



**TURUN
YLIOPISTO**
Kauppakorkeakoulu

Julkisen terveydenhuollon kannustimet

Kirjallisuuskatsaus suomalaisen julkisterveydenhuollon rahoitus- ja ohjausmekanismien toimivuuteen

Taloustiede,
Taloustieteen laitos
Kandidaatin -tutkielma

Laatija:
Sampo Juhani Tenkanen

Ohjaaja:
KTT Timo Virtanen

15.12.2025

Turku

Opiskelijan lausunto tekoölyn käytöstä tähän tutkielmaan liittyen:

En ole käyttänyt tekoölyä hyödyntäviä työkaluja tätä tutkielmaa kirjoittaessani.

Olen käyttänyt tekoölyä hyödyntäviä työkaluja tätä tutkielmaa kirjoittaessani. Tämä käyttö on dokumentoitu tutkielman liitteessä. Vakuutan, että tekoölyä käytettiin yliopiston ohjeistuksen mukaisella tavalla.

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

Kandidaatintutkielma /

Oppiaine: Taloustiede

Tekijä(t): Sampo Juhani Tenkanen

Otsikko: Julkisen terveydenhuollon kannustimet

Ohjaaja(t): KTT Timo Virtanen

Sivumäärä: 36 + liite 1

Päivämäärä: 15.12.2025

Tiivistelmä

Tämän Kandidaatintutkielman tarkoitus on tarkastella Suomen julkisen terveydenhuollon rahoitusmalleja, sekä ohjausmekanismeja. Tavoitteena on ymmärtää, miten hyvinvointialueiden rahoitus muodostuu ja min-kälaisia kannustimia tämänhetkinen järjestelmä luo palveluntuottajille. Työssä hyödynnetään Ruotsia ja ruot-salaista terveydenhuollon järjestelmää vertailukohtana, jotta pystytään hahmottamaan eroja järjestelmässä, sekä miten Suomen terveydenhuoltoa voitaisiin kehittää kohti tehokkaampaa ja vaikuttavampaa palveluntuo-tantoa ja tarjontaa. Työ perustuu kirjallisuuskatsaukseen, jossa yhdistyvät taloustieteellinen teoria ja käytän-nön esimerkit Suomesta ja Ruotsista.

Työssä hyödynnetään terveystaloustieteen perinteisiä teorioita, kuten Arrowin ja Kornain teorioita. Näiden avulla pyritään selvittämään julkisen sektorin roolia terveydenhuollossa, sekä julkisrahoitteisten toimijoiden haasteita tehostaa toimintaansa. Ruotsin terveydenhuolto on työssä vertailupisteenä, koska järjestelmät ovat jossain määrin samankaltaisia, mutta Ruotsin uudistukset eroavat kuitenkin suomalaisista ratkaisuista. Esi-merkiksi rahoitus ja palvelutuotanto on keskitetty samoille toimijoille, mikä tuo järjestelmään selkeämpiä vastuita ja tiukempia budjettirajoitteita.

Suomen järjestelmä on rakenteellisesti hajautettu ja rahoitus on ollut pitkään monikanavaista, mikä heikentää kokonaisuuden ohjattavuutta ja tehokkuutta. Uusin sote-uudistus on tuonut rakenteisiin muutoksia, mutta uu-distuksen vaikutukset ovat vielä vaikeasti nähtävissä. Tietopohjan hajanaisuus, puutteelliset mittarit ja risti-riitaiset kannustimet vaikeuttavat järjestelmän kehittämistä potilaslähtöisempään suuntaan.

Tutkimus osoittaa, että suomalaisen terveydenhuollon tulevaisuuden kehittämisessä olennaista kytkeä rahoi-tus vaikuttavuuteen, pitää rahoituskanavat selkeämpinä ja selkeyttää vastuunjakoja. Näin voitaisiin luoda jär-jestelmä, jossa sekä resurssien käyttö että palveluiden sisältö ohjautuvat paremmin kohti terveyshyötyjen maksimoimista.

Avainsanat: julkinen terveydenhuolto, rahoitusmallit, kannustimet, budjettikuri, vaikuttavuus, hyvinvointi-alueet, sote-uudistus, terveydenhuollon ohjaus

SISÄLLYS

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Johdanto | 6 |
| 2 | Teoreettinen viitekehys | 8 |
| | 2.1 | 8 |
| | 2.2 | 9 |
| | 2.2.1 | 9 |
| | 2.2.2 | 10 |
| | 2.2.3 | 11 |
| | 2.3 | 12 |
| | 2.3.1 | 12 |
| | 2.3.2 | 12 |
| | 2.3.3 | 14 |
| | 2.4 | 14 |
| 3 | Suomalaisen terveydenhuollon rakenne | 16 |
| | 3.1 | 16 |
| | 3.2 | 17 |
| | 3.3 | 18 |
| | 3.4 | 20 |
| | 3.5 | 22 |
| 4 | Ruotsin terveydenhuolto vertailukohteena | 25 |
| | 4.1 | 25 |
| | 4.2 | 25 |
| | 4.3 | 26 |
| | 4.4 | 28 |
| | 4.4.1 | 28 |
| | 4.4.2 | 29 |
| 5 | Johtopäätökset ja yhteenveto | 32 |
| | Lähteet | 35 |
| | Liitteet | 37 |
| | Liite 1 | 37 |

KUVIOT

- Kuvio 1 Sairaalaryhmien tuottavuuden kehitys, Lähde THL Sairaaloiden tuottavuus 2023, Tuukkanen 2024 20
- Kuvio 2 pehmeä budjettirajoite, Kortelainen ym. (2021) hahmottelee alkuperäistä kuvaa pehmeästä budjettirajoitteesta 21

TAULUKOT

- Taulukko 1 Valinnanvapausuudistuksen vaikutukset sairaalakohtaiseen toimenpidemäärään ja markkinarakenteeseen, lähde Kortelainen ym., 2023, VATT working papers 156 23
- Taulukko 2 Suomen ja Ruotsin instituonaaliset erot 30

1 Johdanto

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on kansainvälisesti arvostettu universaalien kattavuuden ja vahvan hoitoon pääsyn periaatteen vuoksi. Silti viime vuosikymmeninä väestön ikääntyminen, hoitotarpeen kasvu ja julkisen talouden kestävyysongelmat ovat lisänneet huolta resurssien riittävydestä ja julkisen terveydenhuollon kestävydestä (Teperi 2009). Näiden muutosten myötä ohjaus- ja rahoitusmekanismien toimivuuden arviointi on noussut ajankohtaiseksi.

Järjestelmältään Suomen terveydenhuolto on hallinnollisesti hajautettu ja rahoitus jakautunut useisiin lähteisiin. Terveydenhuollon palveluja tuottaa pääasiassa neljä tahoja: hyvinvointialueet, yksityiset palveluntarjoajat, Kansaneläkelaitos ja työnantajien järjestämä terveydenhuolto. Valtio toimii hallinnoivana elimenä, jonka tehtävä on valvoa järjestelmän toimivuutta, sekä kehittää sen toimintaa lainsäädännön, asetusten ja tietopohjan avulla (Rimpelä 2024).

Terveystaloustieteessä on pitkään käyty keskustelua siitä, millainen rooli julkisilla organisaatioilla on terveydenhuollossa. Kenneth J. Arrowin (1963) julkaisema teos analysoikin terveydenhuollon markkinoiden erityispiirteitä, perustellen näiden pohjalta julkisen osallistumisen tarpeellisuutta terveydenhuollossa. (Arrow 1963.) Myöhempi tutkimus on kuitenkin tuonut esiin, kuinka julkisrahoitteiset organisaatiot voivat kärsiä heikoista kannustimista ja tehottomuudesta. János Kornai (1980) käsittelee työssään pehmeän budjettirajoitteen ongelmaa ja pyrkii sen avulla selittämään miksi organisaatiot voivat toimia ilman painetta kustannusten hillintään, kun alijäämät katetaan poliittisin toimin. Työssä perehdytään myös muihin terveystaloustieteen teorioihin, kuten fiskaaliseen federalismiin, terveydenhuollon korvausmalleihin ja yhteisresurssien ongelmaan. Teorian tarkoituksena on havainnollistaa suomalaisen julkisen terveydenhuollon rakenteellisia haasteita.

Vuoden 2023 sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus merkitsi merkittävää institutionaalista rakennemuutosta, jonka myötä terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyi kunnilta hyvinvointialueille ja alueiden rahoitus keskitettiin valtiolle. Uudistus yhtenäisti järjestelmää purkaen monikanavaista rahoitusta, mutta hajautuksen aiheuttamat haasteet pysyivät edelleen läsnä. Työterveyshuollon rooli säilyi ennallaan ja hyvinvointialueiden rajoitettu taloudellinen toimintamahdollisuus synnytti uusia institutionaalisia jännitteitä (Tynkkynen ym. 2025). Rahoitusvastuun ja päätösvallan eriytyminen herättää kysymyksen ohjaavatko nykyiset rakenteet resurssien tehokkaaseen ja vaikuttavaan käyttöön.

Uudistus ei kuitenkaan muuttanut kaikkia organisatorisia kannustimia: kilpailun rooli on Suomessa yhä rajallinen verrattuna Ruotsiin, jossa valinnanvapausjärjestelmä ja potilaslähtöinen rahoitus

luovat selkeämpiä kannustimia laadun ja tuottavuuden parantamiseen (Tuorila 2015). Ruotsi toimii tässä työssä vertailukohtana tarjoten vertailukohteen sen alueellisen veropohjan ja läpinäkyvien tuottajakohtaisten kannustimien takia.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- Millaisia kannustimia suomalainen julkinen terveydenhuoltojärjestelmä tuottaa ja mitä haasteita nykyisissä rahoitus- ja ohjausmekanismeissa on?
- Miten Suomen ja Ruotsin rahoitus- ja ohjausmekanismit eroavat toisistaan?

Tutkielman lähteet koostuvat terveystaloustieteellisestä teoriasta, kansainvälisistä vertailututkimuksista, tieteellisistä artikkeleista, sekä viranomaislähteistä. Aineistoa on etsitty hakusanoilla, kuten “Finnish healthcare”, “Nordic healthcare financing models”, “Valinnanvapauslaki”, “Soft budget constraint”, “Welfare economics” ja “fiscal federalism”. Tutkielma on kirjallisuuskatsaus, jossa yhdistyy teoreettinen analyysi ja empiirinen vertailu Suomen ja Ruotsin järjestelmien välillä.

Työssä on vahva nojaus terveystaloustieteen ja julkistalouden teoreettiseen kirjallisuuteen. Lähteissä korostuvat erityisesti seuraavat teoriat: János Kornain (1980) pehmeän budjettirajoite, Elinor Ostromin (1999) yhteisresurssien ongelma ja Wallace Oatesin (1999) fiskaalisen federalismin näkökulma. Tutkielma pyrkii teoreettiseen kirjallisuuteen pohjalta muodostamaan vahvan analyysin terveydenhuollon järjestelmästä. Työssä on hyödynnetty myös empiirisiä tutkimuksia tutkiessa ohjautai rahoitusmekanismien toiminnan vaikuttavuutta. Palvelujärjestelmäkohtainen kirjallisuus rajattiin työssä pois. Aikahaarukka työn lähteille on suuri, mutta terveydenhuollon järjestelmiä tarkastellessa lähteet ovat kaikki viimeisen 20 vuoden aikana julkaistuja.

Tutkielma etenee teoreettiseen viitekehykseen, jonka jälkeen tarkastellaan suomalaisen terveydenhuollon rahoitus- ja ohjausmekanismeihin, sekä kannustinrakenteet. Tämän jälkeen tarkastellaan Ruotsin järjestelmää ja vertaillaan maiden institutionaalisia ratkaisuja. Lopuksi pohditaan haasteiden kautta, mitä suomalaisessa järjestelmässä voitaisiin kehittää vaikuttavuuden ja taloudellisen kestävyuden vahvistamiseksi.

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Terveystalouden markkinapuutteet

Terveystaloustieteessä on pitkään tutkittu terveydenhuollon markkinoiden erityispiirteitä, sekä niiden tuottamia haasteita. Kenneth J. Arrow pyrki vuonna 1963 julkaisemassaan teoksessaan *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care* selittämään, miksi terveydenhuollon markkinat eivät toimi tyypillisessä kilpailuasetelmassa. Arrowin (1963) huomauttaa epävarmuuden terveydenhuollon markkinoilla tekevän siitä tavallisista hyödykemarkkinoista poikkeavat. Sairastumisen satunnaisuus, epäsymmetrinen informaatio potilaan ja lääkärin välillä, sekä luottamukseen perustuva palvelusuhde estävät markkinoiden tehokkaan toiminnan.

