

KATSAUSARTIKKELI Suom Lääkäril 2025;80:e45440, www.laakarilehti.fi/e45440

## Hyvinvointialueiden rahoitukseen on vaihtoehtoja

- Nykyisellä tarpeeseen perustuvalla rahoitusmallilla pyritään yhdenvertaisuuteen. Malli ei kuitenkaan kannusta ennaltaehkäisemään sairauksia tai käyttämään rahaa tehokkaasti.
- Kannustimiin perustuvaa rahoitusjärjestelmää on vaikea rakentaa siten, että se palkitsisi kattavasti tavoitteiden täyttämistä – etenkin sosiaalihuollossa.
- Verotusoikeus olisi yksinkertaisin ja tehokkain ratkaisu kannustavuuden parantamiseen. Se lieventäisi erityisesti pehmeän budjettirajoitteen ongelmaa.
- Rahoitusmallissa joudutaan aina tasapainottelemaan tarveperusteisuuden ja tehokkuuskannustimien välillä.

Mika Kortelainen, Taru Haula, Tuukka Holster, Marja-Lisa Laukkonen, Konsta Lavaste 6.11.2025 08.00



VERTAISARVIOITU  
KOLLEGIALT GRANSKAD  
PEER-REVIEWED  
[www.tsv.fi/tunnus](http://www.tsv.fi/tunnus)



Kuuntele

Julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut rahoitetaan pääosin valtion yleiskatteellisella rahoituksella. Sen kokonaistaso riippuu väestön demografisesta kehityksestä (1).

Rahoitus jaetaan palvelujen järjestämisestä vastaaville hyvinvointialueille laskennallisesti. Jako perustuu palvelutarpeeseen (79,75 % vuonna 2026), väkilukuun (12,75 %), hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (hyte) kertoimeen (1,5 %) sekä olosuhdetekijöihin. Alueet jakavat rahoituksen palveluntuottajilleen haluamallaan tavalla.

Tarpeeseen perustuvalla rahoituksella pyritään turvaamaan kansalaisille yhdenvertaiset palvelut eri puolilla maata.

Palvelujen tarve ennustetaan tilastollisella mallilla. Ennustamisessa käytetään henkilötason rekisteriaineistoja väestön sairastavuudesta ja muista taustatiedoista (2,3).

Samankaltaisia tarvemallinnuksia käytetään myös kansainvälisesti esimerkiksi alueellisten järjestäjäorganisaatioiden rahoituksessa. Ne on alkujaan kehitetty säänneltyjen terveystakuusmarkkinoiden riskinjakoon (4,5,6).

Rahoitusmallia on kritisoitu erityisesti ennaltaehkäisyn ja kustannusvaikuttavan hoidon kannusteiden puuttumisesta (7,8,9).

Tarkastelemme mallin hyvinvointialueille luomia kannustimia ja pyrimme tunnistamaan keinoja, miten niitä voisi lisätä. Iso osa tutkimuskirjallisuudesta perustuu järjestelmiin, joissa rahoittajan, järjestäjän ja tuottajan välinen suhde poikkeaa suomalaisesta mallista. Tämän vuoksi tulosten soveltaminen Suomeen edellyttää järjestelmäkohtaisia tulkintoja.

## Nykymallin kannustimet

Nykyisellä sote-rahoitusmallilla pyritään hillitsemään kustannusten kasvua siten, ettei rahoituksen tasoa ole kytketty suoraan palvelutapahtumien määrään tai niiden tuotantokustannuksiin.

Hyvinvointialueelle jaetaan kiinteä korvaus tiettyjen sairauksien tapausmääristä alueen väestössä ja muista tarvetekijöistä. Kiinteillä korvauksilla pyritään luomaan kannustin hoitaa potilaat tehokkaasti, koska yli jäävä raha voidaan käyttää esimerkiksi muuhun hoitoon. Yksittäisen alueen saama rahoitus kuitenkin riippuu myös tekijöiden esiintyvyydestä muilla alueilla, sillä rahoituksen kokonaistaso on kiinteä.

