

**HYVINVOINTIALUEIDEN EDELLYTYKSET
HYÖDYNTÄÄ KUSTANNUSVAIKUTTAVUUSTIETOA
RESURSSIEN ALLOKOINNISSA**

**Jyväskylän yliopisto
Kauppakorkeakoulu**

Pro gradu -tutkielma

2023

**Tekijä: Sini Huolman
Oppiaine: Taloustiede
Ohjaajat: Jaakko Pehkonen & Paulus Torkki**



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

TIIVISTELMÄ

<i>Tekijä</i> Sini Huolman	
<i>Työn nimi</i> <i>Hyvinvointialueiden edellytykset hyödyntää kustannusvaikuttavuustietoa resurssien allokoinnissa</i>	
<i>Oppiaine</i> taloustiede	<i>Työn laji</i> Pro gradu -tutkielma
<i>Aika (pvm.)</i> 10.11.2023	<i>Sivumäärä</i> 100
<i>Tiivistelmä – Abstract</i> <i>Tässä tutkielmassa arvioidaan miten hyvinvointialueet ovat allokoineet sosiaali- ja terveyspalvelujen resurssejaan ensimmäiselle toimintavuodelle ja millaiset edellytykset niillä on hyödyntää kustannusvaikuttavuustietoa allokointipäätösten pohjana. Tutkimuksen kohteena ovat Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen ja Keski-Suomen hyvinvointialueet. Tutkimus tehtiin Valtiovarainministeriön kustannusvaikuttavuuden osaamiskeskuksen toimeksiannosta.</i> <i>Tutkimus sisältää sosiaali- ja terveyspalvelujen instituutioita, resurssien allokointia ja vaikuttavuutta koskevan kirjallisuuskatsauksen sekä rekisteriaineistosta, talousarvioidokumenteista ja johdon haastattelusta syntyneen empiirisen aineiston laadullisen ja määrällisen analyysin. Tuloksen mukaan tutkimuksen kohteena olleilla hyvinvointialueilla ei niiden ensimmäisenä toimintavuonna ollut edellytyksiä hyödyntää lähtöorganisaatioiden tai oman organisaation kustannusvaikuttavuustietoa resurssien allokointia koskevassa päätöksenteossa. Toteutuneita allokointipäätöksiä ohjasi pääasiassa historiatieto ja poliittinen näkemys. Kustannusvaikuttavuustiedon hyödyntämistä estivät puutteet sekä talousraportoinnissa että vaikuttavuuden johtamisessa.</i> <i>Hyvinvointialueille suositellaan monipuolisesti eri menetelmiä hyödyntävään, läpinäkyvään ja systemaattisen resurssien allokointiprosessin käyttöönottamista. Lisäksi valtakunnallista hyvinvointialueiden raportointia ja ohjausta on syytä kehittää kustannusvaikuttavuustiedon laadun ja saatavuuden parantamiseksi sekä sen systemaattisen hyödyntämisen edistämiseksi. Jatkossa hyvinvointialueiden talouden ja vaikuttavuuden johtamisen sekä resurssien allokointiin liittyvän päätöksenteon kehittymistä on syytä seurata sekä osana ohjaustyötä että akateemisen tutkimuksen keinoin.</i>	
<i>Asiasanat</i> hyvinvointialueet, kustannusvaikuttavuus, resurssien allokointi	
<i>Säilytyspaikka</i>	Jyväskylän yliopiston kirjasto

KUVIOT

KUVIO 1. Suomalaisen sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmän keskeiset uudistukset ennen hyvinvointialueita (mukaillen Rautiainen, Taskinen & Rissanen 2020, 20–21).	11
KUVIO 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2023–2026 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022, 16).	14
KUVIO 3. Odotusten ja rajallisten resurssien välistä eroa kuvaava Thwaitesin käyrä (Torkki, Patja, Ignatius, Kousa, Vanhala, Gehrmann, Tikkinen, Ojanen, Tapanainen, Pantzar, Ranta ja Leskelä 2022, 13)	21
KUVIO 4. Suomalaisen HTA-prosessin kulku on luonteeltaan tyypillisesti neuvoa antava. Näin ollen tulosten implementointi ja vaikutusten arvioinnin toteutus jää työn tilaajan vastuulle. (soveltaen Mäkelä 2017a)	24
KUVIO 5. HTA-prosessin tarve menetelmän elinkaaren eri vaiheissa (FINCCHTA n.d.)	25
KUVIO 6. Vaikuttavuus osana palvelujen arvoketjua (Pitkänen ym. 2020, 19)	29
KUVIO 7. Vaikuttavuusperustaisen ohjauksen malli (Pitkänen ym. 2020, 79)	31
KUVIO 8. Tutkimuksen kohteena olleet hyvinvointialueet	33
KUVIO 9. Aineiston analyysin eteneminen litteroinnin jälkeen	37
KUVIO 10. Terveystoiminnan menojen kehitys edellisinä vuosikymmeninä kolmen hyvinvointialueen alueella	42
KUVIO 11. Sosiaalitoiminnan menojen kehitys edellisinä vuosikymmeninä kolmen hyvinvointialueen alueella	42
KUVIO 12. Palveluryhmäkohtaiset vuoden 2021 kustannukset sosiaali- ja terveystaloudessa. Huomaa ero Y-akselin skaalauksessa kuvien välillä	44
KUVIO 13. Tautitaakan vuoksi menetetyt toimintakykyiset elinvuodet (DALY) vuoden 2021 tietoihin pohjautuen	45
KUVIO 14. Resurssien allokoinnin periaatteiden perustelut jakautuivat kunkin hyvinvointialueen osalta kolmeen yhteiseen luokkaan	50
KUVIO 15. Olosuhdetekijöiden merkitys resurssien allokointiin vuoden 2023 talousarvion laadinnassa hyvinvointialuekohtaisesti tarkasteltuna	51
KUVIO 16. Tietopohjan merkitys resurssien allokointiin vuoden 2023 talousarvion laadinnassa hyvinvointialuekohtaisesti tarkasteltuna	52
KUVIO 17. Toteutuksen merkitys resurssien allokointiin vuoden 2023 talousarvion laadinnassa hyvinvointialuekohtaisesti tarkasteltuna	53
KUVIO 18. Kalanruotokaavio niistä syytekijöistä, joiden kuvattiin vaikuttaneen resurssien allokointipäätöksiin vuoden 2023 talousarvioissa	54
KUVIO 19. Kustannustietoa koskevien havaintojen jakautuminen hyvinvointialueisiin ja luokkiin	55
KUVIO 20. Tarvittavaa kustannustietoa kuvaavien havaintojen jakautuminen hyvinvointialueittain	56
KUVIO 21. Kustannustiedon hyödyntämistä kuvaavien havaintojen jakautuminen hyvinvointialuekohtaisesti	57
KUVIO 22. Kustannustiedon hyödyntämisen esteet hyvinvointialueittain tarkasteltuna	57
KUVIO 23. Vaikuttavuustiedon jakautuminen hyvinvointialueittain ja luokittain	58
KUVIO 24. Tarvittavaa vaikuttavuustietoa kuvaavien havaintojen jakautuminen hyvinvointialueiden kesken	59
KUVIO 25. Vaikuttavuustiedon hyödyntämistä kuvaavien havaintojen jakautuminen hyvinvointialuekohtaisesti	60

KUVIO 26. Vaikuttavuustiedon hyödyntämisen esteiden jakautuminen hyvinvointialueittain.	60
KUVIO 27. Vaikuttavuuden johtamisen kypsyystasoanalyysi hyvinvointialueittain. ...	61
KUVIO 28. VBC-työkalun tulokset prosentteina esitettynä.	64
KUVIO 28. Kustannusvaikuttavuustiedon hyödyntämisen esteet hyvinvointialueilla. .	65
KUVIO 29. Hyvinvointialueiden tuotantomahdollisuuksien käyrä ja realistiset resurssien allokaatiot	73

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Tarvevakointimallin osamallit (Holster ym. 2022, 32–34)	18
TAULUKKO 2. Päätöksenteko HTA-prosessin taloudellisessa arvioinnissa (Linnosmaa, Haula ja Mäkelä 2017). A = arvioinnin kohteena oleva menetelmä, V = vertailumenetelmä.	24
TAULUKKO 3. Vaikuttavuuden johtamisen kypsyystaso (Lehto 2020, 29).	38
TAULUKKO 4. Tätä tutkimusta varten muokatun VBC-työkalun sisältämät teemat...	39
TAULUKKO 5. Value-based care – mittarin vastausvaihtoehdot	39
TAULUKKO 6. Tutkimuksen kohteena olleiden hyvinvointialueiden alijäämäennusteen kehitys ensimmäisen toimintavuoden aikana.	69

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	2
1 JOHDANTO	7
1.1 Tutkimusongelma ja työn rakenne.....	8
2 INSTITUUTIOT, RESURSSIEN ALLOKOINTI JA VAIKUTTAVUUS SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISSA	9
2.1 Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen OECD-maissa.....	9
2.2 Suomen julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehitys.....	11
2.3 Hyvinvointialueuudistus	12
2.3.1 Hyvinvointialueiden ohjaus	13
2.3.2 Hyvinvointialueen rahoitusmalli.....	14
2.3.3 Tarvevakiointi rahoitusmallissa	17
2.4 Resurssien allokointi sosiaali- ja terveyspalveluissa	20
2.4.1 PBMA ja monikriteeriset arviointikehykset	22
2.4.2 HTA-prosessi	23
2.4.3 Kustannusvaikuttavuuden taloudelliset arviointimenetelmät	26
2.4.4 Muut huomioon otettavat seikat.....	27
2.5 Vaikuttavuus sosiaali- ja terveyspalveluissa	28
2.5.1 Vaikuttavuuden mittaaminen	29
2.5.2 Vaikuttavuuden johtaminen ja ohjaaminen.....	30
2.6 Yhteenveto	31
3 AINEISTO JA MENETELMÄT	33
3.1 Tutkimuksen kohteena olleet hyvinvointialueet	33
3.2 Aineisto.....	34
3.3 Menetelmät	34
3.3.1 Taloustiedot.....	35
3.3.2 Haastattelujen toteutus ja aineiston käsittely	36
3.3.3 Tietosuoja ja eettiset näkökohdat	40
4 TUTKIMUKSEN TULOKSET	41
4.1 Hyvinvointialueiden taustatiedot	41
4.2 Resurssien allokointi vuoden 2023 talousarviossa	46
4.2.1 Talousarvion laadinta Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella.....	46
4.2.2 Talousarvion laadinta Keski-Suomen hyvinvointialueella	48
4.2.3 Talousarvion laadinta Kanta-Hämeen hyvinvointialueella.....	49
4.2.4 Perustelut.....	50
4.2.5 Yhteenveto	53
4.3 Kustannusvaikuttavuustiedon hyödyntäminen	54
4.3.1 Kustannustieto.....	54
4.3.2 Vaikuttavuustieto	57
4.3.3 Vaikuttavuuden johtaminen	60
4.3.4 Yhteenveto	65

5	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	66
5.1	Resurssien allokoinnin periaatteet ja kustannusvaikuttavuus	66
5.2	Toimenpide-ehdotukset ja jatkosuositukset	69
5.3	Tutkimuksen teoreettinen kontribuutio ja jatkotutkimustarpeet	72
5.4	Tutkimuksen arviointi	75
5.5	Johtopäätökset	75
6	LÄHTEET	77
7	LIITTEET	84

1 JOHDANTO

Tässä pro gradu -tutkielmassa arvioidaan miten hyvinvointialueet ovat allokoineet sosiaali- ja terveyspalvelujen resurssejaan ensimmäiselle toimintavuodelle ja millaiset edellytykset niillä on hyödyntää kustannusvaikuttavuustietoa allokointipäätösten pohjana. Aihe on ajankohtainen, sillä kaikki hyvinvointialueet ovat tekemässä ensimmäisenä toimintavuonaan alijäämäisen tuloksen (Valtiokonttori 2023a) samaan aikaan kun pääministeri Petteri Orpon hallitusohjelmassa keskeisenä tavoitteena on tasapainottaa julkista taloutta (Valtioneuvosto 2023a). Hyvinvointialueiden toiminnasta ole vielä saatavilla tutkimustietoa. Hyvinvointialueille ei myöskään ole hyvää kansainvälistä vertailukohtaa, jota voisimme hyödyntää suoraan oman järjestelmämme kehittämiseen. Esimerkiksi muissa Pohjoismaissa sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen organisointi että rahoitusmalli poikkeavat olennaisesti Suomessa nyt käyttöön otetusta mallista (Naumanen 2018, 14-19).

Suomen julkisen talouden kokonaisuus on ollut alijäämäinen jo 15 vuoden ajan ja sen sopeuttaminen on osoittautunut vaikeaksi väestön ikääntymisestä johtuvan kestävyysvajeen takia. Tämä tarkoittaa, että joko tulo- tai menorakenteeseen täytyisi löytää pysyviä muutoksia, jotta kustannusten kasvu saataisiin hallintaan. (Talouspolitiikan arviointineuvosto 2022, 2.) Viimeisen 20 vuoden aikana asukaskohtaiset terveysmenot ovat Suomessa yli kaksinkertaistuneet. Bruttokansantuotteeseen suhteutettuna kasvua on samalla ajanjaksolla tapahtunut 2,5 prosenttiyksikköä. Kustannusten taso on molemmilla tavoin mitattuna ylittänyt EU:n keskiarvon. (Tynkkynen, Keskimäki, Karanikolos ja Litvinova 2023, 5.) Aivan viimeisinä vuosina sosiaali- ja terveydenhuollon pysyvien kustannusten kasvua ovat hillinneet COVID-19 pandemian aiheuttamien lisäkustannusten vuoksi myönnettyt avustukset. On arvioitu, että ilman näitä olisivat sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset kasvaneet noin 14 % vuosien 2017–2021 aikana reaalisesti mitattuna. Ennen hyvinvointialueudista sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset olivat Manner-Suomen alueella noin 20 miljardia euroa, eli 3620 euroa per asukas. (Croell, Hetemaa, Knape, Leipälä, Louet-Lehtoniemi, Nieminen, Ridanpää, Suomela, Syrjä ja Syrjänen 2023, 25.) Hyvinvointialueiden ensimmäisen toimintavuoden yleiskatteellinen valtionrahoitus on ollut noin 22,5 miljardia euroa, joka vastaa noin $\frac{1}{4}$ valtion koko budjetista (Valtiovarainministeriö 2023a, 8 ja 37). Julkisen talouden suunnitelmassa vuodelle 2024 on valtion budjetista allokoitu hyvinvointialueiden rahoitukseen 24,7 miljardia euroa (Valtiovarainministeriö 2023b, 13). Ei siis ole yhdentekevää, miten näitä resursseja käytetään ja mitä niillä saadaan aikaiseksi.

Tutkimus toteutettiin osana Valtiovarainministeriön erillisselvitystä, jossa tarkasteltiin hyvinvointialueiden vaikuttavuuden johtamista ja resurssien allokointia. Tutkimuksen tulokset on osin julkaistu Valtiovarainministeriön kustannusvaikuttavuuden osaamiskeskuksen 16.10.2023 julkaistussa

loppuraportissa ¹ . Tutkimus koostuu kolmesta osasta: 1) sosiaali- ja terveyspalvelujen instituutioita, resurssien allokointia ja vaikuttavuutta koskevasta kirjallisuuskatsauksesta, 2) kolmen hyvinvointialueen aineistosta koostuvasta empiirisestä osiosta sekä 3) empiirisen osan tuloksista ja aiemmasta tutkimustiedosta johdetusta pohdintaosiosta. Tässä luvussa esitellään tutkimusongelma ja työn kokonaisrakenne.

1.1 Tutkimusongelma ja työn rakenne

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia, millaisia edellytyksiä hyvinvointialueilla on hyödyntää vaikuttavuusperustaisuutta sosiaali- ja terveyspalvelujen resursseja koskevissa allokointipäätöksissä. Tutkimuskohteena ovat Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen ja Keski-Suomen hyvinvointialueet. Tutkimus toteutettiin hyvinvointialueiden ensimmäisen toimintavuoden keväällä ja sen tilaajana on Valtiovarainministeriön Kustannusvaikuttavuuden osaamiskeskus.

Tutkimuskysymyksiä oli kaksi:

1. Millä periaatteilla osallistuneet hyvinvointialueet ovat allokoineet resursseja vuodelle 2023 ja miksi?
2. Millaiset edellytykset osallistuneilla hyvinvointialueille on hyödyntää oman toimintansa kustannusvaikuttavuustietoa resurssien allokoinnin perusteena?

Tutkimuksen ensimmäisen osa esittelee ensin julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja rahoituksen periaatteita. Tällä pyritään avaamaan tutkimuksen motivaatiota ja merkitystä yhteiskunnalle. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä kuvataan ensin kansainvälisestä näkökulmasta ja sen jälkeen käydään läpi palveluden kehitystä Suomessa. Lisäksi käsitellään nykyisten hyvinvointialueiden rahoituksen ja ohjauksen periaatteita. Tämän jälkeen esitellään resurssien allokointia sosiaali- ja terveyspalveluissa erityisesti menetelmävalintojen, prosessien sekä eettisten näkökohtien kautta. Lisäksi käydään läpi vaikuttavuuden johtamisen ja ohjaamisen teoreettisia lähtökohtia.

Empiirinen osio koostuu aineistoa ja menetelmiä koskevasta osiosta sekä tulososiosta, jossa etsitään vastauksia esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Viimeinen osa tästä työstä koostuu pohdinnasta ja jatkosuosituksista, jossa peilataan saatuja tuloksia aiempaan kirjallisuuteen ja annetaan tulosten pohjalta nousseita perusteltuja suosituksia. Tähän osaan kuuluvat myös tutkimuksen arviointi sekä jatkotutkimuskysymysten pohdinta.

¹ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165203>

2 INSTITUUTIOT, RESURSSIEN ALLOKOINTI JA VAIKUTTAVUUS SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISSA

2.1 Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen OECD-maissa

OECD määrittelee sosiaali- ja terveysalan sisältävän terveydenhuollon, sosiaalityön ja asumispalvelut. Toimiala työllistää kansainvälisesti tarkasteltuna 10–15 % työvoimasta eri maissa ja osuuden uskotaan kasvavan tulevaisuudessa. (OECD 2021, 210). Kaikissa OECD-maissa valtiolla on merkittävä rooli sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksessa ja huoli kustannusten kasvusta on universaali, palvelujärjestelmän ominaisuuksista huolimatta. Maat pyrkivät hillitsemään kustannusten kasvua erilaisin keinoin, näistä taloudellisten kannustimien käyttö ja resurssitehokkuuteen kannustaminen ovat yhä suositumpia. (Stabile ja Thompson 2014, 480–482.)

Se, miten järjestelmässä on päädytty ohjaamaan rahoitusta yksilöltä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantoon, vaikuttaa Stabile ja Thompsonin (2014, 486) mukaan kustannusten kasvuun ja siihen, miten järjestelmä reagoi yleisen taloustilanteen muutoksiin. Rahoitus voi toteutua joko keräämällä veroja, tai yleisen sosiaalivakuutuksen kautta, joka on eräänlainen korvamerkityn verotuksen muoto. Tällaisen järjestelyn avulla pyritään välttämään haitallisen valikoitumisen ongelmaa. Tämän lisäksi palvelujen käytöstä veloitetaan usein jonkinlainen asiakasmaksu. Mikäli se taho, joka kerää veroja eroaa palveluita järjestävästä tahosta, voi rahojen oikeudenmukainen ja alueellisen tarpeen mukainen jakautuminen kuitenkin vaarantua. (Stabile ja Thompson 2014, 486.)

Puhtaasti verovaroin rahoitettavien järjestelmien kustannusten on havaittu korreloivan sosiaalivakuutusjärjestelmiä enemmän bruttokansantuotteella mitatun yleisen taloustilanteen kanssa (Stabile ja Thompson 2014, 491). Taluskriisissä kustannusleikkauspaine kohdistuu tällöin kaikkiin palveluihin. Sosiaalivakuutusjärjestelmä on puolestaan yhdistetty nopeampaan kustannusten kasvuun (Stabile ja Thompson 2014, 493). Verotuksen ja sosiaalivakuutusjärjestelmän yhdistelmästä onkin tullut yhä suositumpi tapa rahoittaa julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut, sillä yhdistelmän ajatellaan mahdollistavan yhtä rahoituskanavaa paremmin kustannusten kasvun hillitsemisen ja palvelujen tasavertaisen saatavuuden edistämisen (Stabile ja Thompson 2014, 511). Stabile ja Thompson (2014, 493) toteavat kuitenkin, että tapa kerätä rahoitusta julkisille sosiaali- ja terveyspalveluille ei yksin ole riittävä keino edistää kustannuskehityksen hallintaa tai palvelujen laadun kehittämistä.

Asiaksmaksuilla on sosiaali- ja terveyspalveluissa rahoituspuolelta keräämisen lisäksi tarkoitus vaikuttaa resurssien allokointiin. Tämä perustuu siihen, että yksilöllä on sekä enemmän tietoa terveydentilastaan ja hyvinvointiinsa vaikuttavista tekijöistä, että parempi kontrolli terveyteensä ja hyvinvointiinsa. Tämä epäsymmetrinen informaatio voi johtaa niin sanottuun

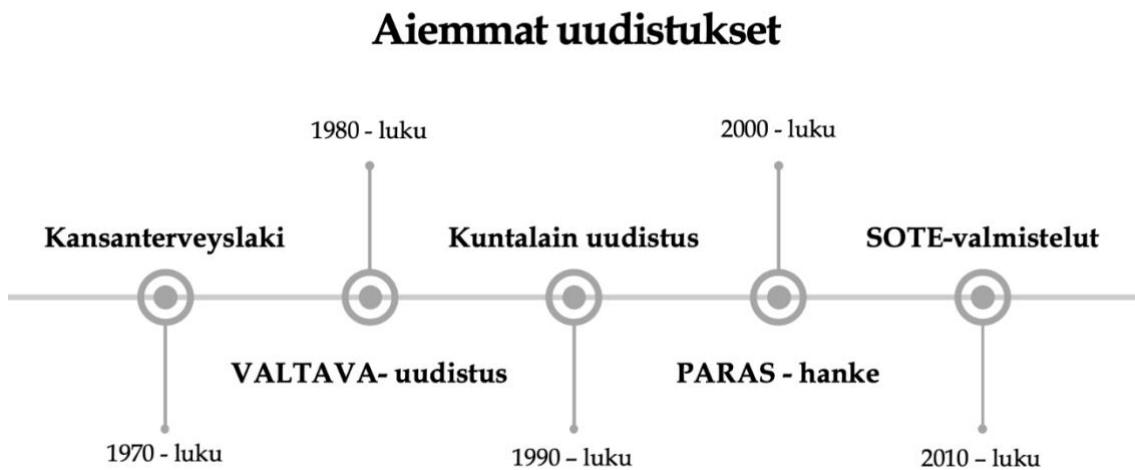
moral hazard - ilmiöön, koska yksilö tietää järjestelmän kantavan osan hänen elintapojensa ja valintojensa riskeistä. Optimaalisin ratkaisu on sellainen missä myös asiakkaalle kohdistuu osuus syntyvistä kustannuksista. Tutkimusten mukaan tämä ei välttämättä kuitenkaan toimi toivotulla tavalla, sillä asiakasmaksujen keräämisestä kertyy herkästi korkeat hallinnolliset kustannukset verrattuna asiakasmaksuilla saataviin tuloihin (Stabile ja Thompson 2014, 492) ja lisäksi erityisesti niiden vaihtelu saattaa lisätä eriarvoisuutta (esim. Tervola, Haaga ja Ilmarinen 2019, 6). Käyttäytymistaloustieteellisessä koeasetelmassa havaittiin, että hyvitykset voivat olla asiakasmaksuja tehokkaampia ja vaikuttavampia toimia, kun tavoitteena on kustannussäästöt (Kairies-Schwarz, Rieger-Fels ja Waibel 2023, 11). Onkin suositeltu, ettei valtion rahoituksen osuus ole riippuvainen asiakasmaksutuotoista ja että saadut tuotot käytetään ensisijaisesti palvelujen määrän ja laadun lisäämiseen (Stabile ja Thompson 2014, 492).

Sosiaali- ja terveystaloustieteellisen järjestelmän tehokkuuteen, kustannuksiin ja laatuun voivat vaikuttaa myös sen kattavuutta koskevat ratkaisut: Kenelle, mitä ja kuinka paljon? Lisäksi palveluihin väistämättä liittyvät budjettirajoitteet edellyttävät palvelujen käytön ja kustannusten säännöstelyä, joka julkisessa järjestelmässä tapahtuu usein jonojen kautta palveluun pääsyä rajoittamalla. (Stabile ja Thompson 2014, 504.) Optimaalinen jonotusaika riippuu teoreettisesti sekä kustannuksista että hyötykäyrästä, eli miten palvelun tai hoidon viivästyminen vaikuttaa siitä saatavaan hyötyyn. Odottaminen aiheuttaa aina asiakkaalle kustannuksia ja lisäksi hyvinvointitappiota yhteiskunnalle. Koska käytettävissä oleva tieto on rajallinen, optimaalisin ratkaisu on tarjota ensimmäisiä aikoja niille, joiden uskotaan hyötyvän eniten tarjotusta palvelusta tai hoidosta. (Stabile ja Thompson 2014, 508–509.) Tutkimusnäyttö jonojen vaikutuksesta yksilön terveyteen ja hyvinvointiin on kuitenkin ristiriitaista (Stabile ja Thompson 2014, 5012). Jonot eivät myöskään ole ongelmana kaikissa OECD-maissa ja on saatu näyttöä siitä, että niitä voidaan tehokkaasti vähentää, jos tämä asetetaan palvelujärjestelmän tavoitteeksi (Stabile ja Thompson 2014, 511). Tynkkysen ja kumppaneiden (2023, 14) mukaan Suomessa tyydyttämättömän terveydenhuollon palvelutarpeen osuus on tällä hetkellä EU:n korkeimpia, johtuen nimenomaan pitkistä hoitajajonoista.

Monissa maissa hyödynnetään erilaisia taloudellisen (economic evaluation) ja terveysteknologisen arvioinnin (HTA) menetelmiä palveluvalikoiman määrittämisessä. Julkisesti rahoitettujen palvelujen tapauksessa arvioinneissa voidaan parhaimmillaan hyödyntää laajempaa tietopohjaa ja arvioida vaikutuksia ja hyötyjä myös koko yhteiskunnan tasolla. Tutkimusnäyttö näiden arviointien vaikutuksesta järjestelmätason kustannuskehitykseen on kuitenkin rajallinen. (Stabile ja Thompson 2014, 508.)

2.2 Suomen julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehitys

Kuten monissa muissakin maissa (Tynkkynen, Keskimäki, Reissell, Koivusalo, Syrjä, Vuorenkoski, Rechel ja Karanikolos 2019, 29), myös suomalaiset sosiaali- ja terveyspalvelut ovat ajan saatossa kehittyneet eri suuntiin. Pohjalla on aina näihin päiviin asti ollut vahvasti kuntapohjainen järjestämismalli, jonka uudistamista on pohdittu tavalla tai toisella joka vuosikymmenellä. Paikoin pyrkimys on ollut kohti keskitettyä ja integroitua mallia ja toisessa hetkessä kohti hajauttamista. Pelkästään 2000-luvulla palvelujärjestelmämme on kokenut merkittäviä uudistuksia jo ennen nyt toteutunutta hyvinvointialueuudistusta. Kuntien järjestämänä palvelujen yhdenvertaista toteutumista ei ole kuitenkaan pystytty turvaamaan. (Rautiainen, Taskinen ja Rissanen 2020, 17–21.)



KUVIO 1. Suomalaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän keskeiset uudistukset ennen hyvinvointialueita (mukaillen Rautiainen, Taskinen & Rissanen 2020, 20–21).

Kuviossa 1 on esitetty merkittävimmät sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän reformit aiemmilta vuosikymmeniltä. Sotien jälkeen kuntien merkitys peruspalvelujen tuottajina asemoitiin ja vuonna 1972 voimaan tulleen kansanterveyslain voidaan ajatella viimeistelleen tämän kehityksen. Laki ohjasi kohti hallinnollisesti integroitua sosiaali- ja terveyspalveluja. 1980-luvulle tultaessa palvelujärjestelmää kehitettiin useasta merkittävästä lakimuutoksesta koostuneen VALTAVA-uudistuksen voimin. Vuonna 1982 voimaan tuli uusi sosiaalihuoltolaki, pari vuotta tämän jälkeen vuonna 1984 sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtiosuuslaki ja viimeisenä, juuri ennen talouden syöksymistä kohti 1990-luvun lamaa, voimaan tuli vuonna 1989 erikoissairaanhoidon laki. Vuoden 1995 kuntalaki puolestaan mahdollisti kunnille erilaisia malleja sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantoon, mukaan lukien

ostopalvelut, kuntayhtymät ja liikelaitokset. Tässä vaiheessa suomalaiseseen palvelujärjestelmään tulivat ensimmäiset markkinaohjauksen menetelmät. Vuosituhannen vaihteen jälkeen merkittävin uudistus lienee Kunta- ja palvelurakennemuutos eli PARAS-hanke. Hankkeen myötä toteutettiin useita kuntaliitoksia, joiden myötä palvelutuotantoa keskitettiin suurempiin kokonaisuuksiin, mutta järjestämismallien kehittymiseen tällä ei ollut merkittävää vaikutusta. 2010-luvulla sote-uudistusta yritettiin useamman hallituksen voimin ja ajatus maakunnallisia rajoja noudattavista järjestäjätahoista nousi uudelleen esiin. Tätä oli kuitenkin pohdittu jo 1970-luvulla, joten aivan uudesta ideasta ei ollut kyse. (Rautiainen ym. 2020, 18–25.) Ennen hyvinvointialueita, Suomen sosiaali- ja terveystalouden järjestelmää on pidetty jopa maailman heikoimmiksi keskitettynä, olihan järjestäjätahoja kuntaliitosten jälkeenkin 297 kappaletta (Keskimäki, Sinervo, ja Koivisto 2018, 680).

Sote-uudistuksen tarvetta perusteltiin yleisesti heikolla kansallisen tason ohjauksella, palvelutuotannon sirpaleisuudella ja integraation puutteilla (Tynkkynen ym. 2019, 30; Keskimäki ym. 2018, 679). Sosiaali- ja terveystalouden rakenteita uudistavalla reformilla pyrittiinkin kaikilla valmistelukierroksilla organisaatorakenteen keskittämiseen, parantamaan perustalouden saatavuutta ja lisäämään palvelujen horisontaalista ja vertikaalista integraatiota (Tynkkynen ym. 2019, 30). Kansainvälisesti vertailtuna suomalainen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on toiminut jo ennen hyvinvointialueiden käynnistymistä verrattain integroidusti ja sitä on pidetty sekä tehokkaana että vaikuttavana (Keskimäki ym. 2018, 679–680). Toisaalta sektoreiden lainsäädännön erilaisuus sekä toisistaan poikkeavat ammattikäytännöt ja koulutukset määrittävät sosiaali- ja terveystalouden tavoitteita eri tavoin, joka omalta osaltaan voivat vaikeuttaa integraation toteuttamista (Keskimäki ym. 2018, 679). Ennen hyvinvointialueiden muodostumisesta toteutettiin muutamia pilotinomaisia sosiaali- ja terveystalouden integraatiohankkeita, joista saatiin kokemus, että tämän tyyppinen palvelujen saumaton yhteensovittaminen voisi kuitenkin onnistua (Keskimäki, ym, 685).

2.3 Hyvinvointialueuudistus

Historiallisen suuren sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutoksen toimeenpano tapahtui 1.1.2023. Uudistuksen myötä muodostuu 21 hyvinvointialuetta, jotka vastaavat alueensa sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelujen järjestämisestä. Hyvinvointialueen tehtäviin kuuluvat julkisen sektorin palveluvalikoimasta perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, sosiaalihuolto, lasten, nuorten ja perheiden palvelut, tietyt työikäisten palvelut, mielenterveys- ja päihdepalvelut, vammaispalvelut, oppilashuolto, ensihoito ja pelastustoimi. Reformin tavoitteena on hillitä sosiaali- ja terveystalouden kustannuskehitystä, kaventaa väestön terveyseroja ja varmistaa palvelujen yhdenvertaisuus. Hyvinvointialueiden toiminnan rahoittaa

valtio ja niillä on vahva autonomia. Verotusoikeutta niillä ei kuitenkaan ole. Hyvinvointialueen taloudesta ja toiminnasta vastaa vaaleilla valittu aluevaltuusto. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2023a.)

2.3.1 Hyvinvointialueiden ohjaus

Toteutetun sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yksi taustalla ollut tavoite on ohjausjärjestelmän muuttaminen. Ohjauksella viitataan tässä yhteydessä organisaatorajojen yli tapahtuvaan vallankäyttöön. Kun julkisten sosiaali- ja terveystalouksien järjestämisestä ja rahoituksesta ovat aiemmin vastanneet kunnat, muodostui hyvinvointialueista niiden tilalle uudet ohjattavat yksiköt, joita valtio voi ohjata aiempaa tehokkaammin. (Möttönen 2019, 59–60.) Valtio ohjaa hyvinvointialueita informaatio-, resurssi- ja normiohjauksen keinoin. Normiohjauksella viitataan lainsäädäntöön, joka määrittelee palvelujen sisältöjä sekä niiden myöntämisen kriteerejä, mutta myös koko hyvinvointialuehallinnon valtaa ja vastuuta koskevia kysymyksiä. Resurssiohjauksen keinot liittyvät rahoitukseen ja sen kautta tavoiteltavaan kustannusten kasvun hillintään. Informaatio-ohjauksen keinot ovat edellä mainittuja hienovaraisempia, kuten tiedon jakamista ja erilaisten kehittämishankkeiden organisointia. (Möttönen 2019, 60–62.)

Hyvinvointialueiden toimintaa ohjataan kolmesta ministeriöstä. Sisäministeriö vastaa pelastustoimen toiminnan ohjauksesta ja valvonnasta, sosiaali- ja terveysministeriö puolestaan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaamisesta ja kehittämisestä. Valtiovarainministeriön vastuulla on hyvinvointialuekokonaisuuksien ohjaus, erityisesti talouden näkökulmasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023b.) Valtiovarainministeriön ohjauksessa huomioidaan koko julkisen talouden kestävyys ja resurssien optimaalinen kohdentaminen (Valtiovarainministeriö n.d.a). Pääministeri Petteri Orpon hallitusohjelmaan on kirjattu, että Valtiovarainministeriö vastaa jatkossa hyvinvointialueiden ohjauksen koordinaatiosta ja kokonaisuuden johtamisesta. Hallitusohjelmaan on myös kirjattu, että nämä ministeriöt yhdessä muiden viranomaistahojen kanssa arvioivat ja seuraavat sekä hyvinvointialueiden toiminnan taloudellisuutta, tuloksellisuutta että vaikuttavuutta. Kustannusvaikuttavuuden edistäminen onkin nostettu yhdeksi hyvinvointialueiden ohjauksen keskeiseksi tehtäväksi. (Valtioneuvosto 2023a.)

Strategisen tason ohjaus kohdistuu koko maan kattaviin yhtenäisiin tavoitteisiin ja linjauksiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022b), joita voidaan pitää yhtenä informaatio-ohjauksen muotona. Ensimmäiset valtioneuvoston vahvistamat hyvinvointialueiden strategiset tavoitteet on julkaistu joulukuussa 2022, juuri ennen kuin alueiden toiminta käynnistyi (kuviot 2). Jatkossa nämä tavoitteet päivitetään neljän vuoden välein. Tavoitteiden toteutumista arvioidaan asetettujen mittareiden perusteella joka vuosi. Tavoitteita voidaan perustellusta syystä ja ministeriöiden esityksestä muuttaa kesken kauden, mikäli muutokset toimintaympäristössä sitä vaativat. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa määritellään, että näissä tavoitteissa tulee ottaa kantaa muun

muassa toiminnan vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden edistämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022, 9–10.)



KUVIO 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2023–2026 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022, 16).

Hyvinvointialueita informaatio-ohjataan myös vuosittain ministeriöiden kanssa käytävillä keskusteluilla, joissa tarkastellaan toiminnan ja talouden nykytilaa ja etsitään ratkaisuja mahdollisesti ilmenneisiin ongelmiin. Hyvinvointialueet on velvoitettu toimimaan yhteistyössä samaan yhteistyöalueeseen kuuluvien muiden hyvinvointialueiden kanssa ja myös tämän sopimuksen toteutumista valvotaan. Näiden formaalien ohjauskeinojen lisäksi ministeriöt käyvät tarpeen mukaan vapaamuotoisempaa vuoropuhelua hyvinvointialueiden johdon kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023b.)

2.3.2 Hyvinvointialueen rahoitusmalli

Hyvinvointialueiden resurssiohjaus tapahtuu rahoitusmallin kautta. Rahoitus on luonteeltaan laskennallista ja yleiskatteellista. Hyvinvointialueilla on valta päättää itse varojen käytöstä, edellyttäen että niiden lakisääteiset tehtävät tulevat hoidetuksi. Laskennallisen rahoituksen määrään vaikuttavat monet tekijät, kuten väestön määrä alueella, palvelutarve ja paikalliset olosuhdetekijät. Lisäksi rahoitusta korotetaan vuosittain vastaamaan palvelutarpeen ja kustannustason kasvua. Jälkikäteen, selvitetään koko maan tasolla todellinen kustannustaso ja tarkistetaan kokonaisrahoitusta vastaamaan tätä. Koska korjausta ei toteuteta hyvinvointialuekohtaisesti, on ajateltu, että malli kannustaisi alueita kustannusten kasvun rajaamiseen. (Valtiovarainministeriö n.d.b.)

Hyvinvointialuekohtaisesta rahoituksesta 14,6 prosenttia määräytyy asukasmäärän mukaisesti. Pieni osa rahoituksesta määräytyy väestön

äidinkielen, asukastiheyden, saaristolaisuuden sekä kuntien hyvinvoinnin- ja terveyden edistämistyön perusteella. (Valtioneuvosto 2023b.) Suurin osa, noin 80 prosenttia, rahoituksesta on sidottu niin sanottuun tarvevakiointiin (THL 2023a), joka pohjautuu aiempaan tutkimukseen palvelujen käyttöön yhteydessä olevista tekijöistä (Häkkinen, Holster, Haula, Kapiainen, Kokko, Korajoki, Maklin, Nguyen, Puroharju ja Peltola 2020). Alkuperäinen malli herätti kuitenkin kritiikkiä. Siinä havaittiin olennaisia ekonometrisia puutteita ja sen kykyä tukea valtiontalouden kestävyyttä on epäilty (Malmi, Riipinen, Roos ja Tukiainen 2021, 1-2).

