

Maria Vaalavuo
Unto Häkkinen
Sami Fredriksson

Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen

RAPORTTI



RAPORTTI 24/2013

Maria Vaalavuo, Unto Häkkinen ja Sami Fredriksson

**Sosiaali- ja terveydenhuollon
tarvetekijät ja
valtionosuusjärjestelmän
uudistaminen**



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-074-0 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-302- 075-7 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-075-7>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere, 2014



Lukijalle

Valtionosuuskriteerien perusteella lasketaan, kuinka paljon yksittäinen kunta saa valtiolta rahaa peruspalveluidensa järjestämiseen. Valtionosuusjärjestelmän uudistaminen on kirjattu pääministeri Kataisen hallitusohjelmassa yhdeksi tavoitteeksi kunta- ja sote-uudistuksen yhteydessä: päämääränä on yksinkertaistaa ja selkeyttää nykyjärjestelmää sekä lisätä sen kannustavuutta. Nykyinen järjestelmä on sosiaali- ja terveydenhuollon osalta huono, sillä käytetyt kriteerit valtionosuuksien määrän laskemisessa eivät vastaa kunnittaisia eroja palveluiden tarpeessa eivätkä ne näin ollen edistä kansalaisten yhtäläistä mahdollisuutta käyttää julkisia palveluita eri puolella Suomea.

Valtiovarainministeriö (VM) pyysi vuoden 2012 lopussa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Terveys- ja sosiaalitalouden yksikköä (CHESS) laatimaan tutkimukseen perustuvan ehdotuksen uusiksi sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuskriteereiksi. Ehdotuksessa pyrittiin ottamaan huomioon hallituksen esittämät uudistamisperiaatteet sekä kunnittaiset erot tosiasiallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksissa.

Tässä raportissa esitellään ehdotus valtionosuuksien laskentakriteereiksi sosiaali- ja terveydenhuollon osalta sekä ehdotuksen taustalla olevan tutkimuksen tutkimusasetelma. Vanhoja kriteereitä on parannettu ennen kaikkea sairastavuuden mittarin osalta. Tarkemman sairastavuusmittarin käyttöönotto olisi huomattava parannus järjestelmässä, vaikka pidemmällä tähtäimellä valtionosuusjärjestelmä kaipaisi myös periaattellisia muutoksia.

Näistä lähtökohdista käsin esitellään vaihtoehtoisia kriteereitä sekä tarvetekijöitä, jotka selittävät sosiaali- ja terveystalouden käyttöä Suomessa. Suositeltu malli (malli 1) pitää iän ja sairastavuustekijöiden lisäksi sisällään sosioekonomisia tekijöitä. Raportissa on esitelty myös pelkistetympi malli (malli 2), joka on kompromissi yksinkertaisuuden tavoittelun ja tarve-erojen kattavuuden välillä. Tutkimuksen näkökulmasta nähtiin tarpeelliseksi tuoda esille mallien puutteita ja ratkaisuehdotuksia valtionosuusjärjestelmän parantamiseksi yleensä.

Lisäksi tässä raportissa on tavoitteena avata keskustelua valtionosuusjärjestelmän periaatteista ylipäättään ja pohtia, miten järjestelmää tulisi kehittää ja mitä tavoitteita valtionosuusjärjestelmälle tulisi tai voisi asettaa. Perusteellisempi järjestelmän uudistus pyrki valtionosuuksien avulla oikeudenmukaisuuden edistämiseen sosiaali- ja terveyssektorilla ja tukisi toimialan strategisia tavoitteita. Meneillään olevassa uudistuspyrkimyksessä tyydyttiin lähinnä tarkentamaan tarvetekijöitä, vaikka huomattaviin uudistuksiin olisi tarve toimivamman sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin luomiseksi.

Raportin lopussa esittelemme parannusehdotuksia valtionosuusjärjestelmän muotoon laajemmin. Järjestelmä voitaisiin esimerkiksi luoda joustavammaksi niin, että terveys-, vanhus- ja sosiaalikomponentin keskinäisiä painotuksia voitaisiin muuttaa

tulevaisuuden haasteiden mukaisesti. Tällöin järjestelmä tukisi myös toimialan strategista ohjausta: voimavaroja suunnattaisiin enemmän milloin vanhuspalveluiden kehittämiseen, milloin nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseen. Tarkistuksia voitaisiin tehdä sen mukaan, miten lainsäädännön tai hallitusohjelman muutokset vaativat voimavarojen ohjaamista uusiin kohteisiin. Tällainen järjestelmä vastaisi joustavasti ympäristön muutoksiin.

Hallitus on asettanut taloudelliset säästövaikutukset yhdeksi uudistuksen tavoitteeksi, vaikka kuntatalouden ja kuntalaisten hyvinvoinnin kannalta olisi tärkeämpää keskittyä toiminnan kustannusvaikuttavuuteen. Tämä ei ohjaisi kuntia ainoastaan säästämään, vaan löytämään myös tehokkaita ja laadukkaita toimintatapoja kuntalaisten terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. Samalla järjestelmä voisi kannustaa ongelmien ennaltaehkäisyyn ja sosiaalisesti kestävään kehitykseen.

Valtionosuusjärjestelmä voisi edistää vaikuttavampaa toimintaa taloudellisten kannustimien avulla, kun tarpeiden lisäksi seurattaisiin kunnan suoriutumista sosiaali- ja terveystalouden järjestämisessä. Mittareina voisi toimia esimerkiksi palveluiden saatavuus, estettävissä olevien hoitajaksojen määrä ja ennen aikasten kuolemien määrä. Tutkimustyön hyödyntäminen tässä kehittämissuunnitelmassa olisi välttämätöntä luotettavien sosiaali- ja terveystalouden suoriutumiskyvyn ja laadun mittareiden luomiseksi.

Järjestelmää uudistettaessa oikeudenmukaisuus tulisi ottaa huomioon niin kuntien kuin väestöryhmienkin välillä. Tarvitaan kuitenkin visio siitä, miten yhteiskunnallisia päämääriä voitaisiin tukea monipuolisemmin valtionosuusjärjestelmän avulla eikä supistaa sen funktiota vain tulonsiirron välineeksi. Mahdollisuuksia hyvien käytäntöjen palkitsemiseen ja vaikuttavuuden parantamiseen ei ole toistaiseksi harvinaista, mutta keskustelu näistä teemoista olisi pitkällä tähtäimellä kannattavaa.

Toivomme tämän raportin osaltaan edistävän hienojakoisempaa keskustelua valtionosuusjärjestelmän luonteesta ja mahdollisuuksista tulevaisuutta silmällä pitäen.

Helsingissä 11.12.2013,
Maria Vaalavuo ja Unto Häkkinen

Tiivistelmä

Maria Vaalavuo, Unto Häkkinen, Sami Fredriksson. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 24/2013. 54 sivua. Helsinki 2013.
ISBN 978-952-302-074-0 (painettu); ISBN 978-952-302-075-7 (verkkojulkaisu)

Raportissa esitellään ehdotus uusiksi sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien määräytymistä koskeviksi kriteereiksi, joiden perusteella kuntakohtaiset valtionosuudet voidaan käytännössä laskea. Lisäksi esitellään pelkistetympi harvempiin tekijöihin perustuva malli.

Raportissa analysoidaan lisäksi tarkemmin eri palveluiden käyttöön vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää yleisemminkin alueittaisiin tarveeroihin perustuvissa tarkasteluissa kuten terveyden- ja sosiaalihuollon tarvevakioitujen menojen laskemisessa. Samoin tulokset soveltuvat käytettäväksi kapitaatioon perustuvissa rahoitusmekanismeissa, esimerkiksi kuntien maksuosuuksia laskettaessa ehdotetuilla sote-alueilla.

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa analysoitiin, mitkä yksilötason tekijät vaikuttavat terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palveluiden käyttöön ja siitä johtuviin kustannuksiin. Näistä tekijöistä valittiin tilastollisesti merkitsevimmät ja ne, jotka samalla muilta ominaisuuksiltaan sopivat valtionosuuskriteereiksi. Regressiomallien pohjalta näille tekijöille laskettiin painotettu kerroin, joka suhteutui tekijän vaikutuksen suuruuteen sekä sen yleisyyteen aineistossa. Tutkimuksen toisessa vaiheessa näiden painotettujen kertoimien avulla laskettiin jokaiselle kunnalle tarvekerroin, jota voidaan käyttää valtionosuuksien määrittämiseen.

Aineistona käytettiin eri yksilötason rekistereistä koottua laajaa aineistoa, joka terveyden- ja vanhustenhuollon osalta kattoi 144 kuntaa ja sosiaalihuollon osalta pienempää aineistoa, joka pohjautui Helsingin sekä Päijät-Hämeen 12 kunnan rekisteritietoihin. Palveluiden käyttötiedot yhdistettiin CHESSin laskemiin yksikkökustannuksiin, joita tutkimuksessa pyrittiin selittämään mm. henkilön iällä, sukupuolella, sosioekonomisella taustalla ja sairastavuudella. Nämä tiedot saatiin Tilastokeskukselta ja Kansaneläkelaitokselta.

Tutkimustulokset osoittavat, että nykyisen mallin ikäpainotteiset kriteerit kuvaavat huonosti kustannusten jakautumista. Kriteereitä parantaa huomattavasti useiden sairauksien lisääminen malliin. Yksittäisten sairauksien lisäksi alle 55-vuotiaiden työkyvyttömyyseläke vaikuttaa huomattavasti terveyden- ja sosiaalihuollon kustannuksiin. Tulosten perusteella tietyt sosioekonomiset tekijät (kuten koulutustaso ja työmarkkina-asema sekä vanhustenhuollon kohdalla yksin asuminen) ovat tärkeitä palveluiden käyttöä kuvaavia tekijöitä, jotka tulisi ottaa huomioon valtionosuuksia määriteltäessä.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon tehokkaan ja oikeudenmukaisen toiminnan kannalta pelkät toteutuneeseen käyttöön perustuvat kriteerit eivät kuitenkaan riitä. Tämän takia raportissa ehdotetaan, että valtionosuusjärjestelmä koostuisi laskettujen kriteerien lisäksi vaikuttavuusosasta, jolla voitaisiin ohjata kuntien palvelutoimintaa yhteiskuntapoliittisten tavoitteiden mukaisesti. Lisäksi ehdotetaan, että raportissa laskettuja kriteerejä voitaisiin käyttää joustavasti siten, että terveys-, vanhus- ja sosiaalikomponentin keskinäisiä painotuksia voitaisiin muuttaa tulevaisuuden haasteiden mukaisesti.

Avainsanat: palveluiden tarve, valtionosuusjärjestelmä, terveydenhuolto, vanhustenhuolto, sosiaalihuolto

Sammandrag

Maria Vaalavuo, Unto Häkkinen, Sami Fredriksson. Behovsfaktorerna inom social- och hälsovården och reformen av statsandelssystemet. Institutet för hälsa och välfärd. Rapport 24/2013. 54 sidor. Helsingfors 2013. ISBN 978-952-302-074-0 (tryckt); ISBN 978-952-302-075-7 (nätpublikation).

I rapporten presenteras förslag till nya kriterier för bestämmande av statsandelar för social- och hälsovården, utifrån vilka de kommunspecifika statsandelarna kan beräknas i praktiken. Dessutom presenteras förslag till en förenklad modell.

Rapporten omfattar också en detaljerad analys av de olika faktorerna som påverkar användningen av servicen. Resultaten av studien kan även användas mer allmänt i granskningar som grundar sig på regionala skillnader i fråga om behoven, såsom vid beräkning av de behovsstandardiserade utgifterna inom social- och hälsovården. Resultaten kan med fördel användas i kapitationsbaserade finansieringsmekanismer, exempelvis vid beräkning av kommunernas finansieringsandel inom de social- och hälsovårdsområden som föreslås.

I studiens första fas analyserades vilka faktorer på individnivå som påverkar användningen av hälsovård, äldreomsorg och socialvård samt vilka kostnader som dessa föranleder. Bland faktorerna valdes ut de statistiskt sett viktigaste och de som samtidigt var lämpliga som statsandelskriterier. Med hjälp av regressionsmodeller beräknades en vägd koefficient för var och en av dessa faktorer, som ställdes i relation till faktorns inverkan och hur ofta den förekom i materialet. I studiens andra fas beräknades utifrån dessa vägda koefficienter en behovskoefficient för varje kommun, som kan användas till att bestämma statsandelarna.

Materialet som användes var samlat ur olika register på individnivå, som i fråga om hälsovård och äldreomsorg omfattade 144 kommuner. För socialvårdens del var materialet mindre och grundat på registerdata från Helsingfors och tolv kommuner i Päijänne-Tavastland. Uppgifterna om användningen av servicen kombinerades med de enhetskostnader beräknade av CHES, som man i studien strävade efter att förklara med bl.a. en persons ålder, kön, socioekonomiska status och sjukfrekvens. Dessa uppgifter fick man från Statistikcentralen och Folkpensionsanstalten.

Resultaten visar att de åldersbetonade kriterierna i den nuvarande modellen inte är lämpliga för att beskriva fördelningen av kostnaderna. Kriterierna blir betydligt bättre om flera sjukdomar läggs till modellen. Utöver enskilda sjukdomar har också invalidpensionen för personer under 55 år en avsevärd inverkan på kostnaderna för hälso- och socialvården. Utifrån resultaten är vissa socioekonomiska faktorer (såsom utbildning och ställning på arbetsmarknaden samt med tanke på äldreomsorgen ensamboende) viktiga faktorer som beskriver användningen av servicen och borde beaktas när man bestämmer statsandelarna.