Alueiden tarvetekijöihin pohjautuva rahoitus tarkistetaan vastaamaan kahden vuoden takaisia toteutuneita kustannuksia. Näin halutaan varmistaa, ettei rahoitus erkaannu liikaa todellisista kustannuksista. Yksittäisen alueen ei silti kannata ylittää sille myönnettyä rahoitusta, koska jälkikäteistarkastus tehdään koko maan tasolla.

Tarpeeseen perustuvan rahoituksen heikkous on, ettei alueiden kannata pyrkiä ehkäisemään sairauksia: sairastavuuden kasvu voi suurentaa alueen tarvekerrointa ja rahoitusta (10,11). Tutkimuskirjallisuus antaakin viitteitä siitä, että tarvevakiointi voi vähentää ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä (12).

Hyte-kertoimella pyritään kannustamaan alueita sairauksien ehkäisyyn, mutta sen osuus rahoituksessa on pieni. Indikaattorien vähäinen määrä voi myös aiheuttaa haitallista osuoptimoitua. Kannustavuutta saattaa heikentää lisäksi se, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on osin kuntien vastuulla.

Tarveperusteisuus voi vähentää tehokkaan hoidon kannustimia, sillä palvelujen käyttäjänä pysyminen tukee alueen rahoitusta. Tämä voi heikentää motivaatiota panostaa tehokkaisiin toimintatapoihin ja kustannusten hillintään.

Hyvinvointialueen tehtävä on huolehtia väestönsä terveydestä. Budjettirajoitteen vuoksi alueiden on tehtävä myös sairauksien hoitoon ja ennaltaehkäisyyn liittyviä valintoja. Viime kädessä kannusteen luo demokraattisesti valittu aluevaltuusto. Se valvoo, että valinnat tehdään väestön edun mukaisesti.

Valtionrahoitus aiheuttaa yhteisresurssien ongelman. Alueellisilla toimijoilla on kannustin maksimoida alueen osa kansallisesta sote-budjetista. Alueet voivat esimerkiksi kirjata herkemmin diagnooseja ja pyrkiä siten kasvattamaan rekistereistä havaittavaa väestön palvelutarvetta (upcoding). Vakuutusperusteisista järjestelmistä on näyttöä siitä, että kirjaaminen voi painottua mallissa huomioituihin diagnooseihin (13,14).

Ylikirjaaminen ei kasvata kansallista sote-budjettia mutta tuhlaa resursseja ja voi vaikuttaa potilaiden hoitoon. Sitä voidaan hillitä ryhmittelemällä diagnoosit sopivan laajoiksi sairausluokiksi ja jättämällä epätarkat diagnoosit pois. Luokittelu ei saa kannustaa ylikirjaamaan lieviä tiloja vakavammiksi eikä lievempiä diagnooseja käytännössä terveille henkilöille.

## Pehmeä budjettirajoite ja verotusoikeus

Valtionrahoitusmallissa on pehmeän budjettirajoitteen riski. Siinä valtio pelastaa budjettinsa ylittäneet alueet lisärahoituksella (15). Ongelma syntyy, kun rahoitusta kerää eri taho kuin sitä käyttää.

Tutkimuskirjallisuuden mukaan pehmeän budjettirajoitteen ongelma voi korostua erityisesti terveydenhuollossa, jossa menojen leikkaaminen on poliittisesti vaikeaa (16,17). Rajoite heikentää kustannusvaikuttavuuden kannustimia ja voi johtaa yhteiskunnan näkökulmasta tehottoman suureen sote-palvelujen kulutukseen (18). Valtion on vaikea arvioida, aiheuttiko alueen budjettilyityksen ennakoitua suurempi palvelutarve vai heikko kustannuskuri.

Kirjallisuudessa viitataan syyllistämisongelmaan (blaming game). Siinä rahoittaja eli valtio ja järjestäjä eli alue syyttävät toisiaan rahoituksen käytöstä tai sen riittämättömyydestä. Syyllistämistä on havaittu myös Suomessa. Sen avulla on pyritty lisäämään painetta saada lisärahoitusta tai löysentää budjettirajoitetta.

Jos rahoitus tarkistetaan jälkikäteen, alueille voi syntyä kannustin tehdä alijäämiä, jotta rahoitusta saisi myöhemmin enemmän. Näin on erityisesti, jos alijäämien kattamisen aikataulun uskotaan joustavan.