Tiedon epäsymmetria potilaan ja lääkärin välillä on havaittavissa esimerkiksi potilaan haasteena kuvailla tarkasti oireita, joka voi vaikuttaa hoidon vaikuttavuuteen. Lisäksi potilas ei pysty arvioimaan hoidon laatua tai tarpeellisuutta yhtä hyvin kuin lääkäri, mikä tekee hänestä riippuvaisen asiantuntijasta. Terveyspalveluiden kysyntä on luonnostaan epävarmaa ja satunnaista, jonka takia markkinoiden kysyntää on vaikea ennustaa. Tämä korostaa ulkoisvaikutusten merkitystä, sillä esimerkiksi rokotukset hyödyttävät koko väestöä, eivät vain yksilöä, mutta tämä ei välttämättä heijastu suoraan palvelun hintaan. Näiden piirteiden seurauksena syntyy ei-toivottua valikoitumista (eng. adverse selection) ja moraalista vaaraa (eng. moral hazard), mikä johtaa siihen, että yksityiset toimijat eivät toimi yhteiskunnan kannalta tehokkaasti (Arrow 1963).

Arrowin (1963) mukaan yksilöt tuntevat terveydentilansa ja sairastumisriskinsä paremmin kuin vakuutusten tarjoajat, minkä myötä potilaat, joilla on korkeampi sairastumisriski, hakeutuvat todennäköisemmin vakuutuksen piiriin. Korkean riskin potilaiden käyttäytyminen ostaa vakuutettujen keskimääräistä riskiä ja voi johtaa vakuutusmaksujen nousuun ja vakuutusmarkkinoiden vajaaseen kattavuuteen synnyttäen ei-toivottua valikoitumista. Moraalista vaaraa puolestaan syntyy vakuutuksen voimassaolon aikana hoidon rajakustannuksen laskiessa ja terveystalouden käytön ylittäessä tehokkaan tason. Lisäksi lääkärin ja potilaan välinen informaatioepäsymmetria voi tehdä palvelusta tarjontalähtöisen kysynnän, koska hoitopäätökset tekee aina asiantuntija (Arrow 1963).

Markkinoiden erityispiirteiden pohjalta Arrow (1963) argumentoikin julkisen sektorin roolin merkitystä terveydenhuollossa, jotta järjestelmä ei olisi vain tehokas, vaan myös oikeudenmukainen. Julkisen rahoituksen ja ohjauksen merkitys korostuu erityisesti järjestelmissä, joissa pyritään

takaamaan kaikille kansalaisille hoito. Analyysin pohjalta voidaan arvioida markkinapuutteiden pystyvän johtamaan tilanteeseen, jossa hinta- ja kilpailusignaaleihin perustuvat kannustimet eivät toimi. Tällöin on perusteltua harkita institutionaalista ohjausta rahoitusmalleilla, valinnanvapaudella ja budjettirajoitteella. Tällöin kysyntä- ja hintaperusteiset kannustimet eivät yksin ohjaa terveydenhuoltoa, vaan rahoitus- ja ohjausmekanismeista muodostuu keinoja, joilla tuetaan tehokkuutta ja oikeudenmukaisuutta.

2.2 Pehmeä budjettirajoite, yhteisresurssit ja fiskaalinen federalismi

2.2.1 Pehmeä budjettirajoite

Vaikka Arrowin teoria perustelee julkisen rahoituksen ja valtiollisen toimijan tarpeellisuutta markkinapuutteiden vuoksi, on myöhempi terveystaloustieteellinen kirjallisuus tuonut esiin julkisen järjestelmän sisäisiä tehottomuuksia, kuten pehmeän budjettirajoite (eng. soft-budget constraint). Pehmeän budjettirajoitteen ongelma ilmenee, kun organisaatiot voivat luottaa ulkopuoliseen taloudelliseen tukeen, jos toimijoiden omat resurssit eivät riitä kattamaan kuluja (Kornai 1980). Pehmeä budjettirajoite ohjaa organisaatioita toimimaan ilman taloudellisia kannusteita tehostaa toimintaa tai hallita kustannuksia (Kornai ym. 2003). Vastuuton taloudenpito voi johtaa kustannusten siirtymiseen hallinnolle, mikä näkyy aluetason kasvavana riippuvuutena valtionosuuksista. Tällöin ulkoinen rahoitus voi keinotekoisesti parantaa alueen talouslukuja samalla kun todelliset tehokkuusongelmat jäävät ratkaisematta (De Biase & Dougherty, 2022).

Kustannustehokkuus ja innovaatio eivät riipu pelkästään siitä, ovatko toimijat yksityisiä vai julkisia, vaan siihen vaikuttaa myös organisaation määrittämät rahoituksen riskin ja vastuun kantajat. Pehmeän budjettirajoitteen myötä julkinen palveluntuottaja voi ylläpitää korkeampia kustannuksia, alhaisempaa tuottavuutta ja hitaita organisatorisia muutoksia ilman taloudellisia seuraamuksia. Kovan budjettirajoitteen järjestelmissä tuottaja kantaa taloudellisen riskin toiminnastaan luoden vahvemman kannustimen tehokkuuteen (Kornai ym. 2003).

Terveydenhuollossa pyritäänkin hyödyntämään markkinamekanismeja, sekä kilpailua julkisen palvelutuotannon tehostamiseksi. Kuitenkin samaan aikaan nähdään tarpeelliseksi institutionaaliset ratkaisut, joiden avulla pystytään varmistamaan palvelun yhdenvertaisuus ja resurssien oikeudenmukainen kohdistuminen Terveydenhuollon toimintaa onkin pyritty vahvistamaan luomalla kovempia budjettirajoitteita suoritusmittareiden, tulospalkkioiden ja kustannusvastuun kautta (Tynkkynen & Vrangbæk 2018).

2.2.2 Fiskaalinen federalismi

Fiskaalisen federalismin teoriassa tarkastellaan julkisen sektorin tehokkuuden riippuvuutta rahoitusvastuun ja päätösvallan jakautumiseen eri hallintotasoille. Wallace E. Oatesin (1999) mukaan hajuttamisen tehokkuusedut voivat toteutua vain silloin, kun sama hallinnollinen taso, joka tekee julkisia menoja koskevat päätökset rahoittavat ne. Paikalliset toimijat kykenevät usein arvioimaan väestönsä palvelutarpeet paremmin kuin keskushallinto, mutta tämä informaatioetu ei johda tehokkuuteen, jos päätöksentekijä ei kohtaa päätöstensä taloudellisia seurauksia.

Teoriassaan Oates' (1999) korostaa hallitusten välisen (eng. intergovernmental) rahoitusjärjestelmien pystyvän laimentamaan paikallisen toimijan kohtaamaa rajakustannusta. Kustannusten siirtyessä ylemmälle hallintotasolle ei paikallinen päätöksentekijä enää sisäistä täysimääräisesti menojen kasvun vaikutuksia julkiseen talouteen. Tällaisissa tilanteissa julkisten palvelujen tuotantoa ohjaa epäsymmetria, jossa hyödyt päätöksestä sisäistetään paikallisesti, mutta kustannukset jaetaan laajasti muiden toimijoiden kanssa (Oates' 1999). Kyseistä rakenteellista kannustinongelmaa kutsutaan pystysuoraksi fiskaaliseksi epätasapainoksi (eng. Vertical fiscal imbalance), joka heikentää budjettikuria ja luo institutionaalisen ympäristön, jossa menojen kasvu on todennäköisempää kuin kustannusten hillitseminen.

Oatesin (1999) mukaan yhä suuremman osan kustannuksista ulkoistuessa muille hallintotasoille, on paikallisella toimijalla heikentyneet kannustimet valvoa kustannuksia, tehostaa toimintaa ja tehdä pitkän aikavälin investointeja tuottavuuteen. Syynä ei ole yksittäisten toimijoiden rationaalisuuden puute, vaan institutionaalinen asetelma, jossa rajakustannusten todellinen hinta ei näy päätöksenteossa. Tämän vuoksi Oates' (1999) pitää rahoitusvastuun ja päätösvallan yhtenäisyyttä välttämättömänä tehokkaan julkisen sektorin edellytyksenä.

Oatesin (1999) teoreettinen mekanismi voidaan esittää optimointiongelmana, jossa lasketaan missä suhteessa paikallinen toimija kantaa kustannukset itse:

$$\max_l U(l) - \theta C(l)$$

kaavassa kirjain l kuvaa palvelutuotannon määrää, $U(l)$ tuotannon tuottamaa hyötyä ja $C(l)$ tuotannon kustannuksia. θ kuvaa paikallisen toimijan sisäistämiä kustannuksia, $\theta \in \{0,1\}$. Kun $\theta = 1$, kustannukset sisäistetään täysimääräisesti ja budjettirajoite on kova, jolloin menojen kasvu lisää paikallisen rahoittajan taakkaa ja siten hillitsee kustannusten nousua. Kun $\theta < 1$, osa kustannuksista siirtyy

muille hallintotasoille heikentäen rajakustannussignaalia, joka tekee budjettirajoitteesta pehmeämmän.

Fiskaalisen federalismin näkökulmasta Suomen ja Ruotsin terveydenhuollon institutionaaliset rakenteet eroavat selvästi. Suomessa hyvinvointialueet vastaavat palvelujen järjestämisestä, mutta rahoitus tulee valtiolta, jolloin alueiden kustannusten sisäistämisaste θ jää matalaksi. Tämä pehmentää budjettirajoitetta ja heikentää kannustimia kustannusten hallintaan. Ruotsissa terveydenhuollon alueilla on verotusoikeus, joka nostattaa sisäistämisastetta ja luo täten kovemman budjettirajoitteen.

2.2.3 yhteisresurssien ongelma

Yhteisresurssien ongelmalla viitataan tilanteeseen, jossa useat toimijat hyödyntävät yhteistä, rajallista resurssia, kuten julkista terveydenhuollon rahoitusta ilman selkeästi määriteltyä taloudellista vastuuta. Yksittäiselle tuottajalle resurssin käyttö tuottaa yksityisiä hyötyjä, mutta kustannukset jakautuvat kollektiivisesti synnyttäen taloudellisen kannustimen ylikäyttöön. Tämä johtaa rakenteelliseen tehottomuuteen, jossa resurssien allokaatio ei enää perustu vaikuttavuuteen, vaan opportunistiin (Ostrom 2008).

Elinor Ostrom (2008) argumentoi, että tällaisissa tilanteissa rationaalinen käyttäytyminen voi johtaa yhteisesti jaetun resurssin tuhoutumiseen, ellei instituutioiden tasolla kehitetä mekanismeja, jotka yhdistävät käyttöoikeudet, kustannusvastuun ja valvonnan. Keskitetty ohjaus ei kuitenkaan ratkaise ongelmaa automaattisesti, vaan se voi jopa huonontaa tilannetta, jolloin paikalliset toimijat eivät välttämättä koe sääntöjä oikeutetuiksi (Ostrom 2008, 1-3). Tämä asettaa haasteen nykyisille terveydenhuollon ohjausjärjestelmille, joiden tulisi mahdollistaa alueellista koordinaatiota ja yhteistä resurssinhallintaa ilman, että vastuu jää epäselväksi tai kollektiiviseksi.

Kannustimien puute järjestelmässä, jossa kysyntä ei riipu hinnasta ja tuotanto ole kilpailullista, mutta resurssien käyttö on rajoitettua, havainnollistaa yhteisresurssien ongelmaa. Taloudellisesti tehokas ratkaisu vaatisi esimerkiksi kustannusten sisäistämisen tuottajatasolla tai järjestelmän, joka palkitsisi vaikuttavuudesta eikä volyyymista. Yhteisresurssien ongelma voidaan nähdä julkisesti rahoitetuissa järjestelmissä, joissa rahoitusvastuu ja palveluntuotanto ovat eriytyneet. Palvelun rahoituksen perustuessa keskitettyyn rahalähteeseen ja budjettivastuun jakautuessa monille toimijoille, ei yksittäinen tuottaja välttämättä havaitse oman toimintansa kokonaisvaikutuksia.

2.3 Korvausmallit ja tuottajan optimointi

Korvausmallit toimivat ohjausmekanismina, joiden avulla maksajat voivat vaikuttaa palveluntuottajien käyttäytymiseen, tuotannon määrään ja kustannusvaikuttavuuteen. Terveystaloustieteessä tuottajan oletetaan tekevän päätöksiä sen mukaan, miten taloudellinen riski jakautuu maksajan ja tuottajan välillä (Ellis & McGuire 1986). Tuottajan käyttäytymistä voidaan esittää yksinkertaistetulla optimointiongelmalla, jossa tuottajan oletetaan maksimoivan järjestelmän korvausten ja kustannusten erotuksen:

$$\max_q R(q) - C(q)$$

Kaavassa q kuvaa palveluiden määrää, $R(q)$ korvausjärjestelmän tuottoa ja $C(q)$ tuotantokustannuksia. Alkuperäisissä malleissa huomioidaan myös hoidon laatu, vaivannäkö ja potilashyöty (Ellis & McGuire 1986). Korvausjärjestelmän tuotto $R(q)$ vaihtelee korvausmalleittain muodostaen mallin peruskannustimen.