För en effektiv och rättvis verksamhet inom den kommunala social- och hälsovården räcker det ändå inte med enbart kriterier som grundar sig på den realiserade användningen. Därför föreslås i rapporten att statsandelssystemet utöver de beräknade kriterierna också ska bestå av en komponent som är baserad på effektiviteten, som kan användas till att styra kommunernas serviceverksamhet enligt de samhälls-politiska målen. Ytterligare föreslås att de i rapporten beräknade kriterierna ska användas flexibelt så att de interna prioriteringarna av hälsovårds-, äldreomsorgs- och socialvårdskomponenten kan ändras enligt utmaningarna i framtiden.

Nyckelord: servicebehov, statsandelar, hälsovård, äldreomsorg, socialvård

Abstract

Maria Vaalavuo, Unto Häkkinen, Sami Fredriksson. Social welfare and health care needs, and reform of the state subsidy system. National Institute for Health and Welfare. Report 24/2013. 54 pages. Helsinki 2013. ISBN 978-952-302-074-0 (printed); ISBN 978-952-302-075-7 (online publication).

The report presents a proposal for new criteria to determine state subsidies for social welfare and health care, consequently enabling the calculation of state subsidies for each municipality. Moreover, a simple model based on fewer factors is presented.

The report also analyses in more detail factors that affect the use of various services. Results of the study can be applied more generally in studying regional differences in needs concerning, for example, the calculation of average health care and social welfare costs. The same results can be applied to financing mechanisms based on capitation, for example in the calculation of municipalities' shares of the expenses payable by the proposed joint social welfare and health care authorities.

The first stage of the study analysed which individual factors correlate with the use of health care, elderly care and social welfare services and their costs. The statistically most significant ones were chosen, as were those that fulfilled other criteria in terms of state subsidies. Regression models were applied in calculating a weighted coefficient for these factors, reflecting the extent of the coefficient's effect and frequency in the material. The second stage of the study used the weighted coefficients to calculate a coefficient for each municipality's needs that can be used to determine the amount of state subsidy it will receive.

The material consisted of various registers concerning individuals, comprising 144 municipalities in terms of health care and elderly care, and a smaller data set comprising 12 municipalities in the Helsinki and Päijät-Häme regions in terms of social welfare. Data on the use of services was combined with the unit costs calculated by CHESS. The unit costs were explained in terms of age, gender, socio-economic background and morbidity. This data was obtained from Statistics Finland and the Social Insurance Institution (Kela).

The results indicate that the criteria used in the existing model do not correlate well with the distribution of costs. The criteria must be improved radically to enable the inclusion of multiple diseases. In addition to individual diseases, another factor that has a major effect on health care and social welfare costs can be attributed to disability pensioners under the age of 55. Judging by the results, socio-economic factors (such as education level and labour market position and, in terms of elderly care, living alone) are important factors that determine service use and which should be taken into consideration when calculating state subsidies to municipalities.

But in order to ensure efficient and equitable operation of municipalities' social welfare and health care services, criteria based purely on the realised use of services are insufficient. That is why the report suggests that the state subsidy system should consist not only of calculated criteria but also of an effectiveness component designed to steer services provided by municipalities in accordance with socio-political objectives. The report also suggests that the criteria calculated could be used flexibly to enable the adjustment of weightings for health care, elderly care and the social component on the basis of future challenges.

Keywords: service needs, state subsidies, health care, elderly care, social welfare

Sisällys

Lukijalle	3
Tiivistelmä	5
Sammandrag	7
Abstract	9
Johdanto	13
Lähtökohdat valtionosuusjärjestelmän uudistamiselle ja tavoitteet	13
Nykyinen järjestelmä ja sen arviointia	14
Tulosten käyttö sote- ja kuntauudistuksessa	16
Raportin tieteellinen ja poliittinen anti	17
Raportin sisältö	17
Tutkimusasetelma	19
Palveluiden käytön mekanismi	19
Riskivakioinnin periaatteet ja toteutus	20
Valtionosuuskriteerit suomalaisessa tutkimuksessa	22
Vertailua muihin maihin	22
Tutkimuksen toteutus	24
Vaatimukset valtionosuuskriteereille	24
Tutkimusaineistot	26
Lähtökohdan rajoitteet	27
Tutkimuksen eettisyys	28
Tutkimuksen empiiriset analyysit	30
Tilastollista kuvailua palveluiden käytöstä ja kustannuksista	30
Terveystenhuollon kustannukset ikäryhmittäin	31
Vanhustenhuollon kustannukset ikäryhmittäin	32
Sosiaalihuollon kustannukset ikäryhmittäin	33
Valtionosuus- ja tarvekertoimien laadinta	35
Regressiomallien tulokset ja tulosten analysointia	35
Kunnittaiset tarvekertoimet	43
Terveys- ja vanhuspalveluiden käyttö Suomessa	45
Tarkemmat regressioanalyysit useammilla selittävillä muuttujilla	45
Ehdotuksia sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kehittämiseksi	49
Valtionosuusjärjestelmästä vaikuttavampi yhteiskuntapolitiikan väline	49
Monikanavarahoitus	49
Normatiiviset korjaukset järjestelmässä	50
Vaikuttavuus ja palkitseminen	50
Palvelualakohtaiset painotukset	52
VOS-kertoimien tarkistaminen	52
Lähteet	53

Johdanto

Lähtökohdat valtionosuusjärjestelmän uudistamiselle ja tavoitteet

Valtionosuusjärjestelmän tavoitteena on taata kuntien kyky järjestää lakisääteiset peruspalvelut kuntalaisille kaikkialla Suomessa. Järjestelmä tasaa kuntien välisiä menoeroja, jotka syntyvät eroista kuntien tulopohjassa, kustannusrakenteessa ja palvelutarpeessa. Valtionosuuskriteerien perusteella lasketaan, kuinka paljon yksittäinen kunta saa valtiolta rahaa peruspalveluidensa järjestämiseen.

Vuonna 2013 valtionosuudet kattoivat 30,96 prosenttia peruspalveluiden kustannuksista. Tämä on laskenut hieman edellisen vuoden 31,42 prosentista. Kunnan omavastuuosuus on 3136,92 euroa kuntalaista kohden. Valtionosuuksien merkittävyyden suhteen on kuntien välillä merkittäviä eroja. Yhdessä ääripäässä on Espoo, joka saa tuloistaan kaksi prosenttia valtionosuutena ja toisessa ääripäässä Ranua 60 prosentin osuudella.

Pääministeri Kataisen hallitusohjelmaan on kirjattu tavoite kehittää valtionosuusjärjestelmää yksinkertaisemmaksi ja selkeämmäksi osana kuntarakenneuudistusta. Hallinnon ja aluekehityksen ministerityöryhmä (HALKE) vahvisti 3. toukokuuta 2013 Valtionosuusuudistus 2015 –hankkeen pääperiaatteet jatkotyön pohjaksi (VM-tiedote 63/2013).

Nykyistä valtionosuusjärjestelmää on pidetty monimutkaisena ja vanhanaikaisena. Valtionosuus määräytyy noin 50 osittain päällekkäisen laskentatekijän perusteella. Uudistuksessa laskentatekijöiden määrää on tarkoitus vähentää noin kymmeneen ja samalla yhtenäistää ikärakennetta eri sektoreiden välillä (VM-tiedote 18/2013). Vahvistettujen pääperiaatteiden myötä uudesta järjestelmästä on tarkoitus luoda kannustava ja selkeä. Tavoitteena on lisäksi esteettömyys kuntaliitoksille. Perusteiden uudistamisessa tarkastellaan mm. kriteerien läpinäkyvyyttä, lukumäärää, päällekkäisyyksiä, korvaustarpeita, ajanmukaisuutta ja soveltuvuutta kuntarakenteen ja palvelutarpeiden muutoksessa (Kuntaliitto 2012). Väestön ikärakenne ja sairastavuus ovat jatkossakin valtionosuuksien perusteena, mutta näidenkin kriteerien tarkkaa sisältöä on tarkoitus päivittää. Uuden lakiuudistuksen on määrä tulla voimaan vuonna 2015.

Hankkeen ensisijaisena tavoitteena oli laatia ehdotus uusiksi sosiaali- ja terveyspalveluiden valtionosuuden määräytymistä koskeviksi kriteereiksi, joiden perusteella valtionosuudet voidaan käytännössä laskea. Tämän lisäksi kehitettiin yksittäisiä palveluita koskevat tarvekertoimet, joiden avulla voidaan arvioida palveluiden kustannusten ja käytön alueellisia eroja ja niiden kehitystä. Näitä voidaan hyödyntää myös kohdennettaessa valtionosuuksia vastaamaan lainsäädännöllisiä uudistuksia.

Luotettava tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon kuntakohtaisiin menoihin vaikuttavista tekijöistä edistää kuntien todellisuutta tarkemmin kuvastavan valtion-

osuusjärjestelmän kehittämistä. Lisäksi raportissa pohditaan, miten tutkimustuloksia voitaisiin käyttää hyväksi oikeudenmukaisemman ja tehokkaamman järjestelmän luomisessa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös laskettaessa, miten kunnat maksavat sosiaali- ja terveyspalveluista sote-alueelle sote-uudistuksen myötä.

Raportin päätavoitteet voidaan jakaa kahteen osaan:

- 1) Kehitetään valtionosuuksia varten sosiaali- ja terveydenhuollolle tarveindeksit. Tähän liittyen selvitetään ja lasketaan ikäryhmätekijöiden painot VM:n yhtenäistetyin ikäryhmäjaottelun mukaan. Samalla huomioidaan sairastavuustekijät ja sosioekonomisia tekijöitä. Tavoitteena on kehittää laskentaperuste, joka aikaisempaa paremmin ja monipuolisemmin kuvaa kuntien välisiä eroja palveluiden käytössä ja palvelutarpeessa. Tämä tavoite liittyy suoraan VM:n tehtävänantoon, eli tarvekriteerien määrittämiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa.
- 2) Analysoidaan valtionosuusjärjestelmän roolia oikeudenmukaisen ja kustannusvaikuttavan sosiaali- ja terveysjärjestelmän kehittämisessä. Tämä toinen raportin tavoite on tuoda esiin laajempi näkökulma valtionosuusjärjestelmän kehittämisessä.

Nykyinen järjestelmä ja sen arviointia

Kunnan peruspalvelujen valtionosuus on laskennallinen ja perustuu kunnan asukkaiden *arvioituun* palvelutarpeeseen ja palvelutoiminnan kustannuksiin vaikuttaviin olosuhdetekijöihin. Kyseessä ei siis ole kunnan todellinen sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuluva menoerä. Laskennallisuus on ollut voimassa vuodesta 1993 alkaen, mutta se perustuu tutkittuun tietoon vain löyhästi. Valtionosuusuudistuksessa järjestelmän pohjaksi on nyt haluttu vankka tutkimuksellinen pohja.

Valtionosuuden kokoon ei vaikuta, miten kunta palvelutoimintansa järjestää. Yksittäisen kunnan todellinen valtionosuus saadaan, kun kunnan laskennallisesta osuudesta vähennetään kunnan omarahoitusosuus, joka on asukasta kohti yhtä suuri euromäärältään kaikissa kunnissa (3136,92 euroa vuonna 2013).¹

Valtionosuusjärjestelmä koostuu tällä hetkellä kahdesta osasta: 1) kustannus- ja tarve-erojen tasauksesta ja 2) tulopohjan tasauksesta. Hallitus on pitänyt tätä perus-

¹ ”Järjestelmän pääpiireet” (VM):

http://www.vm.fi/vm/fi/15_kunta_asiat/01_kuntatalous/01_valtionosuudet/011_paapiirteet/index.jsp (viitattu 26.7.2013)

rakennetta kokonaisuutena toimivana, vaikka uudistuksessa alustavana linjauksena on jälkimmäisen osan painottaminen aiempaa voimakkaammin. Pääpaino säilyy kuitenkin edelleen kustannuserojen tasauksessa (VM 2013).

Viimeisin uudistus monimutkaisessa järjestelmässä tehtiin vuonna 2010 (HE 174/2009; Laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta 1704/2009), kun hallinnonalakohtaiset peruspalveluiden valtionosuudet yhdistettiin vuoden 2010 alusta valtionvarainministeriöön (nk. yhden putken valtionosuudet). Perinpohjaisia muutoksia ei ole kuitenkaan tehty muutamaan vuosikymmeneen, sillä taloudellisia muutoksia on joidenkin kuntien kohdalla pidetty kohtuuttomina. Samalla kritiikki järjestelmää kohtaan on kasvanut. Esimerkiksi sairastavuuden mittaria on pidetty yksipuolisena, sillä se ottaa huomioon ainoastaan työkyvyttömyyseläkkeellä olevien määrän (Turunen 2012). Myös aikaisemmat valtioinosuus-kriteereitä koskevat tutkimukset ovat osoittaneet kriteerin kuvaavan huonosti sairastavuutta (Häkkinen *ym.*, 2009).

Lisäksi nykyistä järjestelmää pidetään monimutkaisena; määräytymisperusteita on suuri määrä ja näiden kesken esiintyy päällekkäisyyttä. Kriteerien tarkoituksellisuutta ja kohdentuvuutta on myös syytä pohtia tarkemmin (VM 2013). Tällä hetkellä yli 80 prosenttia kuntien peruspalveluiden valtionosuuden laskennallisesta perusteesta määräytyy kunnan ikärakenteen mukaan (Kuntaliitto 2012). Vaikka kuntien tarjoamista palveluista suuri osa kohdistuu tietyille ikäryhmille, erityisesti lapsille/nuorille ja vanhuksille, olisi tähän kaavaan saatava lisää tarkkuutta etenkin väestön vanhentuessa ja huoltosuhteen heikentyessä. Lukuisat kansainväliset tutkimukset osoittavat, ettei ikä ole hyvä selittäjä palveluiden käytölle ja terveydenhuollon kustannuksille (esim. McNamara *ym.* 2013).