Verotusoikeus olisi yksi keino lisätä rahoitusmallin kannustavuutta ja pienentää pehmeän budjettirajoitteen ongelmaa (8). Vaikka osa rahoituksesta tulisi edelleen valtiolta, verotusoikeus antaisi alueille mahdollisuuden kerätä rahoitusta itse. Tämä lisäisi niiden taloudellista autonomiaa ja vastuullista rahankäyttöä. Alueilla olisi paremmat kannustimet panostaa sairauksien ehkäisyyn ja resurssien tehokkaaseen käyttöön, koska saavutetut säästöt voisi käyttää paikallisten veronmaksajien hyväksi.

Verotusoikeudessa on nähty myös riskejä. Se voisi lisätä verorasituksen eroja alueiden välillä ja johtaa kierteeseen, jossa veronkorotus saisi terveet työikäiset muuttamaan pois ja veroa jouduttaisiin keräämään lisää.

Eroavaisuudet voisivat kuitenkin jäädä vähäisiksi, jos tasapainottavaa valtionosuusjärjestelmää muokataan asianmukaisesti (8). Esimerkiksi siirtymätasausten höllentäminen tai valtionosuuksien kiinteä osuus voisi tasoittaa alueellisia eroja. Samalla se lisäisi rahoituksen joustavuutta ja oikeudenmukaisuutta.

## Kannustimiin perustuva rahoitus

Kannustimiin perustuvalla rahoituksella viitataan pay-for-performance (P4P) -järjestelmiin. Niissä rahoitus riippuu ainakin osin asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta. Rahoitusmallin hyte-kerroin on yksi esimerkki P4P-rahoituksesta.

Tavoitteiden täyttymistä arvioidaan tyypillisesti erilaisilla lyhyen aikavälin mittareilla. Ne kuvaavat esimerkiksi hoitoprosessia (esim. rokotettujen osuus), palvelurakennetta (henkilöstön määrä) tai potilaan terveydentilassa tavoiteltuja vaikutuksia (hoitotasapainon paraneminen, kuolleisuuden väheneminen) (19,20).

Järjestäjäorganisaatioille asetettuja kannusteita ei ole juuri tutkittu, joten tukeudumme tuottajille asetettuihin kannusteisiin.

Englannissa julkisen terveydenhuollon rahoituksessa kannustimien avulla pyritään vaikuttamaan hoidon laatuun sekä tasoittamaan tuottajien ja alueiden välisiä eroja (21). Tutkimusten mukaan kun perusterveydenhuollon klinikoille on lisätty P4P-järjestelmä kapitaation rinnalle, sillä on ollut yhteys muun muassa pienempään kuolleisuuteen, kirjausten parantumiseen ja väestöryhmien eriarvoisuuden vähenemiseen (22,23,24,25).

Erikoissairaanhoidossa P4P-järjestelmillä on esimerkiksi Englannissa lisätty päiväkirurgian osuutta, nopeutettu kotiutusta ja parannettu lonkkamurtumapotilaiden hoitotuloksia (26,27,28,29). Kannusteiden alaisen toiminnan kliininen laatu ei kuitenkaan ole aina parantunut. Lisäksi kannusteiden ulkopuolisen toiminnan laatu ja hoidon jatkuvuus ovat voineet jopa heikentyä (27,30,31).

Kirjallisuuskatsauksissa erilaisilla kannusteilla on havaittu sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia ja samoilla mittareilla on saatu ristiriitaisia tuloksia (22,23,32). Pitkän ajan vaikutuksista on niukasti tietoa. Vaikutukset voivat hävitä kannustimen poistuttua, jos toiminta ei vakiinnu jatkuvaksi käytännöksi.

Tutkimusnäytön hajanaisuus voi johtua P4P-järjestelmien moninaisuudesta. Eijkenaarin mukaan keskeistä on, mitä ammattiryhmiä kannustetaan ja mittareita käytetään (33). Monipuolisen mittariston avulla voidaan vähentää osaoptimointia ja välttää mittariston ulkopuolisen palvelutuotannon laadun heikentyminen.

On tärkeää määrittää, palkitaanko hyvästä suoriutumisesta vai rangaistaanko huonosta. Kannustinten tulee olla riittävän suuria. Järjestelmän on silti oltava ennakoitava ja tasapuolinen.