Kortelainen, Kotakorpi ja Lyytikäinen (2021, 204) toteavat, että kokonaan valtion rahoitukseen pohjautuvan mallin ei kannusta hyvinvointialueita kustannustehokkuuteen. Kyseessä on niin sanotun pehmeän budjettirajoitteen ongelma, joka viittaa siihen, että hyvinvointialueiden olisi järkevää käyttää kaikki niille annettu rahoitus ja jopa anoa lisärahoitusta. Valtio vastaa siitä, että kansalaisten perusoikeudet toteutuvat ja mikäli hyvinvointialue pystyy osoittamaan, ettei sen rahoitus riitä kattamaan niitä kustannuksia, joita näistä palveluista syntyy, ei muuta vaihtoehtoa ole kuin myöntää lisärahoitusta. Kuten Kortelainen ja kumppanit (2021, 204-205) kuvaavat, tämän tyyppinen ongelma on hyvin tyypillinen sosiaali- ja terveystaloudessa, ja informaation epäsymmetriasta johtuen, valtion keinot selvittää lisärahoitustarpeen todelliset syyt ovat rajalliset.

Toinen kritiikkiä herättänyt rahoitusmallin piirre liittyy rahoituksen jälkikäteistarkastukseen, joka luo kustannustason kasvua ruokkivan kierteen yhdistyessään yllä kuvattuun pehmeään budjettirajoitteeseen (Kortelainen ym. 2021, 205). Koska hyvinvointialueiden ensimmäiselle vuodelle saama rahoitus on perustunut laskennallisiin tietoihin, on selvää, että alueiden todellinen kustannustaso tulee poikkeamaan suuntaan tai toiseen tästä rahoituksen tasosta. Tästä saatiin viitteitä jo hyvinvointialueiden vuoden 2023 talousarvioiden yhteydessä, joista kaikki muut paitsi yksi olivat alijäämäisiä (Valtiokonttori 2023b).

Näin ollen, kaikilla niillä alueilla, joilla rahoitus havaitaan riittämättömäksi, on kannustin hakea lisärahoitusta. Kun tämä lisärahoitus sitten huomioidaan jälkikäteen tehtävässä rahoituksen tarkistuksessa, nousee kokonaisrahoitus vuosi vuodelta korkeammaksi. Se, että yksittäinen alue saa tästä rahoitustason noususta vain tietyn laskennallisen osan, ei vähennä kannustinta. Kun mahdollisimman moni alue anoo lisärahoitusta, kaikki alueet hyötyvät. Vaikka alueen todellinen kustannustaso jäisi alle myönnetyn rahoituksen tason, ei sillä ole kannustinta säästää, sillä se ei hyödy siitä itse. Päinvastoin jälkikäteistarkastuksen mekanismi huomioiden sen kannattaa käyttää raha viimeistä senttiä myöten. Ratkaisuna näihin ongelmiin on esitetty hyvinvointialueiden rahoituksen pohjautumista jatkossa osin verotusoikeuteen. (Kortelainen ym. 2021, 205.)

Lisäksi on kritisoitu, ettei tarvevakiointimalli ota huomioon kaikkia sellaisia alueellisia eroja kustannustasossa, joihin hyvinvointialue ei voi vaikuttaa. Tällä viitataan muun muassa henkilöstö- ja tilakustannuksiin, sekä

ostopalvelumarkkinoihin. Alkuperäisessä mallissa oli myös vähemmän sairausluokkia, jolloin jopa puolet kustannuksista jäi huomioimatta. Tarvevakiointimallissa käytetyt laskennalliset yksikkökustannukset ovat nekin herättäneet kritiikkiä. Mallin estimoinnissa käytettyjen kustannustietojen on havaittu poikkeavan todellisuudesta varsin merkittävästi aiheuttaen huolta tulosten luotettavuudesta. Mallissa selitetään yksilötason laskennallisia kustannustietoja monen eri muuttujan avulla ja silti osamallien selityksasteet jäävät alhaisiksi. Myös sairausluokituksen taustalla olevien rekisteritietojen luotettavuutta on epäilty. (Malmi ym. 2021, 11–29.)

Tarvevakiointimallia on päivitetty vuoden 2019 tietoihin pohjautuvalla aineistolla ja siihen on lisätty merkittävä määrä uusia sairausluokkia vastaamaan paremmin käytännön tilanteita. Kustannukset määritellään hyödyntämällä samaa palveluluokitusta, jonka perusteella hyvinvointialueet jatkossa raportoivat kulujaan (liite 1). Mallissa itsessään määrittelyjä on muutettu siten, että estimoinnissa hyödynnettävät ennusteet otetaan palvelutarvetta edeltävän vuoden aineistosta. Lisäksi muihin muuttujiin on tehty lukuisia muutoksia. Palvelutarvekerroin suhteuttaa hyvinvointialueen asukkaiden keskimääräisen palvelutarpeen julkisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa koko maan palvelutarpeeseen. (Holster, Haula ja Kurajoki 2022, 5–6.) Päivitetty tarvevakiointimalli huomioi nyt edellistä laajemmin kustannuksia aiheuttavia sairauksia, mutta muilta osin malliin ei ole tehty oleellisia muutoksia. Malli ei edelleenkään huomioi hyvinvointialueiden kustannusrakenteiden eroja esimerkiksi työvoiman saatavuuden suhteen ja siinä käytetyt kustannustiedot perustuvat edelleen laskennalliseen aineistoon. Mallissa hyödynnettävän rekisteriaineiston luotettavuudessa ei ole merkittävää muutosta tällä välin tapahtunut.

Hyvinvointialueiden rahoituksen teoreettinen malli nojaa kaavaperustaisen rahoituksen ajatukseen (Holster ym. 2022, 7). Kaavaperustaisen rahoituksen idea ei ole uusi, vaan sen periaatteita on tunnustettu noudatettavan jo 1800-luvun lopun Englannissa. Ideana on määritellä julkisia palveluja tuottavien hajautettujen organisaatioiden tuleva julkinen rahoitus mekaanisten sääntöjen perusteella, pyrkien näin rajoittamaan valtiolle kohdistuvia kokonaiskustannuksia. Kaavaperustaisen mallin lisäksi on olemassa muitakin periaatteita julkisten resurssien allokontiin, kuten varojen jakaminen perustuen historiallisiin kustannustietoihin, tarjouskilpailuun tai poliittiseen kannatukseen (Smith 2003, 301–305). Ideaalitilanteessa, jos informaation epäsymmetriaa ei olisi ja yhteiskunnan hyötyfunktio olisi tiedossa, voisi rahoitus teoriassa pohjautua myös todellisiin kustannuksiin (Holster ym. 2022, 7).

Kaavaperustaista rahoitusta voidaan käyttää, mikäli palvelujen järjestämiseen rahoitusta saavia tahoja on useampi ja ennalta on määriteltävissä yhtälö, jonka pohjalta rahoitus päätetään ilman, että siihen tehdään välittömästi muutoksia. Lisäksi rahoituksen saajilla täytyy olla olemassa jonkinlainen kannustin sitoutua annettuun rahoituksen tasoon. (Smith 2003, 301–302.) Kaavaperustaisella rahoituksella on kiistatta hyötynsä verrattuna muihin allokontiperusteisiin. Tarvittavan tiedon ja valvonnan määrä on vähäisempi,

jolloin se vähentää informaation epäsymmetrian vaikutuksia, hilliten näin päämies-agentti-ongelmaan liittyviä kustannuksia. Kaavaperustaisuus mahdollistaa hyvin toimiessaan resurssien allokoinnin sinne, missä palvelutarve ja hyöty on suurin, estäen kermankuorintaa. Tällaisessa rahoitusmallissa on mahdollista erottaa palvelujen järjestäjä ja tuottaja toisistaan tarjonnan tehostamiseksi, koska rahoitus ei itsessään ota kantaa siihen mistä asiakas palvelun lopulta saa. Kaava itsessään muuttaa pyrkimykset palvelujen tasa-arvoisuuteen operationalisoituun muotoon. Tällainen läpinäkyvä allokointiperiaate mahdollistaa myös paremmin avoimen dialogin eri osapuolen välillä. Tyypillisesti kaavaperustaisen rahoituksen päätökset ovat yleisön ja rahoitusta saavien tahojen helpompi hyväksyä, koska koetaan, että se kohtelee kaikkia yhdenvertaisesti. Voidaankin yleisesti todeta, että usein oikeudenmukaisuuden tarkastelussa itse allokointiprosessilla on suurempi merkitys kuin sen lopputuloksella. (Smith 2003, 304.)

2.3.3 Tarvevakiointi rahoitusmallissa

Hyvinvointialueiden rahoitusmallissa käytettävä tarvekerroin on muotoa

$$\vartheta_{m,t} = \frac{\tau_{m,t}/n_{m,t}}{\tau_t/n_t}$$

jossa, $\tau_{m,t}$ kuvaa hyvinvointialueen m palvelutarvetta ajanhetkellä t ja $n_{m,t}$ väkilukua. Yhtälössä tarvittava palvelutarve saadaan alla olevasta yhtälöstä, jossa regressiokerroin β_k kuvaa tarvetekijän $\chi_{i,k}$ vaikutusta palvelujen käyttöön. K kuvaa mallissa olevien tarvetekijöiden määrää ja J ei-kompensoitavien tekijöiden (Y) määrää, joka viittaa sellaisiin palvelun käyttöön vaikuttaviin tekijöihin, jotka korreloivat tarvetekijöiden kanssa. Lisäksi i kuvaa henkilöä joka palveluita käyttää.

$$\tau_m = \sum_i^{n_m} \left(\sum_{k=1}^K \widehat{\beta}_k \chi_{i,k} + \sum_{j=1}^J \widehat{Y}_j \bar{z}_j \right)$$

Tarvevakiointimalli koostuu kolmesta eri osamallista: terveydenhuolto, sosiaalihuolto ja vanhusten huolto (taulukko 1). Kolme erilaista mallia tarvittiin erityisesti sosiaalihuollon puutteellisen tietopohjan vuoksi. Taustalla oleva aineisto on erittäin suuri, sosiaali- ja vanhustenhuollon osalta yli miljoona havaintoa ja terveydenhuollon osalta 5,6 miljoonaa havaintoa. Muuttujien valinnassa on hyödynnetty aiempaa kirjallisuutta, teoreettista lähestymistä sekä asiantuntija-arvioita. Käytetty aineisto perustui lopullisessa mallissa vuoden 2019 tietoihin, koska vuoden 2020 palvelunkäyttöön on merkittävästi vaikuttanut COVID-19 pandemia. Mallissa on pyritty tulkinnallisesti yksinkertaiseen lineaariseen malliin, kuten kaavaperustaisen rahoituksen tapauksessa usein on ollut tapana. (Holster ym. 2022, 12–15.)

Sairausluokkia tässä analyysissä oli kokonaisuudessaan 123, mikä on merkittävästi enemmän kuin aiemmassa versiossa. Yksilökohtaista sairastavuustietoa on haettu useista eri rekisterilähteistä, varmistaen siten, että sairaus tulee yksilön kohdalla koodatuksi, vaikka juuri kyseiseen diagnoosiin liittyvää palvelukäyttöä ei tarkasteluvuonna olisikaan ollut. Samalla pyritään estämään sitä, että malli vaikuttaisi hoidon järjestämistapojen kannusteisiin. Jossain määrin malliin on edelleen jäänyt elementtejä, jotka voisivat ohjata palveluprosesseja epäoptimaaliseen suuntaan. (Holster ym. 2022, 11–16.) Esimerkkinä tästä perusterveydenhuollon osalta on poimittu vain lääkärin fyysisten vastaanottokäyntien diagnoositiedot, jolloin esimerkiksi erityistyöntekijöiden suoravastaanotolla tai hoitajan käynnillä tekemät merkinnät ja lääkärin yhä enemmän hyödyntämät etävastaanottojen merkinnät jäivät huomiotta. Sairausluokituksessa mukana olevat sairaudet ovat kuitenkin luonteeltaan pääosin sellaisia, joissa on todennäköistä asioida myös fyysisellä vastaanotolla ja puolestaan lievemmät ja siten oletettavasti vähemmän palvelutarvetta aiheuttavat sairaudet ohjautuvat ensisijaisesti etävastaanotoille tai muille työntekijöille. Holster kumppaneineen (2022, 31) toteaa, että erityisesti terveydenhuollon mallin osalta sairausluokitus vaatisi edelleen kehittämistä, sen sijaan muilla tekijöillä ei näyttäisi olevan niinkään suurta merkitystä.

Julkisten sosiaali- ja terveystalouden todellisia kustannuksia koskeva tietopohja on puutteellinen, joten mallia muodostaessa on jouduttu turvautumaan laskennalliseen tietoon. Tutkimuksessa käytetty yksilötason kustannus pohjautuu pitkälti kansallisiin keskiarvoihin, jotka nekin on poimittu alun perin laskennallisista suureista. (Holster ym. 2022, 10–11.) Sosioekonomisten taustatietojen havaittiin kuvaavan erityisesti henkilön aikeita hyödyntää yksityisen terveydenhuollon ja työterveyshuollon palveluja. Lisäksi työkyvyttömyys oli selvästi yhteydessä korkeampaan palvelujen käyttöön. Hyvinvointialuekohtaista tarveuuttujaa ei puolestaan haluttu ottaa mukaan malliin, sillä se ohjaisi rahoituksen jakoa perustumaan historialliseen palvelujen käyttöön. (Holster ym. 2022, 18–19.) Tarjontatekijöitä malli ei huomioi kuin auttavasti terveydenhuollon osalta, mutta tehty tutkimus antaa viitteitä siitä, ettei niiden merkitys olisi kovinkaan suuri. Terveydenhuollon mallin selitysaste on vaatimaton ja tätä on perusteltu vinoutuneella jakaumalla: aineistossa on yksittäisiä havaintoja, joissa vuosikustannukset nousevat miljooniin euroihin. Mallin valinnassa on jouduttu tasapainoilemaan selitysasteen ja mallin tulkittavuuden välillä. Monimutkaisemmat mallit todennäköisesti parantaisivat selitysastetta, mutta niiden tulkinta olisi haastavaa. (Holster ym. 2022, 39.)

TAULUKKO 1. Tarvevakointimallin osamallit (Holster ym. 2022, 32–34)

	Terveydenhuollon malli	Sosiaalihuollon malli	Vanhustenhuollon malli
Demografiset tiedot	19 ikäryhmää miehille 20 ikäryhmää naisille	Naissukupuoli 19 ikäryhmää	6 ikäryhmää miehille 7 ikäryhmää naisille
Sairaudet	Mallista jätetty pois sairauksia, joiden	Mallista jätetty pois sairauksia, joiden	Mallista jätetty pois sairauksia, joiden

	regressiokerroin negatiivinen tai joiden vaikutus palvelukäyttöön epäselvä	regressiokerroin negatiivinen tai joiden vaikutus palvelukäyttöön epäselvä	regressiokerroin negatiivinen tai joiden vaikutus palvelukäyttöön epäselvä
Synnytykset	Indikaattori synnytykselle ja keskosuudelle	-	-
Tausta- muuttajat	Työkyvyttömyyseläke ikäryhmittäin Pääasiallinen toiminta* Koulutustaso Siviilisäätö Perhetilanne Ulkomaalaistausta Asuinkunnan käyttötulot kulutusyksikköä kohden (ln)	Työkyvyttömyyseläke ikäryhmittäin Pääasiallinen toiminta* Koulutustaso Siviilisäätö Perhetilanne Ulkomaalaistausta Asuinkunnan käyttötulot kulutusyksikköä kohden (ln)	Koulutustaso Siviilisäätö Ulkomaalaistausta Asuinkunnan käyttötulot kulutusyksikköä kohden (ln)
Tarjonta	Etäisyys erikoissairaanhoidon päivystykseen	-	-
Selitysaste (R ²)	Estimointiotos: 0,063 Validointiotos: 0,071	Estimointiotos: 0,216 Validointiotos: 0,232	Estimointiotos: 0,299 Validointiotos: 0,302
Painokerroin	0,5886	0,1975	0,2139

*) työssäkäyvä, opiskelija, varusmies

Tarvevakiointimallin perusteella määritelty hyvinvointialueiden rahoitus poikkeaa kunnista saaduista kustannustiedoista ja tätä eroa tasataan niin sanotulla siirtymätasauksella, joka rajaa erotuksen suuruutta seitsemän ensimmäisen toimintavuoden ajan (Valtioneuvosto 2023c). Jatkossa sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta rahoituksen tasoa tarkastellaan THL:n kehittämän SOME-mallin avulla, joka ennustaa palvelutarpeen ja kustannustason kehitystä tulevaisuudessa hyödyntäen käytettävissä olevaa rekisteriaineistoa. SOME-malli ennustaa sosiaali- ja terveysmenojen kasvavan vuosina 2023–2026 1,02–1,07 % vuosittain. (Honkatukia ja Pihlava 2022, 1–3.) Vuodesta 2025 lähtien palvelutarpeen kasvuun perustuvasta rahoitustarpeesta otetaan huomioon vain 4/5 ja tämän on ajateltu kannustavan hyvinvointialueita kustannustehokkuuden parantamiseen. Sosiaalimenojen osuutta tarvepohjaisessa rahoitusosiossa kuitenkin korotetaan 0,2 % aina vuoteen 2029 asti, tukien näin alueita siirtymävaiheen kustannusten kattamisessa. (Valtioneuvosto 2023c.)

Hyvinvointialueella on oikeus saada lisärahoitusta, jos se ei suoriudu lakisääteisistä tehtävistään. Lisärahoitusta myönnetään joko ministeriön aloitteesta tai hyvinvointialueen hakemuksen perusteella ja sille voidaan asettaa ehtoja. Myönnetty lisärahoitus huomioidaan jälkikäteisessä kustannustason tarkastuksessa ja vaikuttaa siten pidemmällä tähtäimellä koko maan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuskehitykseen. Lisärahoitusta saanut hyvinvointialue sen sijaan saa seuraavana vuonna vain normaalin laskennallisen rahoituksen. (Valtiovarainministeriö N.d.c.) Mikäli hyvinvointialue tarvitsee toistuvasti lisärahoitusta, se voi joutua arviointimenettelyyn, joka voi puolestaan johtaa

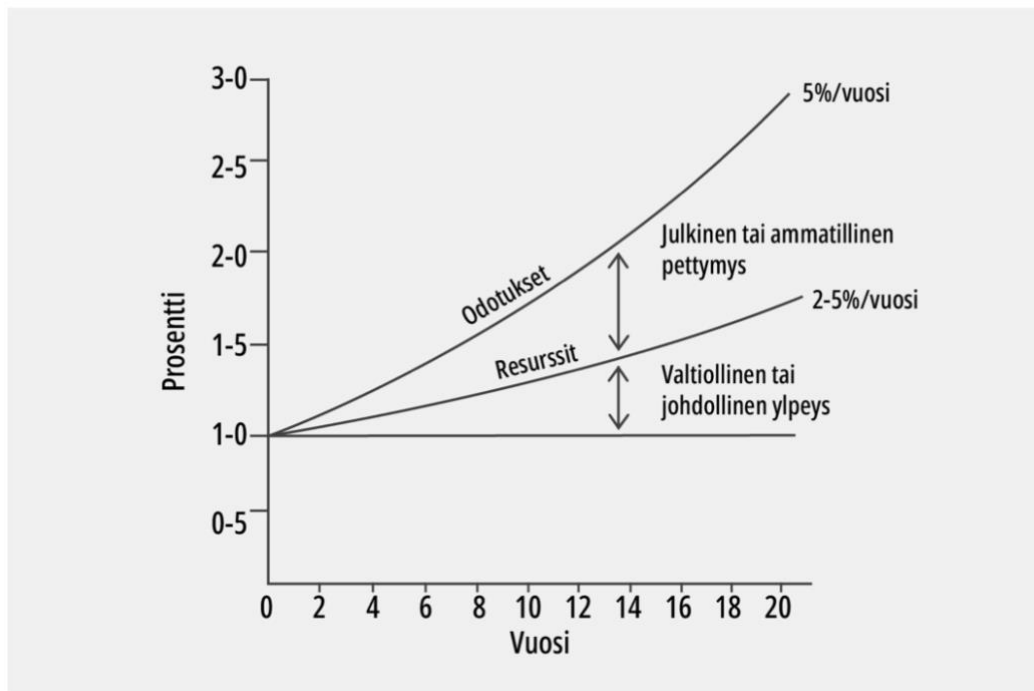
esimerkiksi alueiden yhdistämisiin, jotta nämä voivat selviytyä lakisääteisistä tehtävistään. Arviointimenettelyn uhkavaikutuksen tehokkuutta on kritisoitu, huomioiden että nykyisellä mallilla hyvinvointialue voi kolmen vuoden välein hakea lisärahoitusta ilman arviointimenettelyn mahdollisuutta. (Malmi ym. 2021, 10.) Pääministeri Petteri Orpon hallitusohjelmassa linjataan, että jatkossa lakia muutettaisiin niin, että jo yksi lisärahoitustarve voisi laukaista arviointimenettelyprosessin (Valtioneuvosto 2023a). Tämä ei kuitenkaan poista sitä ongelmaa, että mikäli arviointimenettelyyn päätyy joku suurimmista tai yliopistosairaalan sisältävistä hyvinvointialueista, ei ole realistista odottaa, että sitä lähdetäisiin yhdistämään pienempiin alueisiin (Malmi ym. 2021, 10).

2.4 Resurssien allokointi sosiaali- ja terveystaloudessa

Tässä kappaleessa käsitellään resurssien allokoinnin yleisiä periaatteita ja menetelmiä erityisesti terveydenhuollon kontekstissa. Suomeen on syntynyt integroitu sosiaali- ja terveystalouden järjestelmä, eikä vastaavaa ole tietyvästi maailmalla käytössä. Tästä syystä on vielä epävarmaa, missä määrin näitä menetelmiä voidaan koko järjestelmän näkökulmasta hyödyntää. Painopisteenä tässä kappaleessa on allokointipäätöksissä käytettävä terveystaloustieteellinen analyysi, mukaan lukien sen rajoitteet ja eettiset näkökohdat.

Julkisesti rahoitetussa sosiaali- ja terveystalouden järjestelmässä odotukset palvelujen laadusta ja määrästä ovat aina käytettävissä olevia resursseja suuremmat. Tätä on perinteisesti havainnollistettu 1980-luvulta peräisin olevalla Thwaitesin kurvalla (kuvio 3), joka kantaa kehittäjänsä, englantilaisen matemaatikon nimeä. (Cochrane, Ham, Heginbotham ja Smith 1991, 1039.) Kuten kuviosta käy ilmi, odotusten ja käytettävissä olevien resurssien välisellä kuilulla on taipumusta kasvaa ajan myötä, sillä resurssien kasvu ei tapahdu samaa tahtia odotusten kasvun kanssa. Sosiaali- ja terveystalouden menojen kasvua voidaan hillitä kohdistamalla rajalliset resurssit tehokkaammin.

Turner, Archer, Downey, Isaranuwatjai, Chalkidou, Jut ja Teerawattananon (2021, 2) osoittavat kattavassa katsauksessaan, että optimaalista resurssien allokointia voidaan tukea palvelujen ja interventoiden vaikuttavuuteen keskittyvällä terveystaloustieteellisellä analyysillä. Kaikissa viitekehyksissä on mahdollisuus hyödyntää taloudellista analyysiä osana arviointiprosessia. Todellisuudessa resurssien allokointipäätökset tehdään usein kuitenkin rajallisen ja mahdollisesti harhaanjohtavan tiedon, kuten historiallisen toteuman tai poliittisten näkemysten, perusteella, eikä niinkään taloudellisen analyysin perusteella (Mittan ja Donaldson 2004, 2; Seixas, Dionne ja Mittan 2021, 2).



KUVIO 3. Odotusten ja rajallisten resurssien välistä eroa kuvaava Thwaitesin käyrä (Torkki, Patja, Ignatius, Kousa, Vanhala, Gehrmann, Tikkinen, Ojanen, Tapanainen, Pantzar, Ranta ja Leskelä 2022, 13)

Resurssien allokointi ja priorisointi liittyvät läheisesti myös terveydenhuollon etiikkaan. Tilanteet ovat usein monimutkaisia ja monia sidosryhmiä on otettava huomioon. Kuten Daniels (2016, 66) toteaa terveydenhuollon etiikkaa käsittelevässä kirjassaan, julkisen terveydenhuollon tarkoituksena on tuottaa parempaa väestön terveyttä eli siten tuottoa veronmaksajien rahoille. Haasteena on, että terveys käsitteenä on monimerkityksellinen ja osin myös subjektiivinen. Hyvin valittujen menetelmien käyttö allokointia koskevassa päätöksenteossa parantaa kuitenkin julkisen talouden hallintaa ja varmistaa, että päätökset tehdään oikeudenmukaisesti, läpinäkyvästi ja pätevästi (Seixas ym. 2021, 2). Terveydenhuollon palvelujen kysyntä ei ole tasaista, kuten Asadi-Lari, Packham ja Gray (2003, 3) toteavat. Kysyntä vaihtelee maantieteellisesti sekä väestön tietämyksen ja asenteen mukaan. Toisaalta tarjontaan vaikuttavat paitsi resurssirajoitukset, myös saatavilla olevien palvelujen tehokkuus ja tyypillisesti konsensuspohjaiset lääketieteelliset ohjenuorat. Vastaavat syytekijät vaikuttavat todennäköisesti myös sosiaalipalvelujen kysyntään ja tarjontaan.

Resurssien uudelleenallokointia tapahtuu siis koko ajan, mutta enimmäkseen epävirallisilla ja jäsentymättömillä tavoilla (Seixas ym. 2021, 8; Angelis, Kanavos ja Montibeller 2016, 3). Sosiaali- ja terveystieteiden kontekstissa resurssien allokointia on kaksi muotoa. Priorisointi tarkoittaa resurssien kohdentamista palveluihin ja jakamista eri palvelujen välillä, kun taas yksittäisen asiakkaan kohdalla resurssien allokointipäätöksiin vaikuttavat

ammattilaisen päätöksentekoa ohjaavat periaatteet. Tämä voi tarkoittaa niin lääkärin kliinistä päätöksentekoa potilaan hoidosta kuin sosiaalityöntekijän tekemää palvelutarpeen arviointia. Päätöksillä voi olla vaikutus sekä yksittäisen asiakkaan tai potilaan terveyteen ja tulevaisuuteen, mutta myös aggregoituna koko väestön hyvinvointiin. Tästä syystä priorisointia koskevassa päätöksenteossa on tärkeää käyttää systemaattisia menetelmiä. (Angelis ym. 2016, 3.) Nämä menetelmät voidaan Seixasin ja kumppaneiden (2021, 4) mukaan jakaa kolmeen eri viitekehykseen, joita esitellään jatkossa tarkemmin. Ensimmäisessä käsitellään ohjelmabudjetointia ja marginaalianalyysia (PBMA) sekä monikriteeristä arviointikehystä (MCDA), joissa on myös tiettyä päällekkäisyyttä. Kolmas viitekehys, eli terveysteknologian arviointi (HTA) käsitellään omassa luvussaan, sen ollessa Suomessa aktiivisimmin käytössä.

2.4.1 PBMA ja monikriteeriset arviointikehykset

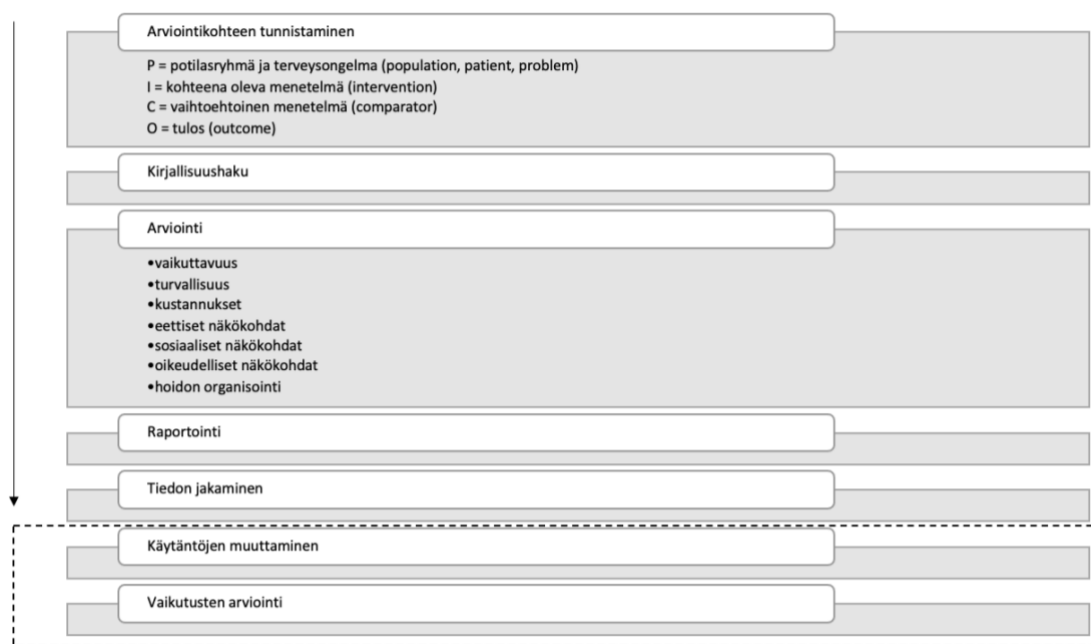
PBMA sisältää seitsemän vaihetta, alkaen tavoitteiden asettamisesta. Tavoitteen määrittämisen jälkeen tarkastellaan nykyistä resurssien allokaatiota. Sitten muodostetaan neuvoa-antava asiantuntijaryhmä. Ensimmäisenä ryhmä asettaa päätöksenteon kriteerit, jotka voivat liittyä esimerkiksi väestön terveyteen, kestävyys, henkilöstön rekrytointiin, innovaatioihin tai palvelujen integrointiin. Ryhmän on tärkeää hyödyntää laaja-alaisesti tietoa eri lähteistä, huomioiden myös asiakkaiden näkemys. Päätöksenteon kriteerit on suositeltavaa asettaa tärkeysjärjestykseen jo tässä vaiheessa. Seuraavassa vaiheessa tunnistetaan palvelutarpeen kasvuun ja mahdolliseen vähenemiseen liittyvät resurssien uudelleenallokointitarpeet sekä missä määrin näihin voidaan vaikuttaa prosesseja tehostamalla. Myös palveluista luopumisen mahdollisuuksia on syytä pohtia. Tässä vaiheessa tarkastelun tulisi keskittyä kustannuksiin ja palveluilla saavutettaviin hyötyihin ja peilata näitä tietoja aiemmin asetettuihin päätöksenteon kriteereihin. Prosessia tulee jatkaa niin pitkään, kunnes eri vaihtoehtojen välillä ei enää löydy parannuksia. Syntynyt lopputulema käydään lopulta läpi eri sidosryhmien kanssa varmistaen hakien vahvistusta päätöksen perusteluille. Ja vasta tämän jälkeen tehdään lopullinen päätös resurssien allokoinnista ja viedään se toteutukseen. (Mittom ym. 2004, 2–4.)

PBMA:n lisäksi monikriteerinen päätösanalyysin (MCDA) soveltuu vertailuun ja valintojen tekoon resurssien allokoointia koskevassa päätöksenteossa. MCDA auttaa pilkkomaan monimutkaiset tarpeet ja vaikutukset pienemmiksi tavoitteiksi ja peilaa palvelujen suoriutumista niihin. MCDA voidaan toteuttaa useilla eri tavoilla, mutta niillä kaikilla viisi yhteistä vaihetta (Angelis ym. 2016, 11): ongelman määrittely, tavoitteiden asettaminen ja toimenpiteiden luominen niille, päätösvaihtoehtojen tunnistaminen ja kunkin seurausten analysointi. Seixas ja kumppanit (2021, 5) huomauttavat, että MCDA-työkaluja voidaan käyttää myös PBMA-kehyksessä ja siksi näiden viitekehysten välinen ero voi näyttäytyä lähinnä teoreettisena.

Jokaisella analyysimenetelmällä on hyvät ja huonot puolensa, ja niiden soveltamiseen on joitakin perussääntöjä. Sopiva menetelmä tulisi valita ottaen huomioon sekä uudelleen allokoitavat resurssit että konteksti, jossa allokointi on tapahtumassa (Turner ym. 2021,14). MCDA ei anna suoria vastauksia, vaan tarjoaa päätöksentekijälle tietoa kompromisseista ja mahdollisuuksista jäsennellyssä ja läpinäkyvässä muodossa. Verrattuna puhtaaseen taloudelliseen analyysiin MCDA ottaa huomioon useita näkökulmia ja muiden sidosryhmien näkemyksiä. (Angelis ym. 2016, 14.) Seixas ja kumppanit (2021, 4) ehdottavat, että PBMA:ta voitaisiin käyttää budjettirajoitusten käsittelyyn, mutta käyttää myös rutiininomaisena toimintatapana resursseja koskevassa päätöksenteossa. Heidän mukaansa, viitekehystä voidaan soveltaa missä tahansa kohtaa organisaatiossa, pienistä yksiköistä koko järjestelmään. Todellisuudessa meillä ei usein ole riittävästi päätöksenteossa tarvittavaa dataa ja sen kerääminen vie aikaa ja vaivaa. Monipuolisia menetelmiä hyödyntäen päätöksentekoa voidaan toteuttaa myös puutteellisella tietopohjalla, nojaten asiantuntijanäkemyksiin, jos itse prosessi on strukturoitu ja läpinäkyvä. Mutta jos muutokseen ei ole kannustimia, voi olla hyvin vaikeaa vapauttaa resursseja edes näitä keinoja hyödyntämällä. Tämä voi johtaa palvelutarpeen kasvuun ja siten kasvavaan rahoituspaineeseen. Myös organisaatiokulttuurilla on merkitystä. Resurssiviisaaseen ajatteluun ja parhaan mahdollisen allokoinnin jatkuvaan arviointiin tulisi kannustaa koko organisaatiossa ja osallistaa henkilöstö mukaan prosessiin. (Mittin ym. 2004, 5-6.)

2.4.2 HTA-prosessi

Siinä missä PBMA:n ja MCDA:n keinoin voidaan arvioida laajempiakin palvelukokonaisuuksia, HTA pyrkii antamaan päättäjille tietoa yksittäisten menetelmien suorista ja epäsuorista vaikutuksista hyödyntämällä eri tieteenalojen tietoa (Seixas ym. 2021, 4). Vaikka se ei ole varsinaisesti valintojen tekemisen työkalu, se esitellään usein yhtenä tapana antaa tietoa resurssien allokointipäätöksiin tueksi. HTA:ta voidaan hyödyntää aina yksittäisistä toimenpiteistä, lääkkeistä ja palveluista laajempiin terveyden edistämisen toimenpiteisiin (Mäkelä ja Punkari 2017).



KUVIO 4. Suomalaisen HTA-prosessin kulku on luonteeltaan tyypillisesti neuvoa antava. Näin ollen tulosten implementointi ja vaikutusten arvioinnin toteutus jää työn tilaajan vastuulle. (soveltaen Mäkelä 2017a)

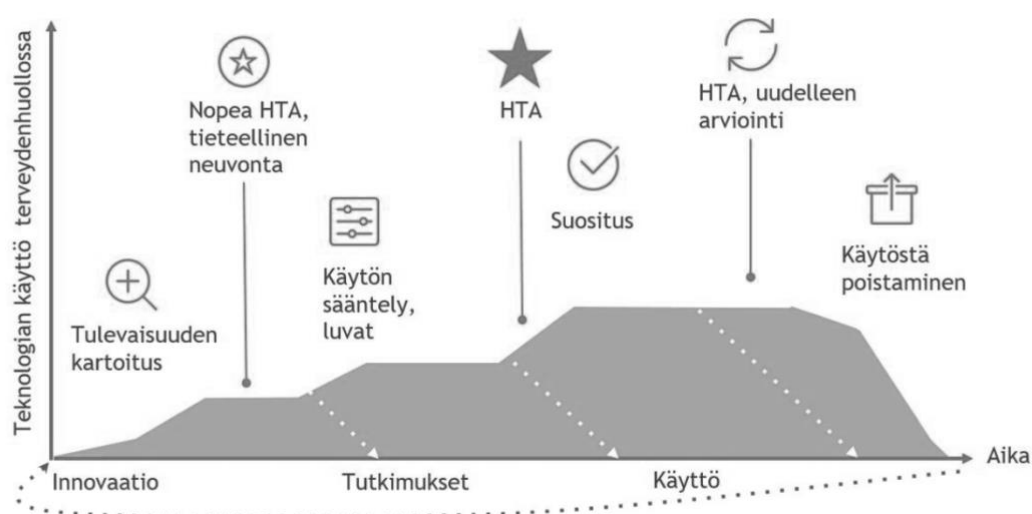
Käytännössä HTA-prosessissa (kuvio 4) hyödynnetään eri tieteenalojen osaamista arvioitaessa menetelmien vaikutuksia esimerkiksi terveyteen ja talouteen. Näin pyritään saamaan luotettavaa tietoa päätöksenteon pohjaksi niin kliiniseen työhön kuin koko järjestelmän käyttöön. (Mäkelä ja Isojärvi 2017.) HTA prosessin kohteeksi valikoituu tyypillisesti menetelmiä, joiden kustannukset ovat korkeita joko siksi, että niitä käytetään laajasti, tai yksittäisen intervention toteutus maksaa paljon. Arviointi voi koskea niin uusia kuin jo käytössä olevia menetelmiä. HTA:sta voidaan hakea tukea myös investointipäätöksiin esimerkiksi laitehankinnoissa. (Mäkelä 2017b.)

HTA:ssa hyödynnettäviä taloudellisen arvioinnin menetelmiä on kuvattu tarkemmin seuraavassa kappaleessa. Käytännössä taloudellisessa arvioinnissa ristiintaulukoidaan kahden vaihtoehtoisen menetelmän kustannuksia ja vaikuttavuustuloksia taulukossa 2 kuvatulla tavalla. Vaikuttavuudeltaan parempi menetelmä suositellaan valittavaksi aina, kun sen kustannukset ovat korkeintaan samaa tasoa vertailumenetelmän kanssa. Jos taas vaikuttavuudessa ei ole eroa, suositellaan edullisempaa. Kustannuksiltaan ja vaikuttavuudeltaan samankaltaisten menetelmien osalta voidaan nojata muiden arviointikriteereiden tuloksiin. Kysymysmerkillä merkityissä ruuduissa eettisen arvioinnin merkitys korostuu, kun pohditaan, paljonko saadusta lisähyödyistä ollaan valmiita maksamaan.

TAULUKKO 2. Päätöksenteko HTA-prosessin taloudellisessa arvioinnissa (Linnosmaa, Haula ja Mäkelä 2017). A = arvioinnin kohteena oleva menetelmä, V = vertailumenetelmä.

Vaikuttavuus			
Kustannus	A > V	A = V	A < V
A > V	?	V	V
A = V	A	A tai V	V
A < V	A	A	?

Yhä enemmän mielenkiinto kohdistuu kuitenkin vähähyötyisten tai jopa haitallisten menetelmien arviointiin, joka puoltaa HTA-prosessin hyödyntämistä jo käytössä oleviin menetelmiin. HTA-prosessia saatetaan tarvita tutkimustiedon lisääntyessä myös menetelmän elinkaaren eri vaiheissa (kuvio 4). (FINCCHTA n.d.)



