienet ja julkiset yksiköt tuottavat samoja palveluja samoille markkinoille. Uudistuksen myötä nämä pienet palveluyksiköt tullaankin yhdistämään yhdeksi isoksi toimijaksi maakunnan alaisuuteen. (Henriksson, 2016.) Kustannussäästöihin pyritään näin ollen rakentamalla optimaalisen kokoisia palveluyksiköitä pienten sekä päällekkäisiä palveluja tuottavien yksiköiden sijaan. (Henriksson, 2016.) Keskittämisen myötä palvelujen tuotannossa on tarkoitus saavuttaa kustannushyötyjä nojautumaan suurtuotannon etuihin.

Kustannussäästöjä on mahdollista saavuttaa palveluyksiköiden harvenemisen lisäksi myös henkilöstön aiempaa tehokkaammalla hyödyntämisellä. Pienten yksiköiden lakkauttamisen myötä niiden osaava henkilökunta voidaan siirtää työskentelemään maakunnan isompiin yksiköihin, joissa he pääsevät vertaistuen voimien valjastamaan oman osaamisensa aiempaa vaikuttavampien ja tuottavampien palvelujen kehittämiseksi. (Kotiranta et al., 2016) Kyseinen järjestelyn avulla terveyssektorilla olisi myös mahdollista välttyä työvoiman lisäämisen aiheuttamilta lisäkustannuksilta.

Hallitus pyrkii keskittämään vastuuta siirtäessään sosiaali- ja terveydenhuollosta huolehtimisen kunnilta maakunnille. Näin ollen toimintojen johtaminen tulee siis olemaan aiempaa suurempien ja harvempien yksiköiden vastuulla. Forssell ja Westerberg (2000) kuitenkin muistuttavat organisaatioiden muuttamisen johtavan hallinnollisen työn lisääntymiseen, ja näin ollen tilapäiseen kustannusten nousuun. Keskittämisen myötä palvelujen läheisyys tulee harvaan asutuilla alueilla vähenemään, mikä puolestaan tulee aiheuttamaan lisäkustannuksia esimerkiksi pitkien siirtymisten ja pidentyvien jonotus- sekä odotusaikojen myötä (Valtokari, 2015). Näin tulee tapahtumaan esimerkiksi hallituksen kaavaileman päivystyssairaaloiden vähentämisen myötä. Kustannusten leikkaamisessa ei tule

olemaan helppoja ratkaisuja, eikä suurtuotannon etujen tavoittelemisen tule automaattisesti laskemaan terveydenhuollon kustannuksia.

3.3.2 Palvelujen tehokkuuden parantaminen

Kustannussäästöihin pyritään myös palvelujen tehokkuutta parantamalla. Palvelujen tuotannon eri osa-alueita tehostamalla on mahdollista leikata niin välittömiä tuotantokustannuksia kuin palvelujen vaikuttavuudesta koituvia välillisiä kustannuksia. Tuotantorakenteiden kehittämisen lisäksi palvelurakennetta onkin tarkoitus uudistaa myös siten, että palvelut vastaavat aiempaa paremmin sekä yksilöllisiin että alueellisiin tarpeisiin, niiden saaminen on oikein ajoitettua sekä että niissä keskitytään tekemään asioita entistä laadukkaammin. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Valtiovarainministeriö, 2015.) Johan Groop (2016) huomauttaakin, kuinka kustannussääntöjen saavuttamiseksi myös palvelunsaajan saaman palvelun laadulla on välillisesti hyvin suuri merkitys sosiaali- ja terveystalouden syntymiselle.

Palveluntuottajien välisen yhteistyön lisääminen on tärkeä tekijä palvelurakenteiden uudistamisessa. Uudistuksen myötä on tarkoitus luoda erilaisia palvelu- ja hoitoketjuja, joissa eri palvelut on integroitu toimivaksi kokonaisuudeksi. Toimiva palveluketju ilmenee esimerkiksi niin, että potilaan siirtyessä lääkärin läheteestä jonkin toisen palveluntuottajan vastaanotolle, jatkuu hoitoketju katkeamattomana palvelullisten katvealueiden syntymisen sijaan. Palvelujen integroinnin parantaminen vaatii palveluntuottajien yhteistyön kehittämistä, mikä saattaa olla ongelmallista uudistuksen myötä lisääntyvän palveluntuottajien välisen kilpailun myötä. (Kotiranta et al., 2016.) Palvelujen aiempaa onnistuneemman integroinnin avulla on kuitenkin ennen kaikkea mahdollista parantaa niiden vaikuttavuutta asiakkaille tarjottavien tehokkaiden hoitokokonaisuuksien myötä. Myös palvelujen tuottavuuden odotetaan parantuvan hoitoketjujen luomisen myötä, sillä silloin palvelunsaajat ohjattaisiin palveluntuottajien toimivan yhteistyön myötä kaikista tuottavimman toimijan luo. (Lassila & Valkonen, 2016.)