Tutkimuksissa on osoitettu, että kunnan väestöpohjan tulisi olla vähintään 20 000–50 000, jotta erikoissairaanhoidosta kunnan taloudelle koituva taloudellinen riski tasaantuisi kohtulliselle tasolle (Häkkinen *ym.*, 1994; Mikkola 2002). Tähän liittyen Osmo Soininvaara on nasevasti kirjoittanut blogissaan vuonna 2012: ”Ongelma ei ole valtionosuusriippuvuus vaan se, että valtionosuuksia on vaikea kohdistaa oikeudenmukaisesti pieniin kuntiin.” Soininvaara jatkaa: ”Vanhusvaltainen kunta on eräänlainen vanhainhoidon vakuutusyhtiö, joka saa valtiolta vakuutusmaksua vanhusten lukumäärän mukaan ja kantaa riskin vanhusten hoidon tarpeesta. Vakuutusmaksua kunta saa valtiolta 65–74-vuotiaasta noin 3000 euroa, 75–84-vuotiaasta noin 10 000 euroa ja 85 vuotta täyttäneestä noin 22 000 euroa. Arvo Ylppö -tyypin vanhus, joka elää satavuotiaaksi ja käyttää ainoana kunnallisena palveluna työväenopiston ranskankurssia, on kunnalle lottovoitto, kun taas 60-vuotiaana dementoitunut mutta laitoshoidossa 90-vuotiaaksi elävä on taloudellinen katastrofi” (Soininvaara, 2012).

Juuri tähän Soininvaaran kuvailemaan epäkohtaan pyritään puuttumaan tarkemmillä kriteereillä. Ainoastaan iän perusteella jaetut valtionosuudet eivät ota huomioon suuria eroja sairastavuudessa alueiden välillä ja sairastavuus lopulta ratkaisee, pärjääkö esimerkiksi vanhus kotona vai ei. Toisin sanoen: dementia on kallis hoidet-

tava, ei iäkäs henkilö itsessään. Vastaavasti vakavista psyykkisistä ongelmista kärsivä nuori tuottaa terveydenhuollossa suuremmat kustannukset kuin terve vanhus. Oikeudenmukaisempi valtionosuusjärjestelmä ottaa kunnittaiset erot näissä seikoissa huomioon ja takaa näin ollen tasapuolisemman pääsyn terveydenhuoltoon myös kunnassa, jossa sairaita asiakkaita on naapurikuntaa enemmän. Tarkempi kriteeristö tasaa kustannuksia paremmin kuntien välillä ja edistää kuntien yhtäläistä taloudellista selviytymistä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen velvoitteistaan.

Valtionosuusjärjestelmään kohdistunut kritiikki.

- Laskennan monimutkaisuus
- Määräytymisperusteiden suuri määrä
- Määräytymisperusteiden päällekkäisyys
- Käytettyjen kriteerien epätarkoituksenmukaisuus ja heikko kohdentuvuus
- Kuntaliitosneutraalisuuden puute
- Järjestelmän heikot kannustinvaikutukset
- Sairastavuuskriteerin yksipuolisuus

Tulosten käyttö sote- ja kuntauudistuksessa

Sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen on Suomessa kuntien vastuulla. Nykyinen hallitus on valmistelemassa kuntauudistusta ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutosta (ns. sote-uudistus), jotka voivat merkittävästi muuttaa nykyistä palveluiden järjestämistä ja tuottamista. Tämä ei vaikuta tässä raportissa esitettyjen tarvekriteerien paikkansapitävyyteen, mutta uudistuksella on vaikutusta siihen, miten valtionosuudet lopulta maassa jakautuvat. Jos palveluiden rahoitukseen tulee kuitenkin muutoksia, jotka vaihtelevat palvelun sisällä (esim. eri rahoitusmalli erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa), tulisi tarvekriteerit laskea eri palveluryhmille erikseen. Osaksi näin on jo tässä raportissa tehty.

Kun sote-uudistus tarkentuu, voidaan tämän raportin tuloksia käyttää hyväksi laskettaessa, miten maksuosuudet kapitaatioon perustuvassa rahoitusmekanismissa määräytyvät.

Raportin tieteellinen ja poliittinen anti

Tässä raportissa esitetyt tutkimustulokset ovat laajasti hyödynnettävissä sosiaali- ja terveysjärjestelmää kehitettäessä, sillä tulokset kertovat meille sosiaali- ja terveydenhuollon käytöstä ja käyttöön vaikuttavista tekijöistä monipuolisesti. Tutkimus kustannusten jakautumisesta eri väestöryhmien välillä on poliittisesti ja tieteellisesti tärkeää ei vain valtionosuusjärjestelmän kehittämisen kannalta, vaan yleisemmin sosiaali- ja terveyspolitiikan suunnittelun ja kehittämisen kannalta niin kansallisella kuin kuntatasollakin.

Valtionosuusjärjestelmän tulisi tukea sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallista strategista ohjausta sekä kannustaa kuntia hyvään toimintaan, joka voi tarkoittaa esimerkiksi terveysongelmien ehkäisyä tai kustannusvaikuttavuutta. Kriteerit on mahdollista luoda tulevaisuudessa sellaisiksi, että niitä painotetaan toimialan strategian tai poliittisten päätösten mukaisesti, oli sitten kyseessä terveyserojen kaventaminen tai lasten syrjäytymisen ehkäisy. Toistaiseksi tällaisia sisäänrakennettuja ohjauksen muotoja ei ole valtionosuusjärjestelmään luotu, mutta tällaisesta mahdollisuudesta olisi hyvä aloittaa keskustelu. Tarkemmat laadukkaaseen aineistoon perustuvat tarvekriteerit olisivat kuitenkin jo itsessään huomattava parannus nykyiseen valtionosuusjärjestelmään – sellaiset kriteerit esitellään tässä raportissa.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää yleisemminkin alueittaisiin tarveeroihin perustuvissa tarkasteluissa kuten terveyden- ja sosiaalihuollon tarvevakioitujen menojen laskemisessa. Samoin tulokset soveltuvat käytettäväksi ennakoivissa rahoitusmekanismeissa, jotka perustuvat väestön ominaisuuksiin, esimerkiksi kuntien maksuosuuksien laskemisessa ehdotetuilla sote-alueilla.

Valtionosuusjärjestelmään sopivien tarvekriteerien lisäksi raportissa esitellään saman aineiston perusteella tehtyjä lisäanalyysyjä, joissa on arvioitu muiden tekijöiden vaikutusta yksilötason kustannuksiin. Näissä analyyseissä on tavoiteltu mahdollisimman hyvää selitysmallia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksille ja mallia tekijöiden valintaan on otettu kansainvälisistä käytännöistä. Näiden analyysien tulokset kertovat tarkemmin siitä, mitkä tekijät vaikuttavat kuntien ja yksilöiden väliin kustannuseroihin ja myös siitä, miten kasvavia kustannuksia voitaisiin hillitä. Tuloksia voidaan lisäksi käyttää kunnallisessa taloushallinnossa helpottamaan ennakkoivaa ja tehokasta päätöksentekoa ja suunnittelua.

Raportin sisältö

Raportin seuraavassa luvussa esitellään tutkimuksen tutkimusasetelma. Siinä käydään lyhyesti läpi aiempaa tutkimuskirjallisuutta palveluiden käyttöön ja valtionosuuksiin liittyen niin Suomessa kuin muuallakin. Lisäksi luku esittelee tutkimuksen menetelmät ja aineistot sekä muita tutkimuksen toteuttamiseen liittyviä tekijöitä.

Kolmas luku keskittyy tutkimuksen empiirisiin analyyseihin. Se kuvailee ensin tilastollisesti palveluiden käyttöä ja kustannuksia Suomessa vuonna 2011 ja käy

sitten läpi, miten valtionosuuskriteerit on tutkimuksessa laadittu. Luku keskittyy kahteen vaihtoehtoiseen malliin, joiden perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuskriteerit voitaisiin määrittää ja vertailee näiden keskeisiä attribuutteja.

Tämän lisäksi luku esittelee laajempaa tutkimusta, jossa aineiston perusteella tehtiin kattavampia analyysejä palveluiden käytöstä ja käyttöön vaikuttavista tekijöistä. Näitä yksityiskohtaisempia analyysejä esitellään palvelualakohtaisesti kolmannen luvun lopussa.

Raportin viimeisessä luvussa pohditaan mahdollisuuksia valtionosuusjärjestelmän kehittämiseksi.

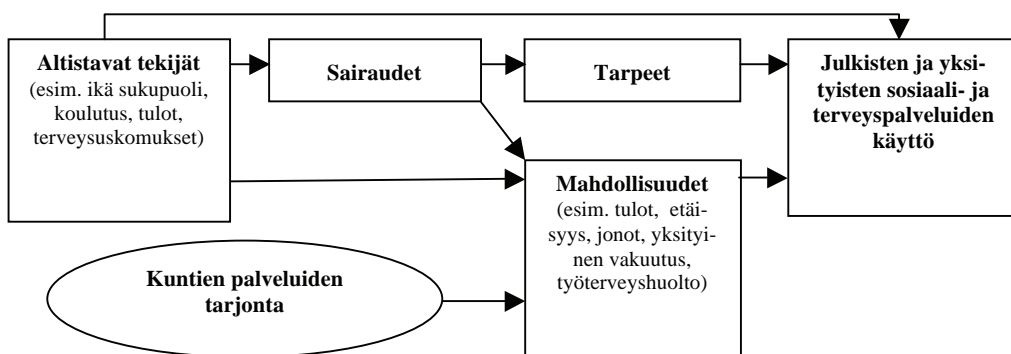
Tutkimusasetelma

Palveluiden käytön mekanismi

Palveluiden käyttöön vaikuttavat monimutkaiset mekanismit, jotka liittyvät niin yksilön ominaisuuksiin kuin laajempaan taloudelliseen, poliittiseen ja sosiaaliseen kontekstiin. Valtionosuusjärjestelmän tulisi heijastaa tässä mekanismeissa ainakin sen tärkeimpiä solmukohtia. Useat toisistaan riippuvaiset tekijät ovat yhteydessä terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttöön: psykobiologisilla (fyysiset ja psyykkiset sairaudet, toimintakyky), sosiaalisilla (sairauksien ja puutteen merkitys, teknologinen kehitys) ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään (resurssit ja organisaatio) liittyvillä tekijöillä on merkityksellinen rooli siinä, miten tarpeet koetaan ja miten ne johtavat palveluiden käyttöön eri maissa tai eri väestöryhmissä.

Lisäksi niin kutsuttu Andersenin malli pyrkii kuvaamaan palveluiden käyttöä tarkemmin yksilötasolla (Andersen ja Newman, 1973). Tämä käsitteellinen malli sopii terveyspalveluiden lisäksi myös sosiaali- ja vanhuspalveluiden käyttöön vaikuttavien tekijöiden kuvaamiseen. Mallin mukaan palveluiden käyttöön vaikuttavat kolme tasoa, joita ei ole eritelty tässä raportissa, mutta jotka ovat implisiittisesti mukana analyseissämme:

- 1) altistavat tekijät (*predisposing factors*),
- 2) mahdollistavat tekijät (*enabling factors*) ja
- 3) tarvetekijät (*need*).



Kuvio 1. Palveluiden käytön mekanismit.

Tarvekriteereitä koskevat tutkimukset ovat usein perustuneet taloudellisiin terveyden ja terveyspalvelujen kysyntään ja tuotantoon perustuviin malleihin, joissa on

yksityiskohtaisemmin tarkasteltu kuvion eri tekijöiden välisiä riippuvuuksia ja vuorovaikutuksia (Hauck *ym.*, 2005).

Nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuskriteerit pohjautuvat suurimaksi osaksi kunnan ikärakenteeseen, vaikka aiempi tutkimus osoittaa, että ikä selittää huonosti vaihtelua sosiaali- ja terveyspalveluiden käytössä. Palveluiden käyttöön vaikuttavat tekijät ovat huomattavasti monimuotoisempia.

Vaikka ikä ja sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö ovat voimakkaasti yhteydessä toisiinsa, ei ikä yksinään selitä palveluiden käyttöä, vaan se on lähinnä käytölle altistava tekijä, eli ikä on yhteydessä sairauksien, vajaakuntoisuuden tai muiden riskien esiintymiseen, joka lopulta laukaisee palveluiden käytön tarpeen. Lisäksi julkisten palveluiden käyttöön voi vaikuttaa se, kuinka kaukana sosiaalitoimisto on, mitä palveluita on tarjolla, onko henkilöllä varaa yksityiseen lääkäriin tai onko hänellä käytössään työterveyshuollon palvelut. Näihin tekijöihin taas usein liittyy henkilön sosioekonominen tausta (esim. tulot ja koulutus).

Sairastavuus tai muut tarpeet voivat johtaa tyydyttämättömiin tarpeisiin, jos mahdollisuus käyttää palveluita ei toteudu; tai julkiset palvelut jäävät käyttämättä, jos niiden käytölle on muita vaihtoehtoja (esim. yksityiset palvelut tai työterveyshuolto).

Näitä edellä kuvailtuja tekijöitä ja niiden soveltuvuutta valtionosuuskriteereiksi arvioimme raportin empiirisissä analyyseissä.

Riskivakioinnin periaatteet ja toteutus

Riskivakioinnin ja kapitaatioperiaatteen avulla voimavarat voidaan jakaa järjestämisvastuussa olevien tahojen kesken tasapuolisemmin tarpeeseen perustuen. Riskivakioinnin avulla pyritään säätämään henkilöä kohden (kapitaatio) laskettuja kustannuksia vastaamaan odotettuja kustannuksia henkilön ominaisuuksien perusteella. Menetelmää käytetään niin vakuutusperiaatteella toimivissa kuin verorahoitteisissa terveydenhuoltojärjestelmissä.