KUVIO 5. HTA-prosessin tarve menetelmän elinkaaren eri vaiheissa (FINCCHTA n.d.).

Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä HTA:ta on hyödynnetty 1990-luvulta lähtien (Mäkelä ja Isojärvi 2017). Tällä hetkellä HTA-prosesseja koordinoi maassamme FinCCHTA (FinnCCHTA n.d.), mutta laajemman vastuun julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvista menetelmistä ja niitä koskevista suosituksista kantaa terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto PALKO, joka toimii sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön (STM) alaisuudessa (palveluvalikoima.fi). Sosiaalipalveluille ei vastaavia vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointiprosesseja Suomessa tietyistä ole käytössä. Tällä hetkellä käynnissä on hanke, jonka tavoitteena on selvittää edellytyksiä tämän tyyppisen tiedon saamiselle myös sosiaalipalveluista ². Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus FIMEA toteuttaa puolestaan pääasiassa sairaalalääkkeisiin liittyviä HTA-prosesseja (Fimea n.d.).

² <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/fincchta-suomen-kestavan-kasvun-ohjelma>

Vuonna 2015 (WHO 2015, 7) tehdyn maailmanlaajuisen kyselytutkimuksen perusteella suurin osa vastaajista kertoi, että heidän maassaan hyödynnetään HTA-prosessia päätöksenteon pohjana. Korkean tulotason maista noin puolella HTA-prosessin vaatimus oli jollakin tavalla myös lainsäädännössä huomioitu. Tyypillisesti nämä maat hyödynsivät HTA-prosessia korvausten tai palveluvalikoiman määrittelyssä esimerkiksi lääkkeiden, leikkaustoimenpiteiden tai lääkinnällisten laitteiden osalta, kun taas alemman tulotason maissa HTA:ta hyödynnettiin enemmän budjetoinnissa ja toiminnan suunnittelussa esimerkiksi väestön terveyden edistämiseksi. (WHO 2015, 8–9.) HTA-prosessit eroavat maiden välillä ja myös tuloksissa voi olla eroavaisuuksia, koska kontekstit johon arviointia tehdään eroavat toisistaan (O'Donnel, Pham, Pashos, Miller & Smith 2009, 3). Yhteistä näillä kuitenkin on, että tyypillisesti arviointi kohdistuu menetelmän turvallisuuteen, vaikuttavuuteen ja kustannuksiin, muiden arviointikriteereiden jäädessä vähemmälle huomiolle (WHO 2015, 11). Jatkossa EU on ottamassa suurempaa roolia alueensa HTA-arvioinneista. Vuodesta 2025 lähtien mm. kaikkien uusien syöpälääkkeiden kliininen HTA-arviointi (vaikuttavuus ja turvallisuus) tehdään EU-tasoisena yhteistyönä ja vuodesta 2030 lähtien tämä tulee koskemaan kaikkia uusia lääkkeitä. Kukin maa suorittaa sitten tämän jälkeen HTA-arviointinsa loppuun, huomioiden muut arvioinnin osa-alueet, kuten kustannukset (Euroopan komissio 2023.)

2.4.3 Kustannusvaikuttavuuden taloudelliset arviointimenetelmät

Taloudellisia arviointimenetelmiä on kahdenlaisia: osittaisia ja täydellisiä (Turner ym. 2021, 3). Suurin ero näiden välillä on, että vain täydellisessä taloudellisessa analyysissä käytetään vertailevaa lähestymistapaa. Osittaisissa analyysissä joko kustannukset tai vaikuttavuus jätetään pois tai jos molemmat ovat mukana analyysissä, ei verrata tuloksia vaihtoehtoiseen toimintatapaan. Sen sijaan täydellisissä taloudellisissa analyysissä vaikuttavuutta ja kustannuksia arvioidaan vähintään kahdessa mahdollisessa vaihtoehdossa. On selvää, että täydellistä taloudellista arviointia tulee suosia. (Turner ym. 2021, 14.)

Kolme terveystaloustieteellistä arviointimenetelmää täyttävät täydellisen taloudellisen analyysin kriteerit. Kustannusvaikuttavuusanalyysi (cost-effective) on hyvin tunnettu ja laajalti käytetty kirjallisuudessa. Tässä menetelmässä vaikuttavuutta mitataan yhdellä mittarilla, joka kuvastaa toivottuja tuloksia (esim. elinvuosia). Menetelmän käyttämiseen liittyy sen vuoksi haasteita tilanteissa, joissa olisi tarpeen verrata palveluja tai interventioita, joiden toivotut tulokset ovat erilaisia. (Turner ym. 2021, 8.) Ongelma voidaan välttää hyödyntämällä kustannus-utiliteettianalyysiiä (cost-utility), jossa käytetään yleisempiä tulostittareita, kuten sairauksien takia menetettyjä toimintakykyisiä elinvuosia (Disability adjusted life years, DALY) tai laatu painotettuja elinvuosia (Quality adjusted life years, QALY). Toisaalta näiden yleisten mittareiden käyttäminen saattaa johtaa tulkintaan, jossa kaikkia mahdollisia (ei terveyteen liittyviä) hyötyjä ei oteta huomioon päätösprosessissa. (Turner ym. 2021, 11–12.)

Mittarina esimerkiksi QALY:n liittyy myös metodologisia ongelmia, kuten tausta-aineiston heterogeenisuus ja se ettei mittari huomioi väestön preferenssejä (Angelis ym. 2016, 5–6). Näiden molempien yllä mainittujen analyysimenetelmien tarkoituksena on maksimoida hyvinvointia ja terveyttä yhteiskunnassa, ja ne ottavat kantaa vaikutuksiin suhteessa kustannuksiin. Sen sijaan kokonaiskustannusten muutosten tarkastelu tavoittaa vaikutukset kustannustasoon (cost-benefit), sillä sekä kustannuksia että vaikutuksia arvioidaan käyttäen rahaa mittarina. Tämä lähestymistapa arvioi ihmisten maksuhalukkuutta ja lopputuloksia tarkastellaan yhteiskunnan kokonaishyvinvoinnin näkökulmasta. (Turner ym. 2021, 3.)

Turner ja kumppanit (2021, 5) suosittelevat pelkkien kustannusten käyttämistä arvioinnissa (cost-benefit), kun on tarve tarkastella resurssien allokaatiota eri sektoreiden välillä (esim. koulutusta ja terveydenhuoltoa). Sitä voidaan käyttää myös tilanteissa, joissa on muita tavoitteita kuin vain terveyden maksimointi. Peruseriaate on, että jos hyödyt ovat kustannuksia suuremmat, on tehtävä uudelleenallokointipäätös. On kuitenkin osoitettu, että valitusta toimenpiteestä ja tarkasta menetelmästä riippuen analyysin tulokset voivat vaihdella ja voivat johtaa virhearviointiin. (Turner ym. 2021, 6.) Tehtäessä resurssien allokointipäätöksiä terveydenhuoltosektorilla ja sen palvelujen välillä Turner ja kumppanit (2021, 5) ehdottavat kustannus-utiliteetti - ja kustannusvaikuttavuusanalyysien käyttöä. Daniels (2016, 65) puolestaan korostaa, että taloudellista analyysiä ei tulisi käyttää ainoana menetelmänä resurssien allokointia koskevia päätöksiä tehtäessä, vaan enemmän painoarvoa tulisi antaa itse päätöksentekoprosessille. Myös Elbasha ja Messonnier (2004, 21–22) korostavat, että taloudellinen analyysi tulee tehdä ja tulkita huolellisesti. He huomauttavat, että useimpiin terveydenhuollon palveluihin ei liity niin merkittävää mittakaavaetua, mikä on näiden taloudellisten analyysien taustaoletuksena. Suurimmassa osassa palveluita toiminnan skaalaus lisää sen monimutkaisuutta. Tämä johtaa tilanteeseen, jossa sekä keskimääräiset yksikkökustannukset että rajakustannukset muuttuvat palvelujen määrän, laadun ja tehokkuuden mukaan. Tämä tulisikin ottaa huomioon käytettäessä tällaisia analyysimenetelmiä resurssien allokointipäätösten tukena.

2.4.4 Muut huomioon otettavat seikat

Pelkän taloudellisen analyysin käyttäminen voi johtaa oikeudenmukaisuutta ja tasavertaisuutta koskeviin eettisiin ongelmiin. Nämä menetelmät saattavat suosia niitä, joiden tilanne on jo alun perin parempi. (Turner ym. 2021, 8 ja 14.). Koska päätöksenteko julkisten varojen käytöstä on lopulta aina poliittinen kysymys, tulisi sille luoda eettiset periaatteet (Angels ym. 2016, 5).

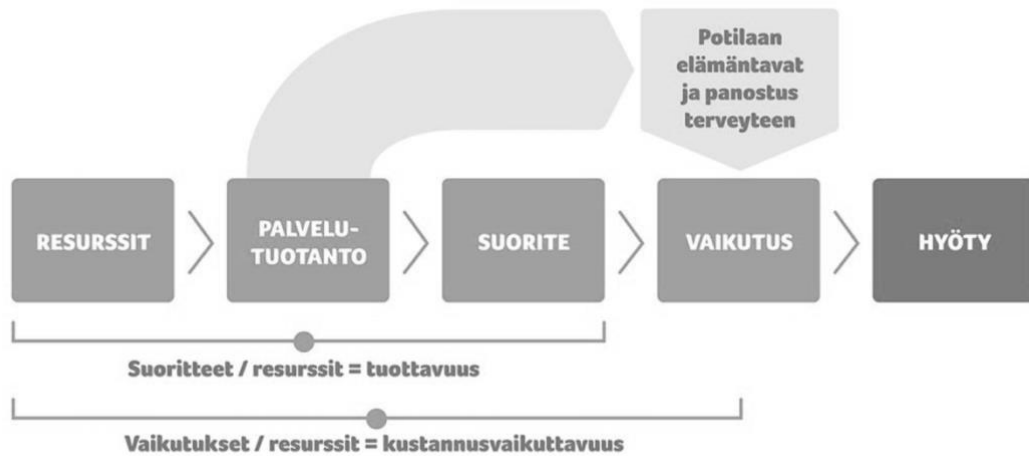
Sosiaali- ja terveystaloudelle on yleensä kilpailevia tavoitteita, kuten koko väestön terveyden lisääminen, mutta myös sen tasainen jakautuminen (Daniels 2016, 62). Carter, Gordon ja Watt (2016) analysoivat tätä kysymystä artikkelissaan terveyden eturintaman avulla, jolla he arvioivat resurssien allokoinnin periaatteita ja niiden pareto-tehokkuutta. Jos halutaan ottaa huomioon potilaan

alkuperäinen terveydentila ja samalla kohdentaa resursseja sen mukaan, miten potilas pystyy hyötymään hoidosta, resursseja pitäisi kohdentaa tavalla, joka tasoittaa terveyseroja ja pyrkii palauttamaan yksilön terveyden väestönnormien mukaiseksi. Jos puolestaan käytämme terveydenhuollon palvelutarvetta resurssien kohdentamista koskevien päätöstemme perustana, voivat erilaiset tavat määrittellä tarve oikeuttaa resurssien rajallisuuden. Erityisesti taloudellisessa analyysissä lähdetään liikkeelle olemassa olevasta palvelurakenteesta, jättäen innovaatiosta syntyneet palvelutarpeet huomiotta. (Asadi-Lari ym. 2003, 4.)

Kustannusvaikuttavuusanalyysi olettaa, että palvelun tuloksen aikaansaatu muutos on sama kaikille, ottamatta huomioon, että pienellä muutoksella huonommassa asemassa olevan elämässä voi olla suurempi merkitys kuin samansuuruisella muutoksella paremmassa asemassa olevan elämässä. Se mahdollistaa myös sellaisten interventioiden ja innovaatioiden suosimisen, jotka tuottavat pieniä parannuksia suurille väestöryhmille, verrattuna interventioihin, jotka tuottavat suurempia parannuksia harvoille. (Daniels 2016, 54.) Intuitiivisesti tämä ei näytä toteuttavan oikeudenmukaisuuden periaatteita. Ja kuten Daniels (2016, 65) tuo esiin, meillä ei ole olemassa sääntöjä miten tällaista vaihtokauppaa tulisi käsitellä. Tämän vuoksi Daniels (2016, 69) suosittelee hyödyntämään neljää kriteeriä resurssien allokointia koskevissa päätöksissä. Päätösten ja niiden taustalla olevien perusteiden tulee olla julkisesti saatavilla. Päätelyn tulee perustua aiheen kannalta relevanttiin tietoon. Päätökset pitää olla mahdollista perua, mikäli esiin tulee uutta tietoa, joka antaa perusteita muutoksille. Ja lopuksi, päätökset tulee panna täytäntöön siten, että yleisö näkee niiden toteutuvan. Tällaisia kriteerejä voidaan soveltaa yllä kuvattuihin laajempiin resurssien allokoinnissa käytettäviin periaatteisiin.

2.5 Vaikuttavuus sosiaali- ja terveyspalveluissa

Terveystaloustieteen tutkimuksessa kustannusvaikuttavuus on keskeisessä roolissa. Porter ja Teisberg (2006) esittelivät oman vaikuttavuuskäsitteensä, joka korostaa kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa asiakasnäkökulmaa, eli millaisia asiakkaalle merkityksellisiä tuloksia hoito tuottaa suhteessa sen kustannuksiin. Käsitteellä vaikutus viitataan tässä työssä yksilön kokemaan hoitotulokseen (outcome) ja hyödyllä yhteiskunnalliseen, yksilöistä aggregoituun vaikuttavuuteen (kuvio 6).



KUVIO 6. Vaikuttavuus osana palvelujen arvoketjua (Pitkänen ym. 2020, 19).

Vaikuttavuutta voidaan lähestyä eri näkökulmista. Terveystaloustieteessä yksilötason vaikuttavuus nähdään tehtyjen toimien kautta aikaansaautuna muutoksena henkilön hyvinvoinnissa ja terveydessä (Malmivaara 2022, 20). Toisena näkökulmana on yhteiskunnan taso, jossa vaikuttavuus näyttäytyy kumuloituvana yhteiskunnalle saatavana hyvinvointihyötynä (Pitkänen, Torkki, Tolkki, Valtakari ja Leskelä 2020, 18). Yhteiskunnallisena vaikuttavuutena voidaan nähdä myös yhteiskunnan kokonaiskustannusten kertymä: terveystaloustieteessä voidaan vähentää esimerkiksi alentuneesta työ- tai toimintakyvystä pitkällä tähtäimellä aiheutuvia yhteiskunnallisia kustannuksia. Kun tarkastellaan hoitotulosten suhdetta kustannuksiin, puhutaan kustannusvaikuttavuudesta. Perinteisesti terveystaloustieteessä tässä yhteydessä on mitattu elämänlaatua, kun taas Porter ym. korostaa yksilön kannalta relevantteja hoitotuloksia. (Porter ja Teisberg 2006, 99–101; Malmivaara 2022, 158–162.)

Vaikuttavuusperustaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käsite on verrattain uusi, sillä aiempi tutkimus on keskittynyt pääasiassa terveydenhuoltoon. Suomalaisessa kontekstissa on tärkeää tarkastella palvelujärjestelmää integroidusti (Pitkänen ym. 2020, 17). Tässä työssä tarkoitetaan vaikuttavuusperustaisella sosiaali- ja terveydenhuollolla johtamis- ja ohjausjärjestelmää, jossa edellä kuvattu kustannusvaikuttavuus on toiminnan tavoitteena.

2.5.1 Vaikuttavuuden mittaaminen

Edellä esitetty vaikuttavuuden malli edellyttää, että hoidon tuloksia arvioidaan yksilötasolla erilaisin mittarein. Sen lisäksi että hyödynnetään objektiivisia, kliinisiä mittareita, tarvitaan sekä ammattilaisten että asiakkaiden omaan arvioon perustuvia tietolähteitä. Erityisesti PROM-mittareiden (Patient-

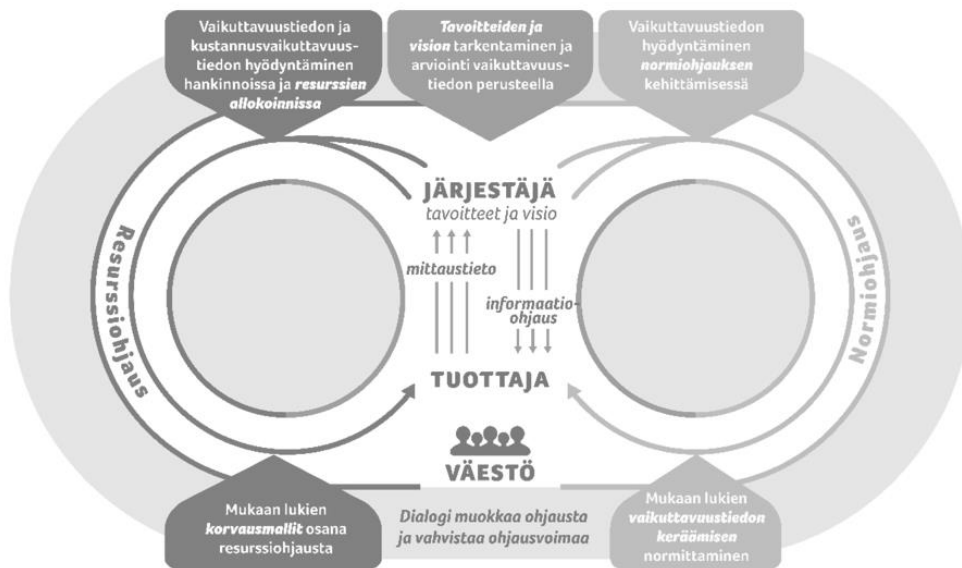
Reported Outcome Measures) kehittämiseen, ja niillä mitatun tiedon systemaattiseen keräämiseen on viime vuosina kiinnitetty huomiota (Malmivaara 2022, 89). Terveystieteiden osalta ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) standardoi sairasyhmäkohtaisia hoitotulosmittareita, sisältäen myös PROM-mittarit. Sosiaalipalvelujen osalta vastaavassa tarkoituksessa voidaan hyödyntää esimerkiksi elämänlaatumittareita (Malmivaara 2022, 92–93).

Saatua aineistoa voidaan hyödyntää monella tasolla palvelutuotannossa ja johtamisessa, mutta myös ohjauksen välineenä. Yksi askel kohti systemaattista vaikuttavuustiedon keräämistä ja dokumentointia Suomessa on THL:n ylläpitämä kansallinen laaturekisteri, jonka toiminta on nyt vakinaistettu ja johon kerätään valtakunnallisesti tietoa yhdeksän eri sairauden hoidon tuloksista (THL 2022a). Tämä sairasyhmäkohtainen lähestymistapa soveltuu parhaiten yksittäisten sairasyhmien hoitotulosten seuraamiseen. Suomen julkisesti järjestetyn monialaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ohjaamisessa tiedon tarpeet ovat kuitenkin laajemmat, huomioiden että pieni osa väestöstä käyttää suurimman osan palveluista monimuotoisine tarpeineen (Haula ja Peltola 2020, 40). Vaikuttavuuden mittaaminen ja siten myös ohjaus on vaikeinta palvelujen käytön ääripäissä: ennaltaehkäisyssä mutta myös moni- ja pitkäaikaissairaiden tai muutoin paljon palveluja tarvitsevien osalta (Pitkänen ym. 2020, 20).

Mikäli tulevaisuudessa pääsemme tilanteeseen, jossa voimme hyödyntää kansallisesti kerättävää vaikuttavuustietoa, on kuitenkin hyvä olla varovainen tulosten tulkinnassa. Tällainen rekisteriaineisto ei ota kantaa siihen, millaiset tekijät ovat vaikutuksia saaneet aikaan. Tuloksia tulisi jatkossakin tulkita aina vertailuasetelmaa hyödyntäen, oli kyseessä sitten tutkimustyölle tyypillinen koe- ja kontrolliryhmäasetelma tai luonnollisessa asetelmassa tapahtuva organisaatioiden tai interventioiden välinen vertailu.

2.5.2 Vaikuttavuuden johtaminen ja ohjaaminen

Monialaisten sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden vaikuttavuusperustaisesta ohjaamisesta on vielä vain vähän tutkimusta (Pitkänen ym. 2020, 17). Ehkä tunnetuin esimerkki löytyy Iso-Britanniasta, jossa sosiaali- ja terveyspalveluja ohjataan vaikuttavuusperustaisesti. Iso-Britannian ohjausmallista tehtyjen tutkimusten perusteella erityisesti tuottajien tulosperustainen korvausmalli on johtanut vaikuttavuuden paranemiseen. (Pitkänen ym. 2020, 61–62.)



Kuvio 7. Vaikuttavuusperustaisen ohjauksen malli (Pitkänen ym. 2020, 79).

Vaikuttavuusperustaisen ohjaamisen käsitteellä tarkoitetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestelmän ohjaamista kohti Porterin ja Teisbergin (2006) määrittelemää kustannusvaikuttavuutta. Sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuuden ohjaamisesta on esitetty konseptuaalisia viitekehyksiä (Pitkänen, Leskelä, Tolkki ja Torkki 2021, 3), mutta niiden implementaatiosta on tutkimusta vielä rajallisesti. Suomessa on kehitetty kuviossa 7 esitetty vaikuttavuuden ohjausmalli (Pitkänen ym. 2020, 79; Pitkänen ym. 2021, 6,) joka kuvaa ohjauksen periaatteet ja prosessin sekä antaa konkreettisen työkalun ohjauksen tueksi. Mallin ytimessä on asiakaskohtainen vaikuttavuus- ja kustannustieto, jonka keräämiseen ohjattavat organisaatiot ovat velvoitettuja. Ideaalitulanteessa käytettävät mittarit olisivat riittävän spesifejä, mutta sellaisia, jotka mahdollistaisivat vertailun myös eri asiakassegmenttien välillä. Mallissa ohjaaminen tapahtuu jatkuvassa dialogissa sekä normiohjauksen että resurssiohjauksen kautta.

2.6 Yhteenveto

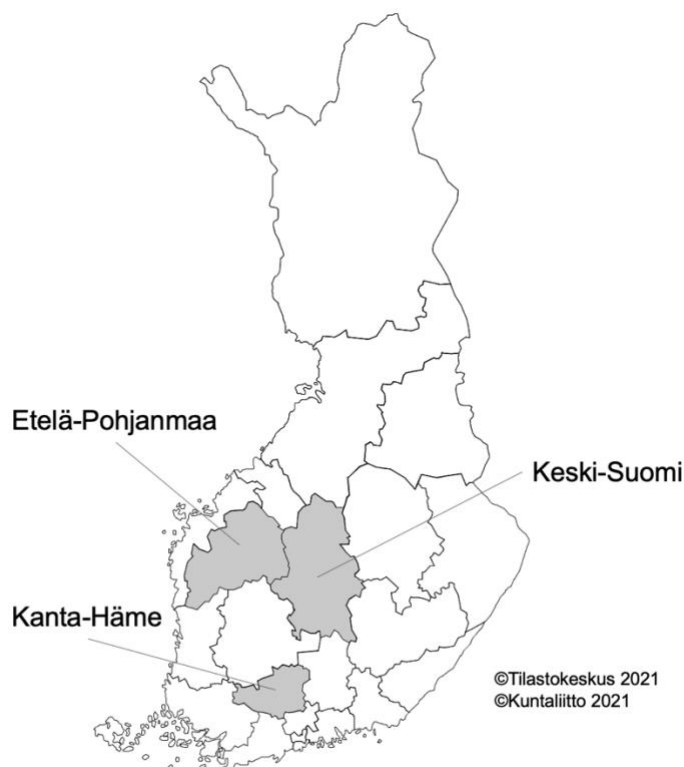
Suomessa on juuri toteutettu historiallisen suuri sosiaali- ja terveyspalvelujen reformi. On luotu täysin uudet hallinnolliset rakenteet ja muutettu aiemmin kuntarahoituksesta, ja valtionosuuksista koostunut rahoituspohja puhtaammin valtionrahoitukseksi. Samaan aikaan palveluvalikoima on lainsäädännössä pysynyt melko muuttumattomana. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset ovat kuitenkin kasvaneet merkittävästi viime vuosina, ja väestön ikääntyminen

luo paineita kustannusten hillintään jatkossakin. Yhtenä toimenpiteenä kustannusten kasvun rajaamiseksi on nähty toiminnan vaikuttavuuden mittaaminen ja sen myötä resurssien ohjaamista vaikuttavimmiksi todettuihin toimintoihin (Pitkänen ym. 2020, 11–14). Tätä voidaan tukea hyödyntämällä terveystaloustieteellisiä arviointimenetelmiä ja erityisesti laajempien, useita näkökulmia huomioon ottavien arviointikehysten avulla. Ohjauksen näkökulmasta on tarpeen tarkastella sekä normi- että resurssiohjauksen mahdollisuuksia tukea tätä työtä.

3 AINEISTO JA MENETELMÄT

3.1 Tutkimuksen kohteena olleet hyvinvointialueet

Tutkimuksen kohteena olivat Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen ja Keski-Suomen hyvinvointialueet (kuvio 8). Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella oli jo valmiiksi käynnissä pilottihanke Valtiovarainministeriön kustannusvaikuttavuuden osaamiskeskuksen kanssa, joten tämän lisäksi etsittiin kaksi samankaltaisessa tilanteessa olevaa hyvinvointivointialuetta, tavoitellen yhteensä kolmea kohdeorganisaatiota. Pääasiallisena kriteerinä valinnalle oli, ettei alueella olisi toteutettu sosiaali- ja terveystalvelujen integraatiota ennen hyvinvointialueuudistusta ja ettei alueella olisi yliopistosairaala. Näiden kriteerien pohjalta Kanta-Hämeen ja Keski-Suomen hyvinvointialueet kutsuttiin mukaan tutkimukseen ja nämä tekivät myönteisen päätöksen osallistumisesta.



KUVIO 8. Tutkimuksen kohteena olleet hyvinvointialueet.

3.2 Aineisto

Tutkimuksessa hyödynnettiin osin rekisteriaineistoa, joka koostuu kansallisista rekistereistä saatavista alueen väestön palvelutarvetta ja toteutuneita kustannuksia kuvaavista tunnusluvuista. Tätä aineistoa hyödynnettiin hyvinvointialueiden taustatietoina, jolloin voitiin tarkastella missä määrin nyt tutkimuksen kohteeksi valitut hyvinvointialueet ovat samankaltaisia. Tutkimuksen kohteena olleilta hyvinvointialueilta pyydettiin myös julkista tietoa yksityiskohtaisempia talousarviotietoja, mutta myöhemmin kuvattujen haasteitten takia näitä ei lopullisessa analyysissä voitu hyödyntää.

Tämän tutkimuksen empiirisenä aineistona hyödynnettiin johdolle suunnattuja haastatteluja sekä julkisia vuoden 2023 talousarviota koskevia materiaaleja. Kultakin kolmelta hyvinvointialueelta kutsuttiin haastatteluun liitteessä 2 kuvatut johdon edustajat, yhteensä 26 henkilöä. Haastattelukutsu toimitettiin sähköpostitse ja se sisälsi tiedot tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutuksesta. Osallistuneille hyvinvointialueille tarjottiin myös mahdollisuutta etäyhteydellä järjestettävään tiedotustilaisuuteen ennen haastattelujen toteutumista ja kaksi aluetta tätä mahdollisuutta hyödynsikin. Haastattelun alussa haastateltaville kerrottiin suullisesti tutkimuksen toteutuksesta ja varattiin mahdollisuus esittää kysymyksiä. Haastatteluun osallistuminen oli osallistujille vapaaehtoista.

Haastatteluja toteutui lopulta 24 kappaletta. Puuttuvat kaksi haastattelua kohdistuivat luottamusjohtoon kahdesta eri kohdeorganisaatiosta, eikä niillä todennäköisesti ole oleellista vaikutusta tutkimuksen tuloksiin. Yhden henkilön osalta haastattelu toteutui vain osittain aikatauluhaasteiden vuoksi. Haastateltavien nimiä ei julkaista. Haastattelut toteutettiin etäyhteyksin maaliskuuhun 2023 ja nauhoitettiin myöhempää analyysia varten. Tutkimuksen käytännön järjestelyt toteutettiin yhteistyössä kohdeorganisaation nimeämän yhteyshenkilön kanssa. Haastattelujen toteutuksen jälkeen haastattelujen keskeiset sisällöt käytiin läpi kunkin hyvinvointialueen johdon kanssa aineiston validoimiseksi.

3.3 Menetelmät

Tutkimusongelman ollessa luonteeltaan sellainen, johon yksin määrällinen tai laadullinen tutkimus ei pystyisi antamaan riittävän syvällistä kuvaa, päädyttiin tässä tutkimuksessa monimenetelmälliseen lähestymistapaan. Monimenetelmällisyys tarjoaa mahdollisuuden elävään analyysiprosessiin ja aineistojen keskinäiseen vuorovaikutukseen, ja siten mahdollistaa laajemman ja syvällisemmän ymmärryksen saamisen tilanteesta (Seppänen-Järvelä, Åkerbland ja Haapakoski 2019, 332). Tällainen lähestymistapa mahdollisti menetelmällisen joustavuuden tilanteessa, jossa juuri perustettuja hyvinvointialueilta ja niiden toimintamalleja tutkittiin ensimmäisiä kertoja.

Määrällistä analyysia oli tarkoitus toteuttaa vastatessa resurssien allokointia koskevaan tutkimuskysymykseen, vertailemalla osallistuneiden hyvinvointialueiden vuoden 2023 yksityiskohtaisia talousarviotietoja toisiinsa. Laadullisen tutkimusperinteen kautta pyrittiin puolestaan luomaan syvällisempää ymmärrystä resurssien allokoinnin käytäntöihin ja kustannusvaikuttavuustiedon käyttöedellytyksiin. Yhdistämällä näitä tietoja haettiin vastausta siihen, missä määrin hyvinvointialueet voivat tässä vaiheessa hyödyntää kustannusvaikuttavuustietoa resurssien allokoinnissa. Monimenetelmällisen tutkimuksen haasteena on kuitenkin onnistua integroimaan aineisto kaikilla tutkimuksen teon tasoilla, aina teoreettisesta lähestymistavasta tulosten hyödyntämiseen asti (Seppänen-Järvelä ym. 2019, 336). Tähän ongelmaan pyrittiin vastaamaan hyödyntämällä tämän tutkimuksen triangulaatiossa, eli useiden lähestymistapojen yhdistämisessä (Tuomi ja Sarajarvi 2018, 200–202) aineisto-, teoria-, menetelmä- ja analyysitriangulaation tyyppejä. Tällöin voidaankin puhua monitriangulaatiosta (Tuomi & Sarajarvi 2018, 203).

3.3.1 Taloustiedot

Ensimmäisessä vaiheessa helmikuussa 2023, tutkimuksen kohteena olleilta hyvinvointialueilta pyydettiin AURA-käsikirjan (Valtiokonttori 2023b) mukaisia palveluluokkakohtaisia (liite 1) talousarviotietoja vuodelle 2023. Pian kävi ilmi, etteivät tutkimuksen kohteen olevat hyvinvointialueet olleet hyödyntäneet tätä luokista talousarvion laadinnassa eikä talouden seurantaan suunniteltaessa, joten näin yksityiskohtaisesti luokitellun talousarviotiedon tuottaminen jälkikäteen osoittautui mahdottomaksi. Tästä syystä, tietopyyntö muotoiltiin uudelleen ja hyvinvointialueita pyydettiin tuottamaan talousarvion tiedot asiakasmaksutuotot huomioivina nettokustannuksina liitteessä 1 esitetyissä yhdeksässä palveluryhmässä. Tämä palveluryhmitys on sama, mitä muun muassa THL käyttää raporteissaan ja myös Valtiovarainministeriö hyödyntää omassa työssään. Asiakasmaksutuotot huomioiviin nettokustannuksiin päädyttiin, jotta luvut olisivat alueittain vertailukelpoisia.

Tutkimuksen kohteena olleet hyvinvointialueet saivat aikaa aina toukokuun 2023 alkuun toimittaa talousarviotiedot pyydettyssä muodossa. Ongelmaksi muodostui palveluluokka- ja palveluryhmärakenteesta poikkeavat kustannuspaikkarakenteet ja se, ettei sisäisiä eriä ollut budjetissa vyörytetty kustannuspaikoille. Vyörytyksiä tarvittiin, jotta vertailukelpoisiin nettokustannuksiin päästäisiin käsiksi. Viime vaiheessa päädyttiin vielä ratkaisuun, jossa sisäiset erät olisi voitu estimoida ensimmäisen kvartaalin tuloksesta talousarvioon, mutta vain Keski-Suomen hyvinvointialue pystyi tällä keinolla tuottamaan pyydetyn raportin. Toukokuun 2023 alussa todettiin, että talousarviotietojen aiottua vertailua ei voida annetussa aikataulussa toteuttaa tietojen vertailukelpoisuuden puutteiden vuoksi. Kaiken kaikkiaan kevään 2023 aikana tutkimuksen kohteena olleet hyvinvointialueet raportoivat tutkijalle merkittäviä vaikeuksia talousraportoinnissa ja talouden johtamisen

edellytyksissä, johtuen sekä organisoitumisen että järjestelmien keskeneräisyydestä.

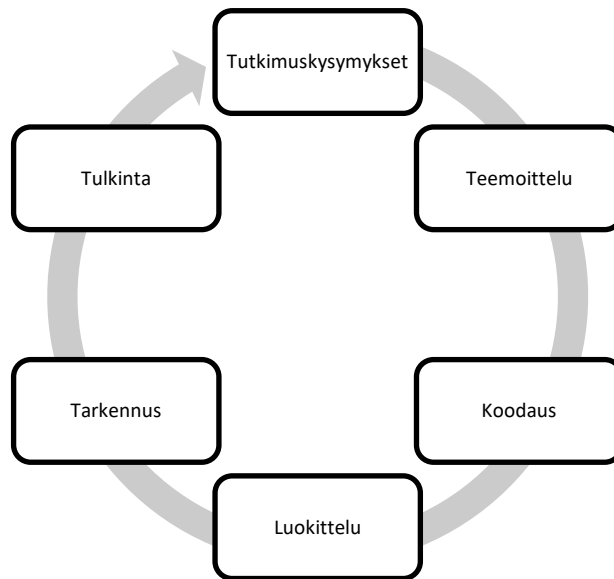
Määrällisen aineiston puutteesta huolimatta tutkimuksen kohteena olleiden hyvinvointialueiden vuoden 2023 talousarviodokumentit ja päätöspöytäkirjat ladattiin laadullista analyysiä varten ATLAS-ohjelmistoon. Aineistosta poimittiin talousarvion laadintaprosessiin ja perusteluihin liittyviä kuvauksia, joiden kautta pyrittiin saamaan kuvaa siitä, miten resurssien allokointi ja sen perusteet näyttäytyivät julkisessa aineistossa.

3.3.2 Haastattelujen toteutus ja aineiston käsittely

Haastattelu valittiin tässä tutkimuksessa keskeiseksi tiedonkeruun menetelmäksi, koska se on menetelmänä joustava ja mahdollistaa syvällisemmän tiedon saamisen tarkasteltavasta asiasta, kuten Tuomi ja Sarajärvi (2018, 101) kirjassaan toteavat. Yhden haastattelun kesto oli 60–90 minuuttia ja tämän tutkimuksen tekijä toteutti ne kaikki. Käytössä oli valmiit haastattelurungot, jotka on esitelty liitteessä 3 ja 4. Haastattelurunkoa 1 käytettiin hallinnollisen ja luottamusjohdon edustajien haastatteluissa ja haastattelurunkoa 2 puolestaan sosiaali- ja terveystalvelujen ylimmän johdon haastatteluissa. Kuten haastattelurungoista käy ilmi, ne sisälsivät sekä strukturoituja että puolistrukturoituja osioita.

Haastattelun teemoina olivat talousarvion laadintaprosessi, talouden ja toiminnan seuranta sekä toiminnan vaikuttavuuden mittaaminen ja edistäminen. Teemahaastattelun periaatteiden mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2018, 106) nämä teemat nousivat haastatteluun resurssien allokointia ja vaikuttavuutta koskevan aiemman kirjallisuuden ja teoretiedon pohjalta. Teemahaastattelua toteuttaessa haastateltavien tulee ymmärtää käytetyt käsitteet tutkimuksessa tarkoitetulla tavalla (Tuomi & Sarajärvi 2018, 106), joten haastattelun aluksi kunkin osallistujan kanssa käytiin vielä läpi vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden käsitteiden määrittelyt.

Aluksi haastattelujen puolistrukturoidut osuudet litteroitiin, jossa teksti avattiin muutoin sanatarkasti, mutta ilman täytesanoja ja toistoja. Myöskään äännähdyksiä, taukoja tai muita keskustelua kuvaavia piirteitä ei kirjattu. Litterointi tehtiin videoiduista haastatteluista, hyödyntämällä myös haastattelijan haastattelurunkoon tekemiä muistiinpanoja. Varsinainen analyysi toteutettiin ATLAS-ohjelmistolla kuviossa 9 esitetyn prosessin mukaisesti.



KUVIO 9. Aineiston analyysin eteneminen litteroinnin jälkeen.

Haastatteluaineiston laadullinen analyysi perustui puolistrukturoitujen haastattelukysymysten tuottaman aineiston teoriaohjaavaan sisältöanalyysiin, jossa aluksi aineisto luokiteltiin kolmeen tutkimuskysymysten kannalta keskeiseen teemaan: vaikuttavuustieto, kustannustieto ja talousarvion laadinta. Tässä vaiheessa analyysiprosessia aineistosta poistettiin vastaajien muut tunnistetiedot, vain tieto siitä, minkä hyvinvointialueen johdon edustajasta oli kyse, jätettiin käyttöön. Tällä tavoiteltiin kunkin hyvinvointialueen osalta yksittäisen vastaajan äänen häivyttävää yleistettyä kuvausta. Haastateltavien yksityisyyden turvaamiseksi suoria lainauksia ei tässä tutkimuksessa käytetä. Kuten Tuomi ja Sarajärvi (2018, 29) toteavat, lainaukset olisivat vain aineiston tuottamia esimerkkejä, eivätkä ne todellisuudessa kuitenkaan kerro tehdyn tulkinnan luottavuudesta. Jatkossa aineistoa käsiteltiin joko kokonaisuutena tai hyvinvointialuekohtaisesti. Teemojen osalta tekstin jaottelussa pyrittiin poissulkevaan strategiaan.

Tämän jälkeen kunkin teeman sisältöön tutustuttiin aineistolähtöisesti, koodaamalla aineiston sisältöä pelkistetyiksi ilmauksiksi. Pelkistetyistä ilmauksista poimittiin jatkoanalyysiin vain ne, jotka liittyivät esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Yhden hyvinvointialueen sisältä koodatuksi saattoi tulla haastateltavien lukumäärää enemmän mainintoja tietystä aiheesta, sillä yksi haastateltava voi pohtia sitä useammasta näkökulmasta. Lisäksi haastattelussa esiintyvät ilmaukset ja kuvaukset voitiin tarvittaessa koodata useamman koodin alle, mikäli tarkoituksenmukaista. Seuraavassa vaiheessa näitä koodattuja havaintoja ryhmiteltiin niitä yhdistäviin luokkiin. Viimeisessä vaiheessa edettiin yleisestä yksityiskohtaisempaan päin analyysissa, jossa kunkin luokan ja koodin sisältöjä tarkennettiin vielä palaamalla aina alkuperäisiin ilmauksiin asti. Tässä vaiheessa viimeisteltiin koodauksia vastaamaan paremmin syntyneitä analyysikehikkoa. Kun aineisto oli tällä tavalla käsitelty, luokiteltu ja raportoitu, muodostettiin lopulliset tulkinnat vastauksina tutkimuskysymyksiin.