Esimerkiksi Norjan ja Tanskan erikoissairaanhoidossa P4P-rahoitusta on kokeiltu asettamalla kannustimet alueille tuottajien sijaan. Näin on pyritty kannustamaan muun muassa etä- ja digipalveluihin siirtymiseen (34,35,36). Tällaisten kannusteiden vaikutuksista on kuitenkin niukasti tutkimusta. Alue- tai tuottajatason kannustimet voivat toimia heikosti, jos ne tuntuvat työntekijöistä liian etäisiltä (33).

## Päätelmät

Hyvinvointialueiden rahoitusmalli vaatii tasapainottelua eri tavoitteiden välillä. Nykyisin painotetaan tarveperusteisuutta, mutta malliin voidaan lisätä myös enemmän tehokkuuteen kannustavia mittareita.

Kirjallisuuden perusteella hyviä kannustimia on vaikea tunnistaa ja niiden vaikutuksiin liittyy aina epävarmuutta. Siksi kannustimet on valittava huolellisesti asettamalla niille selkeät tavoitteet ja hyödyntämällä kansainvälistä tutkimustietoa.

Lisäksi tulee varmistaa, että kannustimien käyttöönoton myötä hyväksi todetut käytännöt vakiintuvat. Tämä ei välttämättä toteudu lyhytaikaisissa kokeiluissa.

Kannustimet näyttävät toimivan parhaiten, kun niillä palkitaan hyvästä suoriutumisesta ja asioista, joihin alueet voivat todella vaikuttaa. Lisäksi niiden tulee perustua absoluuttisiin tavoitearvoihin. Kirjallisuus antaa viitteitä siitä, että tehokkaimpia ovat henkilöstötasoiset kannustimet, joita hyvinvointialueiden on jo nyt mahdollista asettaa.

Kannustimia eli mittareita on myös oltava riittävästi, jotta vältetään haitallinen osaoptimointi (37). Suomen järjestelmässä tämä on erityinen haaste, koska kannustimien valinnassa on huomioitava terveydenhuollon lisäksi sosiaalihuolto.

Kannustimiin perustuvaan rahoitukseen sopivia mittareita on vaikea löytää, sillä monet niistä ovat alttiita esimerkiksi sosioekonomisen rakenteen muutoksille. Ne eivät myöskään korjaisi valtionrahoituksessa tyypillistä pehmeän budjettirajoitteen ongelmaa, vaan se voisi jopa kärjistyä. Alueen olisi helpompi perustella, että sen saama rahoitus on ollut riittämätöntä, kun rahoitus perustuisi aiempaa vähemmän palvelutarpeeseen.

Alueille olisi myös mahdollista myöntää verotusoikeus. Se olisi yksinkertaisempi ja tehokas keino hillitä pehmeän budjettirajoitteen ongelmaa ja lisätä rahoitusjärjestelmän kannustavuutta. Verotulojen ja palvelutarpeen eroja kompensoitaisiin osin nykyisen kaltaisella valtion rahoituksella. Näin on esimerkiksi Ruotsin mallissa (38).

Maakuntaverokomitea suositti verotusoikeuden arviointia myöhemmin, kun nykyisestä mallista on saatu kokemuksia (39). Komitea esitteli myös vaihtoehdon, jossa jo pieni maakuntaveron voisi luoda kannustinvaikutuksia. Mallissa valtion perusrahoitus kattaisi osan menoista ja loppu kerättäisiin omalla verolla.

Rahoitusmallia koskevissa valinnoissa on lopulta kyse siitä, millainen malli täyttää parhaiten järjestelmälle asetetut tavoitteet.

## Kirjoittajat

Mika Kortelainen  
KTT, professori  
Turun yliopisto  
tutkimusprofessori  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taru Haula  
TtM, erityisasiantuntija  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Tuukka Holster  
KTM, VTM, erikoistutkija  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Marja-Lisa Laukkonen  
KTM, erikoistutkija  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Konsta Lavaste  
KTM, erikoistutkija  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

---

## Sidonnaisuudet

Mika Kortelainen: Asiantuntijalausunto (Tampereen yliopisto, Uppsalan yliopisto), apurahat (STM, Juho Vainion Säätiö, STN/Suomen Akatemia), luontopalkkiot (Duodecim, Merck, Terveystalo), matka- ja majoituskulut (Duodecim), työsuhde (VATT).