Oikeudenmukaisuustavoitteet ovat edellyttäneet erilaisten kustannuksiin vaikuttavien tekijöiden tunnistamista etukäteen. Ainakin seuraavanlaisia oikeudenmukaisuustavoitteita on esitetty kapitaatioperiaatteen puolesta (Rice ja Smith, 2001: 87):

- Oikeudenmukaisuus terveydenhuollon kustannusten jakautumisessa ja rahoituksessa
- Alueellisten sosiaali- ja terveyserojen pienentäminen
- Palveluiden saatavuuden takaaminen tasapuolisesti saman tarpeen omaaville
- Sosioekonomisten terveyserojen pienentäminen

Kapitaatioperiaatteen käyttöön liittyy kolme käytännön kysymystä, joista ensimmäinen on lähinnä poliittinen valinta, mutta kaksi jälkimmäistä tämän tutkimuksen ytimessä (Rice ja Smith, 2001: 91):

- 1) Kuinka paljon voimavaroja jaetaan?
- 2) Mitkä tekijät otetaan laskentakaavassa huomioon?
- 3) Miten tekijöitä painotetaan?

Eri maiden malleista voi löytää kolme pääelementtiä, joiden ympärille edellä mainitun kohdan 2 rahoituskavat rakentuvat (Penno *ym.* 2013)²:

- Tarvetta ennustavien tekijöiden tunnistaminen väestössä
- Olosuhteiden huomioon ottaminen
- Normatiivinen korjaus tyydyttämättömien tarpeiden huomioon ottamiseksi

Edellä mainituista ensimmäinen elementti löytyy useimmista malleista, joissa kustannusten tasaaminen perustuu väestön ominaisuuksiin. Siinä tavoitteena on siis löytää tekijät, jotka mahdollisimman hyvin korreloivat kustannusten kanssa. Samaan on pyritty tämän raportin analyyseissa. Nämä tarvetekijät jakautuvat usein kahteen kategoriaan: demografisiin tekijöihin (ikä ja sukupuoli) ja suurempiin tarvetta kuvaaviin tekijöihin, kuten terveydentilaan.

Olosuhteiden osalta huomioon otetaan useassa maassa esimerkiksi asukastiheys, joka vaikuttaa palveluiden järjestämisen kustannuksiin. Vastaavia tekijöitä otetaan huomioon Suomenkin valtiosuusjärjestelmässä, mutta näitä olosuhteisiin liittyviä tekijöitä ei tutkita tässä raportissa.

Edellä kuvattu tarpeiden asianmukainen ja tarkka huomioon ottaminen mahdollistaa kustannusten jakautumisen ennustamisen, mutta tämä ei vielä takaa voimavarojen oikeudenmukaista jakoa. Toteutuneen käytön perusteella lasketut kaavat saattavat vahvistaa tai toistaa palveluiden käytössä ilmenevää eriarvoisuutta, jos tietyt ihmisryhmät alikäyttävät systemaattisesti palveluita. Koska tutkimusta joidenkin väestöryhmien heikommasta terveydentilasta on runsaasti saatavilla, ovat eräät maat ottaneet tavoitteeksi korjata todellista palveluiden käyttöä haluttuun suuntaan niin, että esimerkiksi etniset vähemmistöt saavat kustannuskaavoissa suuremman painoarvon. Toisaalta tosiasiallinen käyttö voi olla vääristynyttä myös toiseen suuntaan siten, että osa käytöstä on ”liiallista” ja liittyy palveluiden tarjontaan eikä tarpeeseen

² Penno *ym.* (2013) vertailivat tutkimuksessaan rahoituksen määrääytymistä väestön perusteella 7 terveydenhuollon alueella (Uusi-Seelanti, Englanti, Skotlanti, Alankomaat, New South Wales Australiassa, Ontario Kanadassa ja Tukholman kaupunki).

(Rice ja Smith, 2001: 92). Tarjonta on otettu huomioon raportin analyyseissä vakiomalla kunnan vaikutus tuloksiin.

Valtionosuuskriteerit suomalaisessa tutkimuksessa

Vanhustenhuoltoa ja terveydenhuoltoa on tutkittu tarvekriteerien näkökulmasta kattavasti aiemmassa kirjallisuudessa ja etenkin Häkkisen *ym.* (2009) tutkimus terveyden- ja vanhustenhuollon valtionosuuskriteereistä luo tukevan pohjan käsissä olevalle päivitetylle selvitykselle. Tutkimus osoittaa selvästi, että ikä ja sukupuoli ovat riittämättömiä muuttujia selittämään palvelutarpeen vaihtelua. Lisäksi tutkimuksen analyytit tähdentävät tarkempien sairastavuutta mittaavien indikaattorien merkitystä. Suositellussa mallissa otettiin huomioon useita sairastavuusmuuttujia (kuten diabetes, psykoosit ja epilepsia) työkyvyttömyyden ja sosioekonomisten muuttujien lisäksi. Myös koulutusaste, työllisyystilanne ja yksin asuminen selittivät henkilön palveluiden käyttöä. Näitä tekijöitä käytetään myös tässä raportissa kustannuksia selittävinä tekijöinä.

Sosiaalihuollon piiriin kuuluu hyvin erilaisia palveluita, joiden kysynnästä on huomattavasti vähäisemmin aiempaa empiiristä tutkimusta, johon uusi valtionosuuskriteereitä selvittävä tutkimus voisi tukeutua. Etenkään rekisteriaineistoon perustuva tutkimus ei ole tehty juuri laisinkaan. Tämän suhteen tässä raportissa esitetyt tulokset ovat uraauurtavia.

THL:n tutkimuksessa vuodelta 2009 (Pylkkänen ja Väisänen 2009) selvitettiin sosiaalihuollon tarve- ja olosuhdetekijöitä, joiden perusteella valtionosuudet voitaisiin määrittää kunnille. Sosiaalipalveluiden mallintaminen kuntatason kustannustietojen pohjalta osoittautui vaikeaksi etenkin kustannustietojen karkeasta luokittelusta johtuen. Tutkimuksen perusteella ilmeni kuitenkin eräitä merkittäviä kuntien sosiaalihuollon käyttökustannusten vaihtelua selittäviä tekijöitä. Lastensuojelun osalta näitä ovat 0–6-vuotiaiden, 7–15-vuotiaiden ja 16–17-vuotiaiden lasten määrä kunnassa sekä huostaanottojen määrä ja osuus suhteessa maan vastaavaan osuuteen.

Sosiaalihuollon muiden palveluiden osalta tärkeiksi osoittautuivat kunnan asutusrakennetekijät, yksinhuoltajaperheiden osuus lapsiperheistä, vieraskielisten osuus kuntalaisista, yksinasuvien osuus asuntokunnista, työllisten osuus työikäisestä väestöstä ja vammaistukea sekä vammais- ja kehitysvammahuollon laitospalveluita saavien osuus väestöstä. Tämän raportin analyyseissä näitä tekijöitä tarkastellaan yksilötasolla.

Vertailua muihin maihin

Useissa maissa käytetään jonkinlaista mekanismia rahoituksen tasapuolisessa kohdentamisessa etenkin terveydenhuollossa. Rican ja Smithin (2001: 107) mukaan kyse ei enää olekaan siitä, pitäisikö kapitaatiomalleja olla, vaan millaisia niiden

tulisi olla. Yksinkertaisimmillaan se voi tarkoittaa samaa ennakoitua kustannusta kaikille henkilöille kuten Espanjassa (Rice ja Smith, 2001). Tämä tarkoittaisi Suomessa, että valtionosuudet jaettaisiin puhtaasti kunnan väkiluvun mukaan. Usein mukana on kuitenkin vähintään perustason demografisia tekijöitä, kuten ikä ja sukupuoli (esim. Isreal ja Sveitsi). Tarkemmissa kapitaatilaskelmissa aineiston saatu vuus on tavallisesti esteenä useampien tekijöiden integroimiselle laskentakaavaan.

Pennon *ym.* (2013) tutkimuksessa maiden välillä löytyi suuria eroja siinä, millaisia tekijöitä lopulta käytetään tarvetta kuvaavina. Tutkimuksen seitsemässä maassa kaikissa on käytössä jonkinlainen ikäryhmittely, mutta tämän lisäksi laskentakaavoissa käytetään esimerkiksi siviilisäätystä (Alankomaat), lasten köyhyyttä (Englanti), asumismuotoa (Skotlanti, Tukholma), tulotasoa (Alankomaat), työmarkkina-asemaa (Tukholma) ja maahanmuuttajien osuutta väestöstä (Alankomaat). Näiden lisäksi viidessä maassa käytettiin erilaisia kliinisiä (esim. krooniset taudit) tai epidemiologisia (esim. nenaikainen kuoleminen) mittareita tarpeen tunnistamisessa.

Ricen ja Smithin (2001: 99–101) kansainvälisessä vertailussa tulee käytettyinä tarvetekijöinä esille lisäksi kodittomuus (Australia), yksityisten palveluiden käyttö (Australia), yksin asuminen (Englanti, Pohjois-Irlanti, Norja, Tukholma), alhainen syntymäpaine (Pohjois-Irlanti), työttömyys (Belgia, Alankomaat, Tukholma) ja aiemmat diagnoosit (Ruotsi). Suomen järjestelmän kaltainen työkyvyttömyystekijä on käytössä myös Belgiassa ja Alankomaissa.

Saksassa sairavakuutusrahastojen toimintaan kuuluu keskeisenä elementtinä riskitekijöiden perusteella tapahtuva kassojen välisten menojen taseus. Samalla tavoin kuin suomalaisessa valtionosuusjärjestelmässä tämän tavoitteena on tasoittaa ”pelikenttää” rahastoille, jotka omaavat hyvin erilaiset riskirakenteet (vrt. Suomen kunnat). Vuoteen 2009 asti taseus perustui lähinnä demografisiin tekijöihin. Vuonna 2009 käyttöön otettiin sairastavuuteen perustuva taseusmalli, joka kattaa 80 ”vakavaa” tai ”kallista ja kroonista” sairautta. Yksilötasolla nämä tekijät selittivät noin 20 prosenttia kustannusten vaihtelusta. Buchner *ym.* (2013) mukaan sairastavuuden lisääminen riskien taseusjärjestelmään on huomattavasti parantanut kustannusten ennustettavuutta yksilö-, ryhmä ja rahastotasolla.

Uutta mallia kohtaan on Saksassa esitetty kuitenkin myös kritiikkiä. Epäillään, että sairavakuutusrahastot manipuloisivat lääkäreiden merkintäkäyttäytymistä omaksi edukseen. Tällaista huolta on tuotu paikoitellen esiin myös Suomessa. Mallin puolustajat ovat toisaalta esittäneet, ettei rahastoilla ole suoraa yhteyttä lääkäreihin ja sairaaloiden toiminnassa sovittelijana toimii puolueeton lautakunta. Suomessa erityiskorvattavien lääkkeiden korvausoikeudesta (johon sairastavuustieto perustuu) päättää lääkärin lausunnon perusteella Kansaneläkelaitos, joten lääkäri ei yksin voi manipuloida tietoja sairauksien esiintymisestä.

Tutkimuksen toteutus

Tutkimuksessa on koottu sosiaali- ja terveystalouden palveluiden käyttöä ja kustannuksia koskevat tutkimusaineistot, joiden perusteella arvioidaan, miten julkisten palveluiden käytöstä aiheutuneet kustannukset liittyvät sellaisiin palvelutarvetta kuvaaviin tekijöihin, jotka sopisivat valtionosuuskriteereiksi. Tutkimuksen tilastolliset analyysit tehdään yksilötasolla. Lähtökohtana on riskivakiointi, jossa regressioanalyysin avulla tuotetaan estimaatti odotetuille kustannuksille. Tarkoituksena on löytää malli, jossa kustannuksia selitetään mahdollisimman tarkasti ja tarkoituksenmukaisesti terveydentilaa, sosioekonomista asemaa, ikäryhmää ja muita tekijöitä kuvaavilla muuttujilla.

Tässä tutkimuksessa tarkoituksena on ottaa askel eteenpäin edellä mainituista THL:n tutkimuksista vuodelta 2009 ja luoda palveluiden käyttäjäprofileja tai tarveindeksejä myös kunnan tuottamien sosiaalihuollon palveluiden osalta samalla tavoin kuin terveyden- ja vanhustenhuollon osalta on aiemmin tehty (Häkkinen *ym.*, 2009). Tarkastelun kohteena ovat siis terveyden- ja vanhustenhuollon lisäksi myös lastensuojelu, omaishoidontuki, sosiaalityö sekä vammais- ja päihdepalvelut.

Tavoitteena ei ole analyyseissä niinkään selittää kustannusten tasoa kunnittain, vaan analysoida ja selittää *yksilöiden* palveluiden käyttöä ja siihen liittyviä kustannuksia erilaisten sosioekonomisten ja muiden yksilötason indikaattorien perusteella. Jäljempänä pohditaan menetelmään liittyviä rajoitteita niin aineiston kuin peruslähdekohdan suhteen.

Tutkimuksen vaiheet:

- 1) Tutkitaan yksilötasolla regressioanalyysin avulla, mitkä käytettävissä olevista potentiaalisista tarvetekijöistä parhaiten selittävät palveluiden käyttöä ja kustannuksia. Mukaan otetaan tekijät, jotka sekä tilastollisen merkittävyyden että sisällöllisten kriteerien perusteella parhaiten soveltuisivat valtionosuuskriteereiksi.
- 2) Muunnetaan valittujen yksilötason tarvetekijöiden kerroinestimaatit kuntatason tarvekertoimiksi. Tekijöiden painokertoimia laskettaessa otetaan huomioon tekijän yleisyys väestössä.

Vaatimukset valtionosuuskriteereille

Kriteerejä uudistettaessa hallituksen tavoitteena on ollut nykyistä yksinkertaisempi, oikeudenmukaisempi ja läpinäkyvämpi rahoitusjärjestelmä, joka samalla kannustaisi kuntia taloudellisuuteen. Jälkimmäinen tarkoittaa, että kunnan tuottaessa palvelut laskennallisia kustannuksia edullisemmin, se saa pitää itsellään ylijäämän.