4 VALINNANVAPAUS

4.1 Valinnanvapausuudistus

Tärkein mekanismi sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttamisen kannalta tulee olemaan palvelunsaajan valinnanvapauden lisääntyminen. Sote-palvelujen valinnanvapaudella tarkoitetaan sitä, että asiakkaalla on hoitotarpeen ilmetessä mahdollisuus valita itse julkisten perustason terveystalujensa palveluntuottaja julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden välillä. Kyseinen malli on yksi Le Grandin (2009) määrittelemistä julkisten palvelujen järjestämismalleista, joka perustuu palvelunsaajan valinnanvapauteen ja palveluntuottajien väliseen kilpailuun. Suomessa valinnanvapaus on koskenut vuodesta 2011 lähtien ainoastaan julkisen sektorin perusterveydenhuollon palveluja, mutta uudistuksen myötä sen piiriin tullaan liittämään myös yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajat. Valinnanvapaus tulee uudistuvan lainsäädännön myötä olemaan täydellinen perustason terveystaluuissa, kun taas erikoissairaanhoidon palveluuissa sitä tullaan uudistuksen alkuvaiheessa käyttämään hyvin sovelletusti. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Valtiovarainministeriö, 2016.)

4.1.1 Merkitys palvelunsaajalle

Valinnanvapauden lisäämisellä tavoitellaan yhdenvertaisten ja kohtuuhintaisten perustason terveystalujien tarjoamista kaikille niitä tarvitseville. Valinnanvapauslainsäädännön tavoitteena on lisätä palvelunsaajan vaikuttamismahdollisuuksia sekä parantaa palvelujen saatavuutta, laatua ja kustannusvaikuttavuutta. Uudistuksen myötä asiakas voi palvelutarpeen ilmaantuessa valita monipuolisesti juuri omaan tilanteeseensa sopivan palveluntuottajan valinnanvapauden piiriin kuuluvien julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin toimijoiden joukosta. Asiakasmaksu tulee olemaan sama jokaisella palveluntarjoajalla sektorista riippumatta. Valinnanvapauden piiriin päästäkseen täytyy palveluntuottajan kuitenkin täyttää ennalta määritellyt laatuksiteerit. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Valtiovarainministeriö, 2017.)

Palvelujen saatavuus tulee näin ollen parantumaan valinnanvapauden myötä asiakkaan ollessa kykeneväinen valitsemaan itse oman perusterveydenhuollon palveluntuottajansa. Valinnanvapauden vallitessa esimerkiksi syrjäseudulla asuva henkilö voi palvelutarpeen ilmaantuessa ottaa yhteyttä itseään lähellä toimivaan yksityiseen terveysasemaan sen sijaan että matkustaisi kaukana sijaitsevaan julkiseen terveyskeskukseen. Tällöin palveluntuottajan yksityisestä luonteesta huolimatta palvelunsaaja maksaa saamastaan palvelusta saman asiakasmaksun kuin julkisessa terveyskeskuksessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Valtiovarainministeriö, 2017.) Tavoitteena on myös parantaa eri ryhmien saamien terveystalvelujen yhdenvertaisuutta mahdollistamalla yksityisten terveystalvelujen saatavuus myös alempien tuloryhmien edustajille. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Valtiovarainministeriö, 2016.)

4.1.2 Palveluprosessin kulku

Valinnanvapaisuudistuksen myötä jokainen henkilö tullaan liittämään jonkin sosiaali- ja terveyskeskuksen, eli niin sanotun sote-keskuksen piiriin. Sote-keskus tullaan valitsemaan julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntarjoajien väliltä. Jos henkilö ei tee valintaa itse, tulee maakunta liittämään henkilön häntä lähimmän sote-keskuksen asiakkaaksi. Sitoutuminen on uudistuksen alkuvaiheessa vähintään vuoden mittainen. Kyseisestä keskukselta asiakkaan on lähtökohtaisesti tarkoitus saada kaikki perusterveydenhuoltoonsa liittyvät talvelut. Tilanteesta riippuen sote-keskus voi hoidon tarjoamisen sijaan myöntää asiakkaalle maksusetelin, jonka turvin hän voi valita markkinoilta juuri omiin tarpeisiinsa vastaavaa talvelua. Jos sote-keskuksen palvelutarjonnasta ei puolestaan löydy asiakkaan tarpeisiin vastaavaa talvelua, ohjataan hänet maakunnan omasta palvelutuotannosta vastaavan maakunnan liikelaitoksen luo. Maakunnan liikelaitos vastaa kaikista niistä talveluista, jotka eivät kuulu valinnanvapauden piirissä olevien sote-keskusten palvelutarjontaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Valtiovarainministeriö, 2017.)