Tuukka Holster: Luontopalkkiot (Haus).

Taru Haula, Marja-Lisa Laukkonen, Konsta Lavaste: Ei sidonnaisuuksia.

---

## Kirjallisuutta

- 1 Honkatukia J, Pihlava M. Sote-rahoituksen palvelutarpeen muutoksen arviointi SOME-mallilla (siteerattu 11.2.2025). <https://thl.fi/documents/155392151/190339897/Sote-rahoituksen-palvelutarpeen-muutoksen-arviointi-SOME-mallilla.pdf>
- 2 Häkkinen U, Holster T, Haula T ym. Sote-rahoituksen tarvevakiointi. Raportti 6/2020, THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-483-7>
- 3 Holster T, Haula T, Korajoki M. Sote-rahoituksen tarvevakiointi: Päivitys 2022. Työpaperi 26/2022, THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-876-7>
- 4 Ellis RP, Martins B, Rose S. Risk adjustment for health plan payment. Kirjassa: McGuire TG, van Kleef RC, toim. Risk adjustment, risk sharing and premium regulation in health insurance markets. Lontoo: Academic Press 2018;55–104.
- 5 Kortelainen M, Saastamoinen A, Saxell T. Kapitaatiomalli korvausmuotona terveydenhuollon tuottajille. Suom Lääkäril 2017;72:1502–6.
- 6 NHS England. Update of the formula for general and acute hospital services for 2022/23 allocations. <https://www.england.nhs.uk/publication/research-reports-on-the-allocations-formulae-2022-23/>
- 7 STT. Ekonomistikone: Sote-uudistuksesta puuttuvat kannustimet, maakuntaverosta ekonomistit erimielisiä (siteerattu 10.2.2025). <https://www.sttinfo.fi/tiedote/69903084/ekonomistikone-sote-uudistuksesta->

- 8 Kortelainen M, Kotakorpi K, Lyytikäinen T. Hyvinvointialueiden rahoitusmallin kannustinvaikutukset. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 2021;117:203–10.
- 9 Lehtonen L. Huomioita hyvinvointialueiden rahoitusmallista (siteerattu 10.2.2025). <https://www.sttk.fi/2024/02/13/huomioita-hyvinvointialueiden-rahoitusmallista/>
- 10 Eggleston K, Ellis RP, Lu M. Risk adjustment and prevention. *Can J Econ* 2012;45:1586–607. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5982.2012.01747.x>
- 11 Weinhold I, Schindler C, Kossack N, Berndt B, Häckl D. Economic impact of disease prevention in a morbidity-based financing system: does prevention pay off for a statutory health insurance fund in Germany? *Eur J Health Econ* 2019;20:1181–93. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01086-7>
- 12 Lissenden B, Balkrishnan R. Does risk adjustment reduce vaccination in the elderly? Evidence from Medicare Advantage. *Med Care Res Rev* 2020;77:176–86. <https://doi.org/10.1177/1077558718785559>
- 13 Bauhoff S, Fischer L, Göppfarth D, Wuppermann AC. Plan responses to diagnosis-based payment: evidence from Germany's morbidity-based risk adjustment. *J Health Econ* 2017;56:397–413. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.03.001>
- 14 Geruso M, Layton T. Upcoding: evidence from Medicare on squishy risk adjustment. *J Polit Econ* 2020;128:984–1026. <https://doi.org/10.1086/704756>
- 15 Kornai J. The soft budget constraint syndrome in the hospital sector. *Societas et Oeconomia* 2009;31:5–31. <https://doi.org/10.1556/SocEc.31.2009.1.2>
- 16 Costa-i-Font J. Fiscal federalism and European health system decentralization: a perspective. LEQS Paper, No. 55, London School of Economics and Political Science. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/303338/1/LEQS-P055.pdf>
- 17 Kortelainen M, Lapointe S. Inefficiencies in the financing of Finnish county governments – lessons from the literature on fiscal federalism. VATT Research Reports 188/2019. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-274-231-5>
- 18 Garber AM, Skinner J. Is American health care uniquely inefficient? *J Econ Perspect* 2008;22:27–50. <https://doi.org/10.1257/jep.22.4.27>
- 19 Vlaanderen FP, Tanke MA, Bloem BR ym. Design and effects of outcome-based payment models in healthcare: a systematic review. *Eur J Health Econ* 2019;20:217–32. <https://doi.org/10.1007/s10198-018-0989-8>
- 20 Milstein R, Schreyoegg J. Pay for performance in the inpatient sector: a review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy* 2016;120:1125–40. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.08.009>
- 21 NHS England. Quality and Outcomes Framework (QOF) (siteerattu 22.1.2025). <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-tools-and-services/data-services/general-practice-data-hub/quality-outcomes-framework-qof>
- 22 Ahmed K, Hashim S, Khankhara M ym. What drives general practitioners in the UK to improve the quality of care? A systematic literature review. *BMJ Open Qual* 2021;10:e001127. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-001127>
- 23 Mendelson A, Kondo K, Damberg C ym. The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care: a systematic review. *Ann Intern Med* 2017;166:341–53. <https://doi.org/10.7326/M16-1881>
- 24 Ma R, Cecil E, Bottle A, French R, Saxena S. Impact of a pay-for-performance scheme for long-acting reversible contraceptive (LARC) advice on contraceptive uptake and abortion in British primary care: an interrupted time series study. *PLoS Med* 2020;17:e1003333. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003333>
- 25 Wilding A, Munford L, Guthrie B, Kontantelis E, Sutton M. Family doctor responses to changes in target stringency under financial incentives. *J Health Econ* 2022;85:102651. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102651>
- 26 Britteon P, Kristensen SR, Lau YS, McDonald R, Sutton M. Spillover effects of financial incentives for providers onto non-targeted patients: daycase surgery in English hospitals. *Health Econ Policy Law* 2023;18:289–304.