Olennaista on, että laskennalliset kustannukset lasketaan tekijöistä, joita kunnat eivät voi omilla toimillaan manipuloida. Toki kunnilla on monien politiikkojen ja toimenpiteiden kautta vaikutusta siihen, missä määrin kunnissa esiintyy esimerkiksi erilaisia sairauksia, jotka ovat jossain määrin ennaltaehkäistävissä, tai missä määrin kunta kykenee houkuttelemaan asukkaikseen eri ikäluokkien edustajia, esimerkiksi lapsiperheitä. Täysin kunnan vaikutusvallan ulkopuolella ei siis mikään tekijä ole täydellisesti, mutta kriteerien määrittämisessä pyritään sulkemaan ulos tekijät, joihin kunta voi suoraan vaikuttaa (esim. huostaanottojen lukumäärä).

Tähän liittyen on tärkeää, etteivät kriteerit kannustaisi kuntaa epätarkoituksenmukaiseen toimintaan, esimerkiksi lisäämään työkyvyttömiä tai diabeetikkojen diagnosoimista sillä seurauksella, että sen valtionosuudet kasvaisivat. Koska valtionosuudet kuitenkin kattavat vain noin kolmasosan kuntien sosiaali- ja terveystoimista, ei vaikutusta realistiselta, että kunta tekisi tällaisia päätöksiä, jotka johtavat samalla kustannusten kasvuun. Toisaalta mitä enemmän kriteereitä on, sitä pienempi on yksittäisen tekijän vaikutus. Siten monipuolisemmat kriteerit vähentävät väärinkäytöksiä.

Käytännön tasolla käytettävien valtionosuuskriteereiden tulee olla sellaisia, että niiden yleisyydestä kunnittain löytyy luotettavaa ja ajan tasalla olevaa tietoa vuosittain. Tämä rajoittaa osittain malleissa käytettävien selittävien muuttujien laajuutta ja monipuolisuutta. Lisäksi tutkimustiedon käyttömahdollisuutta rajaa poliittiset realiteetit: liian rajuksi koetut muutokset kunnittain ja asetetut ennakkoehdot kriteereille (esim. lukumäärä ja yksinkertaisuus) asettavat lisäehtoja tarvetekijöiden käytölle.

Kriteereiden on mahdollista heijastaa myös valtakunnallisesti asetettuja sosiaali- ja terveyspoliittisia tavoitteita eikä vain nykyistä kustannusjakaumaa ja palveluiden tarjonnan nykytilaa. Valtionosuuksilla voi kannustaa kuntia tietynlaiseen toivottuun toimintaan (tästä lisää raportin päätösluvussa). Tämä kuitenkin on myös poliittinen kysymys, johon hallituksen ja eduskunnan tulisi ottaa kantaa. On kuitenkin tärkeää tuoda esille, että valtionosuuksilla on mahdollista osittain ohjata kuntien sosiaali- ja terveyspolitiikkaa erilaisten poliittisten painopisteiden mukaisesti. Tässä huomionarvoista on erityisesti ennaltaehkäisevä sosiaali- ja terveyspolitiikka.

Millaiset ovat hyvät kriteerit?

- 1) Tehokkuuteen kannustavat
- 2) Oikeudenmukaiset: takaavat kunnille taloudellisesti yhtäläiset mahdollisuudet tuottaa palveluita ja ottavat huomioon eri väestöryhmien erilaiset tarpeet
- 3) Luotettavaan tietoon pohjautuvat: tietoa helposti saatavilla, eivät kuntien manipuloidavissa
- 4) Läpinäkyvät, yksinkertaiset ja ennustettavat

Tutkimusaineistot

Sopivien ja luotettavien aineistojen puute on merkittävästi rajoittanut aiempia tutkimuksia julkisten palveluiden käyttöön liittyen. Tässä suhteessa tilanne on parantunut. Vuoden 2011 jälkeen THL on alkanut kerätä rekisteritietoja avoterveydenhuollon palveluista sisältäen myös kotihoitopalvelut.³ Lisäksi muita sosiaalipalveluita voidaan nyt tutkia tarkemmin. CHESSin *Peruspalveluiden toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset* -hanketta varten kerätty aineisto Helsingistä sisältää kaikki kaupungin asukkaiden käyttämät sosiaali- ja terveystalvet hyvin yksityiskohtaisesti jaoteltuna vuodesta 2006 lähtien. Lisäksi Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymästä saatiin samanlainen kaikkia sosiaali- ja terveystalvet koskeva aineisto Aava- ja Oiva-liikelaitosten osalta. Aavan perustalvetkukseen kuuluu 7 kuntaa: Hartola, Iitti, Myrskylä, Nastola, Orimattila, Pukkila ja Sysmä. Perustalvetkusu Oiva taas tuottaa talvet 5 kunnalle: Asikkalan, Hollolan, Hämeenkosken, Kärkölan ja Padasjoen kunnille. Nämä sosiaalihuollon rekisteritiedot kattavat noin 0,6 miljoonaa suomalaista.

Lopulliset tutkimusaineistot koostuvat useiden rekistereiden tiedoista.

Varsinaiset analyysit tehtiin kahdella tutkimusaineistolla.

- *Tutkimusaineisto 1:* Terveyden- ja vanhustenhuollon määräytymisperusteiden analyysi perustuu aineistoon, johon kuuluu 144 kuntaa kattaen n. 3,5 miljoonaa kuntalaista.⁴ Tilastokeskus teki alkuperäisestä aineistosta noin 300 000 henkilön otoksen.
- *Tutkimusaineisto 2:* Sosiaalipalveluiden (pl. vanhuspalvelut) määräytymisperusteiden arviointi perustuu Helsingin ja Päijät-Hämeen Aava- ja Oiva-liikelaitosten kuntien tietoihin sosiaalipalveluiden käytöstä. Tilastokeskus teki alkuperäisestä aineistosta lähes 172 000 henkilön otoksen.

Tutkimusaineistoja varten kerättiin THL:n rekistereistä (Terveyden- ja sosiaalihuollon hoitoilmoitus-, AvoHILMO-, lastensuojelu- ja toimeentulorekisteri) ja Kelan etuuksia (mm. yksityisten terveystalvetuiden ja lääkkeiden korvaukset) koskevista rekistereistä kuntien asukkaiden tiedot vuodelta 2011. Kelan rekisteri pitää sisällään tiedot mukaan otettavien kuntien kaikista asukkaista, siis myös niistä, jotka eivät ole käyttäneet tutkittuja talvetuita vuoden 2011 aikana.

³ Perusterveydenhuollon avohoidon tietouudistus AvoHILMO otettiin käyttöön vuoden 2011 alussa. Avohoidon talvetutapahtumista kerätään rekisteri, joka sisältää yksilötason tietoa mm. hoitoon pääsystä, käyntisyistä, tehdyistä toimenpiteistä ja lääkityksestä. Rekisteri mahdollistaa ajantasaisen tiedonkeruun ja raportoinnin.

⁴ Mukaan on valittu ne kunnat, joista oli tutkimuksen tekohetkellä saatavilla luotettavasti AvoHILMO-tietoja vuodelta 2011.

Tilastokeskuksen poimimiin otoksiin liitettiin tiedot sosioekonomisesta asemasta (esim. tulot, työmarkkina-asema, siviilisääty, koulutusaste) sekä muista yksilöä taustoittavista tekijöistä (esim. perherakenne, kansalaisuus, asumismuoto).

Tutkimusaineistot

- *Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri (AvoHILMO)*. Vuoden 2011 jälkeen THL on alkanut kerätä rekisteritietoja avoterveydenhuollon palveluista sisältäen myös kotihoitopalvelut.
- *THL:n Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterit (HILMO)*, jotka sisältävät tietoa erikoissairaanhoidon avo- ja laitoshoidosta, perusterveydenhuollon laitoshoidosta sekä sosiaalihuollon laitos- ja asumispalveluista.
- *THL:n lastensuojelu- ja toimeentulotukirekisteri*.
- *Kelan sairausvakuutuksen lääkekorvauksia koskeva rekisteri*, joka sisältää mm. tietoa erityiskorvauksiin oikeuttavista sairauksista.
- *Otos tilastokeskuksen työssäkäyntirekisteristä*, joka sisältää sosioekonomisia taustatietoja (kuten koulutusaste, tulot, työmarkkina-asema).
- *Sosiaalipalvelut (Helsinki ja Päijät-Häme)*: sisältää tiedot sosiaalipalveluiden käytöstä Helsingissä ja Aava- ja Oiva-liikelaitoksen kunnissa. Saatavilla ei ole kansallista rekisteriä.

THL:n Terveys- ja sosiaalitalouden yksikön (CHESS) raportti terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannuksista Suomessa vuonna 2011 tarjoaa tiedot palveluiden kustannuksista, joita hankkeen tilastollisissa analyyseissä pyritään viime kädessä selittämään (Kapiainen *ym.* 2014). Raportti esittelee palveluryhmittäin julkisen sektorin tuottamien palveluiden yksikkökustannuksia eli yhteiskunnallisia kustannuksia palvelusuoritetta kohden (hoitopäivä, käynti, toimenpide jne.). Laskelmissa on hyödynnetty useita tietokantoja, tilastoja ja tutkimuksia.

Joidenkin palveluryhmien osalta on tässä raportissa käytetty Aavan ja Oivan liikelaitosten hintatietoja puuttuvien tietojen paikkaamiseksi.

Lähtökohdan rajoitteet

Rice ja Smith (2001: 94) ovat tutkineet syitä, jotka tekevät kapitaatiojärjestelmien kehittämisestä vaikeaa. Näitä ovat ainakin seuraavat:

- Tarvittavan aineiston puute
- Tutkimustieto tarvetekijöistä vähäistä

- Tarvetekijöillä sekavia ja monimerkityksisiä vaikutuksia
- Tarvetekijöiden keskinäinen yhteys toisiinsa
- Todellisten tarvetekijöiden erottaminen tarjontatekijöistä hankalaa
- Tarvetekijän ja kustannuksen yhteyden tunnistaminen vaikeaa
- Poliittinen vastustus

Nämä tekijät ovat olleet haasteena myös tässä tutkimuksessa ja vuosikausien valtionosuusuudistustyö kertoo osaltaan listan viimeisen tekijän vaikutuksesta prosessiin. Osaksi tässä tutkimuksessa on kuitenkin otettu edistysaskeleita, jotka liittyvät etenkin hyvään aineistoon. Käyttämämme aineistojen tutkimuslupien hankinta, yhdistäminen ja niiden laadun varmistaminen on ollut yksi hankkeen työläimpiä osuuksia, mutta lopullinen aineisto on samalla tämän tutkimuksen yksi hedelmällisimmistä sivutuotteista, jolle ei oikeastaan löydy vastinetta aiemmasta tutkimuksesta Suomesta tai Suomen ulkopuoleltakaan.

Vaikka käytetty aineisto on laajuudessaan ja tarkkuudessaan ainutlaatuinen, liittyy tähänkin lähestymistapaan rajoitteita. Tosiasialliseen käyttöön perustuvat kriteerit pohjautuvat olemassa olevaan palvelurakenteeseen ja siten myös siihen liittyviin vajeisiin oikeudenmukaisuudessa ja tehokkuudessa. Ilman että puututaan oletukseen siitä, että palveluiden käyttö on tehokasta ja voimavarat ovat jakaantuneet oikeudenmukaisesti sekä kustannusvaikuttavasti (mitä ne eivät ole), uudet kriteerit toistavat näitä samoja epäkohtia.

Tiedämme, että Suomessa, kuten useissa muissa maissa, työttömät ja pienituloiset käyttävät tarpeeseensa nähden vähemmän avohoidon lääkäripalveluita (Van Doorslaer *ym.*, 2000; Häkkinen ja Nguyen 2010; Saikku ja Sinervo, 2010; Nguyen 2011; Devaux ja de Looper, 2012; Nguyen 2012). Samalla asiakasmaksut, jonojen pituus, palveluiden läheisyys, sosiaalinen pääoma ja tieto palveluista vaikuttavat palveluiden käyttöön. Nämä tekijät usein korreloivat henkilön sosioekonomisen taustan kanssa tai keskittyvät muuten tietyille alueille tai tietyille väestöryhmille. Myös palveluiden tarjonta vaikuttaa palveluiden käyttöön.

Näistä syistä tässä raportissa ehdotetaan tarvekriteereiden korjausta normatiivisista lähtökohdista sekä vaikuttamiseen ja palkitsemiseen liittyvillä valtionosuuksien erillisuuksilla (ks. raportin päätösluku).

Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa käytetään laajaa aineistoa, jossa yhdistetään tietoja useista henkilörekistereistä. Eettisesti tarkasteltuna tutkimus asettaa aineistojen henkilöiden yksityisyydensuojan varjelemisen korkealle. Tutkimussuunnitelma esiteltiin THL:n eettiselle toimikunnalle, joka suoritti aineiston eettisen ennakoarvioinnin. Vastaava eettinen arvio tehtiin Tilastokeskuksessa. Suuri aineisto ei mahdollista yksilön tunnistamista, sillä henkilötunnukset on aineistossa salattu. Rekisterien yhdistämisessä

käytettiin kryptattua henkilötunnusta teknisenä yhdistämisen välineenä, mutta tämän yhdistämisen jälkeen, eli siinä vaiheessa, kun CHESSistä lähetettyyn aineistoon yhdistettiin Tilastokeskuksessa sosioekonomiset muuttajat, henkilötunnukset poistettiin aineistosta. Myös kuntatunnus poistettiin Tilastokeskuksessa. Tutkimuksen mahdollisilla uusintakerroilla 3–5 vuoden välein ei ole tavoitteena yksittäisten henkilöiden seuraaminen ajassa, vaan analyysit tehtäisiin silloin kyseisen vuoden rekisteriaineistolla.