4.2 Kilpailun lisääntyminen

Laajenevan valinnanvapauden myötä lisääntyvä kilpailu on avainkeino sosiaali- ja terveydenhuoltouudistukselle asetettujen taloudellisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Valinnanvapaus tulee tehostamaan sote-markkinoita, minkä seurauksena esimerkiksi palvelujen laadun, saatavuuden sekä kustannustehokkuuden odotetaan parantuvan. (Kotiranta et al., 2016.) Tässä tutkielmassa oletetaan muiden terveystalouden palvelujen valinnanvapautta käsittelevien tutkimusten tavoin, että valtio säätelee sote-palvelujen hinnoittelua. Hinnan ollessa vakio, korostuvat palveluntuottajien osalta palvelujen laatu ja kustannustehokkuus entisestään.

4.2.1 Palvelujen laatu ja kustannusvaikuttavuus

Jo skotlantilaisen taloustieteilijän Adam Smithin vuonna 1759 ensimmäistä kertaa esittelemässä näkymättömän käden teoriassa todetaan, kuinka yksilön oman edun tavoittelun mahdollistaminen vapailla markkinoilla edistää markkinoiden tehokkuutta palveluntuottajien välille syntyvän kilpailun myötä. Yksilön mahdollisuus vaihtaa palveluntuottajaansa vapaiden markkinoiden olosuhteissa, esimerkiksi palvelun huonon laadun tapauksessa, pakottaa palveluntuottajat keskittymään laadukkaiden palvelujen tuottamiseen. Hyvien palveluntuottajien menestyessä omaa etuaan maksimoivien palvelunsaajien valintojen myötä, ovat voimavarat kansantalouden kannalta tehokkaassa käytössä. (Ahonen et al., 2015)

Sote-palvelujen säänneltyjen hintojen olosuhteissa palveluntuottajat ovat pakotettuja panostamaan palvelujensa laatuun pärjätäkseen markkinoilla. Terveystalouden jopa elintärkeän luonteen vuoksi niihin kohdistuukin normaalia korkeampia laatuvaatimuksia. Jos yksittäinen palveluntuottaja ei onnistu tuottamaan näitä markkinoiden määrittelemien laatustandardien tasoisia palveluja, karsiutuu se pois markkinoilta. Laatuun panostamisen lisäksi palveluntuottajat joutuvat pohtimaan uusia keinoja ja innovaatioita palvelujensa tuotannosta syntyvien kustannusten alentamiseksi. Palvelun hinnan ollessa vakio, on siitä saatavaa katetta mahdollista muokata ainoastaan tuotantokustannuksia alentamalla. Uusien innovaatioiden kehittämisen merkitys kustannustehokkuuden ja -vaikuttavuuden parantamiseksi saa

pitkällä aikavälillä aikaan koko sote-sektorin palvelutuotannon vaikuttavuuden parantumisen. (Propper, Wilson, & Burgess, 2006.)

Valinnanvapauden laajentumisen aikaansaama lisääntyvä kilpailu aiheuttaa kilpailutilanteen ennen kaikkea julkisten sote-palvelujen tarjontaa aiemmin hallinneiden julkisen sektorin toimijoiden ja uutena tulokkaana markkinoille saapuvien yksityisen sektorin toimijoiden välille. Nämä kaksi sektoria tulevat uudistuksen myötä taistelemaan niin asiakkaista, työntekijöistä kuin toimitiloistakin (Kotiranta et al., 2016). Uudistuksen myötä syntyvä raha seuraa potilasta -tilanne pakottaa julkisen sektorin toimijat uudistamaan toimintaansa vastatakseen toimintaympäristön muutokseen (Ahonen et al., 2015).