<https://doi.org/10.1017/S1744133123000063>

- 27** Gaughan J, Gutacker N, Grašič K, Kreif N, Siciliani L, Street A. Paying for efficiency: incentivising same-day discharges in the English NHS. *J Health Econ* 2019;68:102226. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.102226>
- 28** Zogg CK, Metcalfe D, Judge A ym. Learning From England's best practice tariff: process measure pay-for-performance can improve hip fracture outcomes. *Ann Surg* 2022;275:506–14. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004305>
- 29** Metcalfe D, Zogg CK, Judge A ym. Pay for performance and hip fracture outcomes: an interrupted time series and difference-in-differences analysis in England and Scotland. *Bone Joint J* 2019;101:1015–23. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.101B8.BJJ-2019-0173.R1>
- 30** Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med* 2009;361:368–78. <https://doi.org/10.1007/s40881-021-00100-0>
- 31** Kristensen SR, Meacock R, Turner AJ ym. Long-term effect of hospital pay for performance on mortality in England. *N Engl J Med* 2014;371:540–8. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1400962>
- 32** Wagenschieber E, Blunck D. Impact of reimbursement systems on patient care – a systematic review of systematic reviews. *Health Econ Rev* 2024;14:22. <https://doi.org/10.1186/s13561-024-00487-6>
- 33** Eijkenaar F. Key issues in the design of pay for performance programs. *Eur J Health Econ* 2013;14:117–31. <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0347-6>
- 34** Huus AM, Baardseng TN. Quality-based financing – the Norwegian experience. *OECD Journal on Budgeting* 2019;19:123–30. <https://doi.org/10.1787/b10a3108-en>
- 35** WHO. Outcomes-based financing to replace quality-based financing (siteerattu 11.2.2025). <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/updates/hspm/norway-2020/outcomes-based-financing-to-replace-quality-based-financing>
- 36** Birk HO, Vrangbæk K, Rudkjøbing A ym. Denmark: Health System Review. *Health Syst Transit* 2024;26:1–186.
- 37** Holmström B. Pay for performance and beyond. *Am Econ Rev* 2017;107:1753–77. <https://doi.org/10.1257/aer.107.7.1753>
- 38** Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden: health system review. *Health Syst Transit* 2012;14:1–159.
- 39** Valtioneuvosto. Parlamentaarisen maakuntaverokomitean mietintö. Valtioneuvoston julkaisuja 2021:15. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162924>