Tutkimuksen empiiriset analyysit

Tilastollista kuvailua palveluiden käytöstä ja kustannuksista

Raportin analyysit on jaettu kolmeen pääryhmään: terveydenhuolto, vanhustenhuolto ja sosiaalipalvelut. Tässä osiossa kuvaillaan kustannuksia ja palveluiden käyttöä näiden ryhmien sisällä. Terveydenhuollon käytön jakaantumiesesta ikä- ja sukupuoliryhmittäin on saatavilla tarkempaa tietoa THL:n tulevassa julkaisussa (Kapiainen ja Eskelinen, 2014).

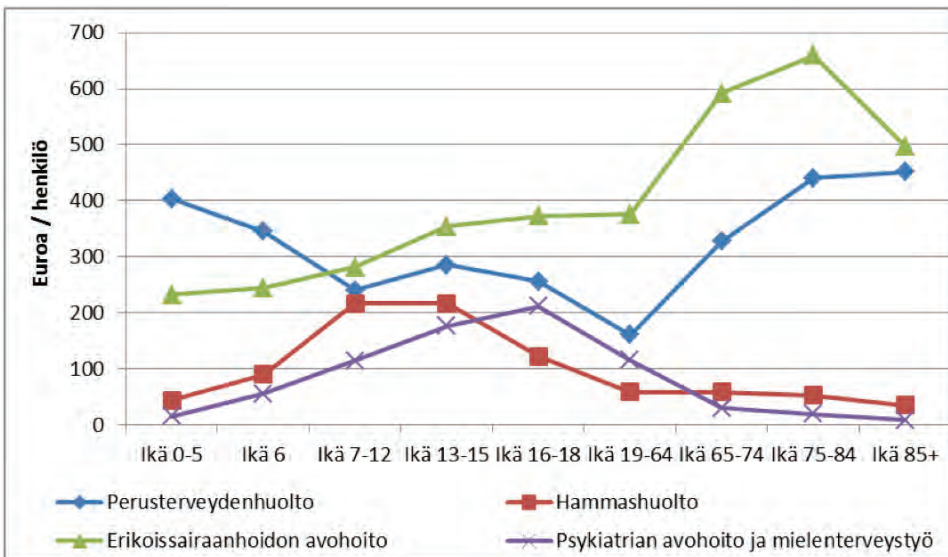
Palveluryhmät

- 1) Terveydenhuolto:
 - somaattisen erikoissairaanhoidon avopalvelut ja sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoahoito
 - psykiatria ja mielenterveystyö (sis. avo- ja vuodeosastoahoito sekä asumispalvelut),
 - terveyskeskusten avohoito ja
 - hammashuolto
- 2) Vanhustenhuolto:
 - vanhusten laitos- ja asumispalvelut (sis. yli 90 pv vuodeosastoahoito yli 65-vuotiailla) ja
 - kotipalvelut
- 3) Sosiaalipalvelut:
 - päihdehuolto,
 - vammaispalvelut ja kehitysvammahuolto,
 - lastensuojelu,
 - omaishoidontuki ja
 - muu sosiaalihuolto

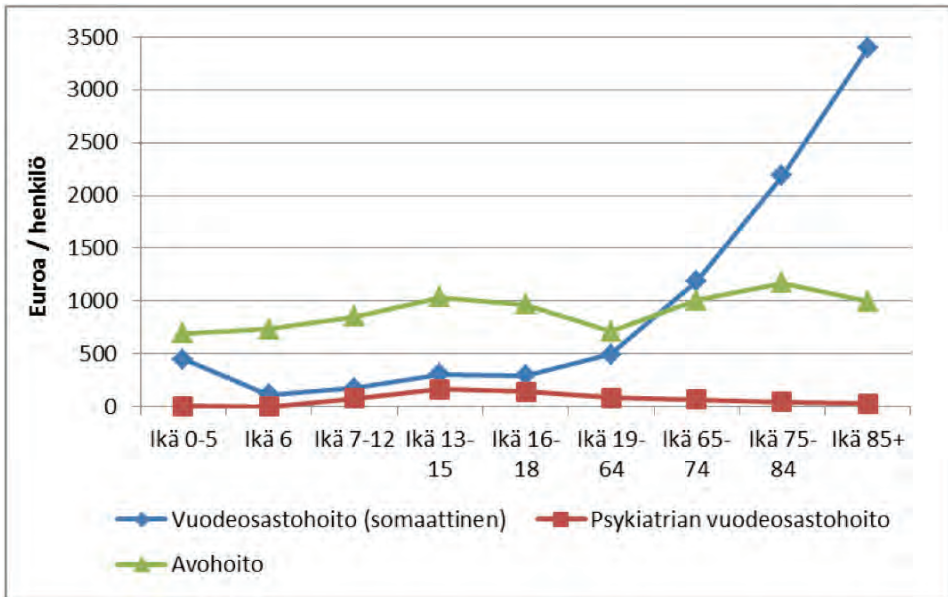
Terveydenhuollon kustannukset ikäryhmittäin

Terveydenhuollon eri avopalveluiden välillä on eroja siinä, miten kustannukset jakautuvat eri ikäryhmien kesken (Kuvio 2). Pelkkä ikä on kuitenkin huono selittäjä kustannusten jakautumiselle niin koko terveydenhuollon osalta kuin myös erillisten palveluryhmien osalta. Ikä selittää kustannuksia parhaiten perusterveydenhuollossa, mutta psykiatriassa iän rooli on merkityksetön. Kuviossa 3 näkyy avohoidon lisäksi uckccmqkf gp"lc"vgtxg{ungunwvwp"wxqf gqucuqvj qkq, jonka kustannukset ovat selvästi ngunkw{pggv'xcpj ko r kp"m@{j o iin.

Vaikka vanhuksat käyttävät terveystalveluita nuoria enemmän, ikä ei itssään ole terveystalveluiden käytön taustalla kuten todettu edellä. Ymmärtääksemme kustannusten jakautumisen mallia ja pyrkiessämme ennustamaan terveystalveluiden käyttöä tulevaisuudessa, pitää meidän perehtyä tekijöihin, jotka – vaikkakin korreloivat iän kanssa – ovat pääselittäjiä palveluiden käytössä (McNamara *ym.*,2013).



Kuvio 2. Terveydenhuollon avohoidon kustannusten jakautuminen ikäryhmittäin.



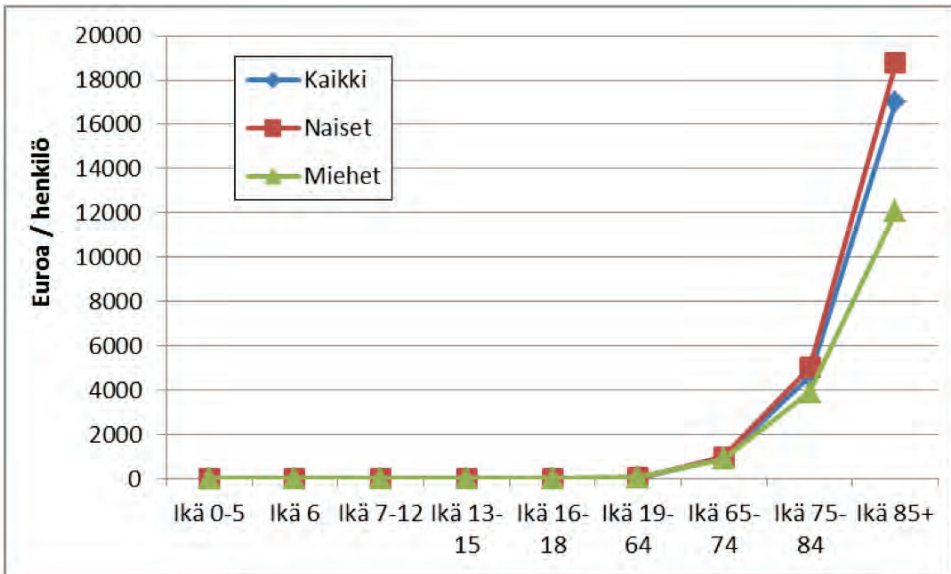
Kuvio 3. Terveystenhuollon avohoidon ja vuodeosastohoidon kustannusten jakautuminen ikäryhmittäin.

Vanhustenhuollon kustannukset ikäryhmittäin

Vanhustenhuolto on luonnollisesti hyvin ikäsidonainen palvelu, vaikka tässäkin palvelussa vanhusten välillä on suuria eroja käytössä. Tunnetta varmasti kaikki vanhuksia, jotka viettävät aktiivista elämää aina viimeisiin elinvuosiinsa asti, jolloin palveluiden tarve vasta kasvaa hetkellisesti. Osa vanhuksista taas tarvitsee apua vuosikausien ajan joko kotona, asumispalvelussa tai laitoksessa.

Kuviossa 4 huomionarvoista on miesten ja naisten välinen merkittävä ero kustannuksissa ylimmässä ikäryhmässä: yli 85-vuotiaalla naisilla keskimääräinen kustannus on yli 18 000 euroa, kun taas miehillä vastaavassa ikäryhmässä se on lähes 7000 euroa vähemmän. Tämä liittyy ennen kaikkea sukupuolten väliseen eroon elinajan odotteessa: iäkkäät naiset asuvat yleensä yksin, kun taas vanhemmat miehet voivat useammin tukeutua puolison tarjoamaan hoivaan kotona.⁵ Yksin asuminen onkin tärkeä riskitekijä palveluiden käytössä.

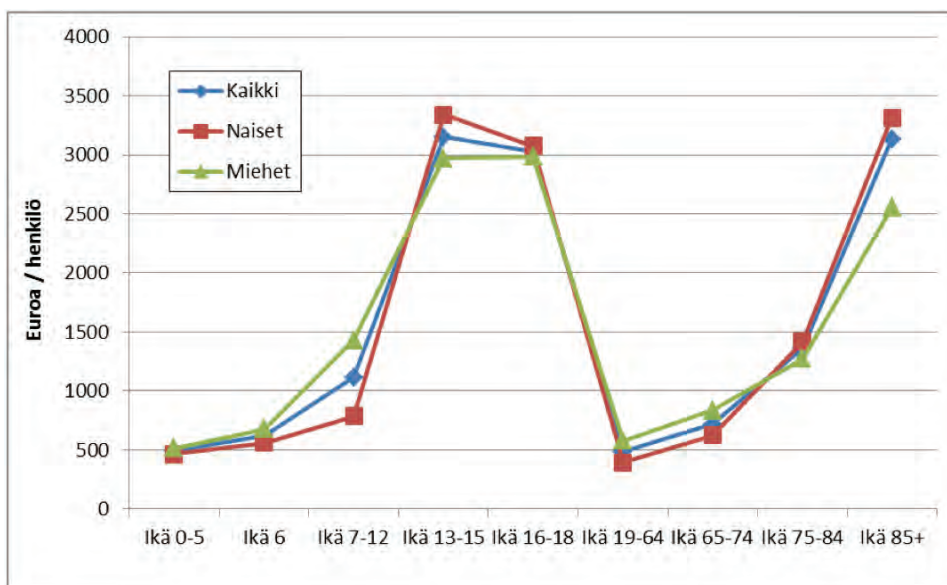
⁵ Yli 80-vuotiaista naisista lähes 82 prosenttia ei ole parisuhteessa, kun miehistä vastaava osuus on 41 prosenttia. Tässä tulee lisäksi huomioida se, että yli 85-vuotiaiden ryhmässä naisten ja miesten ikäjakauma on hieman erilainen: naisten joukossa on enemmän hyvin vanhoja, kun yli 85-vuotiaista miehistä yli kolme neljäsosaa on kuitenkin alle 90-vuotiaita.



Kuvio 4. Vanhustenhuollon kustannusten jakautuminen ikäryhmittäin.

Sosiaalihuollon kustannukset ikäryhmittäin

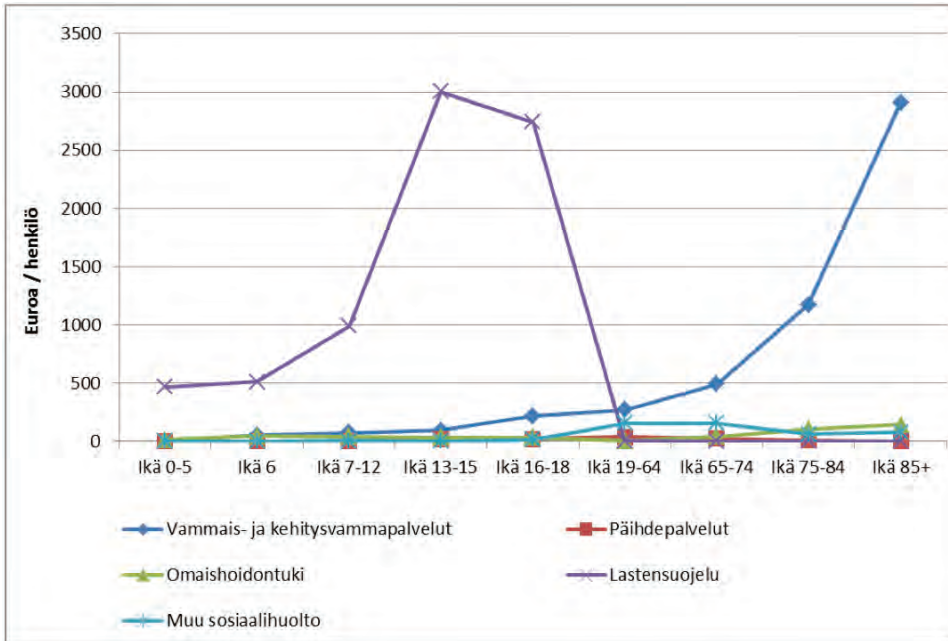
Sosiaalihuollon palveluiden käyttö on terveystaloudellisesti väljemmin yhteydessä ikään. Kuvio 5 käy ilmi sosiaalihuollon kaksi pääkomponenttia, eli lasten ja nuorten käyttämät lastensuojelun palvelut ja iäkkäiden käyttämät vammaispalvelut (tässä mukana asumis- ja laitospalveluiden lisäksi esim. henkilökohtainen tuki ja kuljetuspalvelut). Aineistossa tutkittujen 13 kunnan välillä (Helsinki ja Päijät-Hämeen 12 kuntaa) on huomattavia eroja keskimääräisten kustannusten välillä. Kunnat ovat kuitenkin aineistossa anonymisoitu, joten näitä eroja ei voi tarkemmin tarkastella tämän tutkimuksen puitteissa. Aikaisempi tutkimus kuitenkin osoittaa, että esimerkiksi lastensuojelu on yleisempää suurissa kaupungeissa, kuten Helsingissä. THL:n lastensuojelutilaston mukaan kaupunkimaisissa kunnissa sijoitettuja lapsia oli 1,3 prosenttia verrattuna maaseutumaisiin kuntiin 0,8 prosenttiin. Lastensuojelun avo- huollon piirissä kaupunkilaislapsista oli 7,7 prosenttia ja maaseudun lapsista 5,7 prosenttia (Kuoppala ja Säkkinen, 2013).