Tehtyä analyysi voi luonnehtia teoriaohjaavaksi analyysiksi. Se mahdollistaa uusien näkökulmien esiin nousemisen aineistosta kuitenkin aiempaa tutkimusta ja teoriaa hyödyntäen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 130), mikä oli tärkeää, sillä aiempaa tutkimusta ei hyvinvointialueista ollut vielä tässä vaiheessa tehty. Sisällönanalyysin avulla voidaan luoda tiivistetty ja yleistetty kuvaus aineiston teemoista, mutta sen haasteena on, ettei se tarjoa työkaluja johtopäätösten tekemiseen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 139).

Strukturoidusta haastatteluaineistosta toteutettiin myös määrällinen analyysi hyödyntäen vaikuttavuuden johtamisen kypsyystason analysointiin kehitettyä teoreettista viitekehystä (taulukko 3), joka on aiemmassa tutkimuksessa (Lehto 2020, 29) sovellettu tähän tarkoitukseen Teahin (2006) tietojohdamisen kypsyystasoanalyysistä. Kustannusvaikuttavuustiedon hyödyntäminen hyvinvointialueen päätöksenteossa tarkoittaisi käytännössä tason 4, eli johdetun kypsyystason, saavuttamista. Tällöin vaikuttavuustietoa kerättäisiin systemaattisesti ja niistä saatua tietoa käytettäisiin johtamisen tukena.

TAULUKKO 3. Vaikuttavuuden johtamisen kypsyystaso (Lehto 2020, 29).

<i>Kypsyysaste</i>	<i>Yleinen kuvaus</i>	<i>Organisaatio/ henkilöstö</i>	<i>Prosessit</i>	<i>Teknologia</i>
1	Alustava Ei aikomusta kerätä vaikuttavuustietoa	Ei ymmärrystä vaikuttavuustiedon tarpeesta tai keräämisestä	Vaikuttavuustiedon keräämisen prosessit puuttuvat	Ei teknologiaa eikä infraa
2	Tietoinen Tietoisuus tiedon keräämisen tarpeista	Tietoisuus tiedon keräämisen tarpeesta	Dokumentointi puuttuu	Pilotteja käynnistetty
3	Määritelty Vaikuttavuustiedon keräämisen rakenne määritelty	Perusrakenne määritelty	Perusprosessit ja mittarit luotu	Perusinfra luotu, yksittäiset projektit käynnissä
4	Johdettu Vaikuttavuustiedon keräämisen rakenne luotu	Vaikuttavuustiedon johtamisen tiedon kerääminen standardoitu ja sitä johdetaan strategisesti	Vaikuttavuusmittarit käytössä ja niillä johdetaan toimintaa	Vaikuttavuustiedolla johtaminen arkipäivää
5	Optimoitu Vaikuttavuustiedon kerääminen vakiinnutettu ja automatisoitu ja sitä kerätään jatkuvasti	Toimintakulttuurin muutos kohti vaikuttavuusperustaisuutta juurrutettu	Vaikuttavuustiedon kerääminen systemaattista, jatkuvasti kehittyvää	Infraa kehitetään jatkuvasti

Lisäksi hyödynnettiin tätä tutkimusta varten käännettyä ja muokattua vaikuttavuusperustaisen hoidon Value-Based Care – arviointityökalua (VBC). VBC-työkalu on kehitetty ja julkaistu Yhdysvalloissa (Rural Health Value 2023) vuonna 2016 terveydenhuollon organisaatioiden itsearviointin työkaluksi vaikuttavuusperustaisen toiminnan kehittämisessä. Alkuperäinen työkalu sisältää 80 väittämää 8 eri osa-alueesta. Tätä tutkimusta varten työkalusta tehtiin tiittävästi ensimmäinen suomennos (liitteet 5 ja 6), jonka yhteydessä havaittiin tarve muokata ja poistaa osa väittämistä soveltuvuuden parantamiseksi. Lisäksi tunnistettiin tarve lisätä uusia väittämiä, jotka kuvaisivat paremmin Suomen julkisia sosiaali- ja terveystalouksia. Tämä osa haastattelusta toteutettiin vain hallinnolliselle ja luottamusjohtajalle, joten otoskoko on muuta aineistoa pienempi (n=13). Yhteensä 51 väittämää jakautui tässä suomalaisessa versiossa seitsemään eri teemaan (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Tätä tutkimusta varten muokatun VBC-työkalun sisältämät teemat

Suomalaisen VBC-työkalun teemat

hallinto ja johtaminen
 palvelut ja niiden koordinointi
 alueen väestön terveys
 asiakkaan ja lähiverkoston osallisuus
 kehittäminen ja raportointi
 ICT
 talous ja riskienhallinta

Kuhunkin väittämättään haastateltavat vastasivat hyödyntäen annettuja vastausvaihtoehtoja (taulukko 5), mutta tämän lisäksi heillä oli mahdollisuus kommentoida vastauksiaan ja väittämiä laajemmin. Kunkin osa-alueen käsittelyn jälkeen haastateltavia pyydettiin myös ehdottamaan kyseiseen teemaan sopivaa uutta väittämää. VBC-työkalu valittiin osaksi tätä tutkimusta, koska se antaa kypsyystasoanalyysiä monipuolisemman kuvan julkisen sote-organisaation kyvykkyyksistä toimia vaikuttavuusperustaisesti.

TAULUKKO 5. Value-based care – mittarin vastausvaihtoehdot

vastausvaihtoehto	sanallinen kuvaus	tulkinta
a	toteutuu	vahvuudet
b	toteutuu osin	
c	kehittäminen käynnissä	mahdollisuudet
d	asiasta on käyty keskustelua	
e	ei sovellettavissa organisaatioomme	harkittavat
f	asiaa ei ole harkittu	
eos	en osaa sanoa	

Hyvinvointialuekohtaiset analyysit VBC-työkalun tuloksista saatiin laskemalla aluekohtaiset keskiarvot vahvuuksien, mahdollisuuksien ja harkittavien osuuksista vastauksissa. Jokainen vastaaja tuotti kuhunkin osa-alueeseen siis yhteensä 100 % vahvuuksia, mahdollisuuksia ja harkittavia toimia, ja näistä

prosenttiosuuksista laskettiin kullekin työkalun osa-alueelle hyvinvointialuekohtainen keskiarvo.

3.3.3 Tietosuoja ja eettiset näkökohdat

Valtiovarainministeriö toimi tämän tutkimuksen yhteydessä kerättävien henkilötietojen rekisterinpitäjänä. Henkilötietojen käsittely perustui tutkimuksen tekemistä varten annettuun suostumukseen (EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen 6 artiklan 1 kohdan a-alakohta). Kerättyjä henkilötietoja ei käytetty muuhun tarkoitukseen kuin tämän tutkimuksen tekemiseen eikä tietoja siirretty Suomen ulkopuolelle. Tiedot poistetaan viivytyksettä tämän tutkimuksen julkaisun jälkeen.

Kunkin yksittäisen henkilön osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista huolimatta siitä, että kyseisen henkilön organisaatio oli sitoutunut osallistumaan tutkimukseen. Ennen haastatteluun osallistumista henkilö sai sekä suullisen että kirjallisen tiedon tutkimuksesta ja hyväksyessään sähköpostitse toimitetun haastattelukutsun henkilö ilmaisi suostumuksensa osallistua tutkimukseen. Tallennetussa haastatteluosiossa ei kysytty henkilön yksityiselämään liittyviä tietoja. Aineistoa käsiteltiin ilman tunnistetietoja ja ryhmätasolla, joten yksittäisen henkilön vastauksia ei lopullisesta raportoinnista voida tunnistaa. Tutkimukseen osallistuminen ei aiheuttanut osallistuneille merkittäviä riskejä, haittoja tai vahinkoa. Tutkimuksessa noudatettiin ohjeita hyvistä tieteellisistä käytännöistä.

4 TUTKIMUKSEN TULOKSET

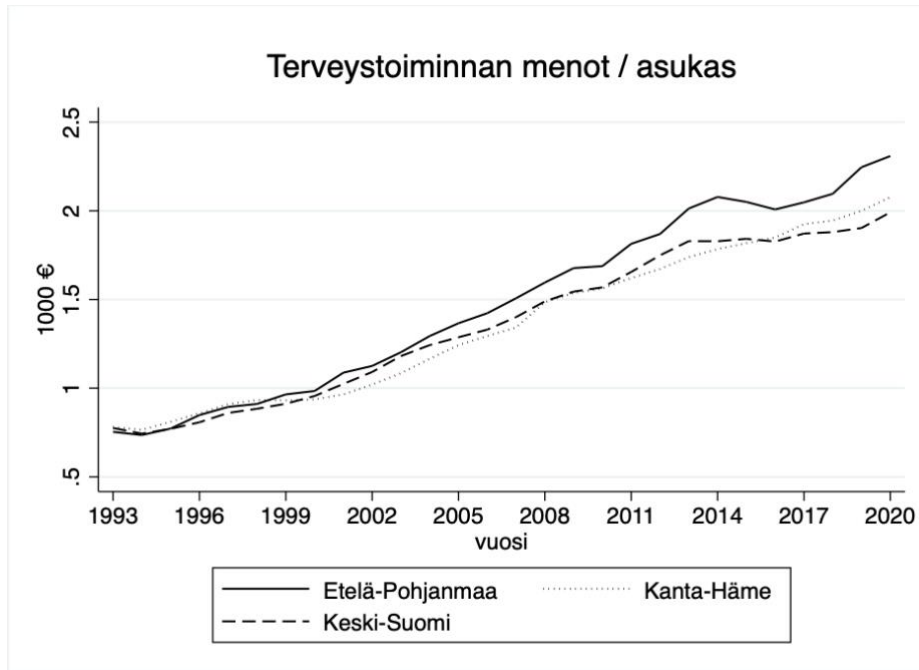
4.1 Hyvinvointialueiden taustatiedot

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksen kohteena olleiden hyvinvointialueiden taustatietoja erityisesti palvelutarpeen ja kustannustason näkökulmasta. Liitteessä 7 on koottu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemien, vuoden 2021 tietoihin perustuvien selvityksien (THL 2022b, THL 2022c, THL 2022d) keskeiset taustatiedot kustakin hyvinvointialueesta. Tutkimuksen kohteena olleista alueista Keski-Suomen hyvinvointialue oli väestömäärältään suurin ja Kanta-Häme puolestaan pienin. Kaikkien tutkimuksen kohteena olleiden alueiden väestöennuste oli laskeva, mutta 75 vuotta täyttäneiden väestöosuuden arvioitiin kasvavan seuraavina vuosina useita prosenttiyksikköjä. Sosiaalisista tekijöistä työttömyys oli korkeinta Keski-Suomessa ja matalinta Etelä-Pohjanmaalla, myös pitkäaikaistyöttömien ja nuorisotyöttömyyden osuudella mitattuna. Lapsiperheiden tilanteen näkökulmasta toimeentulon saajien osuus oli pienintä Etelä-Pohjanmaalla, samoin yhden vanhemman perheiden osuus lapsiperheistä.

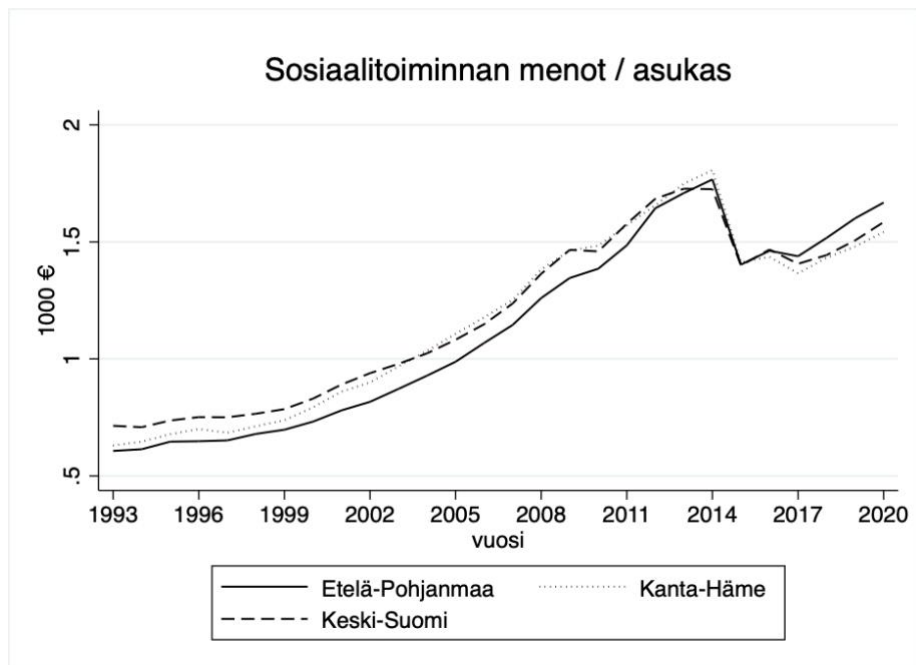
Väestön terveyttä kuvaavien indeksien perusteella sairastavuus on ollut korkeinta Etelä-Pohjanmaalla, mutta ennenaikaiset kuolemat (PYLL) sen sijaan muita alueita vähäisempiä. Korkeaan sairastavuuteen sopien, työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus oli korkein Etelä-Pohjanmaan alueella, samoin sosiaali- ja terveydenhuollon vuoden 2020 asukaskohtaiset nettokustannukset. Kanta-Hämeen alueella puolestaan nettomenot edustivat maan keskitasoa ja Keski-Suomessa ne olivat jopa hieman keskiarvoa pienemmät. Kokonaisuutena Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen palvelutarpeen arvioitiin THL:n selvityksessä (THL 2022b) olevan selvästi maan keskitasoa suurempi ja Keski-Suomen hyvinvointialueen puolestaan hieman keskitasoa pienempi (THL 2022c). Hyvinvointialueiden ensimmäisen toimintavuoden asukaskohtainen rahoitus noudatti tätä palvelutarpeen mukaista jakoa niin, että Etelä-Pohjanmaan rahoitus (4421 €) oli suurin, Keski-Suomen pienin (4036 €) ja Kanta-Hämeen (4099 €) asettuessa näiden väliin.

Ennen hyvinvointialueuudistuksen toteutumista tutkimuksen kohteena olevien kolmen hyvinvointialueen terveys- ja sosiaalipalvelujen kustannuskehitys on kuvattu kuvioissa 10 ja 11. Aineisto perustuu THL:n ylläpitämän Sotkanet-tietopalvelun indekseihin Terveystoiminnan nettokäyttökustannukset (ind. 3268, Sotkanet.fi) ja Sosiaalitoiminnan nettokäyttökustannukset (ind. 1290, Sotkanet.fi). Myös tästä aineistosta havaitaan Etelä-Pohjanmaan kustannuskehityksen irtautuminen korkeammille urille kahteen muuhun alueeseen verrattuna. Sosiaalitoiminnan menojen osalta havaitaan kaikilla alueilla merkittävä notkahdus vuonna 2015, kun varhaiskasvatuksen palvelut siirtyivät raportoinnissa pois sosiaalipalvelujen alta. Toinen, pienempi notkahdus nähdään vuonna 2017, kun perustoimeentulotuki

siirrettiin kunnilta KELAn vastuulle. Kummallakaan näillä toimilla ei näytä olleen pysyvää vaikutusta kustannuskehitykseen, vaan se on palannut viime vuosina takaisin samaa kulmakäyrää noudattavalle kasvu-uralle.

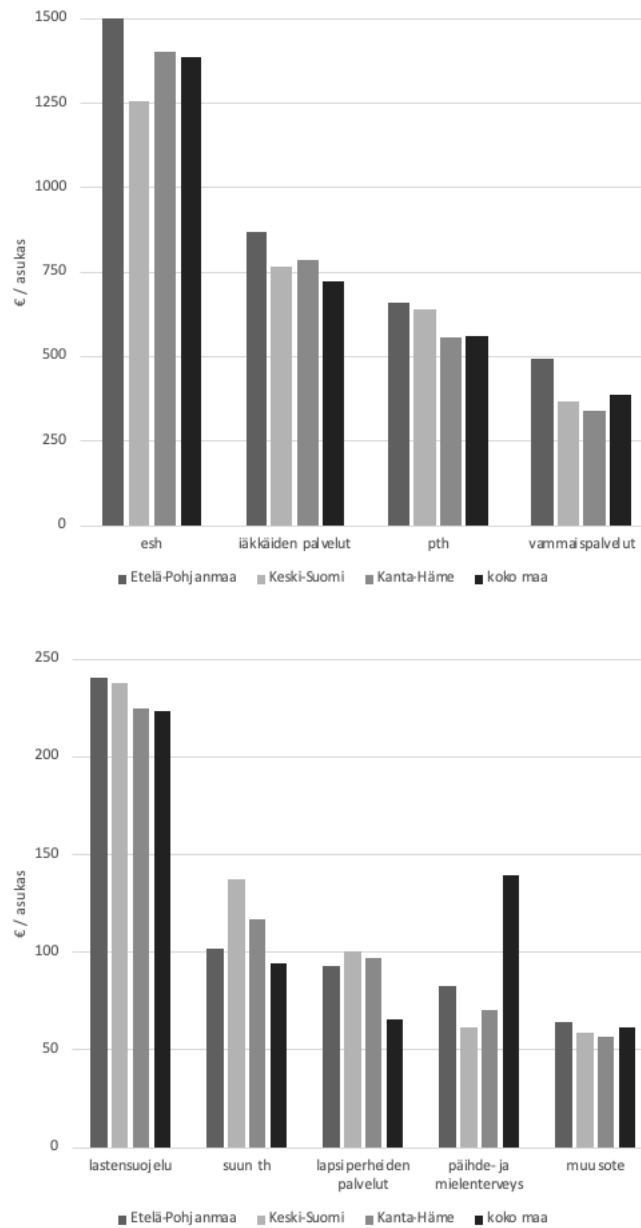


KUVIO 10. Terveystoiminnan menojen kehitys edellisinä vuosikymmeninä kolmen hyvinvointialueen alueella.



KUVIO 11. Sosiaalitoiminnan menojen kehitys edellisinä vuosikymmeninä kolmen hyvinvointialueen alueella.

Edellinen aineisto oli saatavissa vain vuoteen 2020 asti ja vuoden 2021 osalta käytettävissä olivat myös kuntien Valtiokonttoriin raportoimat palveluluokkakohtaiset (liite 1) kustannustiedot. Palveluluokkakohtaiset kustannustiedot raportoidaan jälkikäteen toteumatiedoista osana tilinpäätösraportointia. Jatkossa myös hyvinvointialueiden tulee raportoida toteumatiedot palveluluokkakohtaisesti. Vuoden 2021 aineistoa tarkemmin tarkasteltaessa kävi ilmi, että yksityiskohtaisia palveluluokkia käytettäessä tuloksiin liittyi merkittävää epävarmuutta, sillä erittelemättömiä kustannuksia oli paljon ja toisaalta aineistossa havaittiin täysin tyhjiä palveluluokkia joidenkin kuntien kohdalla. Niinpä päädyttiin tarkastelemaan tämän tutkimuksen kohteena olevien hyvinvointialueiden väestöpohjaa vastaavia tietoja karkeammalla palveluryhmätasolla, joka kuvattu liitteessä 1. Palveluryhmittäin esitetyt asukaskohtaiset kustannukset ovat kunkin hyvinvointialueen osalta nähtävissä kuviossa 12.

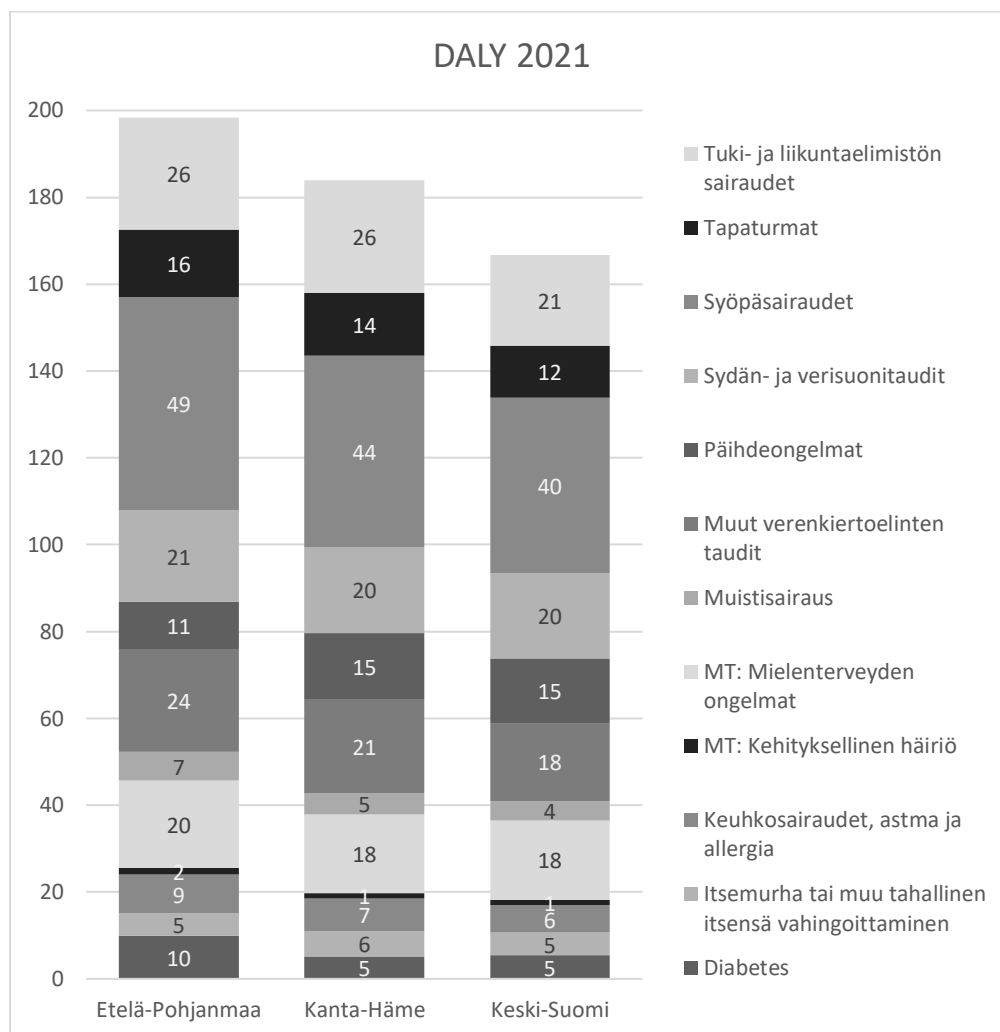


KUVIO 12. Palveluryhmäkohtaiset vuoden 2021 kustannukset sosiaali- ja terveyspalveluissa. Huomaa ero Y-akselin skaalauksessa kuvien välillä.

Etelä-Pohjanmaan muita hyvinvointialueita ja myös maan keskiarvoa korkeampi kustannustaso näyttäytyy myös tässä aineistossa erityisesti kalliimmissa palveluissa. Lähtötiedon epävarmuuden takia, kuviosta ei kuitenkaan voida tehdä kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä resurssien allokoinnista ennen hyvinvointialueuudistuksen toteutusta. Kustannusten vaihtelu ei välttämättä johdu resurssien eroista vaan esimerkiksi järjestämisen tapojen erilaisuudesta, joka sitten heijastuu näihin jälkikäteen ilmeisen

laskennallisesti laadittuihin raportteihin huomattavina heittoina palveluluokka- ja ryhmäkohtaisissa kustannuksissa.

Hyvinvointialueiden palvelutarvetta voidaan tarkastella myös hyvinvointialueen väestöpohjan sairauksien kautta menetettyjen elinvuosien avulla (Disability-Adjusted Life Years, DALY) (kuvio 13). DALY-muuttuja saadaan laskemalla aiemmin mainitut ennenaikaiset kuolemat (PYLL) ja vajaatoimintakykyiset vuodet (YLD) yhteen (THL 2023b). DALY huomioikin siis sairastavuuden ja kuolleisuuden lisäksi toimintakyvyn näkökulman, joka puolestaan heijastuu herkästi erityisesti sosiaalipalvelujen tarpeeseen. Mitä korkeamman DALY-arvon hyvinvointialue saa, sitä enemmän menetetään toimintakykyisiä elinvuosia. DALY-tiedot on poimittu tähän tutkimukseen Valtiovarainministeriön ja Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemalta hyvinvointivaje.fi -sivustolta, jonka mittaristoja kehitettiin samanaikaisesti tämän selvitystyön kanssa.



KUVIO 13. Tautitaakan vuoksi menetyt toimintakykyiset elinvuodet (DALY) vuoden 2021 tietoihin pohjautuen.

DALY:n kautta tarkasteltuna Keski-Suomen palvelutarve jää koko maan alhaisimpaan kvartaaliin, kun Etelä-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen DALY:t asettuvat mediaanin molemmiin puoliin. Etelä-Pohjanmaan PYLL-arvon ollessa vertailun alhaisin, havaitaan että vajaatoimintakykyiset elinvuodet (YLD) selittävät ainakin Etelä-Pohjanmaan osalta korkeita DALY-lukemia, niiden yltäessä koko maan korkeimpaan kvartaaliin. Voidaan havaita, että DALY-tiedot ovat linjassa yllä kuvattujen THL:n palvelutarvetietojen kanssa.

Kokonaisuutena todetaan, että alueiden välillä on eroja sekä palvelutarpeessa että historiallisessa kustannuskehityksessä, näistä sekä palvelutarpeen että kustannustenkasvun ollessa korkeinta Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella. Tämän takia, myös ensimmäisen toimintavuoden rahoituspohjassa havaitaan miltei 10 % ero suurimman ja pienimmän asukaskohtaisen rahoituksen tasossa.

4.2 Resurssien allokointi vuoden 2023 talousarviossa

Tässä kappaleessa käydään läpi ensimmäiseen tutkimuskysymykseen liittyvät tulokset, eli millä periaatteilla osallistuneet hyvinvointialueet ovat allokoineet resursseja vuodelle 2023 ja miksi. Tulokset pohjautuvat hyvinvointialueiden talousarviokirjamateriaaliin, päätöksentekopöytäkirjoihin sekä haastatteluaineistoon. Ensimmäisessä osassa analysoidaan kunkin hyvinvointialueen osalta kuvaus siitä, miten talousarvio on laadittu ja toisessa haastatteluaineistosta nousevia perusteita näille ratkaisuille.

4.2.1 Talousarvion laadinta Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen vuoden 2023 talousarviokirjassa kuvataan, miten talousarvio on laadittu kokoamalla yhteen lähtöorganisaatioiden tietoja, koska valmista yhteen liitettyä organisaatiota ei ollut:

Toki lähtökohta nk. sirpalemaakuntana on tuonut talousarvion valmisteluun sen, että suoraan olemassa olevaa talouden tausta-aineistoa ei ole ollut, vaan talousarvio on vedetty yhteen aiemmassa järjestämisvastuussa olevista organisaatioista (talousarviokirja s.4)

Lisäksi kuvattiin, miten näitä lähtöorganisaatioissa valmisteltuja luonnoksia pyrittiin muokkaamaan huomioiden erityisesti rahoituksen riittävyys:

Hyvinvointialue on yhteensovittanut budjettiehdotukset kestävän talouden ohjaamisen ja rahoituksen näkökulmat huomioiden. (talousarviokirja s.29)

Lopputuloksena syntyi alijäämäinen talousarvio, jonka päätöksentekopöytäkirjassa perusteltiin johtuvan lähtötietoja korkeammista todellisista kustannuksista sekä uuden organisaation luomisen synnyttämistä kustannuksista.

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen vuoden 2023 talousarvio on noin 32,48 milj. euroa alijäämäinen. Alijäämän taustalla on mm. siirtyvien organisaatioiden vuoden 2022 ennakoitujen talouden ylitykset sekä se, ettei valtion rahoitus kata kaikkia historiallisen suuren muutoksen muutoskustannuksia. (pääöksentekopöytäkirja s.7)

Toimivan johdon edellytyksiä vaikuttaa resurssien allokointipäätöksiin rajasi se, että talousarvion laadinnassa oli lähdetty liikkeelle kustannuspaikkatasolta, joka pitkälti määritteli rahoituksen jakautumisen eri toimintoihin kuten talousarviokirjassa kuvataan:

Toimialuejohtaja päättää käyttösuunnitelmasta, jolla tarkennetaan asianomaisen toimialueen talousarvioon sisältynyt alustava palvelualueiden käyttösuunnitelma ja päättää osaltaan tehtävien toteuttamisesta ja määrärahojen käytöstä. Palvelualuejohtaja voi edelleen jakaa oman palvelualueensa määrärahan palveluyksiköilleen. Käytännössä jako on jo olemassa, koska taloussuunnittelu on lähtenyt liikkeelle kustannuspaikkatasolta. (talousarviokirja s.32)

Myös lainsäädännön nähtiin määrittävän merkittävästi allokointipäätöksiä:

Terveystalouden- ja sairaanhoidon palveluista määrätään lainsäädännössä. Tämä on huomioitu toiminnan suunnittelussa 2023, eikä mahdollista suuriin muutoksiin ole. (talousarviokirja, s.49)

Haastatteluaineistossa johdon edustajat vahvistivat tämän ja kertoivat, ettei mahdollisuuksia vaikuttaa resurssien allokointiin ollut. Johdon kuvauksen mukaan talousarvion kanssa samaan aikaan valmisteltiin hyvinvointialueen strategiaa, jossa tehtiin myös priorisointipäätöksiä, mutta näiden arvioitiin toteutuvan vasta vuoden 2024 talousarviosta eteenpäin. Tässä vaiheessa tehtiin kuitenkin jo joitakin toiminnallisia uudelleenorganisointeja, mutta varsinaisesta resurssien uudelleenohjelmamisesta ei tässä ollut kyse:

Suurimmat muutokset on tehty aikaisempaan nähden kuntoutuspalvelujen, mielenterveys- ja riippuvuushoidon palvelujen sekä lähiterveyspalvelujen toiminnan organisointiin. Mielenterveys- ja riippuvuushoidon palvelualue on merkittävästi laajempi nykyiseen nähden sisältäen aiemmat perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelut sekä laaja-alaisesti koko hyvinvointialueen riippuvuus- ja päihdesairauksien hoidon ja kuntoutuksen toiminnot. Kuntoutus tulee toimimaan yhtenä integroituna kokonaisuutena kattaen laajasti avokuntoutus-, kotikuntoutus-, ja osastokuntoutuspalvelut yhteistyössä lähiterveyspalveluiden, ikääntyneiden palveluiden, sekä operatiivisen ja medisiinisen palvelualueiden kanssa. (talousarviokirja s.49)

Huomioiden lähtötiedon puutteellisuus ja yleisen taloustilanteen epävarmuus lopullisen talousarvioon liittyvää epävarmuutta korostettiin:

Historian ensimmäisen hyvinvointialueen talousarvion laatimisessa ei ole ollut viimeisintä tilinpäätöstä, talousarvion laadintavuoden talousarviota ja koko organisaation tasolla olevaa ennustetta laadintavuoden taloudesta käytettävissä, ainoastaan tieto talouden yleisestä kehityksestä poikkeuksellisilla epävarmuustekijöillä on ollut käytettävissä. Näin ollen onkin syytä korostaa, että talousarviossa nimenomaan arvio korostuu. (talousarviokirja s.28)

Hyvinvointialueen ensimmäisen talousarvion laadinta on kuitenkin ollut varsin poikkeuksellinen, minkä vuoksi siinä voi olla isoja poikkeamia. Tilanne korjaantuu viimeistään seuraavana vuonna. (talousarviokirja s. 50)

4.2.2 Talousarvion laadinta Keski-Suomen hyvinvointialueella

Keski-Suomen hyvinvointialueen vuoden 2023 talousarviokirjassa kuvataan talousarvion laaditun lähtöorganisaatioiden ilmoittamien tietojen pohjalta ja nimettiin se siirtymäkauden budjetiksi korostaen olosuhteiden erityisyyttä ja organisaation käynnistymisvaihetta:

...talousarvio on rakennettu kuntien ilmoittamille sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen menoille. Ensi vuoden talousarvio tulee pitkälle annettuna kuntien ja kuntayhtymien talouden pohjalta ja voidaan osaltaan puhua siirtymäkauden budjetista. (talousarviokirja s. 5)

Myös päätöksentekopöytäkirjassa nostettiin esiin käytettävissä olevaan lähtötietoon liittyvät epävarmuustekijät ja sen vuoksi talousarvion luotettavuutta ei voitu taata:

Hyvinvointialueen talousarvio on laadittu Keski-Suomen kunnista ja hyvinvointialueelle siirtyvistä organisaatioista kerättyjen taloustietojen perusteella. Tämän takia talousarvioon liittyy poikkeuksellisen paljon epävarmuutta (pätöksentekopöytäkirja s. 2)

Lopputuloksena syntyi alijäämäinen talousarvio, kuvaten ristiriitaa palvelutason kattavuuden ja rahoituksen riittävyyden välillä:

Vastuualueiden talousarvioesitykset olivat yhteensä noin 100 M€ suuremmat kuin hyvinvointialueen käytettävissä oleva rahoitus vuonna 2023. Hyvinvointialueen rahoituksesta merkittävä osa on yleiskatteellista valtion rahoitusta, eikä hyvinvointialueella ole juuri mahdollisuuksia vaikuttaa käytettävissä olevan rahoituksen tasoon, vaan hyvinvointialueen toiminta tulee sopeuttaa käytettävissä olevaan rahoitukseen. Rahoituksen vaje vuonna 2023 on niin suuri, että talouden tasapainoa ei saavuteta pelkästään tuottavuutta parantavilla toimenpiteillä vaan tasapaino edellyttäisi palvelujen merkittäviä leikkauksia jo vuonna 2023. Tästä syystä vuoden 2023 talous suunnitellaan alijäämäiseksi. (talousarviokirja s.36)

Varsinaisessa talousarviokirjassa kuvataan suunnitelmia tehdä resurssien uudelleenallokoiteja vielä talousarvion valmistumisen jälkeen, mutta ei tarkemmin oteta kantaa siihen mitä nämä olisivat:

Toimintojen siirron valmistelun edetessä on todennäköisesti tarpeen tehdä myös vielä toimialojen ja vastuualueiden välisiä kustannusneutraaleja määrärahasiirtoja. (talousarviokirja s.37)

Haastatteluaineistossa Keski-Suomen hyvinvointialueen johto sen sijaan kuvasi erityisesti lasten, nuorten ja perheiden palvelujen resurssien vahvistamista vuodelle 2023. Aineistosta ei käy ilmi, minkä toiminnon resursseista tämä siirto tehtiin, vaikka selkeästi kyse oli kokonaisbudjetin näkökulmasta kustannusneutraalista resurssien uudelleenallokoinnista.

4.2.3 Talousarvion laadinta Kanta-Hämeen hyvinvointialueella

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen talousarviota koskevassa päätöksentekopöytäkirjassa todetaan, sillä olleen vain vähän mahdollisuuksia vaikuttaa vuoden 2023 talousarvion kustannustasoon:

Hyvinvointialueet perivät nykyisen toiminta ja kustannusrakenteen kunnilta ja kuntayhtymiltä, joten alueella on toiminnan käynnistyessä vain rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa syntyviin kustannuksiin ensimmäisen toimintavuoden osalta. (talousarviokirja s.3)

Lisäksi talousarviokirjassa todetaan, että lainsäädäntö rajoitti mahdollisuuksia vaikuttaa kustannustasoon ja allokointipäätöksiin:

Liikkeenluovutuksen toimintaperiaatteet rajoittavat myös tasapainotustoimenpiteiden toteuttamista, sillä valtaosa palvelutuotannon kustannuksista muodostuu ostopalveluista, henkilöstökustannuksista ja toimitilakustannuksista, joihin vaikuttamista voimaanpanolaki (616/2021) siirtymäsäännöksineen rajoittaa. (talousarviokirja s. 29)

Talousarviokirjassa vuoden 2023 talousarviota luonnehditaan heikon lähtötiedon pohjalta mekaanisesti laadituksi ja viitataan siihen, että talousarvio tullaan päivittämään heti toiminnan käynnistyttyä keväällä 2023:

Sairaalahankkeen vuoksi OmaHämeen täytyi hakea ylimääräistä lainanottovaltuutta, jonka valtioneuvosto marraskuussa 2022 myönsi. Lisälainanottovaltuuden edellytykseksi valtioneuvosto asetti ehdon, jonka mukaan OmaHämeen täytyy 15.5.2023 mennessä toimittaa valtiovarainministeriölle aluevaltuuston hyväksymä tasapainotusohjelma. Tämän ja edellä mainitun sumuisen näkymän vuoksi tämä talousarvio on luonteeltaan teknisesti kokoava. Varsinaiset talousjohtamiseen liittyvät ohjauspäätökset tullaan tekemään kevään 2023 aikana. (talousarviokirja s. 1)

Ensimmäisen talousarvion ja taloussuunnitelman valmistelun lähtökohdat ovat poikkeuksellisen haastavat. Normaalisissa tilanteissa käytössä on laajasti tietoa yleisestä taloustilanteesta, rahoituksesta, tilinpäätöstiedot, arviot ja ennusteet tulevasta toimintavuodesta. Valmistelun tarvitsemia tietoja on ollut vain osittain käytössä ja ne ovat vanhenevat nopeasti yleisen taloustilanteen nopeasti muuttuessa. Taustatekijöistä johtuen talousarvio 2023 tietopohja ei ole normaalilla tasolla. Tämän johdosta Kanta-Hämeen hyvinvointialue tulee päivittämään talousarvion keväällä 2023. (talousarviokirja s. 3)

Talousarviota pyrittiin saamaan rahoitusraameihin vähentämällä kaikkien toimialojen budjetista saman verran juustohöyläperiaatteella, eikä tarkempaa analyysi resurssien allokoinnin tarpeista tässä vaiheessa tehty. Talousarviossa annettuja kustannustasoja pidettiin lähinnä suuntaa antavina, kuten myös johdon haastattelu tätä tutkimusta tehtäessä paljasti.