4.2.2 Palvelujen saatavuus

Valinnanvapauden laajeneminen julkisen sektorin ulkopuolelle avaa ovia uusille palveluntuottajille. Se tulee palvelujen laadun parantamisen ohella lisäämään palveluntarjoajien lukumäärää ja monipuolisuutta. Palvelutarjoajien lukumäärän kasvaessa toimijoiden laatua tullaan ylläpitämään tarkasti valvotun palveluntuottajarekisterin avulla, johon yksittäiset sote-palvelujen tuottajat voivat listautua. Maakunnan viranomaiset tulevat tarkkailemaan heidän toimintaansa tarkasti. He lisäävät tuottajien toiminnan läpinäkyvyyttä vaatimalla esimerkiksi palvelujen jonotusaikojen seurantalastojen julkaisemista asiakkaiden palveluntarjoajien välillä tehtävää vertailua varten. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Valtiovarainministeriö, 2017.) Toimijoiden lukumäärän kasvaessa hoidon saatavuus yleensä ottaen paranee, mikä on yksi sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen kulmakivistä (Kauhanen et al., 2016; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017).

5 VALINNANVAPAUS RUOTSISSA

5.1 Valinnanvapauden rooli

Ruotsi on Suomen tapaan malliesimerkki valtiosta, jossa julkiset terveydenhuollon palvelut rahoitetaan verotuloilla. Ruotsi on kuitenkin monien muiden EU-maiden tapaan ollut Suomeen verrattuna huomattavasti uudistushakuisempi sosiaali- ja terveyspalvelujen osa-alueella. Erityisesti sote-palvelujen valinnanvapauden osalta Ruotsi on yksi maailman johtavia valtioita. (Ahonen et al., 2015.)

Ruotsissa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän piiriin kuuluvien palvelujen järjestäminen on jakautunut kahden eri organisaatioryhmän välille. Suomen maakuntia vastaavia itsehallintoalueita kutsutaan Ruotsissa maakäräjiksi ja niiden tehtävänä on Suomen tavoin sekä järjestää että rahoittaa alueidensa terveydenhuollon palvelut. Sen sijaan yksittäiset kunnat vastaavat esimerkiksi sosiaalipalveluista ja kotisairaanhoidosta. Paikallisen valinnanvapauslainsäädännön myötä edellä mainituista terveyspalveluista ainoastaan maakäräjien järjestämis- sekä rahoitusvastuulla olevat terveydenhuoltopalvelut kuuluvat valinnanvapauden piiriin. Useat alueet ovat kuitenkin vapaaehtoisesti laajentaneet valinnanvapauden koskemaan myös erilaisia erikoissairaanhoidon palveluja, kuten sosiaalipalveluja. (Brommels, 2016.)

Nykyinen valinnanvapausjärjestelmä vakiinnutti paikkansa Ruotsissa vuosina 2007-2009, kun lukuisat maakäräjät antoivat ihmisille mahdollisuuden valita itse perusterveydenhuollon palveluntuottajansa. Päätöksen myötä alettiin noudattaa niin sanottua raha seuraa potilasta -periaatetta. Tämä tarkoitti sitä, että julkisen, yksityisen sekä kolmannen sektorin palveluntuottajat saivat maakäräjiltä ennalta määrätyn suuruisia korvauksia niin potilaiden, asiakaskäyntien kuin myös toimenpiteiden määrän mukaan. Koko maassa valinnanvapaus otettiin lainsäädännön myötä käyttöön vuonna 2009. Sen jälkeen sote-markkinat avautuivat kaikille palveluntuottajille, jotka saivat maakäräjiltä tai kunnilta luvan valinnanvapauden piiriin liittymiselle. (Brommels, 2016.)

5.2 Valinnanvapauden vaikutukset

Tätä työtä kirjoitettaessa on Ruotsissa ehditty kartuttaa kokemuksia valinnanvapauden valtakunnallisesta ja palveluntuottajasektorien rajat ylittävästä lisääntymisestä jo yli kuuden vuoden ajan. Yleisesti ottaen kokemukset valinnanvapauden lisäämisestä ovat olleet positiivisia. Uudistuksen myötä esimerkiksi palvelujen saatavuus on parantunut huomattavasti. Lisäksi palvelujensaajien kokeman laadun on koettu parantuneen valinnanvapauden myötä lisääntyneen kilpailun seurauksena. Kritiikkiä on puolestaan herättänyt valinnanvapauden laajenemisen myötä lisääntyneen kilpailun aikaansaama palvelunsaajien eriarvoisuus. Moni ruotsalainen nimittäin kokee, että palveluntuottajien määrä on lisääntynyt ainoastaan tiheään asuttujen ja hyvätuloisten alueiden piirissä. (Ahonen et al., 2015.)