2.3.1 Kustannuspohjainen korvausjärjestelmä

Kustannuspohjaisessa korvausjärjestelmässä tuottaja saa korvauksen todellisia kustannuksia vastaavasti:

$$R(q) = C(q)$$

Tällöin sairaalan nettotuotto on ideaalitapauksessa nolla, eikä sillä ole taloudellista riskiä hoidon lisäämisessä. Tämä kannustaa tarjoamaan hoitoa potilaan marginaalihuödyn maksimoimiseksi, jolloin palveluita saatetaan tarjota enemmän kuin tarpeellista verrattuna optimaaliseen tasoon. Koska tuotannon lisäämisestä ei seuraa tuottajalle kustannusvastuuta, järjestelmä synnyttää taipumuksen X-tehottomuuteen (eng. X-inefficiency), jossa resurssien käyttö ei ole sidoksissa kustannuskurin ylläpitämiseen. Lisäksi kustannuspohjainen korvaus voi lisätä kannustimen lääkäreiden houkuttelemisesta, jotka määräävät korkeita palvelumääriä ja kasvattavat siten sairaalan korvauksia (Ellis & McGuire 1986).

2.3.2 Prospektiivinen korvausjärjestelmä (DRG ja kapitaatio)

Prospektiivinen korvausjärjestelmä toimii päinvastaisella logiikalla kuin kustannuspohjainen järjestelmä. Järjestelmä määrittelee kiinteän korvauksen etukäteen riippumatta siitä, kuinka paljon palveluja potilas tosiasiallisesti tarvitsee. DRG-järjestelmä (eng. Diagnosis Related Groups, DRG) on tämän

mallin tunnetuin ja käytetyin muoto terveydenhuollossa. DRG-luokittelu ryhmittelee potilaat diagnoosin ja odotettujen hoitoressurssien perusteella, ja maksaja määrittää jokaiselle DRG-ryhmälle valmiiksi laskettuun kustannuspainoon perustuvan korvauksen. DRG-järjestelmässä maksaja määrittää etukäteen kiinteän korvauksen α diagnoosiryhmää kohti kerrottuna hoitojaksojen määrällä q :

$$R(q) = \alpha q$$

Prospektiivisessä korvausjärjestelmässä sairaala kantaa kaikki hoidon rajakustannukset, kun taas potilas saa kaikki hoidon rajahyödyt. Jotta hoitopäätös olisi tehokas, lääkärin on otettava täysimääräisesti huomioon sekä hoidon rajakustannukset että rajahyödyt. (Ellis & McGuire 1986, 137). Tämä luo kannustimen minimoida kustannuksia ja rajoittaa hoidon määrää erityisesti tilanteissa, joissa lisäpalvelu pienentää tuottajan taloudellista tulosta.

Prospektiivisessä korvausjärjestelmässä on myös erityistapaus: kapitaatio korvausmalli. Tässä korvausmallissa korvaus määräytyy potilas- tai väestöpohjaisen kiinteän maksun perusteella, ilman että siihen vaikuttaa toteutuneiden palveluiden määrä. Kapitaatiomallissa korvaus sidotaan suoraan hoitettavien potilaiden määrään, jolloin kustannusriski siirtyy palveluntuottajalle. Kustannusriskin takia malli korostaa kustannusten hallintaa ja ennaltaehkäisevää terveydenhuollon toimintaa, mutta lisää myös alitarjonnan ja potilasvalikoinnin riskiä. Ongelmia ilmenee, kun lääkärin hoitopäätöksiin vaikuttaa hyvinvoinnin lisäksi tuottajan taloudelliset intressit (Ellis & McGuire 1986). Kannustinvaikutusten takia voi olla haastavaa muodostaa tasapainoista ja puhdasta kapitaatiomallia.

Ellis ja McGuire (1986) argumentoivat prospektiivisten korvausmallien pystyvän johtamaan alitarjontaan, jos lääkäri toimii epätäydellisenä agenttina painottamalla tuottajan taloudellista etua potilashyödyn kustannuksella. Lisäksi prospektiiviset hinnat luovat kannustimen strategiseen käyttäytymiseen, kuten potilaiden luokitteluun paremmin korvattuihin DRG-ryhmiin, vaikeahoitoisten potilaiden välttämiseen sekä tarpeettomien kotiutusten tai uusintakäyntien lisäämiseen.

2.3.3 Sekakorvausjärjestelmä

Sekakorvausmallit yhdistävät kustannuspohjaisen ja prospektiivisen rahoituksen elementtejä tasapainottaakseen määrä- ja kustannuskannustimia. Yleisenä esitysmuotona voidaan käyttää Ellis & McGuiren (1986) mallia, jossa kiinteä maksu ja suoritepohjainen korvaus yhdistyvät:

$$R(q) = \alpha + \beta q, \quad 0 < \beta < p$$

Tässä α kuvaa prospektiivista osuutta ja βq suoritepohjaista komponenttia. Arvo p on maksu-peripalvelu (eng. fee-for-service, FFS) järjestelmän palvelukohtainen hinta. Rajatuotto on: $\frac{dR}{dq} = \beta$, mikä merkitsee, että tuottajalla on kannustin lisätä palveluja. Sekamallit voivat vähentää sekä kustannuspohjaisen mallin ylitarjontaa että prospektiivisen mallin alitarjontaa, koska ne tasapainottavat kannustimia kustannusten hillintään ja palvelujen riittävään tarjontaan (Ellis & McGuire 1986).

Sekakorvausjärjestelmien avulla pystytään vähentämään potilasvalikoinnin riskiä, sillä hoidon korvaus ei rakennu pelkästään tuotannon lisäämisen tai kustannusten minimoimisen varaan. Tällöin sekakorvaukset voivat luoda tasapainoisemman palvelutason ja vähentää potilasvalikoinnin riskiä, mikä on tärkeää erityisesti julkisrahoitteisissa järjestelmissä, joissa tavoitteena on yhdenvertainen pääsy palveluihin. Tästä syystä sekakorvausjärjestelmät ovat institutionaalisesti houkuttelevia järjestelmissä, joissa tavoitteena on yhdistää tehokkuus ja yhdenvertainen pääsy palveluihin (Ellis & McGuire 1986).

2.4 Kilpailu, valinnanvapaus ja tuottajien kannustimet

Kilpailu vaikuttaa terveydenhuollon tuottajien käyttäytymiseen silloin, kun potilaiden valinnat heijastuvat tuottajan tuloihin. Tällöin potilassiirtymät muodostavat signaalin, joka ohjaa tuottajia parantamaan laatua ja tehostamaan toiminta (Gaynor & Town 2012). Julkisessa terveydenhuollossa kilpailu ei kuitenkaan synny markkinaehtoisesti, vaan se on julkisen sektorin hallinnollisesti rakentamaa, koska palvelut rahoitetaan pääosin verovaroin ja hinnat ovat ennalta määrättyjä. Julkisessa järjestelmässä kilpailu tapahtuukin siis kvasimarkkinoilla (eng. quasi-market), joissa julkinen sektori määrittää sekä pelisäännöt, että kannustimet (Le Grand 1991;2003).

Kilpailu tuottaa kolme keskeistä vaikutusmekanismia. Ensinnäkin se luo laadunparannuskannustimen. Kun laatu on havaittavissa, tuottaja voi lisätä kysyntää parantamalla palvelun sisältöä,

saavutettavuutta tai kapasiteettia. Tämä vastaa laatuun perustuvan kilpailun peruslogiikkaa markkinoilla, joilla hinnalla ei pääsääntöisesti kilpailla (Gaynor & Town 2012).

Toiseksi kilpailu lisää kustannustehokkuuspaineita. Kilpailullisilla markkinoilla tuottaja ei voi ylläpitää korkeita yksikkökustannuksia ilman riskiä menettää potilaita tehokkaammin toimiville kilpailijoille. Tämä vähentää X-tehottomuutta, jotka syntyvät siitä, että organisaatio toimii alle tehokaimman tuotantotason (Leibenstein 1966). Terveystaloustieteessä on myös nostettu esiin ajatusta, jonka mukaan kilpailu lisää tuottavuutta erityisesti, kun informaatiota laadusta on julkisesti saatavilla (Propper ym. 2010).

Kolmanneksi kilpailu parantaa resurssien allokaatiota ohjaamalla potilaita tuottajille, jotka pystyvät tuottamaan saman palvelun alhaisemmilla kustannuksilla tai paremmalla laadulla (Gaynor & Town 2012). Mekanismi edellyttää potilaiden pystyvän tekemään valintoja ilman merkittäviä esteitä, sekä että rahoitusjärjestelmä on sidottu palvelun käyttöön. Jos korvaus ei seuraa potilasta, potilaiden valinnat eivät muodosta taloudellista signaalia, jolloin kilpailukannustimet jäävät heikoiksi (Le Grand 2003). Kapitaatiomallit, DRG-järjestelmät ja sekakorvaukset voivat siis vahvistaa kilpailun vaikutusta, koska ne sitovat tulovirran palvelun käyttöön (Ellis & McGuire 1986).

Kilpailuun terveydenhuollossa liittyy tunnistettuja kannustinongelmia. Kilpailu voi ohjata tuottajia optimoimaan havaittavia laatutekijöitä, kuten lyhyitä odotusaikoja ilman, että terveysvaikutukset paranevat vastaavasti. Tämä johtuu laadun moniulotteisuudesta ja potilaiden epätäydellisestä informaatiosta, mikä rajoittaa markkinamekanismien kykyä ohjata resurssien optimaalista kohdentumista (Propper ym. 2010).

Valinnanvapaus toimii julkisessa terveydenhuollossa ikään kuin kilpailun mekanismina. Sen avulla kuluttajat pystyvät vaikuttamaan tuottajien käyttäytymiseen, kun rahoitusjärjestelmä on rakennettu potilassiirtymien varaan. Tällöin potilaiden valinta palveluntuottajien välillä muokkaa tuottajan tulovirtaa. Budjettiperusteisissa malleissa valinnanvapaus jää institutionaalisesti heikoksi, kun taas esimerkiksi sekakorvausmalleissa tuotot sidotaan suoraan palvelun käyttöön. Tällöin potilaan valinta toimii taloudellisena kannustimena, joka ohjaa tuottajaa reagoimaan kysyntään (Le Grand 2003).

Valinnanvapauden muoto määrittää, mitkä näistä mekanismeista toteutuvat. Esimerkiksi Ruotsissa korvaus seuraa potilasta ja valinnanvapaus on laajasti säädetty laissa, mikä tekee kilpailusta keskeisen osan tuottajien kannustinjärjestelmää (Anell 2015). Suomessa tuottajat eivät välttämättä kohta samaa taloudellista signaalia potilailta, koska järjestäjä ja tuottaja ovat pääosin sama organisaatio.

3 Suomalaisen terveydenhuollon rakenne

3.1 Suomalaisen terveydenhuollon institutionaalinen kehitys

Suomalaisen terveydenhuollon institutionaalinen kehitys on ollut hajautunutta kunnallisen itsehallinnon ansiosta. Itsehallinto myös osittain viivästytti kansallisen ja yhdenmukaisen rahoitus- ja ohjausjärjestelmän muodostumista. Tämä varhainen hajautus loi rahoitusmallin, jossa palvelujen järjestämistä vastuu oli kunnilla, mutta rahoitusvastuu jakautui valtion ja kuntien kesken (Keskimäki 2022). Tämä lähtökohta synnytti monikanavaisen rakenteen, jossa vastuu palvelujen järjestämisestä oli kunnilla, mutta rahoitus tuli useasta lähteestä.

Vuonna 1964 käyttöön otettu sairausvakuutus vahvisti nykyistä rahoitusrakennetta, sillä valtio alkoi kattamaan enemmän kustannuksista ja kunnat säilyttivät järjestäjän roolin. 1972 hyväksytyn Kansanterveyslain tarkoitus oli keskittää perusterveydenhuollon järjestäminen kunnille ja perustaa väestövastuuperiaate, säilyttäen valtion ja kuntien yhteisen rahoitusmallin. Kunnat vastasivat palvelujen kustannuksista, mutta suuri osa rahoituksesta tuli nyt valtionosuusjärjestelmän kautta (Keskimäki 2022).

1980-luvulla järjestelmää alettiin kritisoida byrokraattiseksi ja resurssiohjautuvaksi. Vuonna 1993 toteutettu uudistus purki aiemman suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän ja lisäsi kuntien autonomiaa. Rahoitusmallia muutettiin myös laskennalliseksi, jonka myötä kunnille alettiin maksamaan korvauksia asukasluvun, ikärakenteen, sairastavuuden, väestötiheyden ja taloudellisen tilanteen mukaan. Tämä rahoitusperusta on säilynyt nykymuodossaan pitkälti muuttumattomana (Keskimäki 2022). Uudistus loi rakenteellisen piirteen, jossa kuntiin kohdistuneet taloudelliset paineet olivat entistä epäsuorempia, koska rahoitus ei ollut enää riippuvainen hoidon määrästä.

2000-luvun taitteessa terveydenhuoltomenot Suomessa olivat palautuneet lamaa edeltäneelle tasolle. Vaikka kokonaismenot kasvoivat, kasvu ei jakaantunut tasaisesti eri puolille maata. Kuntien taloudellinen kyky investoida terveystalouteen eriytyi, ja terveydenhuollon saatavuudessa, erityisesti kunnallisessa perusterveydenhuollossa, alkoi näkyä kasvavia eroja (Keskimäki 2022, 14).