Rahoitukseen liittyvien epävarmuustekijöiden johdosta keskeinen tavoite talousarvion laatimisessa on ollut häiriötön siirtymä. Talousarvion laatimisen yhteydessä ei ollut mahdollista toteuttaa kustannuspaikkatason

toimintakulujen kriittistä arviointia, joten toimintakuluihin on kohdennettu 1 % vähennys kaikille toimialoille. (talousarviokirja s. 5)

4.2.4 Perustelut

Haastatteluaineistosta 30 % kuvasi talousarvion laadintaa ja tämä aineisto jakautui hyvin tasaisesti kolmen tutkimuksen kohteena olleen hyvinvointialueen kesken. Sankey-kaavio (kuvio 14) havainnollistaa talousarvion laadintaa käsittelevästä temasta tehtyjen koodausten jakautumisen kolmeen keskeiseen luokkaan. Luokat vastaavat kysymykseen miksi talousarviot laadittiin edellä kuvatulla tavalla. Suurin osa koodatuista havainnoista ($n=92/167$ eli 55,1 %) kohdistui tietopohjaa kuvaavaan luokkaan ja tämä vaikuttaa aineiston perusteella olevan merkittävin syytekijä kaikilla kolmella hyvinvointialueella talousarvion toteutustavalle. Toisena luokkana aineistossa kuvautui talousarvion toteutukseen liittyvät syyt, jotka vastasivat 26,3 % ($n=44/167$) kaikista havainnoista ja niin ikään hyvin tasaisesti hyvinvointialueiden kesken jakautuen. Kolmantena syytekijänä haastatteluissa kuvattiin olosuhteisiin liittyviä tekijöitä, joiden merkitys havaintojen määrässä jäi tässä aineistossa vähäisimmäksi ($n=31/167$ eli 18,6 %). Kokonaisuutena voidaan todeta havaintojen jakautuneen kohtuullisen tasaisesti kolmen hyvinvointialueen kesken kussakin luokassa.

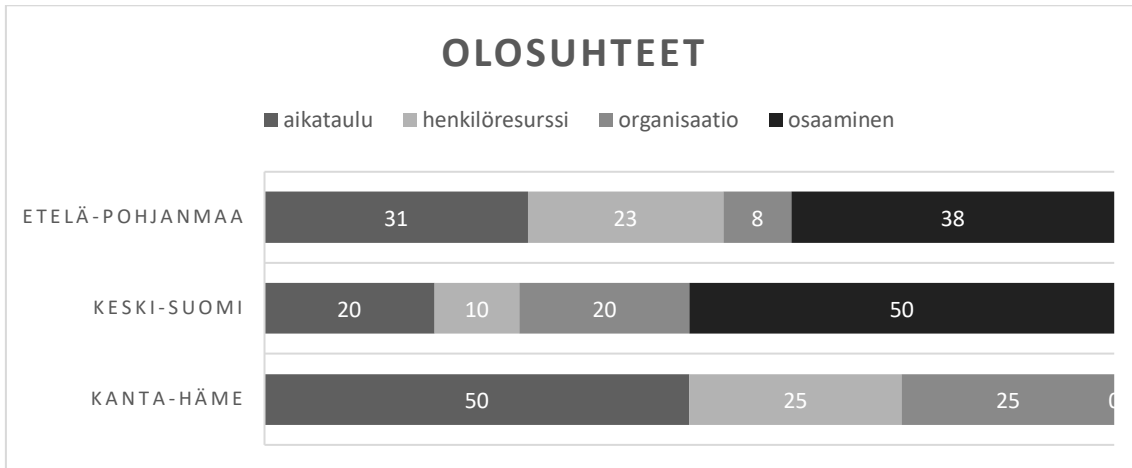


KUVIO 14. Resurssien allokoinnin periaatteiden perustelut jakautuivat kunkin hyvinvointialueen osalta kolmeen yhteiseen luokkaan.

4.2.4.1 Olosuhteet

Olosuhdetekijöihin koodattiin selittävinä tekijöinä neljä eri koodia: aikataulu, henkilöresurssit, organisaatio ja osaaminen. Nämä koostuivat yhteensä 31 havainnosta. Kokonaisuutena tarkasteltuna (kuvio 15) osaamisen ja aikataulujen näkökulmat korostuivat, mutta tarkemmin analysoitaessa havaittiin, että vaikka

osaamisen merkitystä korostettiin Keski-Suomen ja Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen aineistossa, ei siihen liittyviä mainintoja ollut lainkaan Kanta-Hämettä koskevassa aineistossa. Niin ikään aikataulujen merkitys korostui eri tavoin eri alueilla, ollen eniten mainittu tekijä Kanta-Hämeen hyvinvointialueella, mutta selkeästi vähemmän merkityksellinen Keski-Suomen aineistossa.

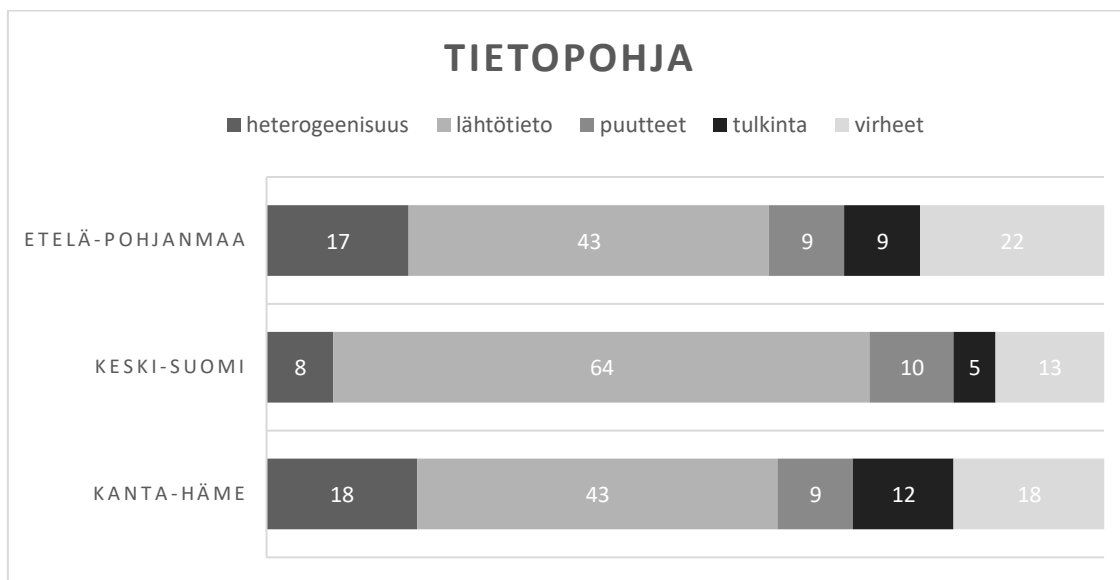


KUVIO 15. Olosuhdetekijöiden merkitys resurssien allokointiin vuoden 2023 talousarvion laadinnassa hyvinvointialuekohtaisesti tarkasteltuna.

Liitteessä 8 esitetty tarkempi analyysikehikko paljasti aikataulun osalta, että hyvinvointialuevalmisteluun liittyvän raportointivelvoitteen koettiin edenneen osin epäloogisessa järjestyksessä, jolloin talousarviota jouduttiin tekemään kiireellä ja etupainotteisesti suhteessa muuhun valmisteluun. Henkilöresurssit talouden valmistelussa koettiin riittämättömiksi, erityisesti koska samoille henkilöille keskittyi useita päällekkäisiä tehtäviä edellä mainitun kiireisen aikataulun vuoksi. Talousarvion laadinnassa talousosaamisen koettiin korostuneen, jopa liiaksi. Useat haastateltavat kommentoivat, että substanssiosaamisen olisi ollut tarpeen olla tiiviimmin mukana talousarvion valmistelussa. Tämän koettiin kuitenkin selittyvän sillä, että hyvinvointialueen organisaatiota vasta rakennettiin samaan aikaan talousarvion valmistelun kanssa, eikä toiminnoista vastaavia henkilöitä ollut tuolloin vielä nimetty tehtäviinsä. Mielenkiintoinen havainto on, että vaikka organisaation keskeneräisyyttä pidettiin myös Kanta-Hämeen hyvinvointialueella yhtenä talousarvion valmisteluun vaikuttaneena tekijänä, ei tätä kuitenkaan liitetty osaamisenäkökulmaan, vaan tarkasteltiin enemmänkin liittyneenä henkilöresurssiin ja päätöksenteon valtuuksiin.

4.2.4.2 Tietopohja

Selittäväenä tekijänä tietopohjan alle asettui yhteensä viisi koodia: lähtötieto, heterogeenisuus, puutteet, virheet ja tulkinta. Yhteensä tietopohjaan kohdistuvia havaintoja kertyi aineistosta 92 kappaletta ja erityisesti käytettävissä olevan lähtötiedon sisältöön liittyviä havaintoja kertyi runsaasti kaikilta alueilta (kuvio 16). Tämä on loogista huomioiden haastattelurungoissa käytetyt kysymykset.



KUVIO 16. Tietopohjan merkitys resurssien allokointiin vuoden 2023 talousarvion laadinnassa hyvinvointialuekohtaisesti tarkasteltuna.

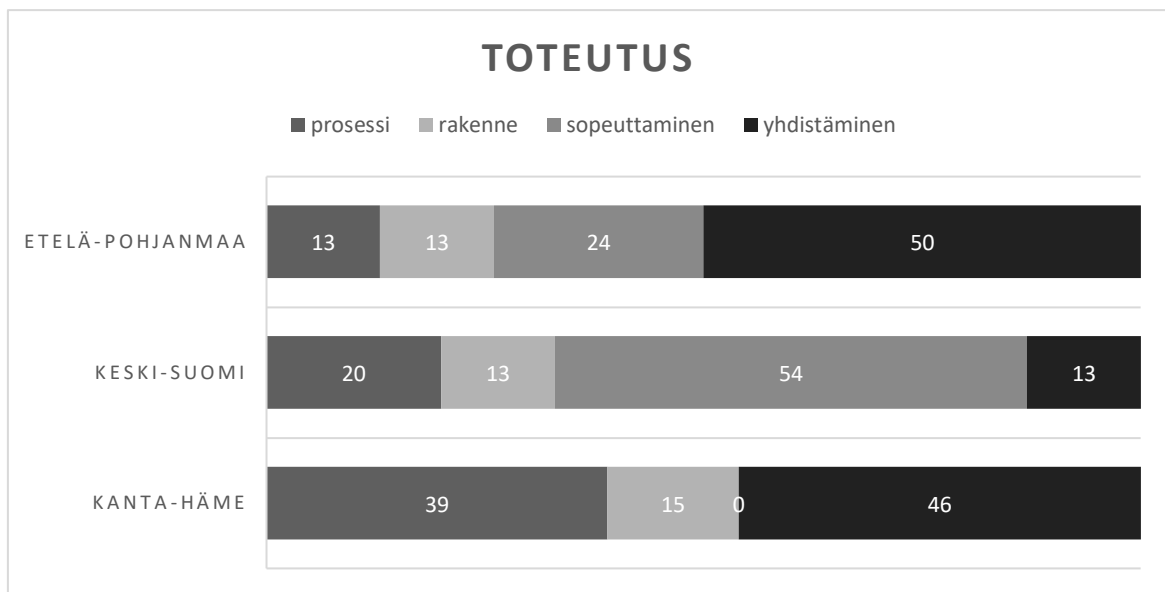
Liitteessä 8 on kuvattu tarkempi tietopohjaa koskeva sisällöllinen tarkastelu. Lähtötieto pohjautui hyvin pitkälti kuntien toimittamaan tietoon, koska vasta perustettavalla hyvinvointialueella ei ollut omaa tietopohjaa. Palvelutarvetietoa pyrittiin hyödyntämään erityisesti palvelujen jatkuvuuden turvaamiseksi. Vaikuttavuustietoa ei kuvannut hyödyntäneensä talousarviovalmistelussa yksikään osallistuneista hyvinvointialueista. Huomioon pyrittiin ottamaan myös tiedossa olevia talousarvioon vaikuttavia lainsäädäntömuutoksia. Käytettävissä oleva tieto koettiin monin tavoin ongelmalliseksi, mitä muut neljä tietopohjaa kuvaavaa koodia kuvaavatkin tarkemmin.

Tiedon heterogeenisuuden kuvattiin johtuvan kuntien erilaisista budjetoinnin ja raportoinnin tavoista. Tätä vaihtelevaa tietoa koettiin vaikeaksi tulkita, koska tiedon tarkkuudessa oli eroa, eikä sisältöjä ollut avattu riittävästi. Erityisesti COVID-19 pandemian aiheuttamien kustannusmuutosten vaikutusta lähtötietoihin koettiin hyvin vaikeaksi arvioida. Olosuhdetekijöihin liittyvän kiireen ja resurssipulan vuoksi kaikkea tarpeelliseksi koettua selvitystyötä ei ehditty tekemään. Haastateltavat kuvasivat lisäksi lähtötiedoissa selkeitä puutteita ja virheitä, joiden tunnistamiseen ja korjaamiseen on kulunut vielä ensimmäisen toimintavuoden alussakin paljon aikaa. Oleellisena puutteena pidettiin erityisesti sitä, ettei kuntien lisätalousarvioita ollut mukana

lähtötiedoissa ja rahoituspohjassa, jolloin näitä ei voitu huomioida talousarviovalmistelussa.

4.2.4.3 Toteutus

Toteutusta kuvaavaan luokkaan sisältyi neljä koodia: yhdistäminen, rakenne, sopeuttaminen ja prosessi. Nämä koostuivat yhteensä 44 havainnosta, joiden tarkempi sisällöllinen analyysi on kuvattu liitteessä 8. Huomataan (kuvio 17), että Kanta-Hämeen haastatteluaineistossa ei sopeuttamiseen viittaa sisältöä ollut talousarvion toteutusvaiheessa, vaan kerronnassa kuvautui hyvin mekaaninen toteutus, sopien yhteen kappaleessa 4.2.3 esitetyn kuvauksen kanssa. Toki muillakin alueilla kuvattiin talousarvion olevan yhdistelmä lähtöorganisaatiosta, mutta rakenteeseen kuvattiin näillä alueilla tehdyn enemmän muutoksia. Keski-Suomessa sopeuttamiseen liittyvät havainnot puolestaan korostuivat toteutustapaa kuvaavissa osioissa. Alijäämää pyrittiin saamaan kohtuullisiin mittasuhteisiin sekä tehostamistavoitteita asettamalla että kuluja mekaanisesti karsien. Yllä kuvatuista tietopohjan puutteitten takia näiden laskelmien luotettavuutta kuitenkin epäiltiin. Talousarvion laadintaprosessia kuvattiin kaiken kaikkeaan hyvin poikkeukselliseksi ja epäoptimaaliseksi. Tätä selitettiin pitkälti yllä kuvatuilla olosuhde-tekijöillä sekä lähtötiedon puutteilla.

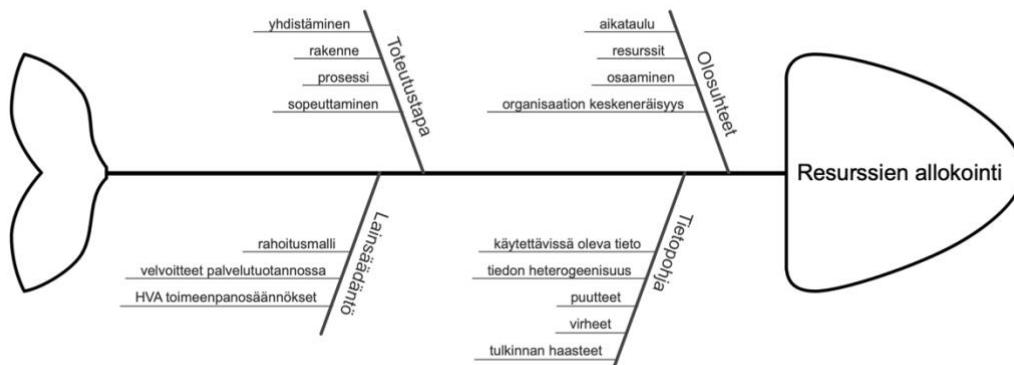


KUVIO 17. Toteutuksen merkitys resurssien allokointiin vuoden 2023 talousarvion laadinnassa hyvinvointialuekohtaisesti tarkasteltuna.

4.2.5 Yhteenveto

Yhteenvetona yllä kuvatusta aineiston analyysistä voidaan todeta, että tähän tutkimukseen kohteena olleet hyvinvointialueet ovat allokoineet resursseja vuoden 2023 talousarvioissaan pitkälti lähtöorganisaatioiden historiatietoihin pohjautuen. Aineistossa esitetyt syyt sille miksi tällaiseen ratkaisuun on

päädytty, on tiivistetty kuviossa 18 syy-yhteyksiä avaavan kalanruotokaavion muotoon. Käytettävä tietopohja koettiin monella tapaa haasteelliseksi ja haastateltavat kuvasivat, että erilaisten olosuhdetekijöiden vuoksi ei ollut mahdollisuutta tätä lähtötietoa enempää tarkentaa. Niinpä päädyttiin toteutustapaan, jossa enemmän tai vähemmän mekaanisesti yhdistettiin lähtöorganisaatioiden antamat tiedot yhdeksi hyvinvointialuerakenteeksi ja pyrittiin sovittamaan tätä lainsäädännön vaatimuksiin.



KUVIO 18. Kalanruotokaavio niistä syytekijöistä, joiden kuvattiin vaikuttaneen resurssien allokointipäätöksiin vuoden 2023 talousarvioissa.

4.3 Kustannusvaikuttavuustiedon hyödyntäminen

Tässä kappaleessa tarkastellaan tutkimuksen kohteena olleiden hyvinvointialueiden edellytyksiä hyödyntää lähtöorganisaatioiden tuottamia tai heidän oman organisaationsa tuottamaa kustannusvaikuttavuustietoa päätöksenteossa, vastaten siten toiseen tutkimuskysymykseen. Ensin käydään läpi kustannustiedon nykytilaa ja tämän jälkeen vaikuttavuustiedon tilannetta samalla rakenteella. Tämän jälkeen arvioidaan vielä osallistuneiden hyvinvointialueiden kykyä ja edellytyksiä hyödyntää vaikuttavuusnäkökulmaa päätöksenteossaan kahden eri strukturoidun menetelmän avulla.

4.3.1 Kustannustieto

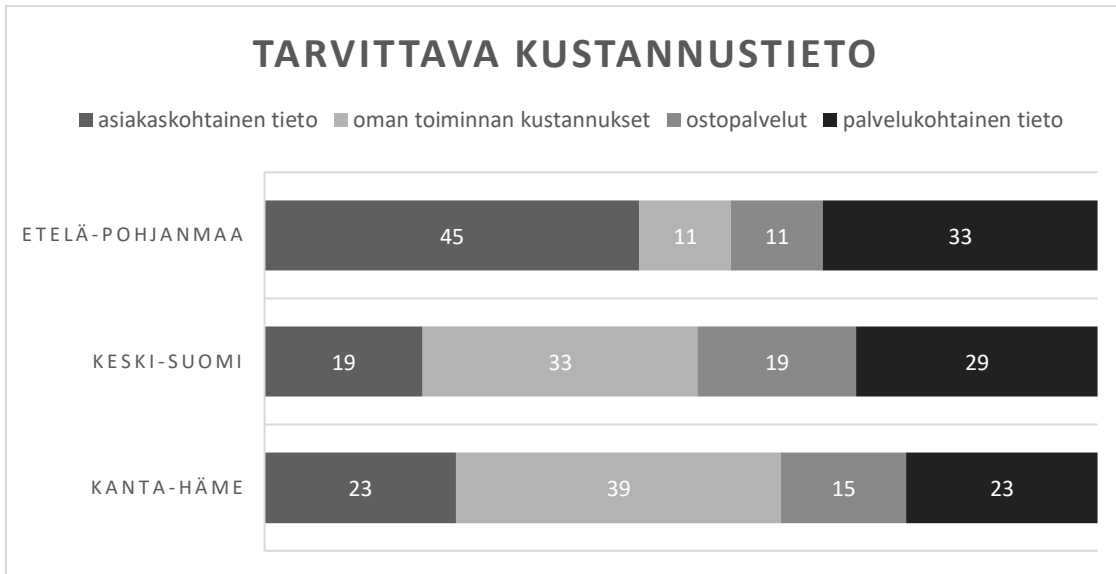
Kustannustietoa kuvaavat tulokset pohjautuvat haastatteluaineistoon, josta 31 prosenttia käsitteli tätä aihetta. Tässä aineistossa vähiten edustettuna oli Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue (20%), kun taas Kanta-Hämeen ja Keski-Suomen hyvinvointialueen osuus oli toisiaan vastaava, noin 40% per alue. Koodatusta haastatteluaineistosta tunnistettiin kolme kustannustietoa kuvaavaa luokkaa: tarvittava tieto, tiedon hyödyntäminen ja sen esteet. Näiden luokkien alle koodattiin yhteensä 184 havaintoa yhteensä 12 koodiin. Koodien jakautuminen

luokkiin kolmen hyvinvointialueen kesken on havainnollistettu kuviossa 19 esitetystä Sankey-kaaviosta ja tarkempi sisällöllinen analyysi liitteessä 9.



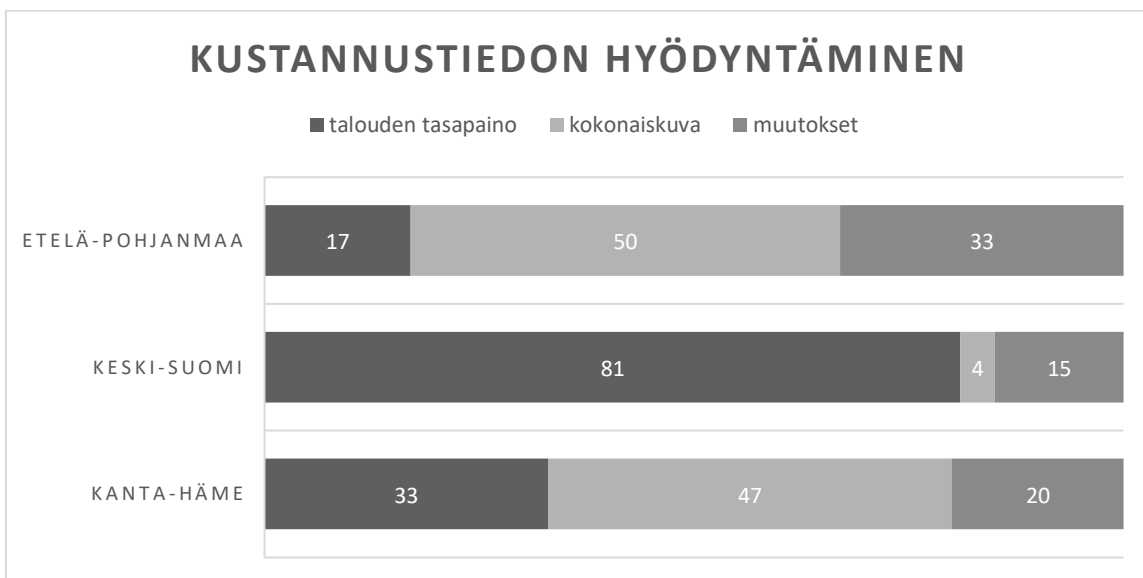
KUVIO 19. Kustannustietoa koskevien havaintojen jakautuminen hyvinvointialueisiin ja luokkiin.

21,2 % havainnoista luokiteltiin kuuluvaksi kustannusvaikuttavuustarkastelussa tarvittavaa kustannustietoa kuvaavaan luokkaan. Tarvittavaan tietopohjaan nähtiin kuuluvan asiakas- ja palvelukohtaiset kustannukset sekä näkyvyys oman toiminnan ja ostopalvelun kustannusrakenteeseen. Etelä-Pohjanmaan vastauksissa kaivattiin eniten näkyvyyttä asiakaskohtaisiin kustannuksiin, kun taas Keski-Suomen ja Kanta-Hämeen aineistossa eniten mainintoja sai tarve oman toiminnan kustannusten ymmärtämiseen (kuvio 20). Oman toiminnan kustannusten osalta suurimmat kuluerät eli henkilöstö- ja tilakulut olivat erityisesti mielenkiinnon kohteena. Kokonaisuutena tarvetta kustannustiedon läpinäkyvyyteen korostettiin.



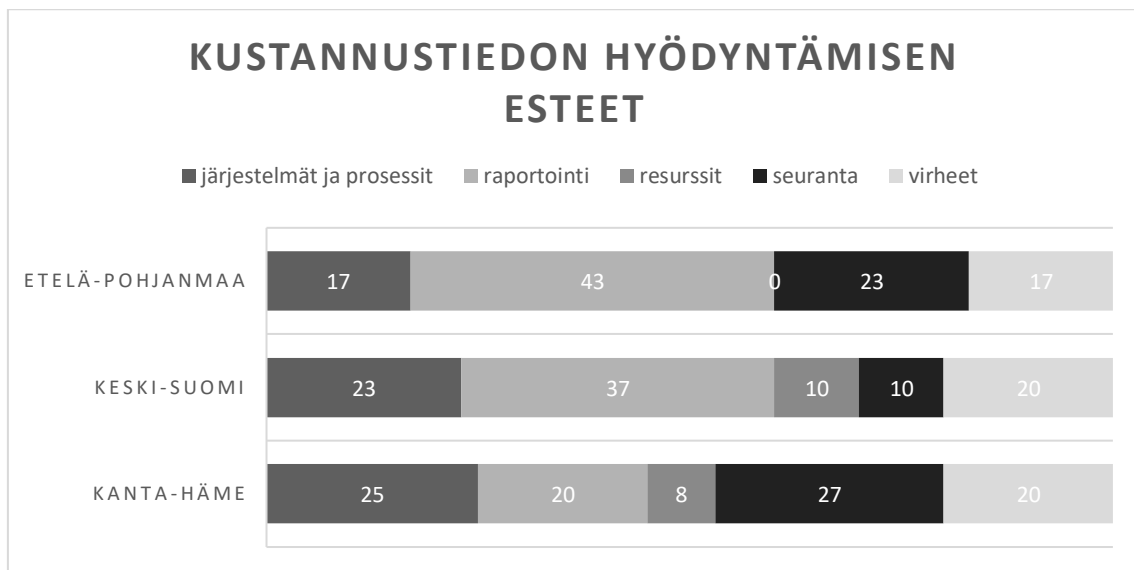
KUVIO 20. Tarvittavaa kustannustietoa kuvaavien havaintojen jakautuminen hyvinvointialueittain.

Toiseen luokkaan asettuivat kaikki koodit, jotka kuvasivat sitä, miten kustannustietoa haluttaisiin ylipäänsä hyödyntää. Tähän luokkaan kuului yhteensä 47 havaintoa (25,5 %). Kustannustietoa kaivattiin erityisesti Keski-Suomessa talouden tasapainottoimien tueksi, kun taas kahdella muulla alueella korostui tarve saada parempi kokonaiskuva nykytilanteesta (kuvio 21). Kaikilla kolmella hyvinvointialueella vuoden 2023 talousarvio oli kuitenkin alijäämäinen ja toimenpiteitä talouden tasapainottamiseksi etsittiin tutkimuksen tekohetkellä. Hyvinvointialueilla tunnistettiin myös tarvetta hyödyntää kertyvää kustannustietoa talousarvion virheiden korjaamiseen ja tarvittaessa muutostalousarvion tekemiseen.



KUVIO 21. Kustannustiedon hyödyntämistä kuvaavien havaintojen jakautuminen hyvinvointialuekohtaisesti.

Todellisuus tutkimuksentekohetkellä oli kuitenkin se, ettei kustannustietoa pystytty vielä hyödyntämään toivotulla tavalla millään osallistuneista hyvinvointialueista. Esteitä kuvaava luokka koostui viidestä koodista: järjestelmät ja prosessit, raportointi, resurssit, seuranta ja virheet (kuvio 22). Yhteensä tähän luokkaan kohdistui 53,3 % kaikista kustannustiedon alle koodatuista havainnoista.



KUVIO 22. Kustannustiedon hyödyntämisen esteet hyvinvointialueittain tarkasteltuna.

Järjestelmiin ja prosesseihin liittyviä estäviä tekijöitä kuvattiin kaikilla alueilla hyvin samaan tapaan, mikä on luonnollista organisaatioiden olleen varsin tuoreesti fuusioituneita. Raportointiongelmien liittyviä havaintoja kertyi Kanta-Hämeen aineistosta selvästi kahta muuta hyvinvointialuetta vähemmän, mutta seurannan rakenteisiin liittyviä ongelmia puolestaan eniten. Kaikilta hyvinvointialueilta kuvattiin myös merkittävää virheellisyttä käytettävissä olevassa kustannustiedossa eikä niitä sen vuoksi voida pitää luotettavana. Sekä Kanta-Hämeen että Keski-Suomen hyvinvointialueella korostettiin, että kustannustietopohjan kuntoon saaminen edellyttää sekä osaamista, työpanosta että aikaa.

4.3.2 Vaikuttavuustieto

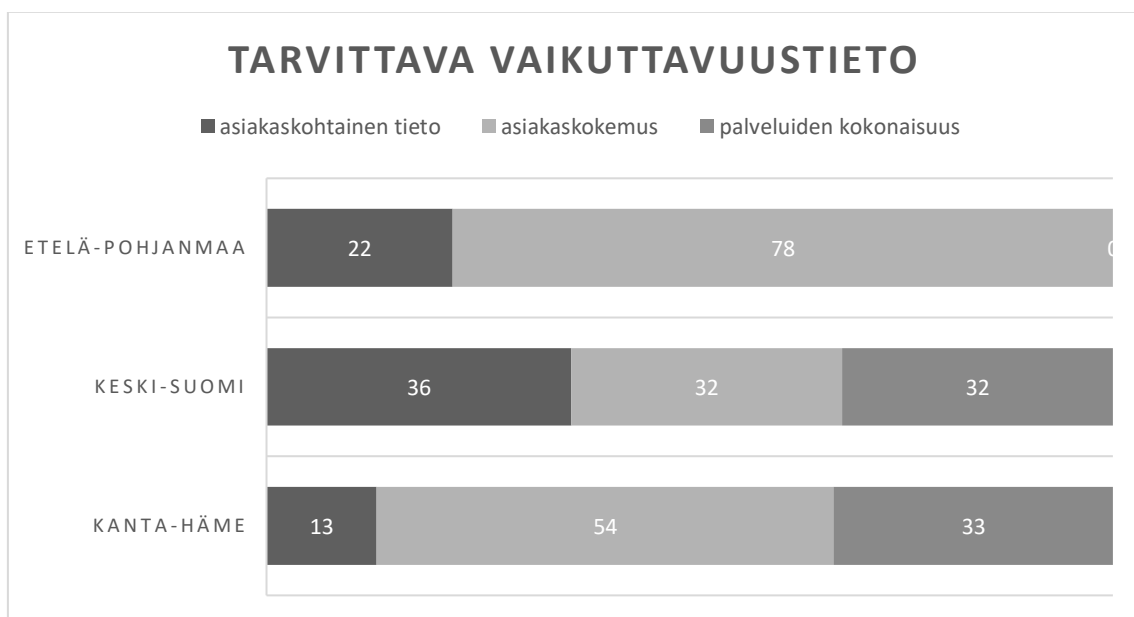
Myös vaikuttavuustietoa koskevat koodit ryhmiteltiin tarvittavaa tietoa, tiedon hyödyntämistä ja sen esteitä kuvaaviin luokkiin. Näiden luokkien alle koodattiin yhteensä 233 havaintoa yhteensä 13 koodiin. Tämä edusti noin 39 % koko haastatteluaineistosta. Vaikuttavuustietoa koskevia havaintoja oli eniten Keski-Suomen hyvinvointialueelta (43 %) ja vähiten Etelä-Pohjanmaalta (22 %).

Koodien jakautuminen luokkiin kolmen hyvinvointialueen kesken on havainnollistettu kuviossa 23 esitetystä Sankey-kaaviosta ja tarkempi sisällinen tarkastelu kuvattu liitteessä 10.



KUVIO 23. Vaikuttavuustiedon jakautuminen hyvinvointialueittain ja luokittain.

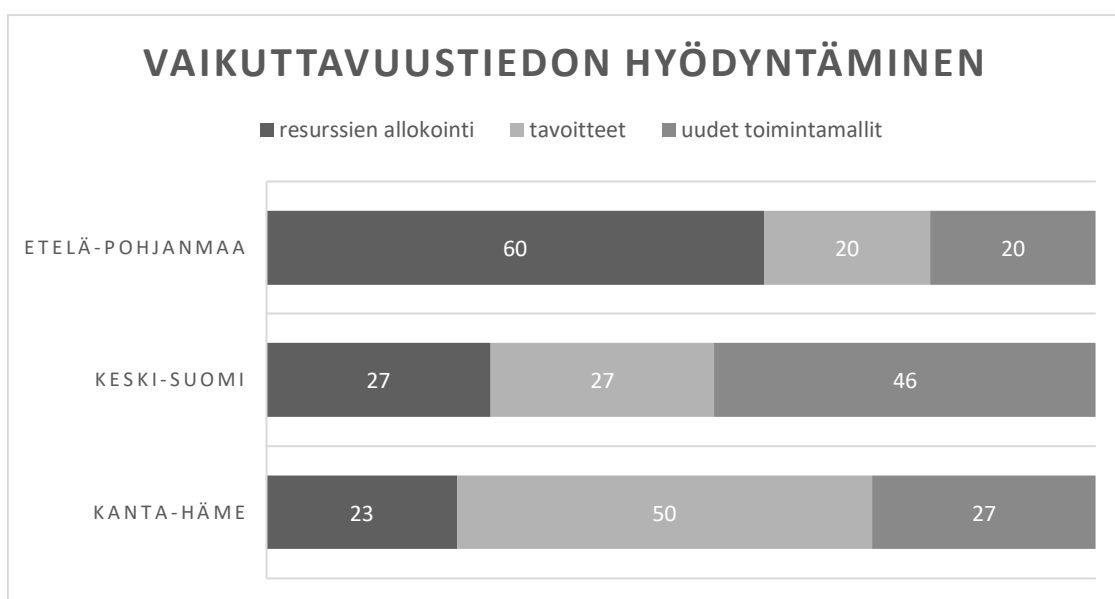
Kustannusvaikuttavuuden tarkastelussa tarvittavaa vaikuttavuustietoa kaivattiin erityisesti kolmesta näkökulmasta (kuvio 24): asiakaskohtaista tietoa, asiakaskokemusta koskevaa tietoa sekä tietoa palvelujen kokonaisuudesta. Yhteensä tähän luokkaan kohdistui 43 havaintoa.



KUVIO 24. Tarvittavaa vaikuttavuustietoa kuvaavien havaintojen jakautuminen hyvinvointialueiden kesken.

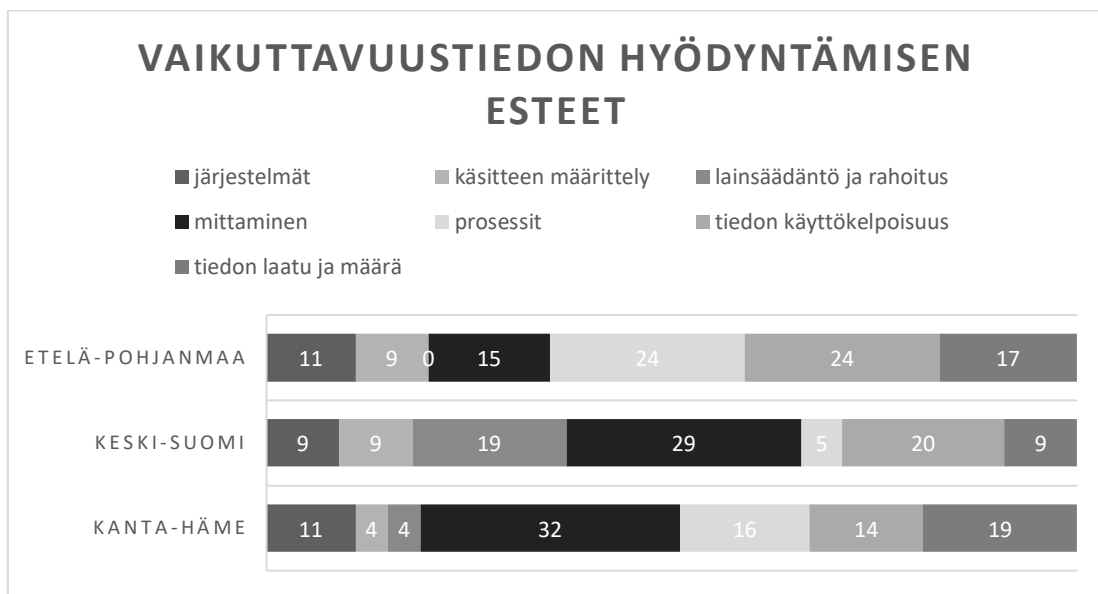
Asiakaskokemustiedon tarve sai aineistossa selvästi eniten mainintoja ja sen osalta yhtenäistämistyötä olikin kaikilla hyvinvointialueilla jo käynnissä. Tarkempi sisällöllinen analyysi osoitti, että asiakaskokemusta pidettiin hyvin tärkeänä mittarina, mutta esiin nousi myös kriittisiä ääniä siitä, miten onnistunut asiakaskokemus ei välttämättä kerro hoidon onnistumisesta mitään. Asiakaskohtaisen tiedon tarvetta kuvattiin erityisesti tuomaan näkyvyyttä yli toimialarajojen tapahtuvaan palvelutarpeeseen sekä tehtyjen interventioiden vaikuttavuuteen. Asiakaskohtainen tieto myös koettiin tärkeäksi tunnistamaan ne, joilla on suurin potentiaali hyötyä tietystä palvelusta ja toisaalta paljon palveluita käyttävien auttamiseksi. Kanta-Hämeen ja Keski-Suomen hyvinvointialueen aineistossa myös palvelujen kokonaisuudesta saattavaa vaikuttavuustietoa pidettiin tärkeänä, Etelä-Pohjanmaan haastatteluissa tähän liittyviä mainintoja ei tunnistettu.

Vaikuttavuustiedon hyödyntämistä kuvaavaan luokkaan kuului kolme koodia ja se koostui yhteensä 47 havainnosta. Eniten mainintoja saanut vaikuttavuustiedon hyödyntämisen kohde vaihteli hyvinvointialueittain (kuvio 25). Etelä-Pohjanmaan osalta korostui resurssien allokoinnin näkökulma, Keski-Suomessa uusien toimintamallien kehittäminen ja Kanta-Hämeessä vaikuttavuus tavoitteenasetannassa. Vaikuttavuustietoa toivottiin hyödynnettävän erityisesti palveluvalikoiman ja -rakenteen kehittämisessä. Tämän lisäksi vaikuttavuusnäkökulmaa kaivattiin osaksi tavoiteasetantaa strategiasta lähtien. Toimintamallien kehittämisessä vaikuttavuustiedolla nähtiin hyödynnettävyyttä niin käytettävien menetelmien valinnassa kuin ennaltaehkäisevään työhön tehtävissä panostuksissa.



KUVIO 25. Vaikuttavuustiedon hyödyntämistä kuvaavien havaintojen jakautuminen hyvinvointialuekohtaisesti.