5.2.1 Palveluntuottajien määrä

Sote-palveluja tuottavien toimijoiden määrä on lisääntynyt valinnanvapauden laajenemisen myötä. Useilla alueilla kilpailu onkin kasvanut niin yksityisten kuin julkistenkin terveyskeskusten määrän lisääntymisen myötä. Markkinoilla onkin nykypäivänä tarjolla aiempaa suurempi määrä erilaisia terveyspalveluja. Valinnanvapauden laajennettua koskemaan myös julkisen sektorin ulkopuolisia toimijoita, kasvoi palveluntuottajien määrä välittömästi 17 prosenttia. Julkisen terveydenhoidon markkinoiden avauduttua ovat monet yksityiset toimijat päässeet osaksi aiemmin suljettuja markkinoita. Niiden lukumäärä onkin kasvanut lakimuutoksen myötä lähes 70 prosenttia. (Ahonen et al., 2015.) Vuonna 2014 noin 42 prosenttia Ruotsin terveyskeskuksista oli yksityisten toimijoiden omistuksessa (Socialstyrelsen 2014).

Kilpailu on sekä lisännyt että karsinut palveluntuottajien määrää sote-markkinoilla. Konkurssit, maakäräjien kanssa solmittujen sopimusten laiminlyönti sekä pienten terveyskeskusten yhdistämiset ovat olleet mukana vähentämässä kasvanutta palveluntuottajien määrää. Valtaosa suljetuista palveluyksiköistä on toiminut alueilla, joissa palveluntuottajien välinen kilpailu on ollut kovaa. (Ahonen et al., 2015.) On

siis mahdollista olettaa, että heikot palveluntuottajat ovat karsiutuneet valinnanvapauden lisäämisen aiheuttaman markkinoiden tehostamisen seurauksena.

5.2.2 Palvelujen saatavuus ja kustannukset

Valtaosa Ruotsin terveyskeskuksista on sijoittunut tiheään asutuille asuinalueille. Esimerkiksi Tukholman alueen palveluyksiköiden määrä kasvoi vuosien 2010 ja 2013 välillä noin 22 prosenttia. Palveluntuottajat haluavat keskittää toimintaansa suurille markkinoille kannattavamman liiketoiminnan toivossa. Kuten millä tahansa kilpailullisilla markkinoilla, liiketoimintaa kannattaa harjoittaa siellä missä kyseessä oleville palveluille on eniten kysyntää. (Ahonen et al., 2015.)

Aiempaa useampien palveluntuottajien myötä kuluttajille on tarjolla aiempaa monipuolisempi määrä erilaisia terveyspalveluja. Palveluntuottajien määrän lisääntyessä jonotusajat ovat lyhentyneet joillain alueilla lähes olemattomiksi (Brommels, 2016). Ihmiset ovatkin uudistuksen myötä aiempaa tyytyväisempiä hoidon saatavuuden nykytilanteeseen. Erityistä tyytyväisyyttä on havaittavissa alueilla, joissa palveluntuottajien välinen kilpailu on erityisen kovaa. Kyseisillä alueilla palvelujen laatu on asiakkaista kilpailemisen myötä viritetty huippuunsa. (Ahonen et al., 2015.)

Ruotsissa valinnanvapaisuudistuksella ei ole pyritty Suomeen kaavailun uudistuksen tapaan saavuttamaan merkittäviä kustannussäästöjä. Sen sijaan Ruotsissa valinnanvapautta on lisätty puhtaasti palvelunsaajien etujen parantamisen vuoksi. Valinnanvapaisuudistuksen käyttöönoton jälkeen sote-menot ovat kasvaneet Ruotsissa noin kahden prosentin vuosivauhdilla. Uudistuksen vaikutuksesta terveyssektorin kustannuksiin voidaan kuitenkin todeta se, että niin terveyskeskusten määrän kuin vastaanottokäyntien määrän kasvusta huolimatta julkisen terveydenhuollon menot eivät ole merkittävästi kasvaneet. (Ahonen et al., 2015.)

5.2.3 Palvelujen laatu

Uudistuksen myötä ruotsalaisten mielipide saamansa hoidon laadusta on lievästi parantunut. Palvelunsaajat kokevat saavansa korkeatasoista palvelua, vaikka laadun

mittaaminen terveystalvelujen luonteen vuoksi onkin melko ongelmallista. (Socialstyrelsen 2014.) Ruotsin kilpailuviraston (2010) tekemän tutkimuksen mukaan palvelunsaajan kokema laatu korreloi positiivisesti alueella vallitsevat kilpailun kovuuden kanssa. Mitä suurempi on alueella toistensa kanssa kilpailevien palveluntuottajien määrä, sitä paremmaksi saadun palvelun laatu koetaan. Havainnosta onkin mahdollista päätellä, että kilpailu on parantanut terveystalvelujen laatua. Erityisen hyväksi palvelujen laatu koetaan alueilla, joissa suurin osa palveluntuottajista on yksityisiä toimijoita.