Kasvat erot kuntien kyvyssä tarjota palveluja lisäsi alueellista eriarvoisuutta, sekä palvelujen saatavuudessa, että laadussa. Haasteet järjestelmässä herättivät keskustelua toiminnan uudistamisesta, joka voimistui 2010-luvun alkupuolella ja sai alkunsa, kun pääministeri Juha Sipilän hallitus käynnisti vuonna 2015 maakunta- ja sote-uudistuksen. Sen tavoitteena oli korvata hajautettu järjestelmä

enintään 19 itsehallintoalueella, muuttaa rahoitus monikanavaisesta yksikanavaiseksi, ja luoda laaja valinnanvapausjärjestelmä (Valli-Lintu 2017).

Sipilän hallituksen (2015) uudistushanke kariutui useasta syystä, mutta erityisesti valinnanvapauden sääntelyn perustuslaillisiin ongelmiin. Sipilän hallituksen aloittama uudistus saatettiin loppuun Marinin hallituskauden aikana vuonna 2021, jonka jälkeen entisten kuntien, nykyisten hyvinvointialueiden rahoitus keskitettiin valtiolle ja järjestämisvastuu hyvinvointialueille. Uudistuksessa siirryttiin kansallisesti ohjattuun, yksikanavaisen rahoitusmalliin, jossa valtio vastaa suurimmalta osin hyvinvointialueiden rahoituksesta. Samalla ohjausvastuu jakautui valtiovarainministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön sekä sisäministeriön kesken (Tynkkynen ym. 2025).

Uudistus poisti kuntien verotusoikeuden sosiaali- ja terveydenhuollossa ja vahvisti valtion roolia rahoittajana ja ohjaajana. Sote-uudistuksen myötä hyvinvointialueista tuli terveydenhuollon palvelunjärjestäjiä ilman omaa verotusoikeutta, jonka myötä suomalaisessa järjestelmässä ei täyttynyt enää Oatesin (1999) tehokkuusvaatimus. Tämä tekee rajakustannussignaalista heikon, mikä vähentää kannustimia resurssien säästävään käyttöön.

3.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus astui voimaan vuonna 2023. Uudistus oli laaja hallinnollinen ja rakenteellinen muutos, jolla pyrittiin ratkaisemaan kuntien haasteita palvelun tarjonnassa. Uudistuksen myötä kuntien järjestämisvastuu siirtyi 21 hyvinvointialueelle. Sosiaali- ja terveystalouden yhdistäminen yhden hallinnollisen ja toiminnallisen järjestäjän alle nähtiin keskeisenä keinona parantaa palvelujen jatkuvuutta, tehokkuutta ja saavutettavuutta erityisesti monipalveluasiakkaiden kohdalla (Keskimäki 2022).

Integroimalla järjestelmää pyrittiin poistamaan aiemman järjestelmän hajautumista, jossa perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido ja sosiaalipalvelut toimivat erillään toisistaan. Tämä palvelujen yhteensovittaminen ei perustu pelkästään organisatorisiin muutoksiin, vaan vaatii myös rakenteita, jotka mahdollistavat tiedon jakamisen, yhteiset toimintamallit ja yhtenäiset tavoitteet (Tynkkynen ym. 2025).

Uudistus synnytti uuden valtasuhteen valtion ja hyvinvointialueiden välillä: hyvinvointivaltioilla on hallinnollinen itsehallinto, mutta ne eivät ole taloudellisesti itsenäisiä. Uudistuksen myötä hyvinvointialueet eivät enää keränneet itse rahoitusta verojen avulla. Asetelma loi uudenlaisen jännitteen ohjauksen ja vastuun välille, sekä asetti vaatimuksia rahoitusmallien, mittariston ja ohjausmekanismien kehittämiseksi. Institutionaalisesti kyseessä on siirtymä hajautetusta, kuntalähtöisestä mallista

kohti keskitetympää ja mahdollisesti tehokkaampaa järjestelmää, jossa kansallinen ohjaus ja dataohjautuvuus ovat entistä keskeisemmässä roolissa (Tynkkynen ym. 2025).

Kuntapohjainen malli noudatti hajautettua päätöksentekoa (eng. decentralized governance), jonka etu liittyy mahdollisuuteen parempaan paikallisten preferenssien huomiointiin. Samalla se aiheutti kuitenkin merkittäviä koordinaatio- ja tehokkuusongelmia, erityisesti skaalaetuja vaativissa palveluissa kuten erikoissairaanhoidossa (Tynkkynen ym. 2025).

Sote-uudistuksen rahoitusmalli ei perustu vahvoihin taloudellisiin kannustimiin, vaan jakaa resursseja keskitetysti. Arrowin (1963) mukaan informaatioepäsymmetrian takia maksaja ei kykene täydellisesti arvioimaan palveluiden tarvetta ja vaikuttavuutta. Informaatioepäsymmetrian takia valtiomallin on tällaisessa ympäristössä altis tehottomuudelle, koska paikallinen tieto tarpeista ja vaikuttavuudesta ei välity täsmällisesti rahoituspäätöksiin.

3.3 Monikanavainen rahoitus ja kustannusten siirtyminen

Suomen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä on pitkään ollut rakenteellisesti monikanavainen ja hajautettu kansainvälisessä vertailussa. Rahoitus oli jakautunut ennen sote-uudistusta usean eri toimijan kesken: valtio, kunnat, Kansaneläkelaitos (Kela), työnantajat sekä kotitaloudet osallistuvat palveluiden kustannuksiin ilman selkeästi koordinoitua kustannusvastuuta tai yhtenäistä maksajatahoa. Tämä loi järjestelmän, jossa taloudelliset kannustimet hajautuivat ja kokonaistehokkuus vaarantui (Tynkkynen ym. 2025).

Tynkkynen ym. (2025) mukaan monikanavaista järjestelmää alettiin purkamaan sote-uudistuksen myötä, kun vastuu sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä siirtyi kunnilta hyvinvointialueille. Alueiden rahoitusvastuu siirtyi pääasiassa valtiolle, jossa rahoitus perustuu laskennallisiin piirteisiin, kuten väestön palvelutarpeeseen, ikärakenteeseen ja alueellisiin tekijöihin. Hyvinvointialueiden toiminnan alkuvaiheissa ohjauksessa on hyvinvointialueiden suuntaan korostunut työnjaon epäselvyydet ja ristiriitainen ohjaus eri ministeriöiden toimesta (ks. Paatela & Tynkkynen 2024).

Hyvinvointialueiden haasteeksi on viime vuosina muodostunut valtion jälkikäteistarkastusmekanismi, jossa tarkastellaan kahden vuoden viiveellä rahoituksen ja toteutuneen palveluiden tarjonnan suhdetta. Mekanismi oli osa sote-uudistusta ja sen tarkoitus on hillitä kustannusten nousua ilman, että se poistaisi sopeuttamistarpeita. Sen avulla pyritään tasapainottamaan budjettikuria, sekä kustannuspaineiden hallintaa, mutta ongelmana ovat heikot kannustimet tehokkuuteen. Syy ongelmaan piilee mekanismeissa, sillä se luo toimijoille odotuksen siitä, että valtio korvaa alijäämät jälkikäteen (Tynkkynen ym. 2025).

Mekanismi luo tällä hetkellä kannustimen palvelutarpeen ylikorostamiseen, sillä organisaatioilla on taloudellisia perusteita osoittaa kustannuspaineita valtiolle, mutta niillä ei ole vastaavaa hyötyä säästöjen tuottamisesta. Järjestelmästä puuttuu tällä hetkellä kannustinta tehokkuuteen, eikä se tue investointeja ennaltaehkäisevillä toimilla (OECD ja European Observatory on Health Systems and Policies 2023). Rahoituspohjan toimintamallin onkin nostettu yhdeksi järjestelmän ongelmista. Hänen mielestä järjestelmä ei tällä hetkellä kannusta palveluiden tehostamiseen, vaan pikemminkin turhaan menojen kasvuun (Kortelainen, 2021).

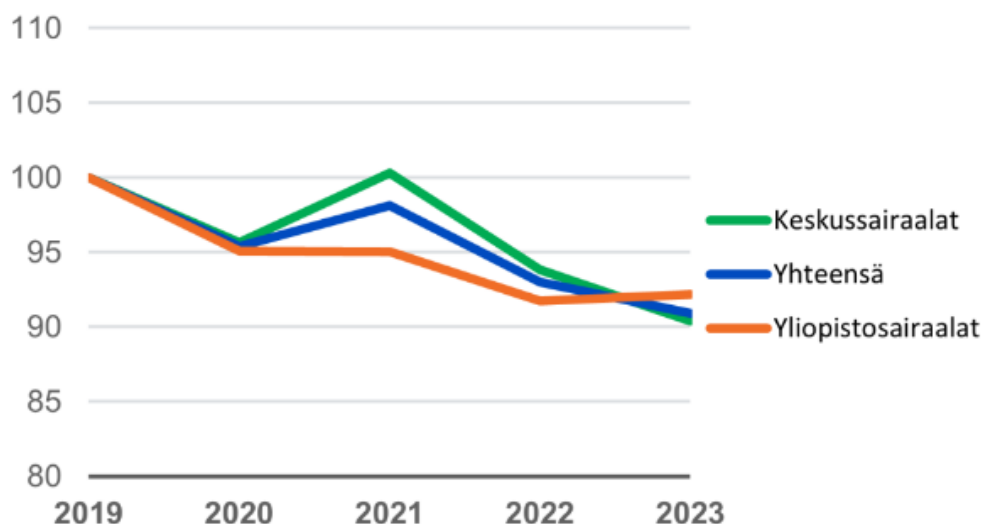
Vaikka sote-uudistuksen tavoitteena oli monikanavaisuuden ongelmien ratkaiseminen, uusi yksikanavainen malli ei ole ongelmaton. Heikkojen kannustimien lisäksi hyvinvointialueiden olematon budjettivalta ja tiukkaan rahoitus ovat pakottaneet hyvinvointialueita tekemään voimakkaita sopeutustoimia uudistuksen alusta alkaen. Tämänhetkisessä järjestelmässä ei ole myöskään selkeitä kannustimia väestön terveyden kehittämiseksi. Tämä voi pitkällä aikavälillä muuttua ongelmalliseksi järjestelmän kustannusvaikuttavuuden kannalta (Tynkkynen ym. 2025).

Monikanavainen rahoitus ei ole myöskään täysin kadonnut Suomesta, sillä nykyinen työterveydenhuolto on järjestetty monikanavaisella rahoituksella. Työterveydenhuolto kattaa noin 82 % työvoimasta ja toimii monelle ensisijaisena hoitokanavana. Palvelut työterveydenhuollossa tuotetaan pääosin yksityisen sektorin toimesta, mutta sitä rahoitetaan julkisin varoin Kelan korvausjärjestelmän kautta (Takala ym. 2018). Vaikka järjestelmän tavoitteena on edistää ennaltaehkäisyä, Vähätalo ym. (2022) osoittavat, että alle puolet työterveysyksiköistä kykenee toteuttamaan tätä tavoitetta käytännössä. Kannustinten heikkous voi ilmetä myös tilanteissa, joissa työterveyshuolto ohjaa potilaita julkiseen erikoissairaanhoidon välttääkseen omat hoitokustannukset.

Monikanavainen rahoitus vaikuttaa haitallisesti myös järjestelmän koordinaatioon ja integraatioon. Potilaat voivat kulkea useiden rahoituskanavien välillä ilman, että mikään taho kantaa täyttä kokonaisvastuuta hoitopoluista tai kustannuksista. Rahoituksen sirpaloituminen on yksi keskeisimmistä syistä, miksi suomalainen terveydenhuolto kohtaa haasteita järjestelmän ohjattavuudessa ja resurssien kohdentamisessa (OECD ja European Observatory on Health Systems and Policies 2023). Rahoituksen sirpaleisuus voidaan nähdä tilanteessa, jossa informaatioepäsymmetria ja budjettivastuun vaje yhdistyvät. Potilaat eivät välttämättä osaa arvioida hoidon vaikuttavuutta tai kustannustehokkuutta, jolloin järjestelmässä saatetaan tuottaa liikaa tai liian vähän palveluita.

Monikanavaisen rahoituksen ongelmassa ilmenee teoreettisessa viitekehyksessä esitettyjä haasteita, kuten markkinapuutteita, pehmeää budjettirajoitetta, yhteisresurssien ongelmaa, sekä kannustinvääristymiä.

3.4 Fiskaalinen federalismi ja budjettivastuun haasteet



Kuvio 2. Sairaalaryhmien tuottavuuden kehitys vuosina 2019–2023; indeksi 2019 = 100.