Vaikuttavuustiedon hyödyntämiselle tunnistettiin kuitenkin useita esteitä tässä vaiheessa organisaation rakentumista. Kaiken kaikkiaan tähän luokkaan asetettiin seitsemän koodia (kuvio 26), joka sisältöineen kuvattu tarkemmin liitteessä 6. Havaintoja kertyi yhteensä 143 kappaletta. Etelä-Pohjanmaan aineistossa korostuivat vaikuttavuustiedon keräämiseen ja hyödyntämiseen liittyvien prosessien kehittämistarve sekä tiedon helpompi käytettävyys. Keski-Suomessa puolestaan korostui mittaamisen vaikeus ja tiedon muokkaaminen käyttökelpoiseen muotoon. Lisäksi erityisesti Keski-Suomen aineistossa, mutta myös hieman Kanta-Hämeen aineistossa pohdittiin nykyisen palveluja määrittävän lainsäädännön sekä rahoitusmallin heikentävien mahdollisuuksia vaikuttavuustiedon hyödyntämisessä. Kanta-Hämeessä eniten mainintoja kertyi mittaamisen ongelmista sekä vaikuttavuustiedon laatuun ja määrään liittyvistä puutteista.



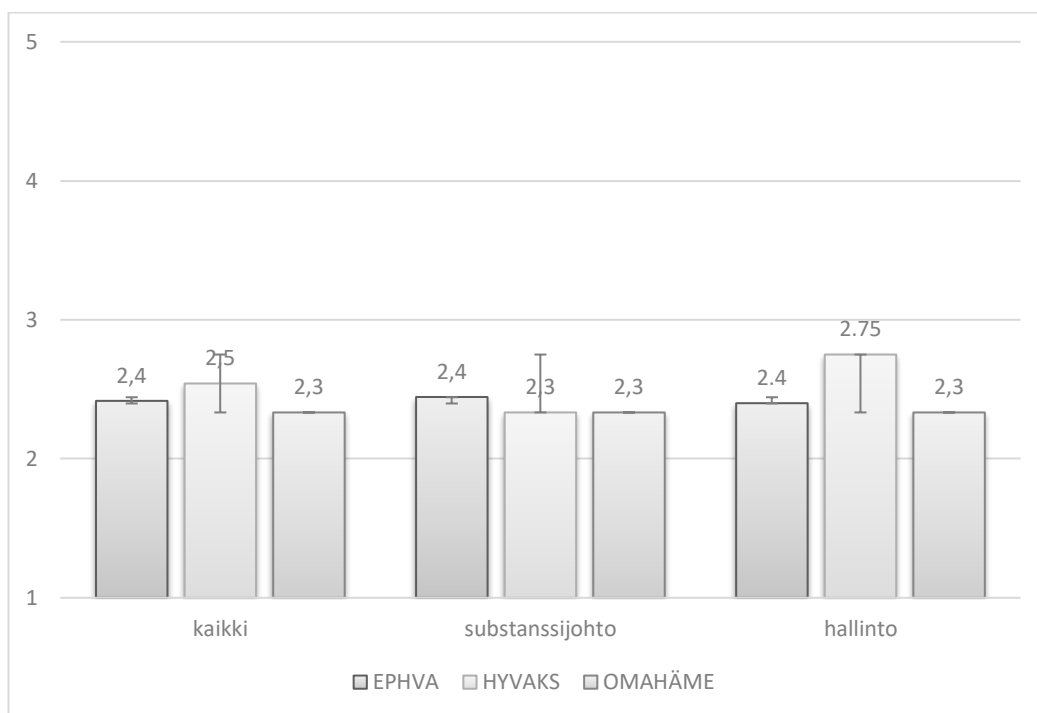
KUVIO 26. Vaikuttavuustiedon hyödyntämisen esteiden jakautuminen hyvinvointialueittain.

4.3.3 Vaikuttavuuden johtaminen

Kustannusvaikuttavuustiedon hyödyntäminen päätöksenteossa on osa vaikuttavuusperustaista johtamista. Tässä osiossa arvioidaan tutkimuksen kohteen olleiden hyvinvointialueiden vaikuttavuuden johtamisen kyvykkyyttä kahden eri menetelmän avulla. Ensin tarkastellaan hyvinvointialueiden vaikuttavuuden johtamisen kypsyytensä ja tämän jälkeen Value Based Care -menetelmän avulla hyvinvointialueiden valmiuksia toimia vaikuttavuusperustaisesti.

4.3.3.1 Vaikuttavuuden johtamisen kypsyystasoanalyysi

Vaikuttavuuden johtamisen kypsyystasoanalyysissa tarkasteltiin hyvinvointialueorganisaatioiden kyvykkyyttä hyödyntää vaikuttavuustietoa johtamisessaan. Tämän tutkimuksen perusteella alueiden välillä ei käytännössä ollut eroa siinä, millaiseksi johto keskimäärin arvioi organisaationsa kypsyyden (kuvio 27). Tulokset perustuvat haastateltavien (n=24) antamiin subjektiivisiin arvioihin, joista on laskettu hyvinvointialuekohtaiset keskiarvot. Huomioiden, että kypsyystasoanalyysissa kyse on järjestysasteikollisesta muuttujasta, jonka arvopisteiden välit eivät ole yhteismitallisia, numeerisen aineiston tulkinnassa on syytä noudattaa varovaisuutta. Saadut tulokset ovat linjassa yllä kuvattujen haastattelulöydösten kanssa. Tulosten perusteella nyt tarkastelun kohteena olleet hyvinvointialueet ovat saavuttaneet tason 2, joka analyysissä on nimetty "tietoiseksi". Tällä tasolla organisaatiossa, tai ainakin sen johdossa, vallitsee laaja tietoisuus vaikuttavuustiedon keräämisen tarpeista ja hyödyistä, mutta sekä mittareiden valinnat, tiedon käsittelyn prosessit ja järjestelmät ovat vasta rakentumassa. Pilotteja on voitu pistemäisesti kuitenkin tehdä ja haastatteluaineistossa havaittiin erikoissairaanhoidon olevan kaikilla alueilla pisimmällä tästä näkökulmasta. Taso 2 ei kuitenkaan ole riittävä kustannusvaikuttavuustiedon hyödyntämiseksi koko organisaatiota koskevassa päätöksenteossa.



KUVIO 27. Vaikuttavuuden johtamisen kypsyystasoanalyysi hyvinvointialueittain.

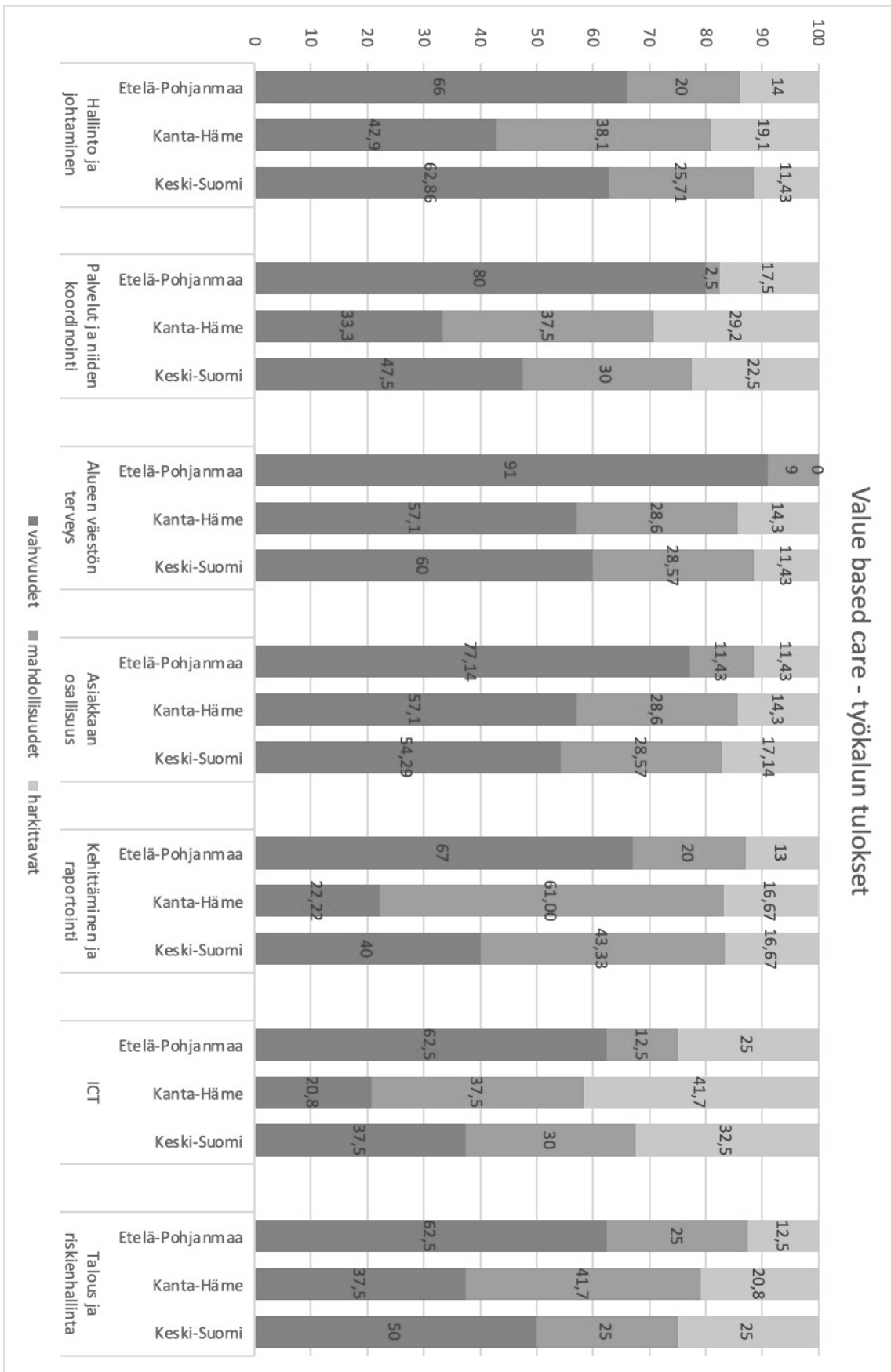
4.3.3.2 Value based care - työkalu

Tässä tutkimuksessa koekäytössä olleen Value based care – työkalun tulokset pohjautuvat kunkin hyvinvointialueen hallinnollisen johdon näkemyksistä muodostettuihin keskiarvoihin. Tuloksia voidaan siis pitää suuntaa antavina, mutta ei absoluuttisina totuuksina. Hyvinvointialuekohtaisista VBC-työkalun tuloksista havaitaan menetelmän erottelevan hyvinvointialueita toisistaan kypsyystasoanalyysia paremmin (kuviot 28). Kaikkien alueiden osalta selkeästi vahvuudeksi nousi sitoutuminen alueen väestön terveyden edistämiseen. Myös hallinnon ja johtamisen käytännöt nousivat suhteessa merkittäviksi vahvuudeksi kaikilla alueilla. Sen sijaan muiden osatekijöiden kohdalla havaittiin huomattavaakin vaihtelua.

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen aineistossa kuvautui eniten vahvuuksia tällä menetelmällä arvioituna. Yksittäisiä väittämiä tarkasteltaessa eniten kehittämistarpeita tunnistettiin vaikuttavuustiedon systemaattisessa keräämisessä, palvelutarpeen hillitsemisessä, asiakasosallisuuden edistämisessä, kustannuseurannassa, auditointikäytännössä sekä tietoon perustuvassa päätöksenteossa. Tästä voidaan tulkita, ettei alueella tämänkään arvion perusteella vielä ole edellytyksiä hyödyntää kustannusvaikuttavuustietoa päätöksenteossa.

Keski-Suomen hyvinvointialueen vahvuudet eivät nousseet aivan yhtä korkealle tasolle kuin Etelä-Pohjanmaalla, mutta mahdollisuuksia kuvautui sitäkin enemmän. Myös Keski-Suomessa tunnistettiin kehittämistarpeita vaikuttavuustiedon keräämiseen ja asiakasosallisuuden edistämiseen liittyen, mutta muilta osin kehittämisen painopisteet kohdistuivat toisaalle. Sekä vaikuttavuutta että kustannuksia koskevan tiedon avoimuuden lisäämistä kaivattiin. Hoito-, kuntoutus- ja asiakassuunnitelmien systematisointia sekä ammattilaisten päätöksentekoa ja kirjaamista ohjaavien työkalujen käyttöönottoa pidettiin tärkeänä. Lisäksi henkilöstön hyvinvoinnin edistäminen ja yksityisen sektorin markkinan seuraaminen nousivat esiin kehittämiskohteina. Kuten Etelä-Pohjanmaan osalta jo todettiin, myöskään Keski-Suomen hyvinvointialueella ei tämän tiedon valossa voida ajatella olevan vielä edellytyksiä hyödyntää kustannusvaikuttavuustietoa päätöksenteossa, erityisesti tietopohjan puutteiden vuoksi.

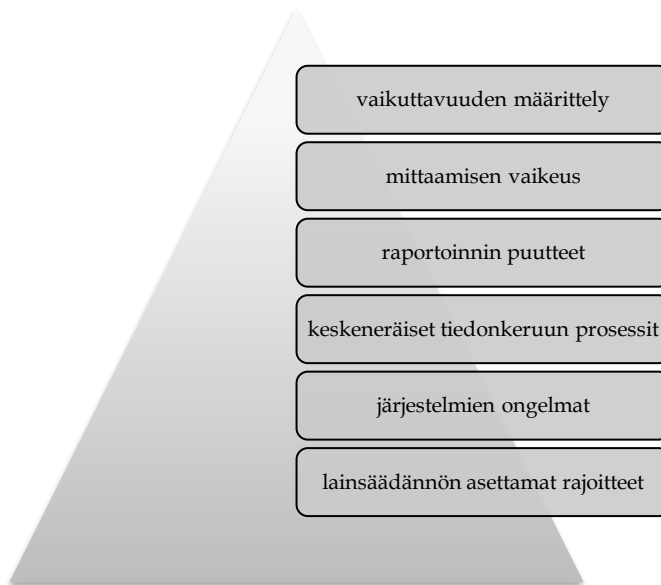
Kanta-Hämeen hyvinvointialueen tuloksissa kuvautuu vielä vahvasti organisaation keskeneräisyys. Vahvuuksia on tunnistettu tämän vertailun vähiten ja vasta harkintavaiheessa olevia tekijöitä selvästi eniten. Yksittäisiä väittämiä tarkasteltaessa kehittämistarvetta ilmenee strategiatasolta lähtien aina tarvittavan tietopohjan vahvistamiseen asti. Esiin nousee toki myös samantyyppisiä kehittämistarpeita kuin kahdella muullakin alueella, kuten asiakasosallisuuden edistäminen, auditointikäytännöt ja ammattilaisten päätöksentekoa ja kirjaamista ohjaavien työkalujen käyttöönotto. On selvää, että tältä pohjalta myöskään Kanta-Hämeen hyvinvointialueella ei ole vielä edellytyksiä hyödyntää kustannusvaikuttavuustietoa päätöksenteossa.



KUVIO 28. VBC-työkalun tulokset prosentteina esitettynä.

4.3.4 Yhteenveto

Kokonaisuutena voidaan todeta, ettei tähän tutkimukseen osallistuneilla hyvinvointialueilla tässä alkuvaiheessa ole vielä edellytyksiä hyödyntää lähtöorganisaatioiden tai heidän oman organisaationsa tuottamaa kustannusvaikuttavuustietoa päätöksenteossaan. Haastatteluaineiston perusteella keskeiset kustannusvaikuttavuustiedon hyödyntämisen esteet on tiivistetty kuvioon 28. Vaikka keskustelu kääntyy vaikuttavuustiedon hyödyntämisessä herkästi pohdintaan siitä mitä vaikuttavuudella tarkoitetaan, ja siihen miten haastavaksi vaikuttavuuden mittaaminen koetaan, ovat nämä esteet tämän tutkimuksen perusteella vain jäävuoren huippu. Järjestelmien, prosessien ja raportointikäytäntöjen puutteet muodostavat merkittävän osan kustannusvaikuttavuustiedon hyödyntämisen esteistä ja näiden asioiden kuntoon saaminen vaatii myös eniten työtä ja taloudellisia panostuksia. Pohjimmiltaan kustannusvaikuttavuustiedon hyödyntämistä hyvinvointialueiden päätöksenteossa rajoittaa lainsäädäntö, joka määrittää niin tietosuojaa, tuotettavia palveluja kuin rahoitusmallin toimintaperiaatteita.



KUVIO 28. Kustannusvaikuttavuustiedon hyödyntämisen esteet hyvinvointialueilla.

5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa tutkimuksen tulokset vedetään yhteen ja peilataan empiirisiä havaintoja teoreettiseen tietoon. Ensin koostetaan vastaukset esitettyihin tutkimuskysymyksiin ja tämän jälkeen käydään läpi keskeiset aineistosta ja teoriasta lähtöisin olevat toimenpide-ehdotukset ja jatkosuositukset. Lopuksi arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta ja tulosten yleistettävyyttä sekä pohditaan tutkimuksen teoreettista kontribuutiota sekä mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

5.1 Resurssien allokoinnin periaatteet ja kustannusvaikuttavuus

Ensimmäinen tutkimuskysymys koski sitä, millaisia periaatteita hyvinvointialueet ovat soveltaneet allokoidessaan resursseja historian ensimmäisissä talousarvioissa ja miten tätä on perusteltu. Tutkimuksen tarkoituksena oli verrata kohteena olleiden hyvinvointialueiden resurssien allokointia hyödyntämällä palveluluokkakohtaisia talousarviotietoja. Tutkimuksen kohteena olleilla hyvinvointialueilla ei ollut toteutettu sosiaali- ja terveystalouden integraatiota ennen hyvinvointialueen toiminnan käynnistymistä, eikä näillä alueilla myöskään ollut yliopistosairaala. Tässä mielessä nämä kolme hyvinvointialuetta olivat samankaltaisia, ja niistä saatujen tulosten voidaan ajatella kuvaavan hyvin sitä, mitä hyvinvointialueilta voidaan talouden ja vaikuttavuuden johtamisen sekä resurssien allokoinnin periaatteiden osalta tässä hetkessä odottaa. Sen sijaan palvelutarpeen ja historiallisen kustannuskehityksen näkökulmasta alueiden välillä havaittiin tarkemmassa taustatietojen analyysissä eroja. Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue erottui joukosta korkeimmalla palvelutarpeella ja korkeammalle tasolle eriytyneellä kustannuskehityksellä. Aiemmin kuvatusista rahoitusmallista ja näistä tekijöistä johtuen, myös Etelä-Pohjanmaan saama rahoitus oli asukaskohtaisesti tarkasteluna suurinta.

Hyvinvointialueiden talousarvion valmistelun ohjauksessa on edellytetty alueilta yhdenmukaista toimialakohtaista talousarvion laadintaa (Valtiokonttori 2023b, 82), joka tarkoittaa että sosiaali- ja terveystalouden osalta talousarviotiedot raportoidaan Valtiokonttorille yhtenä kokonaisuutena. Sen sijaan tilinpäätöstiedot hyvinvointialueiden tulee raportoida jälkikäteen liitteessä 2 esitetyn palveluluokituksen mukaisesti (Valtiokonttori 2023b, 97). Nykyinen valtioneuvoston hyvinvointialueille antama ohjaus ei ota kantaa siihen, miten näiden kahden raportointimallin välinen yhteys alueilla rakennetaan. Näin ollen hyvinvointialueilla ei ole velvollisuutta laatia talousarviotaan tai käytännön johtamistyössä hyödynnettäviä yksityiskohtaisempia budjetteja palveluluokkakohtaiseen malliin, vaan jälkikäteen tilinpäätöksestä poimitut palveluluokkakohtaiset tiedot voivat olla

luonteeltaan ennemminkin laskennallisia kuin todellista kustannusta kuvaavia. Tämä huomioiden, ei ole siis yllättävää, ettei tässä tutkimuksessa onnistuttu palveluluokka- tai edes palveluryhmäkohtaisessa talousarvotietojen vertailussa, sillä tutkimuksen kohteena olevat hyvinvointialueet olivat rakentaneet talouden seurannassa käyttämänsä rakenteet hyvin eri tavoin. Lisäksi taloushallinnon organisoitumisen ja järjestelmien haasteitten takia sisäisten erien kohdentaminen oli aineiston keruun aikaan näillä alueilla vielä pahasti kesken. Vastaavaa haastetta ensimmäisen integraation jälkeisen toimintavuoden taloustietojen luotettavuudessa on aiemmin kuvattu muun muassa Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (EKSOTEa) koskevassa aineistossa (Klemola 2015, 110).

Analysoitaessa tutkimuksen kohteena olleiden hyvinvointialueiden vuoden 2023 talousarvioasiakirjoja ja niiden päätöspöytäkirjoja sekä nyt kerättyä haastatteluaineistoa, kävi ilmi, että resurssien allokointia koskeva päätöksenteko on tapahtunut pitkälti lähtöorganisaatioiden historiatiedon perusteella. Historialliseen tietoon nojaava ja sen myötä ketjuuntuva allokointi on toki tyypillistä julkisille sosiaali- ja terveystalouksille (Seixas ym. 2021, 2), mutta tässä nivelvaiheessa, kun uudet hyvinvointialueorganisaatiot syntyivät, olisi teoreettisesti ollut mahdollista myös katkaista tämä ketju. Haasteltavat kuvasivat olosuhteiden, käytettävissä olevan tietopohjan, lainsäädännön vaatimusten ja talousarvoin laadintatapojen ohjanneen prosessia kuitenkin niin, ettei muunlaiseen allokointiin ollut juuri mahdollisuutta. Ensisijaisesti haluttiin turvata ”turvallinen siirtymä”; käsite, jolla viitattiin palvelujen jatkuvuuden priorisoimiseen fuusioprosessissa.

Hallintotieteessä puhutaan polkuriippuvuudesta, joka kuvaa vaikeutta päästää irti aiemmista ajattelumalleista uudistuksia tehdessä (Rautianen ym. 2020, 16). Myös tässä reformissa on havaittavissa tämän tyyppisiä piirteitä, resurssien allokoinnin ollessa vain yksi esimerkki. Vaikka uudistuksen tavoitteena on ollut edistää sosiaali- ja terveystalouksien sekä perus- ja erityistason palvelujen integraatiota, sitä haastaa edelleen tottumus sektorimaiseen ajatteluun, joka näkyy esimerkiksi tavassa, miten alueet ovat rakentaneet johtamisjärjestelmiään ja organisaatorakenteitaan (Croell ym. 2023, 9–10). Vain yksi tähän tutkimukseen osallistunut hyvinvointialue raportoi mittakaavaltaan pientä resurssien uudelleenallokointia ensimmäisen talousarvion laadinnan yhteydessä ja haastatteluaineiston perusteella sitä ohjasi lainsäädännön vaatimusten muutosten lisäksi poliittinen tahto, toinen hyvin tyypillinen peruste sosiaali- ja terveystalouksien resurssien uudelleenallokoinnille (Seixas ym., 2021, 2). Mitton ja Donaldson (2004, 2) huomauttavat, että historialliseen tietoon ja poliittisiin näkemyksiin nojaava allokointipäätösten teko voi johtaa rajallisten resurssien epäoptimaaliseen jakautumiseen. He myös toteavat, että reformit eivät onnistu tavoitteessaan, jos päättäjillä ei ole työkaluja ja rohkeutta priorisoida. Siksi sosiaali- ja terveydenhuollon päättäjät tarvitsevat enemmän tietoa sopivista taloudellisista menetelmistä tehdessään resurssien allokointia koskevia päätöksiä (Turner ym. 2021, 1). Päättäjien tulisikin vaatia johdonmukaista valmistelutyötä, tunnistaa

millaisia analyysimenetelmiä voidaan milloinkin soveltaa ja osata tulkita analyysien tuloksia oikein.

Toisessa tutkimuskysymyksessä tarkasteltiin tutkimuksen kohteena olleiden hyvinvointialueiden edellytyksiä hyödyntää kustannusvaikuttavuustietoa resurssien allokointia koskevassa päätöksenteossa. Optimaalinen resurssien allokointi edellyttäisi kattavaa tietopohjaa ja toimivia mittareita. Kustannusvaikuttavuustiedon hyödyntäminen voisi olla yksi keino viedä päätöksentekoa tähän suuntaan, kuten tämän tutkimuksen teoriaosassa on kuvattu. Empiirisestä osasta käy kuitenkin ilmi, ettei hyvinvointialueilla vielä tällä hetkellä ole edellytyksiä hyödyntää oman toiminnan kustannusvaikuttavuustietoa resurssien allokointia koskevassa päätöksenteossaan. Tarvittava tietopohja on puutteellinen sekä kustannusten että vaikuttavuustiedon osalta. Vaikuttavuusnäkökulmaa pidetään tutkimuksen kohteena olleilla hyvinvointialueilla tärkeänä ja ponnisteluja tehdään kohti systemaattisempaa vaikuttavuuden johtamista. Hyvinvointialueiden tunnistamat kustannusvaikuttavuustiedon hyödyntämisen esteet tulevat kuitenkin monelta eri tasolta, eivätkä täysin ole alueiden itsensä ratkaistavissa. Tarvitaan myös kansallisen tason toimia tämän mahdollistamiseksi.

Tätä ensimmäistä toimintavuotta värittävät hyvinvointialueilla keskeneräisyyden mukanaan tuomat ilmiöt. Klemola (2015, 110) on väitöskirjassaan tarkastellut integroidun sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation mahdollisuuksia käyttää tuottavuuden, vaikuttavuuden ja kustannusvaikeuttavuuden mittareita johtamistyössä ja onnistunut hyödyntämään EKSOTE:n osalta näistä kertovaa rahamääräistä aineistoa luotettavasti jo toisesta integraation toteutuksen jälkeisestä vuodesta lähtien. Toivoa tilanteen nopeammin kohentumisen suhteen siis on. Jo tuossa tutkimuksessa todettiin, että tuottavuutta, vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta arvioiva malli pystyi tunnistamaan paljon palveluita käyttävät asiakkaat tai suurimmat kustannukset aiheuttavat asiakkaat, mutta lainsäädäntö ei tietosuojasyistä mahdollistanut tämän tiedon käyttämistä yksilötasolla tapahtuviin interventioihin. (Klemola 2015, 129.) Asiakaskohtainen lähestymistapa on kuitenkin välttämätön tarkasteltaessa esimerkiksi sitä, miten yhden yksikön toiminnan muutos vaikuttaa muiden toimintaan ja kustannuksiin. Jotta tällainen arviointi mahdollistuu, tulee organisaation eri tietolähteet olla yhdistettävissä toisiinsa ja kustannustietoihin, tiedon olla mahdollisimman reaaliaikaista ja aineisto avattavissa yksittäiseen palvelunkäyttäjään asti. (Klemola 2015, 151.)

Toisaalta tutkimusten mukaan kansallista ohjausta lisäämällä ei välttämättä onnistuta lisäämään kustannusvaikuttavuutta koskevien taloudellisten arviointien määrää tai onnistuta hillitsemään sitä kautta kustannusten kasvua, ellei mukana ole myös volyymin ja hintojen kontrollointiin liittyviä elementtejä (Stabile ja Thompson 2014, 514). Oma lukunsa on se, että hyvinvointialueet ovat kooltaan niin suuria, että niiden toimintaan voi liittyen enemmän mittakaavahaittoja kuin suuruuden ekonomian mukaisia hyötyjä. Tämän syyksi on esitetty muun muassa laajaa maantieteellistä aluetta, joka vaikeuttaa

palvelutuotannon tehokasta järjestämistä. (Vartiainen 2019, 534–539.) Mitä laajemmasta alueesta on kyse, sitä heterogeenisemmat ovat sen väestön tarpeet ja mieltymykset. Näihin yhdenvertaisesti vastaaminen voi muodostua haasteelliseksi, ja se voi johtaa hyvinvointitappioihin. On myös selvää, että mikäli mittakaavaetuja halutaan, johtaa se usein palvelutuotannon keskittämiseen nojaaviin allokointipäätöksiin. (Saarimaa & Tukiainen 2018, 258–259.) Osa hyvinvointialueista onkin aikeissa karsia palveluverkkoaan radikaalistikin taloutensa tasapainottamiseksi (esim. Viljanen 2023).

5.2 Toimenpide-ehdotukset ja jatkosuositukset

Tämä tutkimus toteutettiin Valtiovarainministeriön kustannusvaikuttavuuden osaamiskeskuksen toimeksiannosta. Toimenpide-ehdotukset ja jatkosuositukset kohdistuvat näin ollen valtioneuvostoa ja hyvinvointivointialueiden ohjausta koskeviin tekijöihin. Tämän lisäksi tutkimuksen kohteena olleet hyvinvointialueet ovat saaneet tästä tutkimuksesta nousseita, hyvinvointialuekohtaisia, suosituksia erityisesti vaikuttavuuden johtamisen edistämiseksi.

Kuluneen vuoden aikana olemme havainneet, miten hyvinvointialueiden ennustetut alijäämät uhkaavat kasvaa ja ovat nyt tätä kirjoittaessa yhteensä jo 1,2 miljardia (esim. Saari 2023). Valtiokonttorille toimitetuista raporteista viimeisimmät alijäämäennusteet löytyvät kesäkuun 2023 puolivuotisraporteista (Valtiokonttori 2023a), mutta hyvinvointialueiden aluehallitusten esityslistoja ja pöytäkirjoja tarkasteltaessa paljastuu, että ennustetut alijäämät ovat myös kaikilla tämän tutkimuksen kohteen olevilla hyvinvointialueilla kasvaneet vielä kesän jälkeenkin (taulukko 6). Keski-Suomen ja Kanta-Hämeen osalta voidaan puhua jopa alijäämän kaksinkertaistumisesta talousarvioon verrattuna, Etelä-Pohjanmaan osalta kasvu on sen sijaan maltillisempaa.

TAULUKKO 6. Tutkimuksen kohteena olleiden hyvinvointialueiden alijäämäennusteen kehitys ensimmäisen toimintavuoden aikana.

	Talousarviossa esitetty alijäämä (milj. €)	Alijäämäennuste vuodelle 2023 puolivuotisraportoinnissa (milj. €)	Alijäämäennuste 9/2023 (milj. €)
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	32,48	36,49	38 ³

³ <https://hyvaep-julkaisu.tweb.fi/ktwebscr/files/show?doctype=3&docid=155371&version=1>

Keski-Suomen hyvinvointialue	44	51,21	96 ⁴
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	30,9	36,91	44-59 ⁵

Herää kysymys, olisiko hyvinvointialueiden käynnistyessä talouden valmisteluun pitänyt varata enemmän aikaa ja resursseja. Ja tulisiko jatkossa alueilta edellyttää tarkempia, mahdollisesti palveluluokko-kohtaisia, erittelyjä jo talousarviovaiheessa? Vaatimus palvelujen kustannuksia yksityiskohtaisemmin kuvaavasta ja vertailukelpoisesti esitetystä talousarviosta voisi parantaa alijäämän ennustamistarkkuutta ja mahdollistaa myös ministeriöiden ohjauksen kohdentamista varhaisemmassa vaiheessa. Näin painopistettä talouden ohjauksessa siirrettäisiin kokonaisuudessa ennakoivampaan suuntaan nykyisen hyvin pitkälti toteutuneeseen kustannuskehitykseen nojaavan mallin sijaan. Myös Talouspolitiikan arviointineuvosto on kiinnittänyt jo keväällä 2022 antamassaan lausunnossa huomiota siihen, että kannustimien puutteiden vuoksi hyvinvointialueiden talousohjauksen onnistumista tulisi seurata (Talouspolitiikan arviointineuvosto 2022, 3).

Yllä kuvatut hyvinvointialueiden haasteet voivat heikentää niiden mahdollisuuksia kehittää toimintojaan kustannustehokkaampaan ja vaikuttavampaan suuntaan. Tämä puolestaan voi heijastua koko uudistuksen kykyyn tuottaa niitä muutoksia, joiden vuoksi se on alun perin tehty. (Tynkkynen ym. 2023, 18.) Suomen oloihinkin soveltuvana käytännön toimenpiteenä Mitton ja kumppanit (2004, 7) suosittelevat, että jokaisessa organisaatiossa olisi nimetty tiimi, jonka vastuulla olisi resurssien uudelleen allokointiin liittyvä valmistelu. Sen tulisi toimia suoraan yhteistyössä talousosaston kanssa, mutta itsenäisesti. Tiimin osaamiseen tulisi kuulua sekä ekonometrinen että terveystaloustieteellistä osaamista, sen lisäksi että kaikki sen jäsenet tuntevat priorisointiin liittyvät eettiset näkökohdat. Erityisesti monipäätöskriteereitä käyttäviä menetelmiä voitaisiin soveltaa myös sosiaalipalveluihin ja kompromisseja resurssien kohdentamisessa terveys- ja sosiaalipalvelujen välillä voitaisiin analysoida ainakin kustannusutiliteettianalyysillä. Valtakunnallinen ohjaus ja kehittäminen voisi tapahtua myös osin näiden hyvinvointialuekohtaisten tiimien kautta, jolloin myös kansallisen tason priorisointikeskusteluun saataisiin hyvinvointialueiden edustuksellisuutta. On kuitenkin otettava huomioon, että valtaosa aiemmasta kustannusvaikuttavuuden ja resurssien allokoinnin tutkimuksesta on terveydenhuollon kontekstista, sisältämättä pohdintaa siitä, miten resurssien uudelleen kohdentaminen vaikuttaisi sosiaalipalvelujen käyttöön.

Valtion ja hyvinvointialueiden välillä vallitsee epäsymmetrisen informaation asetelma (Nicholson ja Snyder 2017, 634), jossa hyvinvointialueilla

⁴ <https://hyvaks-julkaisu.tweb.fi/ktwebscr/files/show?doctype=7&docid=63412>

⁵ <https://omahame-julkaisu.tweb.fi/ktwebscr/files/show?doctype=7&docid=109088>

on merkittävästi enemmän tietoa käytettävissä toiminnastaan niitä rahoittavaan valtioon verrattuna. Valtiolla ei myöskään ole keinoa ja mahdollisuutta seurata lähietäisyydeltä hyvinvointialueiden palvelutuotannon toteutumista, vaan se joutuu tyytymään valtakunnallisesti kerättäviin mittaritietoihin, jotka parhaimmillaankin kertovat toiminnan tuottavuudesta ja vaikuttavuudesta vain osin tai välillisesti. Moral hazard - ilmiön näkökulmasta päämies eli valtio ei pysty riittävästi havainnoimaan toisen osapuolen, eli agentin, hyvinvointialueen, toimintaa ja näin agentille syntyy mahdollisuus luistaa velvollisuuksistaan ja edistää päämiehen kanssa sovitun sijaan omaan etuaan (Nicholson ja Snyder 2017, 637). Tyypillisesti tällaista ongelmaa ratkaistaan kannustimien avulla, mutta julkisen sektorin on mahdollista hyödyntää myös pakottavia elementtejä ohjauksessaan (Tuomala 2009, 50). Vaikka lähtökohtaisesti valtio on päämiesasetelman mukaisesti kiinnostunut lähinnä hyvinvointialueiden toiminnan tuloksista, voi lyhyen tähtäimen tuloksiin päästä eri tavoin (Nicholson ja Snyder 2017, 637). On selvää, että pelkästään kustannuksien tarkastelu ja vertailu ei tarjoa riittävää tietoa palvelujen laadusta, saatavuudesta tai vaikuttavuudesta vertailtaessa eri hyvinvointialueita toisiinsa. Matalat kustannukset voivat toki kertoa toiminnan tehokkuudesta, mutta aivan yhtä hyvin vertailualueita heikommasta palvelujen saatavuudesta tai laadusta (Naumanen 2018, 22). Kestävän julkisen sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän kannalta on kuitenkin tärkeää varmistaa, että toiminnan sisältö vastaa kaikin puolin sille asetettuja tavoitteita. Nykymallissa hyvinvointialueilla ei ole intressiä jakaa kaikkea toiminnan tilasta kertovaa tietoa rahoittajan edustajille, eikä tämän tutkimuksen teoriaosassa kuvattu rahoitusmalli sisällä sellaisia kannustimia, jotka edistäisivät esimerkiksi toiminnan kustannusvaikuttavuutta.

Nykyisten hyvinvointialueiden raportointikäytäntöjen ja ohjauskeskustelujen lisäksi voisi olla hyödyllistä toteuttaa, syvällisempiä, auditointityyppisiä ja hyvinvointialuekohtaisia, arviointeja osana valtakunnallista ohjausta. Lisäksi aiemman taloustieteellisen kirjallisuuden tavoin, myös tässä tutkimuksessa suositellaan hyvinvointialueiden rahoitusmallin kehittämistä niin, että alueille syntyy todelliset kannustimet toiminnan kustannusvaikuttavuuden parantamiseen. On myös hyvä tarkastella kriittisesti nykyistä lainsäädäntöä ja palveluvalikoimaa erityisesti palvelujen kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta. Sosiaali- ja terveystaloukselle on tyypillistä, että tutkimustiedon lisääntyessä uusia palveluja ja hoitomuotoja tulee jatkuvasti saataville, mutta vanhoista, kustannusvaikuttavuudeltaan heikommista, luopuminen ei etene samaa tahtia. Valtaosaan nykyisin käytössä olevia sosiaali- ja terveystaloukselle ei käyttöönottovaiheessaan ole kohdistunut minkäänlaista kustannusvaikuttavuuden systemaattista arviointia (Mäkelä M. 2017b).

Tietojohdantamista on pidetty sote-uudistukselle asetettujen tavoitteiden kannalta kriittisenä tekijänä. Hyvinvointialueet kaipaavat tietoa oman toimintansa suunnitteluun, ja arviointiin, mutta myös vertailuun muiden alueiden kesken. Tiedon tulee palvella sekä poliittista päätöksentekoa että tukea organisaation toimintakykyä. Valtakunnan tasolla tarvitaan tietoa ohjauksen ja

esimerkiksi priorisointia koskevan päätöksenteon tueksi. (Hujala & Laihonen 2023, 19–20.) Nykytilanteessa informaatio-ohjauksen rooli korostuu vaikuttavuusperustaisessa ohjauksessa ja sitäkin tehdään puutteellisen tiedon pohjalta, kuten tästäkin tutkimuksesta käy ilmi. Vaikuttavuustietoa ei vielä ole mahdollista käyttää resurssiohjauksessa ja normiohjauksenkin näkökulmasta sen luotettavuus ja kattavuus on vielä puutteellista. Vuoropuhelun kehittämisen lisäksi lainsäädännön keinoin tuleekin mahdollistaa sekä kustannuksia että vaikuttavuutta kuvaavan kansallisen tietopohjan hyödyntäminen hyvinvointialueiden ohjauksessa.