5.3 Kritiikki

Valinnanvapausuudistuksen aikaansaamien vaikutusten on todettu olevan Ruotsissa valtaosin positiivisia. Palvelunsaajan aseman huomattavasta parantumisesta huolimatta on uudistus saanut osakseen kuitenkin myös kritiikkiä. Suurin osa kritiikistä kohdistuu palvelujen saatavuuden paranemisen vaihteluihin eri alueiden välillä. (Ahonen et al., 2015.)

Sote-markkinoiden avauduttua on palveluntuottajien määrä kasvanut huomattavasti. Kehityksessä on kuitenkin suuria eroja eri alueiden välillä. Moni ruotsalainen kokee, että toimijoiden määrä on kasvanut käänteentekevästi pelkästään tiheään asutuilla alueilla (Ahonen et al., 2015). Tämä on seurausta siitä, että liiketoimintaa harjoittavat yritykset haluavat keskittää toimintaansa ensisijaisesti suuren kysynnän alueille. Valinnanvapausuudistuksen myötä sote-markkinat ovatkin alkaneet Ruotsissa toimia aivan kuin mitkä tahansa muut kilpailulliset markkinat.

Harvaan asutut alueet ovat ennen kaikkea palveluntuottajien liiketoiminnan kannattavuutta korostavasta näkökulmasta huomattavasti vähemmän viehättäviä kuin tiheään asutut asuinalueet. Sen lisäksi, että palveluntuottajien määrä kyseisillä matalamman kysynnän alueilla ei ole kasvanut, on alueilla jo aiemmin sijainneiden terveystalvelukeskusten määrä laskenut. Kyseisenlainen kehitys on vaikeaa erityisesti sote-palvelujen julkisen sektorin palveluntuottajille, sillä palvelujen tuottaminen syrjäseutujen asukkaille lankeaa lain velvoittamana heidän vastuulleen. Kyseisen velvollisuuden täyttäminen pakottaa maakäräjien julkisesta tuotannosta vastaavat toimijat harjoittamaan usein hyvinkin tehotonta liiketoimintaa. (Ahonen et al., 2015.)

Maakäräjien omilla palveluntuottajilla eli julkisen sektorin toimijoilla on siis velvollisuus huolehtia sote-palvelujen tasavertaisesta saatavuudesta. Kun markkinaehtoisesti toimivat yksityisen sektorin palveluntuottajat eivät vaivaudu osallistumaan matalan kysynnän markkinoille, joutuvat julkiset toimijat huolehtimaan terveystalvelujen tarjonnasta. Näin ollen yksityiset toimijat voivat helpommin valita omat markkinansa ja tiheään asutut alueet pääsevät nauttimaan palveluntuottajien välisen kilpailun ulkoisvaikutuksista. (Ahonen et al., 2015.)

6 YHTEENVETO

Tässä työssä tarkasteltiin julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen ongelmallisen tilanteen ratkaisemiseksi kaavailtua sote-uudistusta, jonka on tarkoitus astua voimaan vuoden 2019 alussa. Työssä käsiteltiin taloudellisesta näkökulmasta katsottuna sekä uudistukseen johtaneita syitä että sille asetettuja tavoitteita. Lisäksi tarkastelussa oli tärkeimpänä mekanismina taloudellisten tavoitteiden saavuttamiseksi pidetty valinnanvapausuudistus. Huolimatta aiheen vasta tulevaisuudessa toimeenpantavasta luonteesta, tarjosivat työssä käytetyt lähteet varteenotettavan mahdollisuuden tarkastella uudistuksen ominaisuuksia tutkimuskysymysten määrittelemissä rajoissa.

Työssä havainnollistettiin kuinka julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntä tulee Suomessa kasvamaan tulevina vuosikymmeninä hyvin merkittävästi. Tämä kasvu koostuu väestön ikääntymisen ja korkean elintason luomasta paineesta. Ongelmalliseksi tilanteen tekee kuitenkin se, että kasvavaan kysyntään vastaamiseen käytettävät resurssit vähenevät tärkeimpänä veropohjana toimivan työikäisen väestön supistuessa. Näin ollen sote-palvelujen järjestämiseen käytettävien alueellisten budjettien alijäämät tulevat nykyisessä järjestelmässä kasvamaan entisestään. Kyseistä alijäämää ei haluta enää paikata aina vuodesta 2008 lähtien yhtäjaksoisesti kasvaneella julkisella velanotolla, vaan nyt hallitus on päättänyt uudistaa julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestelmää kestävämpien ratkaisujen saavuttamiseksi. Tällä uudistamisella pyritään parantamaan sekä sote-palvelujen saatavuutta, yhdenvertaisuutta että ennen kaikkea kustannustehokkuutta ja -vaikuttavuutta.