Kuvio 1 Sairaalaryhmien tuottavuuden kehitys, Lähde THL Sairaaloiden tuottavuus 2023, Tuukkanen 2024

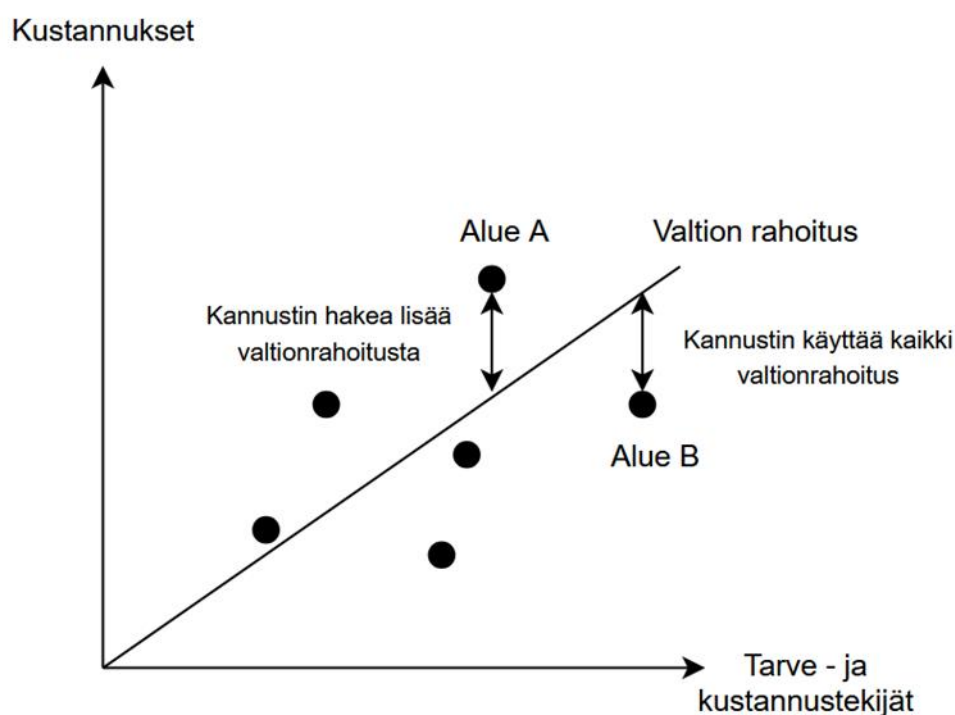
Suomen hyvinvointialueuudistuksen rahoitusmalli sisältää rakenteellisia jännitteitä, jotka voivat heikentää julkistalouden pitkän aikavälin vakautta. Tuottavuusraportin mukaan sairaaloiden kokonaistuottavuus onkin laskenut vuonna 2023 keskimäärin 2,7 % (Tuukkanen 2024, 6). Tämä herättää kysymyksen siitä, ohjaako nykyinen rahoitusmalli alueita tehokkuuteen.

Tuottavuusraportissa todetaan haasteita aiheuttaneen koronapandemian ja siihen ohjatut avustukset, henkilöstön saatavuushaasteet ja ongelmat potilaiden jatkohoitopaikkojen siirtäminen. Lisäksi vuokratyövoiman ja ostopalvelujen lisääntyminen, sekä niiden hinnankorotukset ovat luoneet lisää tehottomuutta järjestelmään (Tuukkanen 2024, 4).

Vaikka ulkoiset tekijät selittävätkin tuottavuuden laskua, havainto tukee myös Kornain (1980) teoriaa pehmeästä budjettirajoitteesta, jonka mukaan hyvinvointialueet voivat toimia ilman välitöntä taloudellista vastuuta tehokkuudesta, koska alijäämät katetaan jälkikäteisrahoituksella. Myös Oatesin (1999) teoria heijastuu tehokkuuden laskussa, sillä hänen mukaansa kustannusten ulkoistaminen heikentää kannustimia valvoa kustannuksia, tehostaa toimintaa ja tehdä investointeja tuottavuuteen.

Havaintoa vahvistaa Kortelainen ja LaPointe (2019) tutkimuksellaan, jossa he perustelevat pehmeän budjettirajoitteen ongelman syntyvän tilanteissa, joissa paikallis- tai aluetason hallinnoille siirretään merkittävä palveluvastuu ilman vastaavaa verotuksellista autonomiaa. Tällöin alueilla ei ole riittäviä taloudellisia kannustimia resurssien tehokkaaseen käyttöön, sillä ne voivat perustellusti olettaa keskushallinnon puuttuvan tilanteeseen talousvaikeuksien uhatessa.

Suomen mallissa tämä riski korostuu, koska hyvinvointialueet ovat riippuvaisia valtion rahoituksesta, mutta niiden vastuulla on kustannuksiltaan ja poliittisesti herkkiä palveluita, kuten sosiaali- ja terveydenhuolto. Kortelainen ja LaPointe (2019) myös huomauttavat, että keskushallinnon mahdollisuus kieltäytyä alueiden tukemisesta on rajallinen, mikä heikentää sen kykyä ylläpitää uskottavaa budjettikuria.



Kuvio 2 pehmeä budjettirajoite, Kortelainen ym. (2021) hahmottelee alkuperäistä kuvaa pehmeästä budjettirajoitteesta

Kuvio 1 perustuu Kortelaisen ym. (2021) esille tuomiin haasteisiin hyvinvointialueiden rahoituksessa. Ongelmaa havainnollistaa hyvinvointialueet A ja B, joiden rahoitukset eivät ole kohdennettu optimaalisesti. Alueen A rahoitus on puutteellista tarpeeseen nähden, jolloin luonnollisesti alueelle syntyy kannustin hakea lisärahoitusta. Tämän lisärahoituksen alue A saa valtionrahoituksen jälkitarpeessa luoden valtiolle uusia menoeriä hyvinvointialueiden jälkirahoituksessa. Samaan aikaan alue B saa rahoitusta yli tarpeidensa, mutta alueella ei ole minkäänlaista kannustinta jättää rahoitusta käyttämättä ja vähentää täten hyvinvointialueen kustannuksia.

Tällainen asetelma yhdistettynä yhteisresurssien ongelmaan saattaa altistaa järjestelmän menojen kasvulle, tehokkuuspaineiden laimenemiselle ja lopulta fiskaalisen kestävyuden heikkenemiselle. Rahoitusmallin suunnittelussa tulisi siis tunnistaa nämä rakenteelliset kannustinongelmat ja harkita alueellista verotusoikeutta, sekä konkreettisia kannustimia, jotka ohjaisivat hyvinvointialueita tehokkuuteen.

3.5 Suomen valinnanvapauslakiuudistus

Suomessa potilaat ovat 2014 lähtien pystyneet myös valitsemaan terveysaseman ja erikoissairaanhoidon hoitopaikan, jossa heitä hoidetaan. Tämän tehdäkseen potilas tarvitsee lääkärin kirjoittaman lähetteen. Suomessa ja Ruotsissa on pyritty tuomaan uudistuksen myötä potilasta aktiivisempaan rooliin terveydenhuollossa, sekä oman terveyden hoidossa. Lisäksi suomessa on esitetty palvelusetelijärjestelmä, jonka avulla potilas voi hakea terveystalvuita myös yksityisiltä tuottajilta (Tuorila 2015).

Kortelainen ym. (2023) toteuttivat tutkimuksen hyödyntäen kvasikokeellista asetelmaa, jossa luonnollinen ero valinnanvapauden laajuudessa syntyi alueellisen uudistuksen seurauksena. Ennen uudistusta potilaat ohjattiin lähes aina lähimpään sairaalaan oman sairaanhoitopiirinsä sisällä, mutta uudistuksen jälkeen potilaat saivat vapaasti valita sairaalan uudistusta koskeneelta alueelta. Tämä asetti alueen sairaalat keskinäiseen kilpailuun ei-hintaperusteisilla ulottuvuuksilla, kuten hoidon laadulla ja saatavuudella, sillä hinnat olivat edelleen hallinnollisesti määrättyjä. Uudistuksen ulkopuoliset alueet toimivat tutkimuksessa verrokkeina.

Alla oleva taulukko havainnollistaa tutkimuksen päätuloksia opetussairaaloiden osalta. Tarkastellut muuttujat ovat leikkausmäärät per sairaala per vuosineljännes, sekä markkinoiden keskittymisindeksi (HHI). Tutkijat käyttivät erojenero-menetelmää (eng. difference-in-differences, DID), joka mahdollistaa syy-seuraussuhteiden arvioinnin tilanteissa, joissa kokeellista asetelmaa ei voida toteuttaa. Laajaa sairaaloiden hoitajaksoihin perustuvaa rekisteriaineistoa käytettiin arvioidakseen johtaako lisääntynyt valinnanvapaus potilaiden uudelleenohjautumiseen suurempiin ja paremmin resursoituihin sairaaloihin, sekä miten tämä vaikuttaa sairaaloiden markkinarakenteeseen ja suorituskykyyn (Kortelainen ym. 2023).

Table 6: Effects of the Reform on Hospital Volumes and Market Structure

| | Hospital volume ^a | | Actual HHI ^b | |
|--|------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| | DiD (1) | Heterogeneity (2) | DiD (3) | Heterogeneity (4) |
| <i>Panel A. Hip replacement surgeries</i> | | | | |
| Treated _h × Post _t | 4.745 (3.053) | 0.084 (2.078) | -0.016 (0.026) | -0.038 (0.028) |
| Treated _h × Post _t × Teaching _h | | 22.269*** (6.703) | | 0.114** (0.050) |
| mean(<i>y_{imht}</i> Post _t = 0) | 35.021 | 35.021 | 0.883 | 0.883 |
| N | 802 | 802 | 802 | 802 |
| <i>Panel B. Knee replacement surgeries</i> | | | | |
| Treated _h × Post _t | 12.414** (4.620) | 7.494*** (1.838) | -0.015 (0.034) | -0.032 (0.041) |
| Treated _h × Post _t × Teaching _h | | 22.860*** (5.709) | | 0.101* (0.056) |
| mean(<i>y_{imht}</i> Post _t = 0) | 40.640 | 40.640 | 0.899 | 0.899 |
| N | 810 | 810 | 810 | 810 |
| <i>Panel C. All musculoskeletal surgeries</i> | | | | |
| Treated _h × Post _t | 39.702** (18.244) | 24.110 (16.063) | -0.002 (0.010) | -0.008 (0.011) |
| Treated _h × Post _t × Teaching _h | | 104.107*** (34.634) | | 0.035* (0.019) |
| mean(<i>y_{imht}</i> Post _t = 0) | 462.267 | 462.267 | 0.766 | 0.766 |
| N | 896 | 896 | 896 | 896 |
| Hospital and time FEs | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Age & sex mix ^c | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Surgery types ^d | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

Notes: t-test level of significance: *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$. Includes hospital-quarter-level observations from Q1/2004 to Q4/2010. Standard errors clustered at the hospital level (N=29–32 depending on the sample).

^a Number of surgeries.

^b Observed market concentration measured on a 0–1 scale. See A1.9 for more information.

^c Shares of females, 18–29, 30–39, 40–49, 50–59, and 70–74-year-old patients of hospital's total patient volume. Baseline = share of 60–69-year-old male patients.

^d Incidence of different procedure codes among hospital's patients.

Taulukko 1 Valinnanvapausuudistuksen vaikutukset sairaalakohtaiseen toimenpidemäärään ja markkinarakenteeseen, lähde Kortelainen ym., 2023, VATT working papers 156

Tutkimustulokset osoittavat, että kilpailullinen valinnanvapaus voi tietyissä olosuhteissa lisätä sairaaloiden tuotantovolyymejä. Samalla kilpailun lisääntyminen näkyi markkinarakenteen hajautumisena, mikä vahvistaa käsitystä siitä, että uudistus vaikutti toimijarakenteeseen, ei pelkästään kysyntään. Kuitenkin vaikutukset eivät olleet yhtäläisiä kaikilla alueilla tai kaikissa sairaaloissa, mikä korostaa kilpailun kontekstisidonnaisuutta (Kortelainen ym. 2023). Tutkimustulos viittaa siihen, miten valinnanvapauden hyödyntäminen edellyttää riittävää tuottajakenttää ja selkeää ohjauslogiikkaa.

Hoidon valinnanvapaus toteutuu Suomessa ensisijaisesti julkisten palveluntuottajien välillä, eikä se ole uudistanut palvelutuotannon rakenteita. Koska rakenteet eivät ole muuttuneet, jää valinnanvapaus osittain passiiviseksi oikeudeksi. Käytännössä hyvinvointialueen asukas sijoitetaan automaattisesti terveyskeskuksen hoitopiiriin, eikä valinta ole potilaan aktiivinen velvollisuus. Jotta potilas

pystyisi hyödyntämään valinnanvapautta, tulisi hänellä olla tietoa ja usein taloudellisia resursseja (Tuorila 2015). Tämä synnyttää potilaiden välistä eriarvoisuutta järjestelmän sisällä.

Uudistuksen yhteydessä Suomessa esitettiin palvelusetelijärjestelmä, joka antoi entisille kunnille, nykyisille hyvinvointialueille mahdollisuuden käyttää yksityisiä palveluntarjoajia tuottajina. Palvelusetelin käyttö rajoittuu kuitenkin niihin palveluihin, joissa hyvinvointialue päättää ottaa palvelusetelin käyttöön. Täten kilpailu yksityisten ja julkisten palvelutuottajien välillä kohdistuu valittuihin palveluihin. Lisäksi yksityisen tuottajan tulee täyttää kriteerit, jolloin kilpailu rajoittuu vain hyväksytyjen tuottajien välille, sekä palveluissa joihin palveluseteliä voi käyttää (Tuorila 2015). Rajoitettu kilpailu heikentää valinnanvapauden mahdollisuuksia luoda innovaatioita ja parantaa palvelujen laatua.