Tutkimuksessa esiin nousseet aiheet ja jatkosuositukset ovat nousseet myös osaksi pääministeri Petteri Orpon hallitusohjelmaa. Hallitusohjelmassa on tavoitteena muun muassa kehittää hyvinvointialueiden talouden ja vaikuttavuuden ohjauksen tietopohjan kattavuutta, vertailukelpoisuutta ja avoimuutta. Lisäksi hallitusohjelmassa esitetään, että Valtionvarainministeriö valtuutetaan puuttumaan jo ennalta hyvinvointialueiden toimintaan, mikäli taloudenhoito vaarantuu merkittävästi. Jatkossa vähintään yhdelle hyvinvointialueelle tehtäisiin vuodessa tarkempi talouden ja toiminnan arviointi, jonka tavoitteena olisi tuottaa suosituksia kyseisen hyvinvointialueen toiminnan kehittämiseen. Substanssilainsäädäntöä uudistetaan ja edistetään kustannusvaikuttavaksi todettujen menetelmien käyttöönottoa. Kansallista sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien arviointiosaamista kehitetään ja selvitetään mahdollisuutta luoda organisaatio, joka määrittelisi julkista palveluvalikoimaa. (Valtioneuvosto 2023a.)

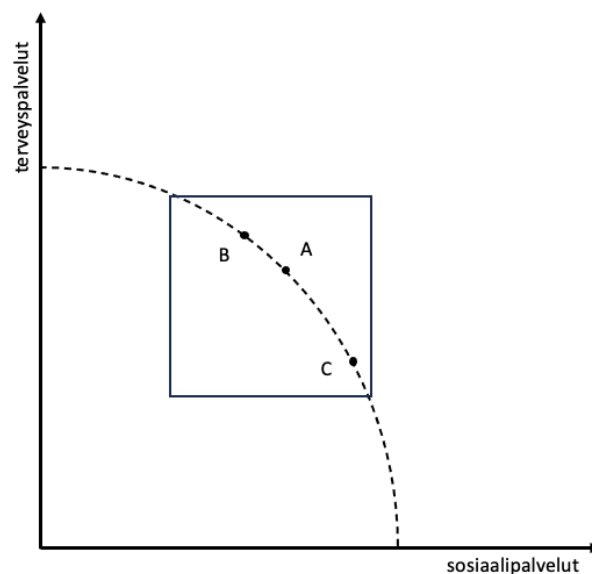
5.3 Tutkimuksen teoreettinen kontribuutio ja jatkotutkimustarpeet

Tämä tutkimus on yksi ensimmäisistä hyvinvointialueiden toimintaa kuvaavista tutkimuksista niiden käynnistymisen jälkeen. Tutkimuksen teoreettinen anti voidaan tiivistää kahteen teemaan. Taloustieteen näkökulmasta tutkimuksen alkuperäinen tutkimusasetelma pyrki antamaan lisätietoa sosiaali- ja terveystalouden välisestä resurssien allokoinnista palveluluokkatasoa hyödyntämällä. Lisäksi tutkimus on luonut pohjaa hyvinvointialueita koskevalle taloustieteelliselle jatkotutkimukselle tarjoamalla analyysin alueiden lähtötilanteesta sekä kertyvän rekisteriaineiston luotettavuudesta. Tutkimuksen toinen teoreettinen anti liittyy hyvinvointialueiden toimintaa koskevaan tutkimukseen. Tutkimuksen pohjalta on luotu alustava monitieteinen teoreettinen malli, jonka avulla vastaavaa tutkimusta voidaan jatkossa suunnitella. Tämä tutkimus on yksi harvoista, jossa vaikuttavuusperustaista toimintaa on tarkasteltu sosiaali- ja terveystalouden integroidussa kontekstissa.

Aiempi tutkimuskirjallisuus sosiaali- ja terveystalouden välisistä kysynnän ja tarjonnan yhteyksistä on yllättävän suppeaa. Tiedämme esimerkiksi, että ikääntyneiden hyvä laitosmuotoisten asumispalvelujen saatavuus ja

resurssien ohjaaminen ikääntyneiden sosiaalipalveluihin voi vähentää tarvetta erikoissairaanhoidolle (Spiers, Matthews, Moffatt, Barker, Jarvis, Stow, Kingston ja Hanratty 2019, 60). Toisaalta kotihoidon ja perusterveydenhuollon osalta vastaavaa tutkimusnäyttöä ei ole saatavilla (Spiers ym. 2019, 63). Puutteelliset terveyspalvelut voivat puolestaan lisätä lastensuojelupalvelujen tarvetta, sillä sekä kansainvälisessä (esim. Hood, Goldacre, Jones, King, Clements ja Webb 2023, 10–15) että suomalaisessa aineistossa (Heino 2007, 4; Myllärniemi 2006, 104–107) niin vanhemman kuin lapsen kehitykselliset häiriöt, päihde- ja mielenterveysongelmat ovat monen lastensuojelun asiakkuuden taustalla, mutta tarkempaa tutkimusta syy-seuraussuhteista ei ollut löydettävissä.

Hyvinvointialueen sosiaali- ja terveyspalvelujen resurssien allokointia voidaan taloustieteen näkökulmasta tarkastella tuotantomahdollisuuksien käyrän (kuvio 29) avulla. Koska lainsäädäntö määrittää tietyn minimitason kummallekin palvelukokonaisuudelle, realististen allokaatioiden voidaan ajatella löytyvän jostakin kuviossa neliöllä rajatun alueen sisältä. Tuotantomahdollisuuksien käyrä ei ota kantaa siihen, mikä käyrän pisteistä kuvaa optimaalista resurssien allokointia, sillä se edellyttäisi tietoa myös tavoitteista ja preferensseistä, esimerkiksi pyrkimyksestä väestön terveyden edistämiseen ja yhdenvertaisuuteen.



KUVIO 29. Hyvinvointialueiden tuotantomahdollisuuksien käyrä ja realistiset resurssien allokaatiot

Optimaalinen sosiaali- ja terveyspalvelujen välinen resurssien allokaatio voikin olla erilainen eri ikäryhmien palvelutarvetta tarkasteltaessa. Kuvioon 29 tätä on hahmoteltu niin, että hypoteettisesti optimaalinen allokaatiopiste olisi kohdassa A, mikäli tarkastellaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveyspalveluja

kokonaisuutena. Sen sijaan, mikäli allokointipäätöksissä huomioidaan eri ikäryhmien erilaiset tarpeet ja hyvinvointialueen tavoitteet, voikin optimaalisin allokointipisteellä kuvattun kirjallisuuden perusteella löytyä lasten osalta kohdasta B ja ikääntyneiden osalta kohdasta C. Kokonaisuutena maksimoimiseksi olisikin syytä jatkossa tarkastella resurssien allokointia yksityiskohtaisemmalla tasolla, erotellen tarkempien palveluluokkien lisäksi eri ikäryhmien palvelutarpeesta syntyvät tarpeet toisistaan.

Hyvinvointialueiden resurssien allokoinnin tutkimuksessa tarvitaan monitieteistä lähestymistapaa ja huomiota tulee kiinnittää kustannusvaikuttavuuden lisäksi muihin allokointiin vaikuttaviin tekijöihin. Hyvinvointialueen oman toiminnan näkökulmasta johdon laskentatoimen näkökulma mahdollistaa tarvittavan tietopohjan kehittämisen, johtaminen puolestaan antaa näkökulmaa päätöksentekoon, prosesseihin ja esimerkiksi organisaatiokulttuurin merkitykseen. Valtion ohjauksen näkökulmasta hallinto-, oikeus- ja (terveys-)taloustiede mahdollistavat resurssien allokoinnin ja kustannusvaikuttavuuden tarkastelun kansallisesta perspektiivistä. Lisäksi huomioitavaksi tulevat sosiaali- ja terveyspalveluiden substanssia edustavat tieteenalat erityisesti menetelmäkohtaisessa resurssien allokoinnin tarkastelussa. Vaikka sekä hyvinvointialueet että niiden ohjaavat ministeriöt ovat kiinnostuneet kustannusvaikuttavuudesta ja resurssien allokoinnin periaatteista, lähestyvät ne asiaa eri suunnista. Jatkotutkimuksessa nämä eri näkökulmat on syytä huomioida, sillä valtion ohjaus ja hyvinvointialueiden toiminta vaikuttavat toisiinsa, eikä yksikään tieteenala yksin anna riittävää kuvaa kokonaisuudesta.

Resurssien allokointia eri sosiaali- ja terveyspalvelujen välillä on mahdollista jatkossa tarkastella hyvinvointialueiden raportointien palveluluokkakohtaisten kustannusten avulla. Raportoinnin takautuva, toteumaa kuvaava, luonne ja tietojen laskennallisuus on syytä huomioida johtopäätöksissä. VBC-työkalu tarjoaa mahdollisuuden suhteellisen pienellä panostuksella kartoittaa hyvinvointialueiden vaikuttavuusperustaisen toiminnan edellytyksiä. Se myös erottelee alueet toisistaan vaikuttavuuden johtamisen kypsyysoanalyysiä paremmin, mutta vaatii vielä lisätutkimusta ja jatkokehittämistä, jotta sitä voi hyödyntää ainoana tutkimusmenetelmänä. Tavoiteltaessa tarkempaa ymmärrystä resurssien allokoinnissa sovellettavista käytännöistä on valikoitujen, johtoryhmätasolla työskentelevien henkilöiden, haastattelu tämän tutkimuksen perusteella suositeltava menetelmä. Haastatteluun suositellaan tämän tutkimuksen kokemusten perusteella avoimia kysymyksiä ja niihin liittyviä tarkentavia kysymyksiä.

Jatkossa on tärkeää seurata, miten tässä tutkimuksessa kuvatut talousraportoinnin, vaikuttavuuden johtamisen ja resurssien allokoinnin käytännöt alueilla kehittyvät. Vertailutietoa olisi hyvä saada myös niiltä alueilta, joilla sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio toteutettiin jo ennen hyvinvointialueuudistusta. Näin voisimme saada lisää ymmärrystä myös siitä, miten näin suuria kansallisia reformeja tulisi tulevaisuudessa ohjata, jotta nyt esiin tulleilta ongelmilta vältyttäisiin.

5.4 Tutkimuksen arviointi

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida kolmesta näkökulmasta: eettisyys, luotettavuus ja uskottavuus (Puusa ja Juuti 2020). Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, miten hyvin muut sidosryhmät allekirjoittavat tutkijan saamat tulokset. Tämän tutkimuksen tuloksia on käsitelty ensin tutkimuksen kohteena olleiden hyvinvointialueiden johdon eli tutkimuksen haastateltavien kanssa ja sen jälkeen tutkimuksen tilaajaorganisaation sisällä. Kaikissa näissä tilaisuuksissa osallistuneilla on ollut mahdollisuus kysyä ja kommentoida esitettyjä tuloksia. Tulokset vastaanotettiin mielenkiinnolla kaikissa sidosryhmissä ja tutkimuksen kohteena olleiden hyvinvointialueiden johto kuvasi tulosten kuvaavan hyvin heidän silloista todellisuuttaan. Valtiovarainministeriön sisällä tutkimuksen tuloksena syntynyt varsin lohduton kuva hyvinvointialueiden sisäisen talousraportoinnin tilanteesta tuli jossain määrin yllätyksenä virkahenkilöstölle, mutta esimerkiksi tarve talousarviotietojen yksityiskohtaisemmalle ja vertailukelpoiselle raportoinnille oli kyllä tunnustettu. Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty tukemaan kuvaamalla avoimesti tutkimusprosessin eteneminen ja aineiston sisällöllinen tarkastelu sekä myös ne tulokset, joita tutkimuksessa syntyi, kun tarvittavia talousarviovertailuja ei pystytty toteuttamaan. Tutkimuksen kohteena olleiden organisaatioiden johdon yksityisyyden turvaamiseksi jouduttiin kuitenkin rajaamaan suorat lainukset pois haastatteluaineistosta ja jättää tutkimukseen osallistuneiden nimet julkaisematta, vaikka ne suurelta osin onkin pääteltävissä tehtävänimikkeiden perusteella. Eettisistä syistä tämä nähtiin tarpeellisena toimenpiteenä. Haastatteluihin osallistuneista moni kuvasi käytyjä keskusteluja antoisiksi ja toivat esiin niiden toimineen interventioina itsessään, kun kiireiden keskellä oli mahdollisuus pysähtyä pohtimaan tutkimuksen kohteena olleita teemoja oman johtamistyön näkökulmasta.

Vaikka laadullisessa tutkimuksessa ei ensisijaisesti pyritä tulosten yleistettävyyteen, voidaan tämän tutkimuksen tulosten ajatella heijastavan niiden hyvinvointialueiden tilannetta keväällä 2023, joiden osalta sosiaali- ja terveystalouden integraatio tapahtui vasta hyvinvointialueuudistuksen yhteydessä. Onkin selvää, että ne hyvinvointialueet, joiden alueella sosiaali- ja terveystalouden integraatio oli toteutettu jo aiemmin, voivat olla pidemmällä niin talousraportoinnin, vaikuttavuuden johtamisen kuin resurssien allokoinnin periaatteidenkin käytännöissä. Valtakunnallisessa ohjauksessa tulisi kuitenkin huomioida erityisesti takamatkalla olevat alueet, sillä ne määrittävät sen, mitä hyvinvointialueilta kokonaisuutena voidaan tässä hetkessä odottaa.

5.5 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen perusteella tutkimuksen kohteena olleilla hyvinvointialueilla ei vielä niiden ensimmäisenä toimintavuonna ollut

edellytyksiä hyödyntää kustannusvaikuttavuustietoa resurssien allokointia koskevassa päätöksenteossa. Tutkimuksessa kävi ilmi, että allokointipäätöksiä ohjasi lähinnä historiatieto ja poliittinen näkemys. Kustannusvaikuttavuustiedon hyödyntämistä estivät puutteet sekä talousraportoinnissa että vaikuttavuuden johtamisessa. Hyvinvointialueille suositeltiin käyttöön monipuolisesti eri menetelmiä hyödyntävän, läpinäkyvän ja systemaattisen resurssien allokointiprosessin luomista sekä sen resursoimista. Lisäksi suositeltiin valtakunnallista hyvinvointialueiden raportointia ja ohjausta kehittäviä toimenpiteitä. Jatkossa hyvinvointialueiden talouden ja vaikuttavuuden johtamisen sekä resurssien allokointiin liittyvän päätöksenteon kehittymistä on syytä seurata sekä osana ohjaustyötä että akateemisen tutkimuksen keinoin.

6 LÄHTEET

- Angelis, A., Kanavos, P. ja Montibeller, G. 2016. Resource allocation and priority setting in health care: a multi-criteria decision analysis problem of value? *Global Policy*. ISSN 1758-5880
- Asadi-Lari, M., Packham, C. ja Gray, D. 2003. Need for redefining needs. *Health Qual Life Outcomes* 1, 34.
- Carter D, Gordon J, Watt AM. 2016. Competing Principles for Allocating Health Care Resources. *J Med Philos.*, 41(5):558-83.
- Cochrane M., Ham C., Heginbotham C. & Smith R. 1991. Contemporary theme. Rationing: at the cutting edge. *BMJ*. 26;303(6809):1039-42.
- Croell K., Hetemaa T., Knape N., Leipälä J., Louet-Lehtoniemi T., Nieminen J., Ridanpää H., Suomela T., Syrjä V. ja Syrjänen T. 2023. Tiedosta arviointiin – tavoitteena paremmat palvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa. Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, kevät 2023. Päätösten tueksi 1/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/handle/10024/146332>
- Daniels N. 2016 Resource Allocation and Priority Setting. Teoksessa: H. Barrett D, W. Ortmann L, Dawson A, ym. (toim.) *Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe Cham (CH): Springer*. Kappale 3. Saatavilla: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435786/>
- Elbasha E.H. ja Messonnier M.L. 2004. Cost-effectiveness analysis and health care resource allocation: decision rules under variable returns to scale. *Health Econ.*, 13: 21-35.
- Euroopan komissio. 2023. Implementing the EU health technology assesment regulation. Directorate-general for health and food safety. Saatavilla: https://health.ec.europa.eu/publications/factsheet-implementing-eu-health-technology-assessment-regulation_en
- FINCCHTA. N.d. Mitä HTA tarkoittaa? Verkkosivu. Viitattu 7.10.2023. <https://oys.fi/fincchta/mita-hta-tarkoittaa/>
- Fimea. N.d. Lääkehoitojen arviointi (HTA). Verkkosivu. Viitattu 7.10.2023. https://fimea.fi/kehittaminen_ja_hta/laakehoitojen_arviointi
- Haula T. ja Peltola M. 2020. Monialainen tai kallis palvelujen käyttö Suomessa. Teoksessa Koivisto, J. & Tiirinki H. (toim.) *Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:38
- Heino T. 2007. Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana. *Stakesin työpapereita* 30/2007. Stakes.
- Holster T., Haula T. ja Korajoki M. 2022. Sote-rahoituksen tarvearviointi: päivitys 2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. THL työpaperi 26/2022. Helsinki.
- Honkatukia J. ja Pihlava M. 2022. Sote-rahoituksen palvelutarpeen muutoksen arviointi SOME-mallilla. THL. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/sote->

palvelujen-johtaminen/rahoitus-ja-kustannukset/hyvinvointialueiden-
sote-palvelujen-tarveperustainen-rahoitus

- Hood R., Goldacre A., Jones E., King A., Clements K. & Webb C. 2023. Categorising demand for child welfare services using latent class analysis: a study of national data-sets on children in need in England. *British journal of social work*: in press.
- Hujala T. & Laihonen H. 2023. Knowledge management in a regional integrated health and social care system. *Journal of Integrated Care* 31(5):15-23
- Häkkinen U., Holster T., Haula T., Kapiainen S., Kokko P., Korajoki M., Maklin S., Nguyen L., Puroharju T., ja Peltola M. 2020. Sote-rahoituksen tarvevakiointi. Raportti 6/2020. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/handle/10024/139708>
- Kairies-Schwarz N., Rieger-Fels M. & Waibel C. 2023. Cost-sharing or rebate: the impact of health insurance design on reducing inefficient care. *Frontiers in Behavioral economics* 2:1043188, 1-13
- Keskimäki I., Sinervo T., Koivisto J. 2018. Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care. *Public health panorama* 04(04):679 - 687. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324871>.
- Klemola K. 2015. Tuottavuuden, vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi alueellisesti integroiduissa sosiaali ja terveyspalveluissa – palvelujen käyttöön perustuva malli ja esimerkkejä. *Acta Universitatis Lappeenrantaensis* 664. Lappeenranta teknillinen yliopisto.
- Kortelainen M., Kotakorpi K. ja Lyytikäinen T. 2021. Hyvinvointialueiden rahoitusmallin kannustinvaikutukset. *Kansantaloudellinen aikakausikirja* 117(2):203-210
- Lehto A. 2020. Value-based perspective in knowledge management. Case: Specialized healthcare in Finland. Pro gradu -työ. Aalto yliopisto.
- Linnosmaa I., Haula T. ja Mäkelä M. 2017. Päätöksenteon suuntaviivat. Versio 1.1 HTA-opas. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; 2017. Viitattu 7.10.2023. Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/dtk/hta/koti>
- Malmi T., Riipinen T., Roos J. ja Tukiainen J. 2021. Arvio sote-uudistuksesta ja sote-rahoituksen tarvevakioinnista. *Tempo Lecon* 3.3.2021
- Malmivaara, A. 2022. Vaikuttavuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Mitton C. ja Donaldson C. 2004. Health care priority setting: principles, practice, and challenges. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2:3;1-8
- Myllärniemi A. 2006. Huostaanottojen kriteerit pääkaupunkiseudulla. Selvitys pääkaupunkiseudun lastensuojelun sijoituksista. SOCCAn ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja 7/2006. Yliopistopaino.
- Mäkelä M. 2017a. Arvioinnin vaiheet. Versio 1.1 HTA-opas. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; 2017. Viitattu 7.10.2023. Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/dtk/hta/koti>

- Mäkelä M. 2017b. Arviointiaiheiden valinta. Versio 1.1 HTA-opas. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; 2017. Viitattu 7.10.2023. Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/dtk/hta/koti>
- Mäkelä M. ja Isojärvi J. 2017. HTA-opas. Versio 1.1 HTA-opas. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; 2017. Viitattu 7.10.2023. Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/dtk/hta/koti>
- Mäkelä M. ja Punkari K. 2017. Käsitteitä. Versio 1.1 HTA-opas. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; 2017. Viitattu 7.10.2023. Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/dtk/hta/koti>
- Möttönen, S. 2019. Sote-uudistamisen anatomia. Yhteiskuntapoliittisia näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon reformista. Kunnallisanalan kehittämisäätien julkaisu 26.
- Naumanen S. 2018. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus. Taustaraportti Talouspolitiikan arviointineuvostolle 10.7.2022. Viitattu 1.10.2023. Saatavilla: <https://talouspolitiikanarviointineuvosto.fi/wpcontent/uploads/2019/01/Naumanen2019.pdf>.
- Nicholson W. ja Snyder C. 2017 Microeconomic Theory: Basic Principles and Extensions, 12. painos. Cengage Learning, Boston. USA.
- O'Connel JC., Pham SV., Pashos CL., Miller DW. ja Smith MD. 2009. Health technology assesment: lessons learned from around th world – an overview. Value in health 12(2):S1-S5
- OECD 2021. Health and social care workforce. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD Publishing. Pariisi. Saatavilla: <https://doi.org/10.1787/8218c4fe-en>.
- Pitkänen, L, Leskelä, R-L., Tolkki, H. ja Torkki P. 2021. A Value-based steering model for healthcare. Frontiers in public health services & systems research 1:709271
- Pitkänen, L., Torkki, P., Tolkki, H., Valtakari, M. ja Leskelä, R-L. 2020. Reittiopas vaikuttavuuteen. Vaikuttavuusperustainen ohjaus sote- ja työllisyyspalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:1. Saatavilla: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161983/2020_1_%20Reittiopas%20vaikuttavuuteen.pdf
- Porter ME. Ja Teisberg EO. 2006. Redefining health care. Harward business school press, Boston, Massachusetts.
- Puusa A. ja Juuti P. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Osa 5: Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. E-kirja. Gaudeamus.
- Rautiainen P., Taskinen H. & Rissanen S. 2020. Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen – virstanpylväitä menneestä ja suuntia tulevast. Teoksessa Hujala A & Taskinen H. (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveystal. Tampere: Tampere University Press, 15-45.
- Rural Health Value 2023. Value-based care assessment tool. <https://ruralhealthvalue.public-health.uiowa.edu/TnR/vbc/vbctool.php>

- Saari T. 2023. "Rahat on loppu" – Yksi kuva paljastaa Suomen terveydenhoidon "kauhun tasapainon". Helsingin Sanomat 22.9.2023. Viitattu 7.10.2023. Saatavilla: <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000009842840.html>
- Saarimaa T. & Tukiainen J. 2018. PARAS-hankkeen aikana toteutettujen kuntaliitosten vaikutukset. Kansantaloudellinen aikakausikirja 114(2): 256-270
- Seixas BV, Dionne F. & Mitton C. 2021. Practices of decision making in priority setting and resource allocation: a scoping review and narrative synthesis of existing frameworks. Health Economics Review 11:2
- Seppänen-Järvelä, R., Åkerbland, L. ja Haapakoski, K. 2019. Monimenetelmällisen tutkimuksen integroivat strategiat. Yhteiskuntapolitiikka 84:3;332-339
- Smith, P. C. 2003. Formula funding of public services: an economic analysis. Oxford Review of Economic Policy, 19(2), 301-322.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2022. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2023-2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:18. Saatavilla: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164463>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2023a. Hyvinvointialueet vastaavat sote-palvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä 1.1.2023 lähtien. Verkkosivu. Viitattu 7.10.2023. <https://stm.fi/hyvinvointialueet>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2023b. Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa hyvinvointialueita sote-palvelujen järjestämisessä. Verkkosivu. Viitattu 7.10.2023. <https://stm.fi/hyvinvointialueiden-ohjaus>
- Spiers G., Matthews, F., Moffart S., Barker R., Jarvis H., Stow D., Kingston A. & Hanratty B. 2019. Impact of social care supply on healthcare utilisation by older adults: a systematic review and meta-analysis. Age and Ageing 48:57-66
- Stabile M. ja Thompson S. 2014. The changing role of government in financing health care: an international perspective. Journal of Economic Literature 52(2):480-518
- Talouspolitiikan arviointineuvosto 2022. Talouspolitiikan arviointineuvoston lausunto julkisen talouden suunnitelmasta vuosille 2023 – 2026. Viitattu 7.10.2023. Saatavilla: <https://talouspolitiikanarviointineuvosto.fi/wp-content/uploads/2022/06/Eduskunnan-valtiovarainvaliokunnalle-20220512.pdf>
- Teah HY., Pee LG. & Kankanhalli A 2006. Development and application of a general knowledge management maturity model. PACIS 2006 – 10th Pacific Asia Conference on Information Systems: ICT and Innovation Economy, 401-416
- Tervola J., Haaga T. & Ilmarinen K. 2019. Terveydenhuollon asiakasmaksujen alueellinen vaihtelu Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 48. THL. Helsinki. Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138926/URN_ISBN_978-952-343-433-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- THL 2023a. Hyvinvointialueiden sote-palvelujen tarveperustainen rahoitus. Verkkosivu. Viitattu 7.10.2023 <https://thl.fi/fi/web/sote-palvelujen-johdaminen/rahoitus-ja-kustannukset/hyvinvointialueiden-sote-palvelujen-tarveperustainen-rahoitus>
- THL 2023b. Tautitaakka. Verkkosivu. Viitattu 7.10.2023. <https://thl.fi/fi/web/ymparistoterveys/riskinarviointi/tautitaakka>
- THL, 2022a. Terveydenhuollon kansalliset laaturekisterit. Verkkoaineisto: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/sote-arviointi-ja-tietopohja/terveydenhuollon-kansalliset-laaturekisterit>
- THL, 2022b. Tiedosta arviointiin – tavoitteena paremmat palvelut: Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella: Alueellinen asiantuntija-arvio syksyllä 2022. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/handle/10024/146008>
- THL, 2022c. Tiedosta arviointiin – tavoitteena paremmat palvelut: Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Keski-Suomen hyvinvointialueella: Alueellinen asiantuntija-arvio syksyllä 2022. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/handle/10024/146014>
- THL, 2022d. Tiedosta arviointiin – tavoitteena paremmat palvelut: Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Kanta-Hämeen hyvinvointialueella: Alueellinen asiantuntija-arvio syksyllä 2022. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/handle/10024/146012>
- Torkki, P., Patja K., Ignatius E., Koussa I., Vanhala A., Gehrnmann K., Tikkinen K., Ojanen T., Tapanainen P., Pantzar M., Ranta J. & Leskelä R-L 2022. Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53. Saatavilla: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164298>
- Tuomala M. 2009. Julkistalous. Gaudeamus. Helsinki.
- Tuomi J. ja Sarajärvi A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Tammi. E-kirja.
- Turner HC, Archer RA, Downey LE, Isaranuwatthai W, Chalkidou K, Jit M and Teerawattananon Y 2021. An Introduction to the Main Types of Economic Evaluations Used for Informing Priority Setting and Resource Allocation in Healthcare: Key Features, Uses, and Limitations. *Front. Public Health* 9:722927
- Tynkkynen L-K., Keskimäki I., Reissel E., Koivusalo M., Syrjä V., Vuorenkoski L., Rechel B. ja Karanikolos M. 2019. Centralising health care administration in Finland – an inevitable path? *Eurohealth* 25(4):29-33
- Tynkkynen L., Keskimäki I., Karanikolos, M. ja Litvinova Y. 2023. Finland: Health system summary, 2023. European Observatory on Health Systems and Policies. Saatavilla: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-summary>
- Valtiokonttori 2023a. Hyvinvointialueiden tilinpäätösennusteet. Verkkosivu. Viitattu 7.10.2023.

- <https://www.tutkihallintoa.fi/etusivu/hyvinvointialueet/hyvinvointialueiden-tilinpaatosennusteet/>
- Valtiokonttori 2023b. Hyvinvointialueiden ja hyvinvointiyhtymien talousraportoinnin käsikirja (HVA-AURA). Versio 0.2. Saatavilla: <https://www.valtiokonttori.fi/maaraykset-ja-ohjeet/hyvinvointialueiden-ja-hyvinvointiyhtymien-talousraportoinnin-kasikirja-hva-aura/>
- Valtioneuvosto 2023a. Vahva ja välittämä Suomi – Hallitusohjelma. Verkkosivu. Viitattu 7.10.2023. <https://valtioneuvosto.fi/hallitukset/hallitusohjelma#/>
- Valtioneuvosto 2023b. Hyvinvointialueiden laskennallinen rahoitusmalli. Verkkosivu. Viitattu 7.10.2023. Saatavilla: <https://soteuudistus.fi/laskennallinen-rahoitusmalli>.
- Valtioneuvosto 2023c. Rahoituksen määräytymisen perusteet ja tarkistaminen. Verkkosivu. Viitattu 7.10.2023. <https://soteuudistus.fi/rahoituksen-maaraytyminen-ja-tarkistaminen>
- Valtiovarainministeriö 2023a. Budjettikatsaus 2023. Katsaus valtion talousarvioon, tammikuu 2023. Valtiovarainministeriön julkaisuja 2023:1. Saatavilla: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164536/VM_2023_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Valtiovarainministeriö 2023b. Julkisen talouden suunnitelma vuosille 2024-2027. Valtiovarainministeriön julkaisuja 2023:64. Saatavilla: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165189>
- Valtiovarainministeriö. N.d.a Hyvinvointialueiden ohjaus. Verkkosivu. Viitattu 7.10.2023. <https://vm.fi/hyvinvointialueiden-ohjaus>
- Valtiovarainministeriö. N.d.b. Hyvinvointialueiden rahoitus. Verkkosivu. Viitattu 7.10.2023. <https://vm.fi/hyvinvointialueiden-rahoitus>
- Valtiovarainministeriö. Nd.c. Lisärahoitus. Verkkosivu. Viitattu 7.1.2023. <https://vm.fi/lisarahoitus>
- Vartiainen N. 2019. Tarkoittaako suurempi asukasluku pienempiä kustannuksia? Paneeliregressio Suomen kunnista vuosilta 2015-2017. Kansantaloudellinen aikakausikirja 115(3):520-540
- Viljanen M. 2023. Terveyskeskusten massiivinen alasajo on pian edessä koko Suomessa, sanovat asiantuntijat. YLE 3.10.2023. Viitattu 7.10.2023. Saatavilla: <https://yle.fi/a/74-20053154>
- WHO 2015. 2015 Global survey on health technology assesment by national authorities. Main findings. WHO library Cataloguing-in-publication data. Saatavilla: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509749>

7 LIITTEET

LIITE 1

AURA-käsikirjan mukaisten palveluluokkien jako palveluryhmiin.

Palveluluokka	Palveluryhmä
Ensihoitokeskus Lastenpsykiatrinen ja nuorisopsykiatrinen erikoissairaanhoido Lastentautien yksikössä annettu somaattinen erikoissairaanhoido Ensihoitopalvelu Ympärivuorokautiset päivystyspalvelut Aikuispsykiatrinen erikoissairaanhoido Somaattinen erikoissairaanhoido Erittelemätön erikoissairaanhoido	Erikoissairaanhoido
Sosiaalihuoltolain mukainen liikkumista tukeva palvelu Iäkkäiden keskitetty asiakas- ja palveluohjaus Erittelemättömät ikääntyneiden palvelut Iäkkäiden palveluasuminen ja perhehoito Iäkkäiden laitospalvelu Iäkkäiden tehostettu palveluasuminen Muiden kuin lapsiperheiden kotihoito sekä iäkkäiden kotona asumisen tukeminen	Iäkkäiden palvelut
Ensi- ja turvakotipalvelu Perheoikeudelliset palvelut Kasvatus- ja perheneuvonta Lapsiperheiden kotipalvelu ja perhetyö Erittelemättömät lapsiperheiden palvelut Lapsiperheiden sosiaalityö ja -ohjaus	Lapsiperheet
Lastensuojelun ammatillinen perhehoito Lastensuojelun perhehoito Erittelemätön lastensuojelun sijaishuolto Lastensuojelun avohuolto Lastensuojelun laitospalvelu	Lastensuojelun kustannukset
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiantuntijapalvelut ja tuki Sosiaali- ja potilasasiamiespalvelut Sosiaalipäivystys Erittelemätön sosiaali- ja terveystoiminta Työikäisten sosiaalityö ja -ohjaus	Muu Sote
Työterveyshuolto Opiskeluterveydenhuollon palvelut Kotisairaalahoido Kouluterveydenhuollon palvelut Oppilas- ja opiskelijahuollon kuraattori- ja psykologipalvelut Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut Perustason lääkinnällinen avokuntoutus Erittelemätön perusterveydenhuollon avohoito Perustason vuodeosastohoito	Perusterveydenhuolto

Perustason vastaanottopalvelut	
Työelämäosallisuutta tukevat palvelut	Päihde- ja mielenterveyspalvelut
Päihdekuntoutujien laitoshoido	
Päihdekuntoutujien asumispalvelu	
Mielenterveyskuntoutujien ympärivuorokautinen asumispalvelu	
Kuntouttava työtoiminta	
Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelu	
Erittelemätön perustason päihde- ja mielenterveystyö	
Päihde- ja mielenterveysongelmaisten avun, tuen, hoidon ja kuntoutuksen avopalvelukokonaisuus	
Suun terveydenhuollon erityistason palvelut	Suun terveydenhuolto
Erittelemätön suun terveydenhuolto	
Suun terveydenhuollon perustason palvelut	
Vammaisten perhehoito	Vammaispalvelut
Vammaisten liikkumista tukeva palvelu	
Vammaisten laitospalvelu	
Henkilökohtainen apu	
Vammaisten sosiaalityö ja -ohjaus ja päiväaikainen toiminta	
Erittelemättömät vammaisten palvelut	
Vammaisten asumisen muu tuki ja palvelut kuin ympärivuorokautisen avun ja tuen sisältävät asumispalvelut	
Vammaisten tehostettu palveluasuminen	

LIITE 2

Haastatteluun kutsutut johdon edustajat

Haastateltavat

valtuuston ja/tai hallituksen puheenjohtaja

hyvinvointialueen johtaja

talousjohtaja

konsernipalvelujen johtaja

sosiaali- ja terveyspalvelujen ylin johto

LIITE 3

Haastattelurunko 1

1. Oletko osallistunut vuoden 2023 talousarvion laadintaan? Mikäli kyllä, kerro tästä prosessista.
2. Minkä tiedon pohjalta hyvinvointialueenne budjetti vuodelle 2023 on laadittu?
3. Mistä konkreettisista asioista tunnistat, että hyvinvointialueellasi toimitaan vaikuttavuusperustaisesti? Nimeä vähintään 3.
4. Kysyn sinulta seuraavaksi joitakin väittämiä liittyen organisaation vaikuttavuusperustaiseen toimintaan

(VBC - esitetetty visuaalisesti ppt-muodossa)
5. Käyttäen esimerkkinä edellisiä kohtia, millainen organisaatiokulttuuri edistäisi vaikuttavuusperustaista toimintaa?
6. Arvioi hyvinvointialueesi vaikuttavuuden johtamisen kypsyyssaste oheisen taulukon esimerkkien pohjalta. Perustele.

(esitetetty visuaalisesti ppt-muodossa)

LIITE 4

Haastattelurunko 2

1. Oletko osallistunut johtamasi alueen vuoden 2023 talousarvion laadintaan? Jos kyllä, miltä osin? Kerro prosessista. Jos ei, miksi?
2. Onko johtamasi alueen budjettia tarkennettu myöhemmin. Jos kyllä miksi?
3. Minkä tiedon pohjalta johtamasi alueen budjetti vuodelle 2023 on laadittu?
4. Onko budjetin laadinnassa hyödynnetty tietoa palvelutarpeesta. Jos kyllä, miten? Jos ei, miksi?
5. Onko budjetin laadinnassa hyödynnetty tietoa palvelujen vaikuttavuudesta? Jos kyllä, miten? Jos ei miksi?
6. Tunnetko hyvinvointialueiden AURA-palveluluokituksen? Jos kyllä, miten hyödyntäisit sitä johtamisessa?
7. Millä tavalla seuraat johtamasi alueen budjetin toteutumista?
8. Seurataanko johtamallasi alueella asiakaskohtaisia kustannuksia?
9. Kuinka yksityiskohtaisesti seuraatte palvelukohtaisia kustannuksia?
10. Millaista tietoa tarvitset, jotta voisit arvioida johtamasi alueen palvelujen kustannusvaikuttavuutta?
11. Mitataanko vaikuttavuutta tällä hetkellä johtamallasi alueella? Jos kyllä, käytetäänkö PREM-mittareita, PROM-mittareita, ammattilaisten raportoimia mittareita, muita hyötyjä kuvaavia mittareita? Jos ei, miksi? Jos kyllä, kerätäänkö vaikuttavuustietoa systemaattisesti? Jos kyllä, kuinka suurelta osalta asiakkaista?
12. Onko sinulla saatavilla työsi tueksi alueesi palvelujen vaikuttavuudesta kertovaa tietoa? Jos kyllä, onko se organisaation sisäistä, ulkoista vai sekä että? Koskeeko se jotain tiettyä palvelua tai asiakasryhmää? Pystytkö arvioimaan eri palvelutuotannon muotojen vaikuttavuutta (esim. digitaaliset ratkaisut)? Kuinka käyttökelpoista tietoa sinun näkökulmastasi on? Jos ei, miksi?
13. Mitkä ovat 3 vaikuttavuustiedon hyödyntämistä eniten rajoittavaa tekijää työssäsi?
14. Millainen organisaatiokulttuuri edistäisi vaikuttavuusperustaista toimintaa?
15. Miten kehittäisit vaikuttavuustiedon keräämistä ja hyödyntämistä alueellanne? Entä valtakunnallisesti?
16. Arvioi hyvinvointialueesi vaikuttavuuden johtamisen kypsyyssaste oheisen taulukon esimerkkien pohjalta. Perustele. (esitetetty visuaalisesti ppt-muodossa)

LIITE 5

VBC-työkalu (tutkimuksessa käytetty)

Vastausvaihtoehdot

- a. toteutuu
- b. toteutuu osin
- c. kehittäminen käynnissä
- d. asiasta on käyty keskustelua
- e. ei sovellettavissa organisaatioomme
- f. asiaa ei ole harkittu

HALLINTO JA JOHTAMINEN

1	Hyvinvointialueemme tavoitteena on paremmat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja parempi väestön terveys sekä alemmat kokonaiskustannukset.	
2	Hyvinvointialueemme hallinto arvioi säännöllisesti vaikuttavuusmittareiden tuloksia ja tekee benchmarking-vertailuja (esim. palvelun laatu, asiakastytytyväisyys, väestön terveys, kustannukset).	
3	Ylin johto osallistaa sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset mukaan operatiiviseen päätöksentekoon.	
4	Johtoryhmään kuuluu henkilöitä, joiden vastuulla on parantaa palvelujen laatua, turvallisuutta ja asiakaskokemusta, edistää väestön terveyttä ja alentaa kokonaiskustannuksia.	
5	Ylimmän johdon suoritusarviointi ja palkitseminen ovat yhteydessä toiminnan vaikuttavuuteen.	
6	Ylin johto on säännöllisessä vuorovaikutuksessa asiakastyössä toimivien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.	
7	Hyvinvointialueella on strategia, joka edistää sen vaikuttavuusperustaista johtamista	

Mikä muu voisi mielestäsi kertoa siitä, että hyvinvointialueen hallinto ja johtaminen edistävät vaikuttavuutta? Arvioi myös tämän osalta oma tilanteenne.