Vuonna 2019 voimaan astuvan sote-uudistuksen myötä aiemmin yksittäisillä kunnilla ollut julkisten sote-palvelujen järjestämisvastuu tulee siirtymään maakuntajaon pohjalta muodostettaville itsehallintoalueille. Sote-palvelujen järjestämisestä tulee tulevaisuudessa vastaamaan aiemman lähes 200:n organisaation sijaan 18 maakuntaa. Uudistuksella pyritään leikkaamaan sote-palvelujen järjestämisestä koituvia kustannuksia palveluyksiköiden karsimisen kautta saavutettavilla suurtuotannon eduilla, palvelujen tehokkuuden parantamisella sekä palvelunsaajan valinnanvapauden laajenemisen seurauksena syntyvällä palveluntuottajien välisellä kilpailulla. Tässä tutkielmassa pureuduttiin erityisesti valinnanvapauden lisääntymiseen, jota pidetään tärkeimpänä mekanismina sote-

uudistukselle asetetun kustannusten hillitsemiseen tähtäävän tavoitteen saavuttamiseksi.

Valinnanvapausuudistuksen myötä palvelunsaajalle aukeaa mahdollisuus valita julkisten perusterveydenhuollon palvelujensa palveluntuottaja julkisten toimijoiden lisäksi myös yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden joukosta. Ilmiön teoreettisen rungon lisäksi aiheen tutkimiseen käytettiin työssä lähteitä, jotka käsittelivät vuosina 2009-2010 Ruotsissa valtakunnanlaajuisesti käyttöön otettua valinnanvapausuudistusta. Ruotsissa tehtyjen tutkimusten havaintojen kautta työssä esitellään kuinka valinnanvapauden laajenemisen myötä lisääntynyt palveluntuottajien kilpailu on vaikuttanut pääosin positiivisesti ruotsalaisen palvelunsaajan etuihin. Kilpailun myötä palvelujen laadun, saatavuuden ja kustannusvaikuttavuuden on todettu parantuneen merkittävästi. Kritiikkiä uudistus on kuitenkin saanut osakseen sote-markkinoiden muututtua perinteistä liiketoimintaa muistuttaviksi markkinoiksi, missä ainoastaan liiketoiminnan kannattavuudella on palveluntuottajien osalta merkitystä. Tämä on johtanut Ruotsissa tilanteisiin, missä palveluntuottajien määrä vähenee harvaan asutuilla ja matalamman kysynnän alueilla.

On mielenkiintoista nähdä kuinka Ruotsissa pääosin menestyksekkäästi toiminut valinnanvapausuudistus tulee toteutumaan Suomessa, jossa uudistus pyritään toteuttamaan puhtaasti taloudelliset intressit edellä. Koko sote-uudistuksen osalta on tärkeää muistaa, että muuttuva lainsäädäntö ainoastaan luo olosuhteet, joissa palveluntuottajien on mahdollista tehostaa toimintaansa julkisen sote-sektorin kestävämmän tilanteen korjaamiseksi. Vastuu varsinaisten toimenpiteiden tehokkuudesta tulee kasautumaan lähes täydellisesti yksittäisten toimijoiden vastuulle.

Suunnitteluvaiheessa oleva uudistus tarjoaa tuleville vuosille suuren määrän erilaisia jatkotutkimusaiheita. Tulevaisuudessa on mahdollista tarkastella esimerkiksi kuinka uudistus on vaikuttanut julkisten sote-palvelujen järjestämiskustannuksiin ja hoitotuloksiin. Mielenkiintoista olisi myös vertailla, onko uudistuksella päästy sille asetettuihin tavoitteisiin. Aiheesta riittää tutkittavaa niin lyhyelle kuin pitkällekin

aikavälille, sillä sote-uudistuksen varsinaiset tavoitteet ovat realistisesti saavutettavissa vasta pitkällä aikavälillä.