Juha Sipilän hallituskauden aikana yritettiin laajentaa valinnanvapautta muuttamalla julkista järjestelmää perustavasti. Potilaat olisivat jatkossa listautuneet valitsemaansa sote-keskukseen, asiakasasetelit olisivat olleet pakollisia maakunnille ja paljon hoitoa tarvitsevat potilaat olisivat saaneet henkilökohtaisen budjetin (Valli-Lintu 2019). Uudistus olisi siirtänyt suuren osan perusterveydenhuollon palveluista yksityisten tuottajien kilpailulle, jolloin maakuntien rooli olisi muuttunut palvelujen järjestäjäksi ja valvojaksi.

Lopulta esitys kaatui perustuslaillisten ongelmien takia. Keskeinen ongelma uudistuksessa oli yhtiöittämisvelvollisuus, joka Perustuslakivaliokunnan mukaan ei turvannut palveluja riittävällä tavalla markkinapuutetilanteissa, vaarantaen siten sosiaalisten perusoikeuksien toteutumisen. (Valli-Lintu 2019.) Järjestelmän heikkoudeksi jäi edelleen se, miten tuottajien rahoitus ei seuraa potilaan valintoja. Tämä eliminoi kilpailun ja tekee valinnanvapaudesta enemmän muodollisen uudistuksen, kuin vaikuttavan asiakkaiden ohjausmekanismin.

4 Ruotsin terveydenhuolto vertailukohteena

4.1 Ruotsalaisen terveydenhuollon kehitys ja hallintorakenne

Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmä rakentuu vahvalle alueelliselle itsehallinnolle, jossa 20 aluehallintoa vastaa sekä palvelujen järjestämisestä, että rahoituksesta. Rahoituksen ja tuotannon yhdistäminen saman instituution alaisuuteen luo selkeämmän vastuunjaon kuin Suomessa, jossa rahoitusvastuu on valtiolla ja tuotantovastuu hyvinvointialueilla. Ruotsissa valtaosa palveluista tuotetaan julkisessa sektorin kautta ja vuonna 2020 julkisen sektorin osuus oli 83 prosenttia kaikista terveydenhuoltopalveluista (Janlöv ym. 2023). Yhdistetty rahoitus- ja tuotantovastuu muodostaa tiukemman budjettirajoitteen, koska sama toimija kantaa täyden vastuun valinnoistaan.

Alueet rahoittavat toimintaansa omalla tuloverollaan, jota valtio täydentää valtionosuuksilla. Tämä malli vähentää kustannusten siirtämisen mahdollisuuksia. Alueiden erilaiset verotulopohjat synnyttävät eroja palvelutasoon, mikä edellyttää tasauksen mekanismeja turvaamaan yhdenvertaisuutta. Tämän takia Ruotsin järjestelmässä on läsnä jännite tehokkuuden ja tasa-arvon välillä, sillä paikallinen autonominen rahoitus lisää tehokkuuspaineita, mutta se voi samalla heikentää yhdenvertaista palvelutasoa eri alueiden välillä (Janlöv ym. 2023).

Ruotsissa itsehallinnolliset maakäräjät vastaavat palvelujen järjestämisestä ja niiden rahoittamisesta paikallisella verotusoikeudella. Tämä luo Oatesin (1999) mukaisen hajauttamisen tehokkuusedellytyksen: alueellinen päätöksenteko yhdistyy suoraan kustannusvastuuseen. Toisin kuin Suomessa, Ruotsissa paikallishallinto kohtaa rahoituspäätöksensä seuraukset, mikä vahvistaa taloudellista tilivelvollisuutta ja ohjaa resurssien käyttöä tehokkuus- ja vaikuttavuusperusteisesti. Ruotsin maakäräjien järjestelmässä verotusoikeus mahdollistaa paikallisen sopeutumisen taloudellisiin olosuhteisiin ja vahvistaa tilivelvollisuutta. Mallissa yhdistetään päätösvalta ja rahoitusvastuu niin, että se tukee sekä Oatesin (1999) hajauttamisteoriaa, että ehkäisee pehmeän budjettirajoitteen syntymistä.

4.2 Rahoitusmallit ja kannustinmekanismit

1990-luvulta alkaen Ruotsi on ottanut käyttöön uusia julkisjohtamisen oppeja (eng. new public management, NPM) uudistuksia, joilla on pyritty lisäämään tehokkuutta, läpinäkyvyyttä ja kilpailullisuutta julkisen järjestelmän sisällä (Saltman & Von Otter 1987; Einhorn 2012). Keskeisiä muutoksia ovat olleet ostaja–tuottajamallin käyttöönotto, suoriteperusteinen korvausjärjestelmä, sekä potilasvalinnan laajentaminen.

Ostaja–tuottajamallissa alue toimii palvelujen tilaajana ja ostaa tuotantoa joko omilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Järjestely on pyritty jäljittelemään markkinoiden tuottamia kannustimia ilman, että terveydenhuollon markkinat yksityistettäisiin. Tavoitteena ostaja-tuottajamallin käyttöönotossa oli selkeyttää poliittisen ohjauksen ja palvelutuotannon välistä roolijakoa siten, että poliittiset päätöksentekijät keskittyisivät väestön palvelutarpeiden määrittelyyn, kun taas palveluntuottajat vastaisivat toiminnan toteutuksesta ja saisivat korvauksen suoriutumisensa perusteella (Einhorn 2012, 23–24).

Einhornin (2012) mukaan mallia sovellettiin Ruotsissa monin tavoin. Tilaajaorganisaatiot vaihtelivat maakunnittain ja myös niiden sisällä vaihdellen keskitetyn maakuntatason ostajasta alueellisiin ja paikallisiin ratkaisuihin (ks. Harrison & Calltorp 2000). Vuoteen 1994 mennessä yli puolet Ruotsin maakäräjistä oli ottanut käyttöön jonkinlaisen ostaja–tuottajamallin, jota seurasi lyhentyneet hoitojonot, sekä parantuva sairaaloiden tuottavuus. Einhornin (2012) mukaan uudistuksen myötä ei haivaittu kielteisiä vaikutuksia hoidon laatuun (ks. Hanning 1996; Bergman 1997).

Näitä uudistuksia pyrittiin vahvistamaan DRG- ja suoriteperusteisilla korvausjärjestelmillä siirtämällä taloudellista riskiä palveluntuottajalle. Korvausjärjestelmillä pyrittiin luoda painetta toiminnan ja resurssien käytön tehostamiseen (Einhorn 2012). Einhornin (2012) mukaan myöhemmin kuitenkin selvisi, että ostajan ja tuottajan välinen ero jäi usein heikoksi, jolloin mallin kyvyn synnyttää aitoa kilpailua ja sitovia kannustimia palveluntuottajille rajoittui (ks. Harrison & Calltorp 2000).

Ruotsin mallissa ilmenee kovempi budjettirajoite, koska maakunnilla on oma verotusoikeus ja vastuu palvelutuotannosta. Tämä yhtenäistää rahoituksen ja vastuun Oatesin (1999) teorian mukaisesti. On kuitenkin huomattava, että vaikka valtio tasaakin tuloja, voivat resurssit vaihdella alueittain vaihtelevien veropohjien takia. Myös yksityisten tuottajien käyttö saattaa altistaa haasteille palveluntuottajien koordinoinnin välille.

4.3 Ruotsin valinnanvapauslaki (LOV-laki)

Valinnanvapausjärjestelmä Ruotsissa perustuu tavoitteeseen vahvistaa potilaan mahdollisuutta valita oma terveydenhuollon tuottajansa. Ruotsissa sädettiin 2008 palvelualoite (Lag om valfrithets-system, LOV), joka loi kehyksen valinnanvapauden käyttöönotolle julkisilla palvelusektoreilla. LOV-lain ytimessä on ajatus avoimesta markkinoille pääsystä, jossa kaikki toimijat kriteerit täytettyään hyväksytään tuottajiksi ilman erillistä kilpailutusta (Janlöv ym. 2023).

Vuonna 2010 valinnanvapaus laajennettiin kaikkiin perusterveydenhuollon palveluihin. Uudistuksen myötä aluehallinnoille asetettiin velvollisuus tarjota potilaille mahdollisuus valita

terveyskeskus, sekä sallia yksityisten palveluntuottajien vapaa sijoittuminen alueelle. Uudistus muutti perusterveydenhuollon ohjausjärjestelmän markkinalähtöiseksi, sillä terveydenhuollon rahoitus siirtyi kapitaatiomalliin ja potilaiden valinnat palveluntuottajien välillä heijastelivat suoraan tuottajien tuloihin (Janlöv ym. 2023).

Valinnanvapautta vahvistettiin vuonna 2015 lailla, jonka myötä uudistus säädettiin koskemaan myös avosairaanhoidon erikoispalveluja koko Ruotsin laajuisesti. Laki velvoitti palveluntuottajia priorisoimaan eri alueilta tulevia potilaita yhdenvertaisin perustein. Uudistuksen myötä yksityisten toimijoiden markkinaosuus kasvoi, palveluntuotanto monipuolistui ja syntyi kokonaan uusi palvelumuoto: yksityiset digitaaliset terveysasemat (Janlöv ym. 2023).

Uudistus loi selkeän ohjausmekanismin, jonka myötä terveydenhuoltoon syntyi kilpailullinen asetelma. Ruotsalaisen valinnanvapaus perustuukin ajatukseen, että raha seuraa potilasta ja siksi tuottajien kannustimien on pakko olla linjassa asiakkaiden valintojen ja palvelujen laadun kehittämisen kanssa.

Valinnanvapauslain myötä syntyi myös ongelmia: toteutusvaiheessa ilmennyt kehitys osoitti, että uudistuksella oli ei-toivottuja vaikutuksia erityisesti yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan uudet terveyskeskukset sijoittuivat pääosin vauraampiin ja kaupunkimaisempiin alueisiin, jolloin palveluiden alueellinen tasa-arvo heikkeni (Burström ym. 2017).

Rahoituksen seurattessa potilasta siirtyi myös resurssien jakautuminen enemmän kysynnän perusteella tapahtuvaksi, jolloin palveluntarjoajat ohjautuivat palvelemaan enemmän asiakkaita, joilla oli matalampi hoidon tarve, mutta suurempi taipumus käyttää palveluita, sekä taipumus hyödyntää palveluita tiheämmin. Tämä johti siihen, että vaikeampaa ja pitkäaikaista hoitoa tarvitsevat potilaat saattoivat jäädä vähemmälle huomiolle (Burström ym. 2017, 6-7).

Uudistuksen yhteydessä tapahtuneet muutokset korvausjärjestelmissä, kuten esimerkiksi siirtyminen enenevässä määrin käyntimääräperusteiseen maksamiseen, lisäsivät painetta tuottaa mahdollisimman paljon lyhyitä vastaanottoaikoja. Tämä painotti määrää laadun sijaan ja heikensi terveydenedistämisen ja ennaltaehkäisevän työn asemaa perusterveydenhuollossa (Burström ym. 2017).

Valinnanvapauslain vaikutuksen tutkimustulos viittaa siihen, ettei valinnanvapauslaki itsessään johda parempaan hoidon saatavuuteen tai tasa-arvoon. Burströmin ym. (2017) tulokset viittaavat siihen, että tarveperustainen resurssien kohdentaminen ja erilliset rakenteet vaativampien potilaiden hoitamiseksi ovat olennaisia, jotta lain positiiviset vaikutukset jakautuisivat tasaisesti kansalaisille.

Valinnanvapauden lakisääteinen tehtävä on kuitenkin tarjota hoitoa tasa-arvoisesti hoidon tarpeen perusteella.

Ruotsin uudistuksissa on nähtävissä Le Grandin (2003) poistumismekanismi, jossa potilaan mahdollisuus vaihtaa tuottajaa toimii tärkeänä valvontamekanismina, sillä potilaan mahdollisuus valita tuottajien välillä synnyttää kilpailua. Rahoitus siis seuraa potilasta, jolloin yksityiset ja julkiset tuottajat kilpailevat samoilla ehdoilla.

4.4 Vertailua Suomen ja Ruotsin välillä

4.4.1 valinnanvapausjärjestelmä

Suomen ja Ruotsin valinnanvapausjärjestelmät perustuvat erilaiseen logiikkaan kannustimien, markkinamekanismien ja rahoitusrakenteiden osalta. Ruotsissa valinnanvapaus toimii markkinaehtoisesti, koska tuottajien rahoitus riippuu suoraan potilaiden valinnoista kapitaatiokorvauksen kautta (Janlöv ym. 2023). Malli heijastaa Arrowin (1963) esittämää näkemystä siitä, että terveydenhuollon markkinapuutteita voidaan lieventää kilpailun ja valinnan avulla, mikäli järjestelmä tuottaa tuottajille kannustimia kilpailla laadulla ja palvelun saatavuudella.