PALVELUT JA NIIDEN KOORDINOINTI

1	Riskipotilaille ja paljon palveluja käyttäville asiakkaille on nimetty omatyöntekijät/koordinaattorit	
2	Hoito-, kuntoutus- ja asiakassuunnitelmat ovat systemaattisesti käytössä läpi organisaation.	
3	Palveluihin pääsyä kehitetään ja mitataan säännöllisesti	
4	Perustason palveluissa pystytään tarjoamaan aikoja samalla päivälle	
5	Hyvinvointialue toteuttaa ennaltaehkäisevää työtä proaktiivisesti (esim. pitää listaa toteutumattomista seurantakäynneistä ja puuttuu niihin, toteuttaa terveystarkastuksia).	
6	Mielenterveys- ja päihdetyön ammattilaiset työskentelevät yhdessä perustason palvelujen kanssa.	
7	Hyvinvointialueella sovelletaan näyttöön perustuvia käytäntöjä.	

8	Hyvinvointialueella on koulutusta ja prosessi sen varmistamiseksi, että asianmukainen pääsy palliatiiviseen tukeen ja saattohoitoon mahdollistuu.	
---	---	--

Mikä muu voisi mielestäsi kertoa siitä, että hyvinvointialueen palvelut ja niiden koordinointi edistävät vaikuttavuutta? Arvioi myös tämän osalta oma tilanteenne.

ALUEEN VÄESTÖN TERVEYS

1	Hyvinvointialue käsittelee säännöllisesti alueensa väestön demografiaa sekä palvelutarvetta koskevaa tietoa.	
2	Hyvinvointialue tarkastelee ja kehittää säännöllisesti keinoja, jotta alueen palvelutarve tulisi paremmin huomioiduksi	
3	Hyvinvointialue on nimennyt alueen väestön terveyden edistämisestä vastaavan henkilön	
4	Hyvinvointialue tekee yhteistyötä muiden paikallisesti toimivien organisaatioiden kanssa yhteisten väestön terveyttä edistävien ja palvelutarvetta ratkaisevien tarpeiden edistämiseksi.	
5	Hyvinvointialue tuottaa terveyttä ja hyvinvointia edistäviä ennaltaehkäiseviä palveluja.	
6	Hyvinvointialue huolehtii työntekijöidensä fyysisistä ja psyykkisestä hyvinvoinnista.	
7	Hyvinvointialue tekee yhteistyötä sen asiakkaita edustavien järjestöjen kanssa.	

Mikä muu voisi kertoa siitä, että hyvinvointialue on sitoutunut väestön terveyden edistämiseen? Arvioi myös tämän osalta oma tilanteenne.

ASIAKKAAN JA LÄHIVERKOSTON OSALLISUUS

1	Hyvinvointialueella on tavoitteet ja mittarit asiakkaiden ja heidän lähiverkostonsa osallisuuden edistämiseksi.	
2	Hyvinvointialueella on käytäntöjä, joiden avulla asiakkaan lähiverkosto tulee otetuksi mukaan palveluprosessiin.	
3	Hyvinvointialueella on asiakasraati tms. jonka edustajat kuvaavat alueen väestön monimuotoisuutta.	
4	Ylin johto on säännöllisesti vuorovaikutuksessa asiakkaiden ja heidän läheistensä kanssa.	
5	Hyvinvointialue tarjoaa asiakkailleen käyttäjäystävällisiä ja asiakkaan tarpeisiin vastaavia terveyteen liittyviä tietolähteitä	
6	Asiakkailla on käyttäjäystävällinen ja tietoturvallinen tapa olla yhteydessä hänelle palvelua tuottaviin henkilöihin.	
7	Lääkärit käyttävät yhteistä päätöksentekoa ja päätöksentekopureita sellaisissa kliinisissä tiloissa, joissa näyttöönperustuva hoito voi vaihdella potilaan arvojen ja mieltymysten pohjalta.	

Mikä muu voisi kertoa siitä, että hyvinvointialueen toiminta on asiakaslähtöistä? Arvioi myös tämän osalta oma tilanteenne.

KEHITTÄMINEN JA RAPORTOINTI

1	Ylimmän johdon päätöksenteko perustuu dataan palvelujen laadusta, asiakastytyväisyydestä, alueen väestön hyvinvoinnista ja kustannuksista.	
2	Hyvinvointialueen suoriutuminen benchmarking-vertailussa jaetaan laajasti organisaation tietoon.	
3	Hyvinvointialue raportoi julkisesti tietoja palveluista, asiakaskokemuksesta, kustannuksista sekä terveyseroista.	
4	Hyvinvointialue pyrkii aktiivisesti välttämään erityistason palvelujen käyttöä tilanteissa joissa asian tulisi hoitua perustason palveluissa.	

5	Ammattilaisten koulutukseen ja prosesseihin kuuluvat jatkuvan parantamisen käytännöt.	
6	Hyvinvointialue osallistuu aktiivisesti hankkeisiin ja kampanjoihin jotka edistävät sen laadunparantamistavoitteita.	

Mikä muu voisi mielestäsi kertoa siitä, että hyvinvointialueen kehittämistyö ja raportointikäytännöt edistävät vaikuttavuutta? Arvioi myös tämän osalta oma tilanteenne.

ICT

1	Hyvinvointialueen ICT-strategia tukee vaikuttavuuden johtamista ja vastaa kansallisiin sote-palvelujen vaikuttavuuden kehittämisen tarpeisiin.	
2	Hyvinvointialueella on käytössä hoidon/palvelujen jatkuvuutta tukeva sähköinen kertomustieto.	
3	Sähköiset potilas- ja asiakastietojärjestelmät sisältävät ohjeita päätöksenteon tueksi.	
4	Tietojärjestelmät mahdollistavat väestön hyvinvoinnin ja terveyden ohjaamisen	
5	Hyvinvointialueella on käytettävissä työkalu, jonka avulla voidaan ennustaa huono hoitovaste ja runsas palvelutarve.	
6	Asiakas- ja potilastietojärjestelmä auditoidaan säännöllisesti datan laadun varmistamiseksi	
7	Hyvinvointialue hyödyntää dataa joka kertoo palvelujen käytöstä organisaation ulkopuolella. (esim. alueen työterveyshuollon käyttö)	
8	Hyvinvointialueella on käytössä prosessi joka varmistaa oikeiden ja tarkkojen diagnoosikoodien kirjaamisen järjestelmiin.	

Mikä muu voisi mielestäsi kertoa siitä, että hyvinvointialueen tietojohdaminen edistää vaikuttavuutta? Arvioi myös tämän osalta oma tilanteenne.

TALOUS JA RISKIENHALLINTA

1	Hyvinvointialue seuraa yksityisen terveydenhuollon markkinan kehittymistä	
2	Hyvinvointialue sitoutuu asetettuihin rahoitusraameihin.	
3	Hyvinvointialueella on tuottavuutta parantavia ohjelmia.	
4	Talouden tasapaino mahdollistaa investoinnit	
5	Hyvinvointialue investoi vaikuttavuuden edistämiseen	
6	Hyvinvointialue seuraa jatkuvasti palvelujensa kustannuksia	
7	Kustannusseurannassa pystytään mittaamaan käynti- ja palvelukohtaiset kustannukset	
8	Henkilöstön palkitseminen on sidottu vaikuttavuuteen	

Mikä muu voisi mielestäsi kertoa siitä, että hyvinvointialueen talousjohtaminen edistää vaikuttavuutta? Arvioi myös tämän osalta oma tilanteenne.

LIITE 6

VALUE BASED CARE - TYÖKALU (versio 072023/SH)

Value based care (VBC) - työkalu on muokattu suomalaisen ympäristöön Yhdysvalloissa vuonna 2016 julkaistusta samannimisestä menetelmästä (<https://ruralhealthvalue.public-health.uiowa.edu/TnR/vbc/vbctool.php>.) Tämä työkalu on tarkoitettu hyvinvointialueiden johdon käyttöön arvioitaessa organisaation kyvykkyyttä vaikuttavuusperustaiseen toimintaan. Työkalu koostuu joukosta väittämiä ja on suositeltavaa, että johto muodostaa kuhunkin väittämään yhden yhteisen vastauksen perusteluineen. Tämä versio sisältää alkuperäistä vähemmän pakollisia väittämiä, mutta aiemmin hyvinvointialueista tehdyn tutkimuksen pohjalta hyödynnettävissä on joukko mahdollisia lisäväittämiä, joista organisaatio voi poimia itselleen merkityksellisimmät. Työkalun tavoitteena on ensisijaisesti auttaa havaitsemaan niitä tekijöitä, joilla on merkitystä vaikuttavuusperustaiseen toimintaan pyrkiessä. Se auttaa organisaatiota tunnistamaan potentiaaliset kehittämiskohteet ja priorisoimaan niitä. Tarvittaessa työkalua voidaan hyödyntää myös benchmarking-toiminnassa. Tuloksia tulkittaessa vastausvaihtoehdot a ja b tulkitaan vahvuuksiksi, c mahdollisuuksiksi ja vaihtoehdot d-g harkittaviksi.

Vastausvaihtoehdot:

- g. toteutuu
- h. toteutuu osin
- i. kehittäminen käynnissä
- j. asiasta on käyty keskustelua
- k. ei sovellettavissa organisaatioomme
- l. asiaa ei ole harkittu
- m. en osaa sanoa

HALLINTO JA JOHTAMINEN

		vastaus	perustelut
1	Hyvinvointialueemme tavoitteena on paremmat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja parempi väestön terveys sekä alemmat kokonaiskustannukset.		
2	Hyvinvointialueemme hallinto arvioi säännöllisesti vaikuttavuusmittareiden tuloksia ja tekee benchmarking-vertailuja (esim. palvelun laatu, asiakastyytyväisyys, väestön terveys, kustannukset).		
3	Hyvinvointialueen johtoryhmä osallistaa sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset mukaan operatiiviseen päätöksentekoon.		
4	Hyvinvointialueen johtoryhmään kuuluu henkilö tai henkilöitä, joiden vastuulla on parantaa palvelujen		

	laatua, turvallisuutta ja asiakaskokemusta, edistää väestön terveyttä ja alentaa kokonaiskustannuksia.		
5	Hyvinvointialueen johtoryhmän jäsenten suoritusarvioinnissa huomioidaan toiminnan vaikuttavuus.		
6	Hyvinvointialueen johtoryhmän jäsenet ovat on säännöllisessä vuorovaikutuksessa asiakastyössä toimivien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.		
7	Hyvinvointialueella on strategia, joka edistää sen vaikuttavuusperustaista johtamista.		

PALVELUT JA NIIDEN KOORDINOINTI

		vastaus	perustelut
1	Riskipotilaille ja paljon palveluja käyttäville asiakkaille on nimetty omatyöntekijät/koordinaattorit.		
2	Hoito-, kuntoutus- ja asiakassuunnitelmat ovat systemaattisesti käytössä läpi organisaation.		
3	Palveluihin pääsyä kehitetään ja mitataan säännöllisesti.		
4	Hyvinvointialue proaktiivisesti ennaltaehkäisten palvelutarpeen kasvua (esim. pitää listaa toteutumattomista seurantakäynneistä ja puuttuu niihin, toteuttaa terveystarkastuksia).		
5	Perustason palveluissa työskentelee mielenterveys- ja päihdetyön ammattilaisia		
6	Hyvinvointialue soveltaa näyttöön perustuvia käytäntöjä.		

ALUEEN VÄESTÖN TERVEYS

		vastaus	perustelut
1	Hyvinvointialue käsittelee säännöllisesti alueensa väestön demografiaa ja palvelutarvetta koskevaa tietoa.		
2	Hyvinvointialue tarkastelee ja kehittää säännöllisesti keinoja, jotta alueen palvelutarve tulisi paremmin huomioiduksi.		
3	Hyvinvointialue on nimennyt alueen väestön terveyden edistämisestä vastaavan henkilön.		
4	Hyvinvointialue tekee yhteistyötä muiden paikallisesti toimivien organisaatioiden kanssa yhteisten		

	väestön terveyttä edistävien ja palvelutarvetta ratkaisevien toimien edistämiseksi.		
5	Hyvinvointialue tuottaa terveyttä ja hyvinvointia edistäviä ennaltaehkäiseviä palveluja.		
6	Hyvinvointialue huolehtii työntekijöidensä fyysisestä ja psyykkisestä hyvinvoinnista.		
7	Hyvinvointialue tekee yhteistyötä sen asiakkaita edustavien järjestöjen kanssa.		

ASIAKKAAN JA LÄHIVERKOSTON OSALLISUUS

		vastaus	perustelut
1	Hyvinvointialueella on tavoitteet ja mittarit asiakkaiden ja heidän lähiverkostonsa osallisuuden edistämiseksi.		
2	Hyvinvointialueella on käytäntöjä, joiden avulla asiakkaan lähiverkosto tulee otetuksi mukaan palveluprosessiin.		
3	Hyvinvointialueella on asiakasraateja tms. jonka edustajat kuvaavat alueen väestön monimuotoisuutta.		
4	Hyvinvointialueen johtoryhmän jäsenet ovat säännöllisesti vuorovaikutuksessa asiakkaiden ja heidän läheistensä kanssa.		
5	Hyvinvointialue tarjoaa asiakkailleen käyttäjäystävällisiä ja asiakkaan tarpeisiin vastaavia terveyteen liittyviä tietolähteitä		
6	Asiakkailla on käyttäjäystävällinen ja tietoturvallinen tapa olla yhteydessä hänelle palvelua tuottaviin henkilöihin.		

KEHITTÄMINEN JA RAPORTOINTI

		vastaus	perustelut
1	Hyvinvointialueen johtoryhmän päätöksenteko perustuu tietoon palvelujen laadusta, asiakastytyväisyydestä, alueen väestön hyvinvoinnista ja kustannuksista.		
2	Hyvinvointialueen suoriutuminen benchmarking-vertailussa jaetaan laajasti organisaation tietoon.		
3	Hyvinvointialue raportoi julkisesti tietoja palveluista, asiakaskokemuksesta, kustannuksista sekä terveyseroista.		
4	Hyvinvointialue pyrkii aktiivisesti välttämään erityistason palvelujen		

	käyttöä tilanteissa, joissa asian tulisi hoitua perustason palveluissa.		
5	Ammattilaisten koulutukseen ja prosesseihin kuuluvat jatkuvan parantamisen käytännöt.		
6	Hyvinvointialue osallistuu aktiivisesti hankkeisiin ja kampanjoihin, jotka edistävät sen laadunparantamistavoitteita.		

ICT

		vastaus	perustelut
1	Hyvinvointialueen ICT-strategia tukee vaikuttavuuden johtamista ja vastaa kansallisiin sote-palvelujen vaikuttavuuden kehittämisen tarpeisiin.		
2	Hyvinvointialueella on käytössä hoidon/palvelujen jatkuvuutta tukeva sähköinen kertomustieto.		
3	Sähköiset potilas- ja asiakastietojärjestelmät sisältävät ohjeita päätöksenteon tueksi.		
4	Tietojärjestelmät mahdollistavat väestön hyvinvoinnin ja terveyden ohjaamisen.		
5	Hyvinvointialueella on käytettävissä työkalu, jonka avulla voidaan ennustaa huono hoitovaste ja runsas palvelutarve.		
6	Asiakas- ja potilastietojärjestelmä auditoidaan säännöllisesti datan laadun varmistamiseksi		
7	Hyvinvointialue hyödyntää tietoa, joka kertoo sen asiakkaiden palvelujen käytöstä organisaation ulkopuolella. (esim. työterveyspalvelut, koulun tukitoimet, työllistämispalvelut)		
8	Hyvinvointialueella on käytössä prosessi, joka varmistaa oikeiden ja tarkkojen diagnoosikoodien kirjaamisen järjestelmiin.		

TALOUS JA RISKIENHALLINTA

		vastaus	perustelut
1	Hyvinvointialue seuraa yksityisen terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen markkinan kehittymistä.		
2	Hyvinvointialue sitoutuu asetettuihin rahoitusraameihin.		
3	Hyvinvointialueella on tuottavuutta parantavia ohjelmia.		

4	Talouden tasapaino mahdollistaa investoinnit.		
5	Hyvinvointialue investoi vaikuttavuuden edistämiseen.		
6	Hyvinvointialue seuraa jatkuvasti palvelujensa kustannuksia.		
7	Kustannusseurannassa pystytään mittaamaan asiakas-, käynti- ja palvelukohtaiset kustannukset.		
8	Henkilöstöä palkitaan vaikuttavuuden edistämisestä.		

Muita mahdollisia väittämiä:

- Hyvinvointialueen johtoryhmällä on käytettävissään ajantasaiset ja luotettavat tiedot kunkin palvelusektorin toiminnasta.
- Sekä hyvinvointialueen johtoryhmän jäsenet että kaikki esimiehet ovat saaneet koulutusta vaikuttavuusperustaisesta toiminnasta.
- Saadun vaikuttavuustiedon pohjalta tehdään tarvittavia muutoksia ja toimenpiteitä.
- Hyvinvointialueen toimintasuunnitelmassa jokaiselle yksikölle on asetettu vaikuttavuustavoitteet.
- Hyvinvointialueen organisaatiolla on kyky reagoida ketterästi muuttuviin tilanteisiin ja uusiin ilmiöihin.
- Hyvinvointialueen tuottama vaikuttavuusdata on laajasti sen henkilöstön käytettävissä.
- Hyvinvointialue on asettanut mittarit toimintasuunnitelmassa esitellyille tavoitteilleen.
- Vaikuttavuuden arviointi näkyy hyvinvointialueen hallituksen ja valtuuston päätöksenteon perusteissa.
- Hyvinvointialueella on käytössä selkeät talouden raportointimallit, jotka auttavat hahmottamaan toiminnan ja talouden keskinäisiä vaikutussuhteita.
- Hyvinvointialueen henkilöstön osaamista arvioidaan ja kehitetään suhteessa palvelutarpeeseen.
- Hyvinvointialueen tukipalvelujen toiminta lisää palvelujen vaikuttavuutta.
- Hyvinvointialue tarjoaa palveluita alueensa asukkaille yhdenvertaisesti.
- Tehtyjen asiakas-/hoito- ja kuntoutussuunnitelmien toteutumista seurataan systemaattisesti ja aktiivisesti.
- Vanhempien palveluissa huomioidaan lasten tilanne ja tarpeet.
- Palvelut nähdään systeemisellä kokonaisuutena ja hyvinvointialueella tarkastellaan koko järjestelmän vaikuttavuutta.
- Asiakaskokemustietoa mitataan, kerätään ja analysoidaan systemaattisesti.
- Hyvinvointialueella tunnistetaan kuntakohtaiset erot palvelutarpeessa ja tuotetaan koordinoitusti palveluja tämän tarpeen mukaisesti.
- Asiakkaan palvelu toteutuu hänen palvelutarvettaan vastaavassa yksikössä.
- Kullekin palvelulle on luotu tai otettu käyttöön vaikuttavuudesta kertova mittari.
- Hyvinvointialueen ja kuntien välinen yhteistyö toimii hyvin.
- Hyvinvointialue kehittää tarkempia mittareita tukemaan väestön terveyden edistämistä.
- Hyvinvointialue osallistaa kansalaiset oman terveytensä edistämiseen.
- Hyvinvointialue edistää väestön terveyttä vaikuttamalla kaavoitukseen.
- Hyvinvointialueen ja kuntien väliseen yhteistyöhön on luotu rakenteet ja toimintamallit.
- Hyvinvointialue tuottaa tietoa kuntien kanssa tehtävään yhteistyöhön.

- Palvelutarpeen kehitys huomioidaan hyvinvointialueen talousarviossa.
- Kuntien kanssa tehtävässä yhteistyössä on käytössä yhteisiä suunnitelmia ja sopimuksia.
- Hyvinvointialueen sairastavuusindeksi kehittyy myönteisesti.
- Hyvinvointialue käy aktiivista vuoropuhelua alueensa kuntien kanssa ennaltaehkäisevän työn edistämiseksi.
- Asiakkaan hoitopolut ovat yksilöllisiä ja joustavia, niin ettei päällekkäistä työtä tehdä.
- Hyvinvointialue osallistaa alueensa asukkaan kehittämään paikallisia perustason palveluja.
- Asiakkaat kokevat voivansa antaa helposti palautetta saamastaan palvelusta ja se käsitellään asianmukaisesti kanavasta riippumatta.
- Asiakkaan lähiverkoston osallisuutta kehitetään asiakastarpeen näkökulmasta huomioiden sen, missä kohtaa palvelu tai prosessia lähiverkoston osallisuudella on eniten merkitystä.
- Palveluissa huomioidaan asiakkaan hyvän arjen mahdollistaminen.
- Asiakaskokemusta mitataan kaikissa palveluissa ja myös palveluun osallistuneelta lähiverkostonlta.
- Hyvinvointialue tiedottaa alueen asukkaita palveluistaan ja järjestää alueellaan kyselyjä asiakasymmärryksen lisäämiseksi.
- Hyvinvointialue seuraa asiakkaan lähiverkoston osallistumisen aktiivisuutta.
- Hyvinvointialue osallistaa sekä nykyiset asiakkaat että potentiaaliset asiakkaat kehittämistyöhön.
- Hyvinvointialue osallistuu aktiivisesti valtakunnallisen tietopohjan tuottamiseen, joka mahdollista hyvinvointialueiden välisen vertailun.
- Hyvinvointialue tuo vaikuttavuustuloksia näkyväksi asiakastyössä.
- Kehittämishankkeen integroidaan hyvinvointialueen normaaliin toimintaan ja niiden tulokset viedään käytäntöön.
- Hyvinvointialueen palvelujen järjestäminen perustuu käytettävissä olevaan tietopohjaan.
- Kehittämistoiminta tapahtuu hyvinvointialueen omista tarpeista käsin.
- Hyvinvointialueella on yhteisövaikuttavuuden edistämiseen kohdistuvaa kehittämistoimintaa.
- Hyvinvointialueella on systemaattisessa seurannassa 5–10 mittaria joka antavat nopean kuvan organisaation onnistumisesta.
- Hyvinvointialueella on käytössä yhdenmukainen johdon raportointi, joka sisältää vaikuttavuustiedon.
- Kehittämistarpeet kohdistuvat alueellisen palvelutarpeen ja vaikuttavuuden mukaisesti.
- Kehittämisessä priorisoidaan pitkäjänteinen työ.
- Kirjaamisen laatua parannetaan hyödyntämällä digitaalisia ratkaisuja.
- Hyvinvointialue hyödyntää keräämäänsä tietoa systemaattisesti.
- Järjestelmät tukevat vaikuttavuustiedon tuottamista ja sen esiintuomista.
- Hyvinvointialueen on mahdollista hyödyntää asiakkaan itse keräämää dataa.
- Asiakas- ja potilastietoa käytetään yhdessä.
- Hyvinvointialueen johdolla on käytettävissään tietoon pohjautuva päivittyvä tilannekuva.
- Järjestelmät mahdollistavat kuntien ja hyvinvointialueen kustannusten ja hyvinvointivaikutusten yhteistarkastelun.
- Hyvinvointialueella on käytössä lapsibudjetoinnin välineet.
- Hyvinvointialueella on käytössä yksi yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä.
- Asiakkaan osallisuutta ja aktiivisuutta tukevat järjestelmät ovat aktiivisesti käytössä.
- Hyvinvointialue toteuttaa hankkimistaan järjestelmistä vaikuttavuusarvioinnit.
- Hyvinvointialue seuraa oman toiminnan ja yksityisen sosiaali- ja terveystalvelun kustannusvaikuttavuutta.
- Kustannusvaikuttavuusajattelu ja kustannustietoisuus läpi leikkaa koko henkilöstön.

- Hyvinvointialueen organisaatio pystyy mukautumaan äkillisissä kriisitilanteissa.
- Lainsäädännön velvoitteita tarkastellaan osana taloutta ja riskienhallintaa.
- Vaikuttavuus huomioidaan hyvinvointialueen talousarvion valmistelussa.
- Hyvinvointialue hyödyntää Business intelligence (BI) – ratkaisuja skenaariotyöskentelyssä.
- Hyvinvointialue toteuttaa vaikuttavuusperustaista budjetointia.
- Vaikuttavuus on huomioitu talouden tasapainottamiseen tähtäävissä ohjelmissa.
- Investoinneista toteutetaan vaikuttavuuden arviointi myös jälkikäteen.
- Organisaatorakenne mahdollista palvelujen vaikuttavuuden edistämisen.
- Hyvinvointialueen riskienhallinta on organisoitu

LIITE 7

Tutkimuksen kohteena olleiden hyvinvointialueiden taustatekijät.

	Etelä-Pohjanmaa	Kanta-Häme	Keski-Suomi
Väestö 31.12.2021	191 762	170 213	272 683
Väestöennuste vuoteen 2040	laskeva	laskeva	laskeva
0–17 - vuotiaiden osuus	19,7 %	18 %	18,6 %
75-vuotta täyttäneiden osuus	12 %	11,9 %	10,8 %
Ennuste 75-vuotta täyttäneiden osuudesta 2030	16,9 %	16,9 %	14,9 %
Työttömien osuus työvoimasta	7,5 %	10,4 %	13,2 %
Pitkäaikaistyöttömien osuus työvoimasta	1,7 %	3,6 %	4,9 %
Nuorisotyöttömien osuus työvoimasta	10,7 %	14,2 %	19,2 %
Yhden vanhemman perheiden osuus lapsiperheistä	20,1 %	24 %	22,9 %
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneiden lapsiperheiden osuus	1,3 %	2,7 %	2,7 %
THL:n sairastavuusindeksi (ikävakioimaton)	118,1	99,8	110,5
PYLL / 100 000 asukasta	5323	5998	5532
Työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus 16–64 - vuotiasta	7,1 %	6,1 %	6,0 %
Sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaiset nettomenot vuonna 2020	3865 €	3497 €	3450 €
Nettomenot suhteessa maan keskiarvoon	11 % suuremmat	Yhtä suuret	1 % pienemmät
Palvelutarve* suhteessa maan keskiarvoon	14 % suurempi	4 % suurempi	2 % pienempi
Palvelutarpeeseen* suhteutetut sote-menot verrattuna maan keskiarvoon	3 % pienemmät	4 % pienemmät	1 % suuremmat
Hyvinvointialueen asukaskohtainen kokonaisrahoitus vuodelle 2023	4421 €	4099 €	4036 €

*) tarvetekijöinä huomioitu väestön ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema

LIITE 8

Talousarvion laadintaa koskeva tarkempi sisällöllinen analyysi

Talousarvion laadinnan olosuhdetekijöiden tarkempi sisällöllinen tarkastelu.

Luokka	Koodit	Sisältö
olosuhteet	aikataulu	<ul style="list-style-type: none">- kiireen kokemus- epälooginen etenemisjärjestys
	henkilöresurssit	<ul style="list-style-type: none">- resurssien riittämättömyys- valmistelun keskittyminen samoille henkilöille
	osaaminen	<ul style="list-style-type: none">- talousosaaminen korostui- substanssin osallistuminen vähäistä
	organisaatio	<ul style="list-style-type: none">- organisaatiomallia luotiin samaan aikaan- johtavien viranhaltijoiden rekrytoinnit kesken

Tietopohjaa koskevien tekijöiden tarkempi sisällöllinen tarkastelu.

Luokka	Koodit	Sisältö
tietopohja	heterogeenisuus	<ul style="list-style-type: none">- budjetoinnin tavat erilaisia- muutostarpeet huomioitu eri tavoin- lähtöorganisaatioiden tarpeet erilaisia- järjestelmäerot ja niiden mahdollistamat asiat- ilmoittamistavat poikkesivat toisistaan- budjetoinnin pohjana olleet rakenteet erilaisia
	lähtötieto	<ul style="list-style-type: none">- perustui kuntien toimittamaan tietoon- tieto siirtyvästä toiminnasta- kustannustiedot- tiedot henkilöstöstä, irtaimistosta ja tiloista- siirtyvät sopimukset- palvelutarvetietoa- ei vaikuttavuustietoa

	<ul style="list-style-type: none"> - kunnilta kysytyt tarkennukset - julkiset tilastotiedot - lainsäädäntömuutokset - tieto korko- ja palkkatason kehityksestä - kokonaiskuvan puuttuminen - kuntien lisätalousarviot ei mukana
puutteet	<ul style="list-style-type: none"> - epäilyt kuntien alibudjetoinnista - kustannuksia, jotka jääneet talousarvion ulkopuolelle - tietoa kaikista palveluista ei ollut
tulkinta	<ul style="list-style-type: none"> - vaikeuksia tunnistaa miten kokonaissumma todellisuudessa jakautuu toimintoihin - kuntien käyttötaloussuunnitelmat vaikeaselkoisia - lähtötietojen tarkkuudessa eroja - COVID-19 – pandemian vaikutusten erottaminen vaikeaa - ostopalvelujen kustannuskehityksen ennakointi - kohdetumattomia eriä joiden sisällöstä ei tietoa - ei ollut aikaa käydä kaikkea yksityiskohtaisesti läpi - piti luottaa saatuihin vastauksiin
virheet	<ul style="list-style-type: none"> - määrärahoja kohdennettu väärille kustannuspaikoille ja väriin toimintoihin - suuria heittoja luvuissa - paljon korjaus- ja tarkennustyötä tehty - ali- ja ylibudjetoitua korjattu - talousarvio ei anna oikeaa kuvaa - kuntien lisätalousarviot ei mukana talousarviovalmistelussa

Toteutusta kuvaavien koodien tarkempi sisällöllinen analyysi.

Luokka	Koodit	Sisältö
toteutus	yhdistäminen	<ul style="list-style-type: none"> - lähtöorganisaatioiden budjetit laitettiin yhteen - mekaaninen yhdistäminen - tuotti kokonaissumman - siirtymäkauden ratkaisu
	rakenne	<ul style="list-style-type: none"> - ei valmista pohjarakennetta mitä hyödyntää - tehtiin luovuttavien organisaatioiden rakenteiden pohjalta - luotiin kokonaan uusi rakenne samalla - ei täsmää toiminnan mittareihin
	sopeuttaminen	<ul style="list-style-type: none"> - lopputulos alijäämäinen - kulujen karsiminen - useita hiomiskierroksia - keinotekoinen juustohöylällä leikkaaminen - toimintojen mukauttaminen käytettävissä olevaan rahoitukseen - tehostamistavoitteet tukemaan rahoituksen riittävyttä - ylityspaine - oman toiminnan suosiminen kustannuskasvun hillitsemiseksi

prosessi	<ul style="list-style-type: none"> - ei erityistä syytä miksi toteutettiin näin - pitkä, poikkeuksellinen ja hajanainen prosessi - ei-optimaalinen toimintatapa - puutteelliset järjestelmät
----------	--

LIITE 9

Kustannustietoa käsittelevä tarkempi sisällöllinen analyysi.

Tarvittavaa kustannustietoa tarkemmin kuvaava sisältöanalyysi.

Luokka	Koodit	Sisältö
tarvittava tieto	asiakaskohtainen tieto	- näkyvyys asiakaskohtaisiin kustannuksiin
	palvelujen kustannukset	- yksityiskohtainen tieto eri palvelujen kustannusrakenteesta
	oman toiminnan kustannukset	- työn kustannukset - tilakustannukset
	ostopalvelut	- vertaaminen oman toiminnan kustannuksiin

Kustannustiedon hyödyntämistä kuvaava tarkempi sisältöanalyysi.

Luokka	Koodit	Sisältö
hyödyntäminen	kokonaiskuva	- näkymä palvelujen todellisiin resursseihin - kokonaisuuden hahmotus - 2023 toteuman tarkentaminen
	muutokset	- virheiden korjaaminen - muutostalousarvion tekeminen
	tasapaino	- tuottavuusohjelman tavoitteiden realistisuus - mahdollisuus löytää tehokkaimmat talouden tasapainoa edistävät toimet - pienilläkin summilla on merkitystä kokonaisuudessa - lainsäädännön velvoitteisiin vastaaminen - rahoitusmallin kanssa pärjääminen

Kustannustiedon hyödyntämistä estävien tekijöiden tarkempi sisällöllinen analyysi.

Luokka	Koodit	Sisältö
esteet	järjestelmät ja prosessit	<ul style="list-style-type: none"> - eivät toimi vielä kunnolla - tuottavat virheellistä tietoa - osa järjestelmistä vasta tulossa - teknisiä ongelmia - järjestelmät vaativat muokkausta - prosessien luonti kesken - ostolaskujen kierto ei toimi - pohjatieto ei ajantasalla - integrointiongelmia
	raportointi	<ul style="list-style-type: none"> - talousraportointi puutteellista - ennusteita ei ole - raporttien tieto ei ollut luotettavaa - paljon epävarmuutta - henkilöstökulujen osalta toimii parhaiten - tiedot ei ajantasalla
	resurssit	<ul style="list-style-type: none"> - vaatii aikaa ja panostuksia saada kuntoon - tarvitaan laskentaosaamista - keskitettyjen tukipalvelujen saataavuusongelmat
	seuranta	<ul style="list-style-type: none"> - konsernipalvelujen budjetointi vaikeaa - seurannan rakennetta on tarve muuttaa - kustannuspaikkarakenne ei vastaa toimintaa - kustannukset ohjautuu vielä väärin - sisäisten erien käsittelyä ei vielä ole ratkaistu - puutteelliset seurantakoodit - rahavirtojen ohjautumista selvitettävää vielä
	virheet	<ul style="list-style-type: none"> - kustannuspaikkakohtainen tieto virheellistä - rahoja hukassa - alkuvuosi mennyt virheiden etsimiseen ja selvittämiseen - käytössä olevaan dataan ei voi luottaa - ostolaskut sekaisin - talousarviossa ei kaikkia kustannuksia

LIITE 10

Vaikuttavuustietoa koskeva tarkempi sisällöllinen analyysi

Tarvittavaa vaikuttavuustietoa koskevat tarkempi sisällöllinen analyysi.

Luokka	Koodit	Sisältö
tarvittava tieto	asiakaskohtainen tieto	<ul style="list-style-type: none">- <i>kaikista asiakkaan käyttämistä palveluista yli toimialarajojen</i>- <i>RAI:n potentiaali</i>- <i>intervention vaikutukset palvelutarpeeseen</i>- <i>hyötyvien asiakkaiden tunnistaminen</i>- <i>paljon palveluita käyttävien auttaminen</i>
	asiakaskokemus	<ul style="list-style-type: none">- <i>keskeinen onnistumisen mittari</i>- <i>tieto kaikkien saatavilla</i>- <i>yhteinen mittari tulossa</i>- <i>ei kerro palvelun tai hoidon toimivuudesta</i>
	palvelujen kokonaisuus	<ul style="list-style-type: none">- <i>palvelujen rajapintojen ymmärtäminen</i>- <i>tieto asiakkaan ohjautumisesta oikeisiin palveluihin</i>- <i>tieto hoitoon palaamisesta</i>- <i>palvelujen käyttö</i>- <i>systeeminen tarkastelu</i>- <i>palvelurakenteen muuttuminen</i>

Vaikuttavuustiedon hyödyntämistä koskeva tarkempi sisällöllinen analyysi

Luokka	Koodit	Sisältö
--------	--------	---------

hyödyntäminen	resurssien allokointi	<ul style="list-style-type: none"> - resurssien ohjaaminen vaikuttavimpiin palveluihin - vaikuttamattomista toimista luopuminen - palvelurakenteen muuttaminen - julkisen sektorin palveluvalikoiman tarkastelu
	tavoitteet	<ul style="list-style-type: none"> - yhteisesti sovittu strategiassa - onnistumisen mittaaminen - sekä yksilö- että väestötaso - läpi organisaation
	uudet toimintatavat	<ul style="list-style-type: none"> - tavoitteiden mukainen tekeminen - toiminnan suuntaaminen sinne mistä hyötyä näyttöön perustuvat menetelmät käyttöön - yhtenäiset käytännöt - ennaltaehkäisevään työhön panostus - alkuinvestointien perustelu - asiakkaiden ohjautuminen muuttuu

Vaikuttavuustiedon hyödyntämisen esteitä koskeva sisällöllinen analyysi

Luokka	Koodit	Sisältö
esteet	käsitteen määrittely	<ul style="list-style-type: none"> - monta määritelmää, käsite ymmärretään eri tavoin - lisäarvo asiakkaalle yhdistää - moniulotteinen - tiedon puute - sekoittuu tuottavuuteen - yksilö- vai järjestelmätason vaikuttavuus - ilmiön systeemisyys - kokonaisuuden huomioiminen - aikajänne
	järjestelmät	<ul style="list-style-type: none"> - tietojohdamisen välineet vasta rakentumassa - tiedon saaminen työstä - useita asiakas- ja potilastietojärjestelmiä - ei mahdollisuutta saada asiakaskohtaista tietoa - käyttöliittymät hankalia - paljon manuaalista työtä - järjestelmä ei pakota kirjaamaan oikein
	lainsäädäntö ja rahoitus	<ul style="list-style-type: none"> - rahoitusmalli ei kannusta vaikuttavuuteen - ohjataan tuottavuuteen ei vaikuttavuuteen - rahoitusmalli ei ohjaa pitkäjänteiseen kehittämistyöhön - ovatko kaikki lakisääteiset palvelut vaikuttavia - palvelut lisääntyvät, vanhoista ei luovuta - lain asettamien velvoitteiden ja rahoituksen välinen epäsuhta - lakien vaikutus toisiinsa vaikuttavuuden näkökulmasta
	mittaaminen	<ul style="list-style-type: none"> - mitataanko oikeita asioita - operationalisoinnin vaikeus - olemassa olevien mittareiden soveltuvuus - mittaamisen vähyyys - mitataan eritasoisia asioita - tahtoa on - millä aikajänteellä vaikutuksia pitäisi arvioida

	<ul style="list-style-type: none"> - mittareiden toimivuus - usein liian monimutkaista
prosessit	<ul style="list-style-type: none"> - systemaattisuuden puute - yhtenäistämisen tarve - työnjakokysymykset - tieto täytyisi saada tulkittavaan muotoon - yhteisen pohdinnan mahdollistaminen - kirjaamiskäytännöt - käytännöt pitää luoda alusta alkaen
tiedon laatu ja määrä	<ul style="list-style-type: none"> - ajantasaisuuden puute - tiedon vähäinen määrä - tutkimustietoa on saatavilla - tieto ei välttämättä luotettavaa - kirjaamisen puutteet - tiedon saaminen kaikkien näkyville - systeemisyden huomioiminen - ostopalveluista saatu tieto vähäistä
tiedon käyttökelpoisuus	<ul style="list-style-type: none"> - tarvittavaa tietoa ei ole vielä yhteisesti määritelty - tietoa pitäisi olla saatavilla helposti - tilaisuus tarkastella tietoa usein - tieto myös kentälle - olemassa olevaa tietoa vaikea hyödyntää - ei aikaa tiedon hakuun ja työstämiseen - julkinen data pitäisi hyödyntää paremmin - vertailukelpoisuus - RAI-datan hyödyntäminen - tiedon laadun puutteet heikentävät hyödynnettävyyttä - osa datasta maksullista - raportointia ei vielä ole