LÄHTEET

- Ahonen, A., Vuorio, L., & Tähtinen, L. (2015). Potilaan valinnanvapaus, ruotsin malli ja suomen sote-uudistus. *Markkinoiden Toimivuuden Ja Taloudellisten Vaikutusten Näkökulma. Kilpailu- Ja Kuluttajaviraston Selvityksiä*, 6, 2015.
- Brommels, M. (2016). Ongelmia, ratkaisuja ja sote-uudistus eri näkökulmista. *Näkökulmia Todellisuuden Terveysterveystaloudesta*, , 74.
- Forssell, A., & Ivarsson Westerberg, A. (2000). *Administrera mera: Organisationsreformer och administrativt arbete SCORE*,.
- Groop, J. (2016). Ongelmia, ratkaisuja ja sote-uudistus eri näkökulmista. *Sosiaali- Ja Terveysterveystalouden Kustannukset Jatkat Kasvuaan: Miten Tähän Kehitykseen Voisi Vaikuttaa?*, , 42.
- Henriksson, L. (2016). Ongelmia, ratkaisuja ja sote-uudistus eri näkökulmista. *Näkökulmia Todellisuuden Terveysterveystaloudesta*, , 14.
- Kauhanen, A., Kotiranta, A., Kulvik, M., Lassila, J., Maijanen, S., Tähtinen, M., & Valkonen, T. (2016). Sote–enemmän, paremmin ja halvemmalla?
- Kinnula, P., Malmi, T., & Vauramo, E. (2014). *Saadaanko sote-uudistuksella tasalaatua?* (No. 82). Sastamala: Kunnallisan kehittämissäätö.
- Konkurrensverket (2010) Vilken utformning av vårdvalssystem ger mest nyetablering? Erfarenheter från vårdvalsreformen inom primärvård. Uppdragsforskningsrapport 2010:4.
- Korkman, S. (2011). Onko hyvinvointivalttiolla tulevaisuutta. *EVA Raportti. Yliopistopaino, Helsinki*, , 43-44.
- Kotiranta, A., Kulvik, M., Maijanen, S., & Tähtinen, M. (2016). Sote-kyselyn tulosten esittely. *Sote–enemmän, Paremmin Ja Halvemmalla?*, (15), 25-80.
- Lassila, J., & Valkonen, T. (2016). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteet ja keinot. *Sote - Enemmän, Paremmin Ja Halvemmalla?*, , 9-16.
- Le Grand J. (2009) Choice and competition in publicly funded health care. *Health Economics, Policy and Law* 2009; 4: 479–488.
- Moisio, A. (2015). Kuntatalouden vakauttaminen ja makro-ohjaus.
- Propper, C., Wilson, D., & Burgess, S. (2006). Extending choice in english health care: The implications of the economic evidence. *Journal of Social Policy*, 35(04), 537-557.
- Hallituksen esitys sote- ja maakuntauudistuksesta, (2017).

- Socialstyrelsen (2014) Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, V. (2017a). Mikä on sote-uudistus? Saatavilla: <http://alueuudistus.fi/mika-on-sote-uudistus>. Viitattu 19.1.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, V. (2017b). Sote- ja maakuntauudistus etenee eduskuntaan. Saatavilla: http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sote-ja-maakuntauudistus-etenee-eduskuntaan?_101_INSTANCE_3wyslLo1Z0ni_groupId=1271139. Viitattu 24.1.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, & Valtiovarainministeriö. (2015). *Sote-uudistuksen säästömekanismit*. (Alustava virkamiesselvitys). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; Valtiovarainministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, & Valtiovarainministeriö. (2016). Valinnanvapaus. Saatavilla: <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/asiakkaan-valinnanvapaus>. Viitattu 1.4.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, & Valtiovarainministeriö. (2017). Lyhennelmä ehdotetusta asiakkaan valinnanvapausmallista. Saatavilla: <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/3412493/lyhennelma-ehdotetusta-asiakkaan-valinnanvapausmallista-31.1.2017.pdf/1a80d493-2f00-41b7-9250-a3f3ef525814>. Viitattu 5.4.2017.
- Taloudellinen tiedotustoimisto. (2014). Mikä on kestävyysvaje ja miten se selätetään? Saatavilla: <https://www.tat.fi/mika-on-kestavyysvaje-ja-miten-se-selatetaan/>. Viitattu 16.3.2017.
- Valtioneuvosto. (2015). Hallitus päätti sote-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista. Saatavilla: http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallintoalueista?_101_INSTANCE_3wyslLo1Z0ni_groupId=10616. Viitattu 11.2.2017.
- Valtiovarainministeriö. (2014). Talouspolitiikan raamit. Saatavilla: <http://vm.fi/talouspolitiikan-raamit>. Viitattu 19.3.2017.
- Valtokari, M. (2015). Hoitoon pääsyn moniulotteisuus erikoissairaanhoidossa.
- Vårdanalys (2013) Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande I primärvården. Rapport 2013:1.