Huom. Kustannukset eivät sisällä toimeentulotukea, jota ei oteta huomioon valtionosuuskriteereissä, toimeentulotuki näkyy kuitenkin erikseen kuviossa 6.

Kuvio 5. Sosiaalihuollon kustannusten jakautuminen ikäryhmittäin ja sukupuolen mukaan.

Kuviossa 6 palveluiden kustannukset on eritelty tarkemmin ja kuviossa on otettu huomioon lisäksi toimeentulotuki, joka ei kuitenkaan kuulu sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuskriteerin piiriin (se ei siten sisälly myöhempään analyysiin).



Kuvio 6. Sosiaalihuollon eri osa-alueiden kustannusten jakautuminen ikäryhmittäin.

Valtionosuus- ja tarvekertoimien laadinta

Regressiomallien tulokset ja tulosten analysointia

Tutkimuksessa on jokaisen kolmen palvelualan kohdalla tehty regressioanalyysijä, joissa on pyritty löytämään tilastollinen malli, joka mahdollisimman hyvin selittää yksilötason kustannuksia, mutta sopii samalla käytettäväksi valtionosuuskriteerien laadinnassa. Alustavien analyysien jälkeen päädyttiin suosittelemaan yhtä mahdollisimman yksinkertaista ja samalla hyvin kustannuseroja hyvin kuvaavaa mallia terveydenhuollon, vanhuspalveluiden ja sosiaalihuollon valtionosuuskriteereiksi (malli 1). Tämän lisäksi tässä luvussa esitellään vielä pelkistetympi malli jokaiselle palvelualalle (malli 2). Malleissa on käytetty VM:n toivomia yhtenäisiä ikäryhmiä.

Terveydenhuolto

Kuten edellä on jo tuotu esille, terveyspalveluiden käyttöä selittävät monet muutkin tekijät kuin ikä ja sukupuoli. Luonnollisesti henkilön terveydentila vaikuttaa palveluiden käyttöön ja siitä johtuviin kustannuksiin. Terve ja aktiivinen vanhus käyttää palveluita vähemmän kuin syöpähoitoja saava lapsi. Tästä syystä selittäviksi teki-jöiksi malliin on otettu erilaisia terveydentilasta kertovia indikaattoreita. Näitä ovat Kelan erityiskorvattavien lääkkeiden käytön perusteella lasketut sairastavuustekijät.

Mukaan on valittu ne sairaudet, jotka ovat suhteellisen yleisiä Suomessa ja jotka ovat tilastollisesti merkittävästi yhteydessä terveydenhuollon kustannuksiin (ks. alla). Näiden sairastavuustekijöiden lisäksi mallissa pysyy jo nyt valtionosuuskriteereissä mukana oleva tieto alle 55-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeistä.

Sairastavuusmittarin sisältämät sairaudet terveydenhuollossa ja vanhustenhuollossa (vh)

- Diabetes (vh)
- Epilepsia (vh)
- Psykoosit ja vakavat mielenterveyden häiriöt (vh)
- Reuma
- Keuhkoastma
- Verenpainetauti
- Sepelvaltimotauti
- Crohnin tauti
- Dementia (vh)
- Syövät
- Neurologiset taudit (Parkinsonin tauti ja MS-tauti) (vh)
- Sydämen rytmihäiriöt (eteisvärinä ja sydämen vajaatoiminta) (vh)

Työterveyspalveluilla on vaikutusta julkisten terveystalouksien käyttöön: perusterveydenhuollon osalta tämä käytännössä tarkoittaa, että henkilöt, jotka eivät voi turvautua työterveyspalveluihin käyttävät enemmän julkisen sektorin palveluita, kun taas erikoissairaanhoidon ohjautuvat helpommin työterveyspalveluiden asiakkaiksi. Julkisia palveluita korvaavia yksityisiä palveluita taas käyttävät useimmiten parempituloiset henkilöt. Työterveyspalveluita otetaan analyysissä epäsuorasti huomioon muuttujalla ”ei-työllinen”.

Toimeentulotukiasiakkailta, vähän koulutetuilta ja työttömiltä on usein heikompi terveydentila ja siten suurempi tarve käyttää palveluita (Koskinen, 2004). Kuten aiemmin mainittu myös yksin asuminen tai siviilisääty vaikuttaa palveluiden käyttöön, joten myös tämä muuttuja on huomioitu mallin 1 ylimmässä ikäryhmässä.

Useissa maissa siviilisäätystä tai yksin asumista käytetään tarvetekijänä, sillä se vaikuttaa vuodeosastohoidon pituuteen ja henkilön terveydentilaan. Lukuisat tutkimukset aina 1800-luvun puolivälistä lähtien osoittavat, että avioliitossa tai parisuhteessa olevilla – etenkin miehillä – on parempi terveydentila ja alhaisempi kuolleisuus kuin naimattomilla miehillä (Goldman *ym.*, 1995; Robards *ym.*, 2012). Suomessa työikäisessä väestössä naimattomien, eronneiden ja leskeytyneiden miesten kuolleisuus on yli kaksinkertainen naimisissa oleviin miehiin verrattuna. Naimisissa olevilla on lisäksi tuntuvasti vähemmän sairauksia ja toimintakyvyn rajoitteita (Koskinen, 2004). Siviilisäädyn vaikutus terveyteen liittyy parisuhteen terveyttä edistäviiin vaikutuksiin, kuten sosiaaliseen tukeen ja verkostoihin, terveellisiin elintapoihin ja taloudellisiin resursseihin. Toisaalta taustalla voi olla valikoituminen, eli avioliittoon päätyvät terveemmät henkilöt (Goldman *ym.*, 1995).

Muut taustatiedot terveyden-, vanhusten- (vh) ja sosiaalihuollon (sh) malleissa.

Ehdotettu malli valtionosuuskriteereiksi:

- Alle 55-vuotias, työkyvyttömyyseläke (sh)
- Yli 20-vuotias, vain alin koulutusaste (sh)
- 18–64-vuotias, ei työllinen (sh)
- Yli 80-vuotias, ei naimisissa / parisuhteessa (sh ja vh)
- Toimeentulokiasiakas (vain sh)
- Sukupuoli (vh)

Muita mahdollisia tekijöitä, jotka otettu huomioon lisäanalyseissä myöhemmin tässä luvussa:

- Yksityisten Kelan korvaamien terveystalveluiden käyttö
- Kelan korvaamat lääkekustannukset
- Yksinhuoltaja
- Eronnut
- Pienituloisuus

Taulukossa 1 on esitelty painotetut kertoimet, jotka on määritetty tekijän yleisyyden ja sen saaman regressiokertoimen⁶ mukaan (”yleisyys x regressiokerroin”, eli taulukon 1 toisen ja kolmannen sarakkeen tiedot). Jokaisen tekijän regressiokerroin on lopulta jaettu kaikkien tekijöiden yhteenlasketulla ”yleisyys x regressiokerroin” –luvulla. Tämä on tekijän painotettu kerroin.⁷

Taulukossa on kaksi mallia: suosittelu malli (malli 1) valtionosuuskriteerien uudistamiseksi ja yksinkertaistettu malli (malli 2). Erona näissä kahdessa mallissa on se, että jälkimmäisessä ei ole otettu huomioon sosioekonomisia tekijöitä. Näiden muuttujien poistaminen mallista heijastuu myös muiden tekijöiden laskettuihin painotettuihin kertoimiin. Tulokset ovat kuitenkin samansuuntaiset yhteisten tekijöiden osalta. Etenkin psykoosit, syövät ja työkyvyttömyyseläke nousevat esille merkittävinä tekijöinä. Painotettuja kertoimia tulee tulkita siten, että esimerkiksi psykoosi lisää henkilön kustannuksia 6.5-kertaisiksi verrattuna henkilöön, jolla ei ole psykoosia (malli 1).

Sosioekonomisten tekijöiden poistaminen mallista on kuitenkin merkittävä valinta siinä mielessä, että niiden mukaan voitaisiin myöntää enemmän valtionosuuksia kuntiin, joissa on enemmän työelämän ulkopuolella olevia (työterveyshuollon huomioiminen siten epäsuorasti) sekä alempien sosiaaliluokkien edustajia, jotka todistettavasti ovat keskimäärin sairaampia kuin hyvätuloiset tai hyvin koulutetut. Tämä mahdollistaisi voimavarojen ohjaamisen niin, että sillä voisi olla myös vaikutuksia terveyserojen kaventamiseen.

⁶ Taulukossa esitetyt regressiokertoimia voidaan käyttää ennustettaessa henkilön kustannuksia: esimerkiksi 45-vuotiaan diabeteksestä kärsivän naisen kustannukset laskettaiisiin taulukosta ”398 EUR (ikä) + 866 EUR (diabetes) + 248 EUR (nainen)”. Nämä euromäärät poikkevat kuitenkin laskennallisten kustannusten euromäärästä, sillä tutkimuksemme perustuu yksikkökustannuksiin. Tämän takia tärkeintä on keskittyä painotettuihin kertoimiin.

⁷ Painotettujen kertoimien laskutapa on selitetty tarkemmin THL:n edellisessä valtionosuusraportissa vuodelta 2009 (Häkkinen *ym.* 2009: Liite 2).

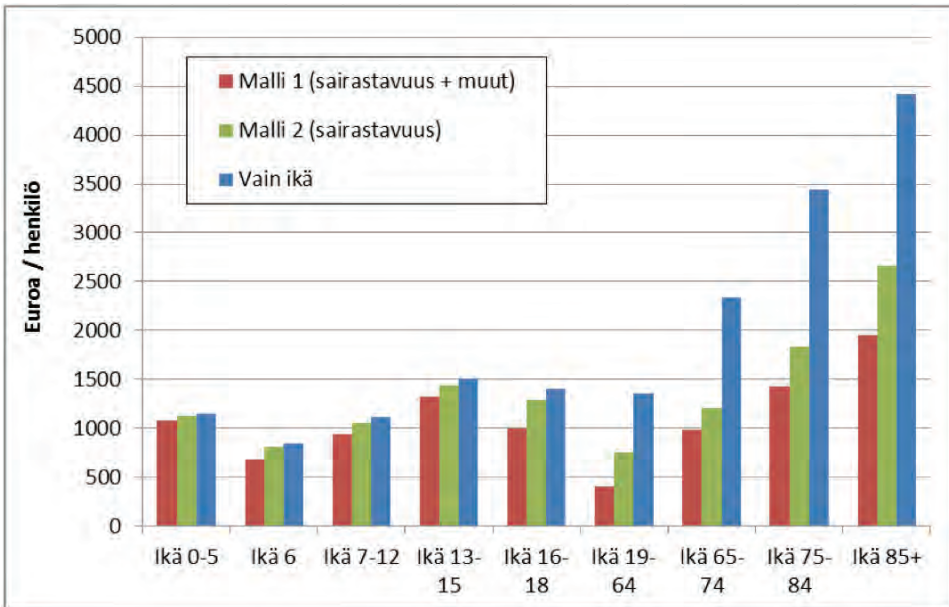
Taulukko 1. Terveydenhuollon tarvetekijät ja tekijäkohtaiset painotetut kertoimet.

	Tekijän yleisyys (%)	Malli 1		Malli 2	
		Regressio-kerroin	Painotettu kerroin	Regressio-kerroin	Painotettu kerroin
Ikä 0-5	6,7	1071	0,66	1126	0,70
Ikä 6	1,1	686	0,42	806	0,50
Ikä 7-12	6,3	939	0,58	1058	0,66
Ikä 13-15	3,3	1320	0,82	1439	0,89
Ikä 16-18	3,6	990	0,61	1292	0,80
Ikä 19-64	61,4	398	0,25	753	0,47
Ikä 65-74	9,6	982	0,61	1200	0,74
Ikä 75-84	5,8	1423	0,88	1830	1,14
Ikä 85+	2,2	1948	1,20	2660	1,65
Diabetes	4,5	866	0,54	904	0,56
Epilepsia	1,1	1503	0,93	1578	0,98
Psykoosit	1,7	10519	6,50	10699	6,63
Reuma	1,7	1299	0,80	1362	0,84
Keuhkoastma	4,2	731	0,45	759	0,47
Verenpainetauti	8,7	555	0,34	606	0,38
Sepelvaltimotauti	3,2	1164	0,72	1160	0,72
Crohnin tauti	0,7	1313	0,81	1269	0,79
Dementia	1,1	1080	0,67	1137	0,71
Syövät	1,6	4645	2,87	4653	2,89
Neurologiset taudit	0,4	1743	1,08	1775	1,10
Sydämen rytmihäiriöt	1,4	1777	1,10	1799	1,12
Työkyvytön, alle 55v.	1,9	5377	3,32	5788	3,59
Alin koulutus, yli 20v.	20,9	252	0,16	-	-
Ei työllinen, 18-64v.	18,7	722	0,45	-	-
Ei parisuhteessa, yli 80v.	3,3	492	0,30	-	-
Nainen	51,2	248	0,15	-	-

Huom. Mallin 1 selitysaste (adj. R2)= 0.097, mallin 2 selitysaste= 0.095.