Suomen järjestelmässä valinnanvapaus ei sisällä vastaavaa kannustinjärjestelmää. Julkiset tuottajat saavat rahoituksensa hallinnollisin budjettipäätöksin riippumatta siitä, miten potilaat valitsevat palvelunsa, eikä rahoitus seuraa potilasta samalla tavalla kuin Ruotsissa. Tämä tuottaa Kornain (1979) kuvaaman pehmeän budjettirajoitteen, jossa tuotantoyksiköillä ei ole taloudellista riskiä menettää asiakkaita tai tuloja, heikentäen kannustimia kehittää toiminnan laatua ja tehokkuutta.

Ruotsin korvausmalli sitoo tuottajan taloudelliset resurssit palvelun kysyntään ja asiakkaiden valintoihin. Malli kuitenkin sisältää riskin valikoitumisharhasta, sillä tuottajilla voi olla kannustin keskittyä vähemmän hoitoa tarvitseviin potilaisiin. Riskiä kuitenkin pyritään vähentämään riskipainotteisella korvauksella (Janlöv ym. 2023). Suomessa tätä kilpailullista dynamiikkaa ei synny, koska palvelusetelijärjestelmä on rajallinen, eikä se kata kaikkia terveydenhuollon tuottamia palveluita (Tuorila 2015).

Valinnanvapauden vaikutuksia järjestelmätasolla voidaan tarkastella myös tehokkuus- ja saatavuusmittareiden kautta. Ruotsissa kilpailun lisääntyminen on lisännyt palvelujen saatavuutta, erityisesti kaupunkialueilla, ja synnyttänyt uusia palveluinnovaatioita, kuten laajamittaisen digitaalisen avoterveydenhuollon (Janlöv ym. 2023, 165-168). Suomessa taas valinnanvapauden vaikutus palvelujen

saatavuuteen on ollut rajallinen, sillä järjestelmä ei ohjaa resurssien allokointia potilasvalintojen perusteella (Tuorila 2015).

Yhdenvertaisuuden näkökulmasta järjestelmät poikkeavat myös toisistaan. Ruotsissa valinnanvapaus on toteutettu ilman potilaalle koituvia lisäkustannuksia, ja kotialue on velvollinen korvaamaan hoidon riippumatta siitä, missä päin maata se annetaan (Janlöv ym. 2023). Suomessa taas matkakustannusten korvausjärjestelmä rajoittaa valinnanvapauden käyttöä, jolloin valinnanvapaus on sidoksissa potilaan taloudellisiin resursseihin ja osaamiseen käyttäen järjestelmää optimaalisesti (Tuorila 2015).

Kokonaisuutena Suomen valinnanvapausjärjestelmä on jäänyt hallinnolliseksi ja muodolliseksi, kun taas Ruotsissa se on rakenteellinen ja markkinalähtöinen ohjausjärjestelmä, joka tuottaa tuottajille selkeät kannustimet parantaa laatua, saatavuutta ja tehokkuutta.

4.4.2 institutionaalinen ja rahoitusjärjestelmällinen ero

Fiskaalisen federalismin teorian mukaan tehokas julkinen palvelujärjestelmä vaatii institutionaalisen rakenteen, jossa päätösvalta, rahoitusvastuu ja kannustimet ovat linjassa. Kun järjestäjä ei itse kannata taloudellista vastuuta, syntyy tilanne, jossa resurssien käyttöä ei ohjaa tehokkuus vaan poliittiset tai hallinnolliset tavoitteet. Tämä altistaa järjestelmän pehmeän budjettirajoitteen ongelmalle (Kortelainen ja Lapointe 2019; Kornai 1980).

Suomen hyvinvointialueuudistuksen jälkeen sosiaali- ja terveystalouden rahoitusvastuu siirtyi valtiolle, mutta alueelliset hyvinvointialueet vastasivat järjestämisestä itse. Alueet eivät enää voi kerätä verotuloja, eivätkä ne saa suoraa rahoitusta palvelujen määrän tai vaikuttavuuden perusteella. Tämä rahoitusmalli muistuttaa pehmeän budjettirajoitteen tilannetta: alueet eivät ole motivoituneita säästämään tai tehostamaan toimintaansa, koska valtion odotetaan korvaavan mahdolliset alijäämät (Kortelainen ja Lapointe 2019).

Ruotsissa maakäräjillä on verotusoikeus, ja ne rahoittavat suuren osan toiminnastaan itse. Tämä synnyttää kovemman budjettirajoitteen, koska poliittinen ja taloudellinen vastuu ovat samassa elimessä. Maakäräjät joutuvat perustelemaan palvelutason ja kustannukset suoraan alueen veronmaksajille luoden tehokkuuspaineita. Lisäksi Ruotsissa potilasvalinta ja yksityisten tuottajien käyttö ovat merkittävässä roolissa, mikä luo markkinamekanismeja julkiseen järjestelmään (Janlöv ym. 2023).

Suomessa potilasvalinnan laajentamista ovat tutkineet Kortelainen ym. (2023). He tutkivat erikoissairaanhoidon vuosina 2007–2011. Tutkimuslöydökset osoittivat alueellisen potilasvalintauudistuksen johtavan huomattaviin muutoksiin potilaiden hakeutumisessa hoitoon ja resurssien kohdentumisessa sairaaloiden välillä. Potilaat olivat alkaneet tiheämmin hakeutumaan oman sairaanhoitopiirin ulkopuolelle hoidettavaksi, erityisesti yliopistosairaaloihin, mikä johti potilasmäärien uudelleenjakautumiseen ja markkinarakenteen keskittymiseen.

Samaan aikaan odotusajat lyhenivät uudistuksen piiriin kuuluneissa sairaaloissa, eivätkä tutkijat havainneet kielteisiä vaikutuksia hoidon laadussa tai kustannuksissa. Tutkimuksen tulokset viittaavat potilasvalinnan lisäämisen mahdollisesti parantavan resurssien käyttöä ja palveluiden saatavuuden parantamista julkisen terveydenhuollon piirissä (Kortelainen ym. 2023). Suomessa potilasvalintaan perustuvat kilpailun piirteet ovat kuitenkin vielä rajattuja. Budjettivastuu on pysynyt hyvinvointialueilla, eikä potilasvalinta ole muodostunut niin olennaiseksi osaksi institutionaalista rakennetta, kuin Ruotsissa.

| Järjestelmän ominaisuus | Suomi | Ruotsi | Kannustinvaikutus |
|------------------------------------|--|--|--|
| Rahoitusvastuu | Valtio | Valtio ja kuntien verotusoikeus | Ruotsissa kovempi budjettirajoite, tehostaen toimintaa |
| Tuotannon vastuu | Hyvinvointialueet | Maakäräjät | Vastuut alueilla, Ruotsissa taloudellisesti itsenäisempiä |
| Valinnanvapaus | Rajoitettu tiettyihin palveluihin | Vahva rooli, integroitu useampiin palveluihin, kuin Suomessa | Ruotsissa enemmän kilpailua palveluntuottajien välillä |
| Kustannusten sisäistäminen | Kustannusten ylittäessä budjetin valtio vastaa | Palveluntuottajat vastaavat kustannuksista | Ruotsissa rahoituksesta vastaavat alueet, jolloin kustannusvastuu on selkeämmin alueilla |
| Hoitoon pääsyn tasارvoisuus | Aluellista vaihtelua on ollut, yleisesti hyvällä tasolla | Hyvällä tasolla, mutta valinnanvapaus on saattanut luoda eriarvoisuutta alueiden välillä | Ruotsissa korkeampi riski potilaiden valikoitumiselle |

Taulukko 2 Suomen ja Ruotsin instituonaaliset erot

Taulukossa on koottuna Suomen ja Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmien rakenteellisia ja ohjauksellisia piirteitä, sekä piirteiden mahdollisia vaikutuksia kannustimiin. Taulukko pohjautuu tutkielmassa käytettyihin teoreettisiin malleihin sekä maiden järjestelmäkohtaisiin eroihin.

Kokonaisuutena Ruotsissa on onnistuttu toteuttamaan fiskaalisen federalismin käytäntöjä paremmin. Naapurimaassa on yhdistetty paikallinen päätäntävalta, taloudellinen vastuu ja kilpailua luovat mekanismit. Suomen järjestelmässä vastuu ja rahoitus ovat vielä eriytetyt. Institutionaalinen ero näiden kahden maan välillä selittää osittain sitä, miksi tehokkuuseroja ilmenee maiden välillä ja miksi Suomen terveydenhuollon malli on alttiimpi pehmeälle budjettirajoitteelle.

On kuitenkin huomioitava, että Ruotsin järjestelmän tiukempi budjettivastuu voi parantaa tuottavuutta, mutta samaan aikaan se voi lisätä painetta säästöihin, vaikuttaen palveluiden laatuun ja saatavuuteen. Myös valinnanvapaus ja yksityinen tuotanto voivat johtaa tilanteisiin, joissa koordinaatio hoitopolkujen välillä heikkenee.

5 Johtopäätökset ja yhteenveto

Tutkielmassa analysoitiin Suomen julkisen terveydenhuollon institutionaalista kehitystä, sekä terveydenhuollon rahoitus- ja ohjausmekanismeja. Tutkimus nojautui vahvasti terveystaloustieteen kirjallisuuteen, sekä vertailevaan analyysiin. Tavoitteena oli arvioida tämänhetkisen järjestelmän kannustimia, sekä miten palveluntuotantoa voitaisiin kehittää. Teoreettisessa viitekehityksessä hyödynnettiin Arrowin (1963) markkinapuutteiden teoriaa, Kornain (1980) pehmeän budjettirajoitteen ongelmaa, Ellis & McGuiren (1986) korvausmalleja, Oatesin (1999) fiskaalisen federalismin teoriaa, sekä kilpailun tuottamia kannustimia. Näiden teorioiden avulla pyrittiin hahmottamaan luki-jalle julkisen terveydenhuollon markkinoiden toimintaympäristöä, sen sisäisiä haasteita, sekä arvioimaan rahoitus- ja ohjausmekanismien vaikutuksia palveluntuottajien käyttäytymiseen ja resurssien kohdentamiseen.

Arrowin (1963) näkemys julkisen sektorin tarpeellisuudesta terveydenhuollossa on pysynyt tähän päivään asti ajankohtaisena. Epäsymmetrisen informaation, ulkoisvaikutusten ja kysynnän satunnaisuuden voidaan nähdä oikeuttavan julkista interventiota markkinoilla. Tutkielmassa nostetaan kuitenkin esiin, ettei julkinen rahoitus itsessään johda tehokkuuteen, elleivät kannustinjärjestelmät tue ja ohjaa palveluntuottajien toimintaa. Kornain (1980) teoria pehmeästä budjettirajoitteesta selittää miksi julkiset organisaatiot voivat toimia tehottomasti. Oatesin (1999) fiskaalinen federalismi nostaa esille, miten kustannusten ja päätösvallan eriytyminen heikentää tehokkuutta varsinkin, jos toimijat eivät joudu kohtaamaan omien ratkaisujen taloudellisia seuraamuksia. Oatesin (1999) teoria ilmenee Suomessa hyvinvointialueiden ja valtion välisessä suhteessa, jossa alueet vastaavat palveluiden järjestämisestä, muttei itse kerää rahoitusta, jolloin budjettirajoitteen kovuus ja kustannustehokkuuden kannustimet heikkenevät.

Tutkielmassa hyödynnettiin Ruotsin terveydenhuollon institutionaalista mallia vertailukohteena. Naapurimaassamme alueellinen veropohja, kilpailua luovat elementit ja potilaan valinnanvapaus luovat Suomen järjestelmää vahvempia kannustimia toimijoille. Ruotsissa rahoitus seuraa potilasta, jolloin tuottajat joutuvat tehostamaan palveluitaan laadukkaammaksi ja tehokkaammaksi (Anell 2015). Suomessa potilassiirtymät eivät vaikuta samalla tavalla palveluntuottajien rahoitukseen. Kortelainen ym. (2023) osoittivat tutkimuksessaan, että valinnanvapauden lisääminen voi johtaa suurempiin ja tehokkaampiin sairaaloihin, mutta vain, jos institutionaaliset rakenteet tukevat tätä kehitystä. Tämä tarkoittaa sitä, ettei valinnanvapaus itsessään ratkaise ongelmia, ellei sen ympärille rakenneta kannustavaa rahoitusmallia.

Sote-uudistus teki Suomen julkisen terveydenhuollon rahoituksesta keskittyneempää, mutta uudistuksesta säilyi monikanavaisuuden piirteitä työterveydenhuollossa. Työterveydenhuoltoa järjestetään Suomessa enemmän yksityisellä puolella, mutta hoidettavat potilaat saattavat silti siirtyä julkisen terveydenhuollon piiriin ohjauksen myötä. Työterveydenhuolto ja Kelan korvausjärjestelmä ylläpitävät resurssiongelmaa, jossa yksityiset toimijat voivat siirtää kustannuksia julkiselle sektorille ilman taloudellista vastuuta (Vähätalo ym. 2022). Toisena olennaisena ongelman nousi esiin valtion rahoituksen tarkastusmekanismi, joka voi heikentää tehokkuuden kannustimia niin kauan kun palveluntuottajat voivat luottaa alijäämien kompensoimiseen (OECD ja European Observatory on Health Systems and Policies 2023).

Toiminnan tehostamiseksi tulisi Suomen harkita mahdollisia uudistuksia korvausmalleissa. Ellis & McGuire (1986) analyysi kuitenkin osoittaa, että sekä kustannuspohjaisilla, että prospektiivisillä järjestelmillä on omat haasteet. Kustannuspohjainen korvaus kannustaa ylituotantoon ja X-tehottoomuuteen, kun taas DRG-mallit voivat johtaa alitarjontaan ja potilasvalikointiin. Sekakorvausjärjestelmät näyttävät teoriassa tasapainoisempina, mutta niiden vaikuttavuus riippuu siitä, kuinka tiukasti ne sidotaan tuottajan taloudelliseen vastuuseen.

Havaintojen perusteella on syytä tarkastella rahoituksen kytkeytymistä vahvemmin terveydenhoidon vaikuttavuuteen, eikä pelkästään väestön ominaisuuksiin perustuvaan laskelmaan. Tämänhetkinen resurssienjako ei ohjaa organisaatioita keskittymään terveyshaittojen ennaltaehkäisyyn, eikä pitkäjänteiseen vaikuttavuuteen. Marginaalisen hyödyn tehokkuudesta tulisi vaikuttaa hyvinvointialueen toimintaan esimerkiksi rahallisilla kannustimilla. Myös rahoitusvastuuta tulisi siirtää osittain hyvinvointialueelle, jotta tehokkuus hyödyttäisi alueita konkreettisesti. Lisäksi rahoituksen tarkastusmekanismia tulisi soveltaa niin, etteivät alueet voi hyödyntää valtion kassavirtaa ilman seuraamuksia. Tällä hetkellä hyvinvointialueille on luotu paine ylläpitää järjestelmää uhalla, jonka mukaan alue liitetään osaksi toista hyvinvointialuetta tai lakkautetaan, jos alue ei pysy budjetissa. Tämä on kuitenkin haasteellista, koska palveluiden tarve ei katoaisi alueilta mihinkään ja alueiden yhdistyminen saattaisi kuormittaa toisia alueita entisestään.

Suomen nykyisessä mallissa järjestäjän ja tuottajan yhdistyminen ei ole riittänyt luomaan tehokasta kannustinjärjestelmää, koska budjettivalta on jäänyt valtiolle. Järjestelmässä ei ilmene tällä hetkellä tarpeeksi vahvoja taloudellisia signaaleja tehokkuuden parantamiseksi. Suomen mallissa ohjausmekanismit jäävät institutionaalisesti heikoiksi. Järjestelmän kehittäminen ei onnistu pelkästään

rahoituskanavan selkeyttämisellä, vaan se vaatii vastuun ja kannustimien kohdistamista päätöksentekijöille.

Valinnanvapaus on näyttänyt Ruotsissa tuottaneen kilpailua julkisille terveydenhuollon markkinoille parantaen tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Korteilaisen ym. (2023) tutkimus viittasi samankaltaisiin merkkeihin Suomen tapauksessa, mutta valinnanvapautta ei ole toteutettu yhtä laajasti kuin Ruotsissa. Suomessa tulisi tarkastella miten potilaan valinta saataisiin kytkettyä rahoitukseen, jolloin palveluntuottajat kokisivat konkreettisempaa painetta toiminnan tehostamiseksi. Tällöin kilpailun laatu- ja tehokkuusohjausmekanismit voisivat realisoitua myös julkisrahoitteisessa järjestelmässä.

Jatkotutkimuksen kannalta olisi tärkeää päästä tarkastelemaan empiirisesti, miten hyvinvointialueiden rahoitus vaikuttaa palveluiden tuottavuuteen, kustannusten kehitykseen ja terveystuottavuuteen. Olisi myös tarpeen tarkastella millaisin keinoin hyvinvointialueet voisivat hyötyä enemmän valtion budjetista tehdyistä säästöistä, sekä miten mahdolliset tulosperusteiset tai vaikuttavuuteen sidotut rahoitusmekanismit muuttaisivat palveluntuottajien käyttäytymistä.

Kokonaisuutena Suomalainen julkinen terveydenhuolto ja sen ohjaus- ja rahoitusmekanismit pitävät sisällään rakenteellisia jännitteitä, jotka heikentävät resurssien tehokasta käyttöä. Sote-uudistus on ollut askel keskittyneempää järjestelmää, muttei se itsessään ole ratkaissut kaikkia kannustinongelmia. Taloudellisen vastuun ja päätösvallan yhteensovittaminen, tulosperusteinen rahoitus sekä kilpailun simuloiminen voisivat luoda kestävä perustan järjestelmälle pitäen kiinni hyvinvointivaltion arvoista.

Lähteet

- Anell, A. (2015). The Public–Private Pendulum Patient Choice and Equity in Sweden. *New England Journal of Medicine* 372 (1): 1–4. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1411430>.
- Arrow, K. J. (1963). *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. The American Economic Review, 53(5), 941–973. <https://assets.aeaweb.org/asset-server/files/9442.pdf>.
- Burström, B., Burström, K., Nilsson, G., Tomson, G., Whitehead, M., & Winblad, U. (2017). Equity aspects of the primary health care choice reform in Sweden: A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0524-z>
- De Biase, P., & Dougherty, S. (2022). The past and future of subnational fiscal rules: An analysis of fiscal rules over time. OECD Working Papers on Fiscal Federalism, No. 41. OECD. <https://doi.org/10.1787/d2798c9e-en>
- Einhorn, E. S. (2012). "Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges". *Scandinavian Studies* 84 (1): 106–8. <https://doi.org/10.2307/23343481>.
- Ellis, R. P., ja Thomas G. McGuire. (1986). "Provider Behavior under Prospective Reimbursement". *Journal of Health Economics* 5 (2): 129–51. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(86\)90002-0](https://doi.org/10.1016/0167-6296(86)90002-0).
- Gaynor, M., & Town, R. J. (2011). Competition in health care markets. *Handbook of Health Economics* (Vol. 2, pp. 499–637). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53592-4.00009-8>
- Janlöv, N., Blume, S., A. H. Glenngård, Kajsa Hanspers, Anders Anell, ja Sherry Merkur. (2023). *Sweden: Health System Review*. Health Systems in Transition, Vol. 25, nro 4 (2023). WHO Regional Office for Europe.
- Keskimäki, I. (2022). *Development of Primary Health Care in Finland*. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18(4), 211–215. <https://www.lshtm.ac.uk/media/62361>.
- Kornai, J. (1980). *Economics of Shortage*. Amsterdam ; New York : North-Holland Pub .
- Kornai, J., E., Maskin, ja G. Roland. (2003). *Understanding the Soft Budget Constraint*.
- Kortelainen, M. (2021). *Hyvinvointialueiden rahoitusmallin kannustinvaikutukset*. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* – 117. vsk. – 2/2021 .
- Kortelainen, M., Laine, L. T., Lavaste, K., Saxell, T. ja Siciliani. L. (2023). *Improving Performance Through Allocation and Competition: Evidence from a Patient Choice Reform*. *VATT WORKING PAPERS* 156 .
- Kortelainen, M., & Lapointe, S. (2019). Inefficiencies in the Financing of Finnish County Governments Lessons from the Literature on Fiscal Federalism. *VATT Research Reports* 188.
- Le Grand, J. (2003). *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*. Oxford University Press USA, Oxford.
- Oates', W. E. (1999). *An Essay on Fiscal Federalism*. *Journal of Economic Literature* Vol. XXXVII pp. 1120-1149 .

- OECD ja European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Finland: Country Health Profile 2023*. State of Health in the EU. OECD. <https://doi.org/10.1787/e7af1b4d-en>.
- Ostrom, E., (2008). Tragedy of the Commons. *The New Palgrave Dictionary of Economics*, UK. https://doi.org/10.1057/978-1-349-95121-5_2047-1.
- Propper, C., Matt, S., Whitnall S., ja Windmeijer, F. (2010). Incentives and Targets in Hospital Care: Evidence from a Natural Experiment. *Journal of Public Economics* 94 (3–4): 318–35. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2010.01.002>.
- Le Grand, J., (1991). *Quasi-Markets and Social Policy*. The Economic Journal, Vol. 101, No. 408, pp. 1256-1267 .
- Leibenstein, H., (1966). Allocative Efficiency vs. "X-Efficiency". The American Economic Review, Jun., 1966, Vol. 56, No. 3, pp. 392-415. <https://www.jstor.org/stable/1823775>.
- Rimpelä, M., (2024). Virkamiesvallasta poliittiseen ohjaukseen. *Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon uudistaminen. YHTEISKUNTAPOLITIikka 89 (2024):1*. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202402147305> .
- Saltman, R. B., & Von Otter, C. (1987). "Re-Vitalizing Public Health Care Systems: A Proposal for Public Competition in Sweden". *Health Policy* 7 (1): 21–40. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(87\)90043-1](https://doi.org/10.1016/0168-8510(87)90043-1).
- Takala, E., Leino, T., Harjunpää, L., ym., (2018). *Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018. Työterveyslaitos*. <https://urn.fi/URN:ISBN:9789522618917> .
- Teperi, J., (2009). *The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective*. Sitra. <https://www.sitra.fi/wp-content/uploads/2017/02/raportti82-2.pdf> .
- Tuorila, H., (2015). potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa. *Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 3/2015*.
- Tuukkanen, S., (2024). *Sairaaloiden tuottavuus 2023. Terveydenhuollon ja hyvinvoinnin laitos*.
- Tynkkynen, L., Paatela, S., Aalto, A. ym. (2025). *Tilannekuvia hyvinvointialueilta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8> .
- Tynkkynen, L., Vrangbæk, K. (2018). Comparing Public and Private Providers: A Scoping Review of Hospital Services in Europe. *BMC Health Services Research* 18 (1): 141. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2953-9>.
- Valli-Lintu, A. (2019). *SOTE- JA KUNTARAKENTEEN PITKÄ KUJANJUOKSU – OSA II. Kunnallisanalan kehittämissäätöön Julkaisu 27 2019* .
- Vähätalo, L., Siukola, A., Atkins, S., ym. (2022). Cooperation between Public Primary Health Care and Occupational Health Care Professionals in Work Ability-Related Health Issues. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (19): 11916. <https://doi.org/10.3390/ijerph191911916>.

Liitteet

Liite 1 Generatiivisen tekoälyn käyttö työssä

Tämän opinnäytetyön laatimisessa olen hyödyntänyt generatiivista tekoälyä useissa tukitehtävissä. Käytetyt työkalut, niiden käyttötarkoitukset ja varmistustoimet on kuvattu alla.

Vakuutan, että olen käyttänyt kaikkia tekoälytyökaluja huolellisesti ja varoen, ilmoittanut niiden käytöstä täysin yliopiston ohjeiden mukaisesti, sekä otan täyden vastuun kaikesta tässä työssä esitetystä sisällöstä.

1. Työkalu: OpenAI:n ChatGPT (GPT-4-versio)

- **Käyttövaihe:** Ideointi, Lähteiden haku ja työn kokonaisuuden kehitys
- **Käyttötarkoitus:** Käytin ChatGPT:tä työn aiheen rajaukseen, lähteiden etsimiseen, sekä työn kokonaisuuden viimeistelyyn kyselmällä mitä työstä vielä puuttuu.
- **Esimerkkikehote (15.11.2025):** etsi empiirisiä tutkimuksia valinnanvapauden ja palvelusetelien vaikutuksista Suomessa
- **Varmistus:** Tekoäly ehdotti minulle vaikutustutkimuksia, kuten Mälkönen & Seppälä (2009): Terveyspalvelusetelien hyvinvointi- ja kustannusvaikutukset jonotetuissa toimenpiteissä. Varmistin tämän jälkeen hakukoneen avulla tutkimuksen olemassaolon, julkaisijan ja olennaisuuden työn kannalta. Opinnäytetyön tekstin luomiseen en käyttänyt suoraan tekoälyä. Pyysin tekoälyä kuitenkin tiivistämään tekstikappaleitani ja erottelemaan sieltä olennaisia osia poistaakseni toistoa ja varmistaakseni tärkeän sisällön pysyvän työssä.

2. Työkalu: Grammarly

- **Käyttövaihe:** Tekstin oikeinkirjoitus ja editointi
- **Käyttötarkoitus:** Teksissä käytin tekoälyn ehdotuksiin perustuvia oikeinkirjoituksen korjauksia, eikä kielenparannuksia työn lähentyessä valmista vaihetta. Tarkoitus oli korjata kirjoitusvirheitä, sekä tehdä tekstistä helpommin luettavaa.
- **Varmistus:** Tarkistin tekstin sisällön pysyvän oikeana, sekä varmistin tekstin tekoälyn korjauksen jälkeen, ettei työhön jäänyt kirjoitusvirheitä.