Taulukon 1 tekijöiden huomioon ottaminen vaikuttaa huomattavasti iän merkitykseen kustannusten selittämisessä. Tämä on esitetty kuviossa 7, jossa kustannuspainot on laskettu ainoastaan iän perusteella ja sitten mallien 1 ja 2 tarvetekijöiden kontrolloimana. Iän vaikutus tasoittuu, kun huomioidaan muita terveydenhuollon käyttöön vaikuttavia tekijöitä. Koska esimerkiksi neurologiset taudit ja sydämen rytmihäiriöt kuitenkin ovat yhteydessä karttuneisiin ikävuosiin, ei tämä tarkoita etteikö valtionosuudet kohdistuisi vanhuksille myös sairastavuuden huomioon otta-

misen jälkeen. Lähinnä tällainen muutos tarkoittaisi, että valtionosuus kohdistuisi tarkemmin sairaille vanhuksille, eikä vain vanhuksille ylipäätään.



Kuvio 7. Terveydenhuollon ikäryhmittäiset kustannukset mallin 1 ja mallin 2 mukaan tarvetekijöillä kontrolloituna.

Aineistomme kuitenkin kuvaa vain toteutunutta palveluiden käyttöä, joten emme tiedä, missä määrin tutkimillamme henkilöillä on tyydyttämättömiä terveyteen liittyviä tarpeita. Huono-osaisten palvelutarve saattaa toisin sanoen olla huomattavasti suurempi kuin mitä tuloksista tulee ilmi. Tämän suhteen tulisi olla varovainen, kun tulosten perusteella päätellään kunnan palvelutarpeen laajuus. Loppujen lopuksi tulokset kertovat siis ennen kaikkea tekijöistä, jotka vaikuttavat tosiasialliseen palveluiden käyttöön eivätkä niinkään kerro yksilön tarpeesta suoraan.

Kansanterveyden kannalta voisi olla hyödyllistä suunnata voimavaroja tyydyttämään nämä tyydyttämättömät tarpeet, mutta näiden tulosten perusteella emme tiedä, miten nämä tarpeet väestöryhmiin kohdistuvat. Aiempi tutkimus kuitenkin osoittaa työttömien ja pienituloisten kärsivän muuta väestöä heikommasta terveydentilasta (Koskinen, 2004). Arvioiden mukaan puolet sosioekonomisten luokkien välisistä kuolleisuuseroista on lähtöisin alkoholin käytöstä ja tupakoinnista, mutta terveys- ja sosiaalipalveluiden kehittäminen huono-osaisimpia väestöryhmiä paremmin palveliviksi voisi osaltaan auttaa eriarvoisuuden vähentämisessä (Koskinen, 2004).

Vanhuspalvelut

Vanhuspalveluiden malleissa käytettiin pitkälti samoja muuttujia kuin edellä esitetyissä terveydenhuollon malleissa. Myös aiempi tutkimus tukee näiden tekijöiden huomioimista. Martikainen *ym.* (2009) osoittavat sukupuolen (nainen), iän, asumismuodon (asuu yksin), sosioekonomisen aseman (matala) ja asunnon (ei omistusasuntoa) olevan pitkäaikaisen laitoshoidon riskitekijöitä. Yksin asuvilla ei ole saatavilla kotona epävirallista apua, joten he usein päätyvät laitoshoitoon parempikuntoisina ja näin ollen myös elävät laitoksissa pidemmän aikaa. Naisten korkeampi riski taas selittyy heidän korkeampaan ikään ja siihen, että heistä monet ovat yksinasuvia, kun miehillä partneri on useammin elossa kuolemaan asti. Lisäksi heikko fyysinen tai psyykinen tila lisäävät palveluiden käyttöä, kuten myös alla olevista tuloksista käy ilmi. Näitä on pyritty mittaamaan tiettyjen sairastavuusindikaattorien avulla, mutta tietoa esimerkiksi vanhuksen kyvystä suoriutua päivittäisistä aktiviteeteista (ruoanlaitto, peseytyminen, ostokset jne.) ei aineistossa valitettavasti ole.

Martikaisen *ym.* havaitsemista riskitekijöistä kaikki paitsi asunnon tyyppi ovat osana myös suositeltavaa mallia. Sekä mallin 1 että 2 selitysasteet ovat korkeat, molemmat selittävät noin 25 prosenttia kustannuksista.

Taulukko 2. Vanhustenhuollon tarvetekijät ja tekijäkohtaiset painotetut kertoimet.

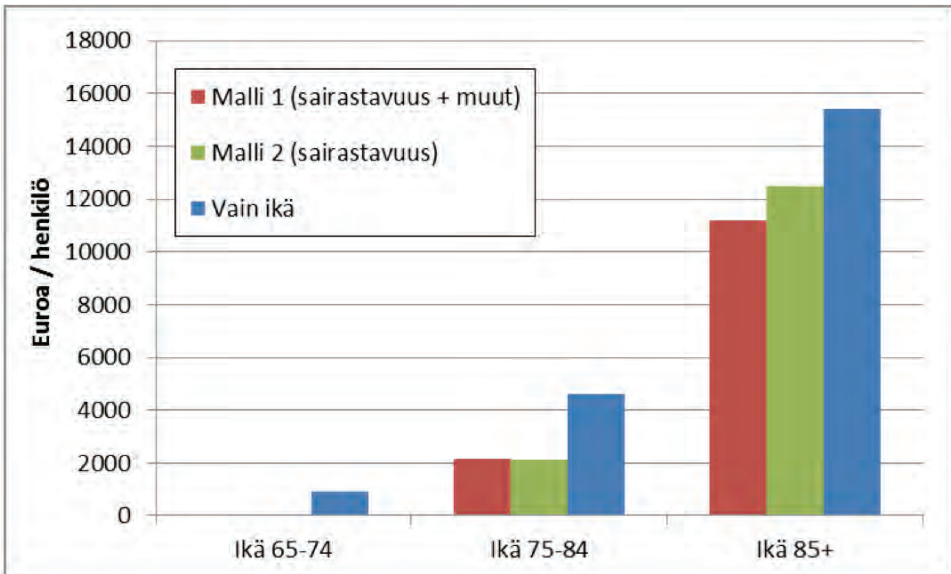
	Tekijän yleisyys (%)	Malli 1		Malli 2	
		Regressio-kerroin	Painotettu kerroin	Regressio-kerroin	Painotettu kerroin
Ikä 65-74	54,6	60,7	0,01	57	0,01
Ikä 75-84	33,0	2139,6	0,43	2124	0,51
Ikä 85+	9,1	-	-	12501	3,03
Ikä 85+, nainen	3,2	13982	2,79	-	-
Ikä 85+, mies		8410	1,68	-	-
Diabetes	13,1	1040	0,21	1043	0,25
Epilepsia	1,5	5195	1,04	5141	1,24
Psykoosit	2,8	10283	2,05	10349	2,50
Dementia	6,2	18397	3,67	18538	4,49
Neurologiset taudit	1,4	6800	1,36	6692	1,62
Sydämen rytmihäiriöt	5,8	1852	0,37	1895	0,46
Ei parisuhteessa, yli 80v.	18,6	4733,5	0,94	-	-

Huom. Mallin 1 selitysaste (adj. R2)= 0.259, mallin 2 selitysaste= 0.256.

Taulukossa 2 on esitelty susoiteltu malli (malli 1) ja jälleen yksinkertaisempi malli (malli 2). Suurin ero näissä malleissa on se, ettei mallissa 2 ole huomioitu iän ja sukupuolen interaktiota ylimmässä ikäryhmässä. Tämä on huomattava ero, sillä kuten edellä on osoitettu, iäkkäät naiset käyttävät palveluita huomattavasti miehiä

enemmän tässä ikäryhmässä. Myös yksin asumisesta kertova indikaattori on jätetty pois mallista 2. Kuten taulukosta näkyy, sillä on kuitenkin huomattavan suuri painoarvo kustannusten jakautumisen suhteen.

Kuviossa 8 on jälleen näytetty, miten iän vaikutus vähenee, kun muita tarvetekijöitä otetaan huomioon. Mallissa 1 iän vaikutus on pienin.



Kuvio 8. Vanhustenhuollon ikäryhmittäiset kustannukset mallin 1 ja mallin 2 mukaan tarvetekijöillä kontrolloituna.

Sosiaalihuolto

Sosiaalihuollossa yksittäiset sairaudet eivät enää ole merkittäviä tarvetekijöitä, vaan ne on korvattu sosioekonomisesta taustasta kertovilla muuttujilla. Sen sijaan työkyvyttömyyseläke selittää voimakkaasti sosiaalipalveluiden käyttöä. Taulukossa 3 on jälleen esitelty susoiteltu malli (malli 1) ja yksinkertaisempi malli (malli 2). Iän merkitys molemmissa malleissa on suuri: lähes 60 prosenttia sosiaalihuollon tarpeesta määräytyisi mallissa 2 iän perusteella. Mallien selitysasteet eivät ole kovin korkeat, sillä selitettävä kustannus koostuu hyvin erilaisista palveluista sosiaalitoimen asumispalveluista lastensuojeluun ja päihdehuoltoon.

Taulukko 3. Sosiaalihuollon tarvitsejät ja tekijäkohtaiset painotetut kertoimet.

	Tekijän yleisyys (%)	Malli 1		Malli 2	
		Regressio-kerroin	Painotettu kerroin	Regressio-kerroin	Painotettu kerroin
Ikä 0-5	6,1	493	0,62	493	0,62
Ikä 6	0,9	618	0,78	618	0,78
Ikä 7-12	5,2	1113	1,41	1113	1,41
Ikä 13-15	2,8	3153	3,99	3153	3,99
Ikä 16-18	3,1	2853	3,61	3008	3,80
Ikä 19-64	65,7	-76	-0,10	232	0,29
Ikä 65-74	9,1	458	0,58	716	0,91
Ikä 75-84	5,0	997	1,26	1362	1,72
Ikä 85+	2,1	2752	3,48	3134	3,96
Työkyvytön, alle 55v.	1,7	8925	11,28	9517	12,03
Alin koulutus, yli 20v.	21,0	611	0,77	-	-
Toimeentulotukiasiakas	5,5	765	0,97	-	-
Ei työllinen, 18-64v.	18,8	510	0,65	-	-

Huom. Mallin 1 selitysaste (adj. R²)= 0.060, mallin 2 selitysaste= 0.056. Negatiivinen regressiokerroin tarkoittaa, että tekijän vaikutus pienentää kustannuksia. Näin on mallin 1 tekijän ”ikä 19–64” kohdalla.

Kunnittaiset tarvekertoimet

Kun nykyjärjestelmässä noin 80 prosenttia valtionosuuksista määräytyy iän perusteella, yllä esitettyjen mallien perusteella sen osuus pieneni huomattavasti. Muutos olisi huomattava nykyjärjestelmään verrattuna, mutta lähempänä tosiasiallista palveluiden käyttöä ja siitä syntyneitä kustannuksia. Poliittisesti muutoksen hyväksyntä saattaa kuitenkin vaatia kompromisseja, riittävän pitkää siirtymäaikaa tai ainakin laajempaa ymmärrystä siitä, mikä palvelutarpeeseen yksilötasolla vaikuttaa. Tähän päämäärään pyrkii tämä raporttikin.

Käytännössä muutos tarkoittaisi, että kunnat, joissa on paljon terveitä vanhuksia, saisivat vähemmän valtionosuuksia kuin nykyjärjestelmän puitteissa. Aiempi tutkimus kertoo, että esimerkiksi suomenruotsalaiset ovat suomenkielistä väestöä keskimäärin terveempiä ja Länsi-Suomessa ollaan yleensä terveempiä kuin Itä- ja Pohjois-Suomessa, vaikka alueelliset terveyserot ovatkin hieman tasaantuneet (Koskinen, 2004). Toisaalta kunnat, joissa on suhteellisesti enemmän sairaita nuoria, saisivat nykyistä enemmän valtionosuuksia. Palveluiden järjestämisen ja rahoittamisen näkökulmasta tämä tarkemmin palvelutarvetta kuvaava näkökulma tuntuu oikeuden-

mukaisemmalta ja solidaarisemmalta valtakunnan tasolla, sillä raha suuntautuisi tarkemmin sinne, missä sairastavuustaakka olisi suurempi.

Kunnittaisia tarvekertoimia laskettaessa käytetään hyväksi edellä esitettyjä painotettuja kertoimia (taulukot 1–3). Siinä otetaan huomioon jokainen mallissa esitetty tarvetekijä ja sen yleisyys yksittäisessä kunnassa. Asukaskohtainen tarvekerroin suhteutetaan lopuksi kaikkien kuntien keskiarvoon, jolloin lopputulokseksi saadaan kaikille kunnille suhteelliset tarvekertoimet. Koko Suomen tarvekerroin on 1 ja kuntien tarvepainot siis suhteutetaan tähän. Ne ovat alle 1 silloin, kun kunnan palveluntarve on pienempi kuin Suomessa keskimäärin, ja yli 1 silloin, kun tarve on suurempi.

Kunnittaisten tarvekertoimien laskeminen

Kunnan asukaskohtainen tarvepaino määritellään kertomalla eri tekijöiden painotetut kertoimet tekijöiden yleisyydellä kunnassa, laskemalla nämä painot yhteen ja lopulta jakamalla kunnan asukasluvulla.

Esim. terveydenhuollon kohdalla (malli 2): $(0,70 \times \text{'0-5v. lukumäärä kunnassa'} + 0,50 \times \text{'6v. lukumäärä kunnassa'} + 0,66 \times \text{'7-12v. lukumäärä kunnassa'} + \text{jne.}) / \text{kunnan asukasluku}$

Jokainen kunta voi siis periaatteessa laskea tässä raportissa esitettyjen vaihtoehtoisten painotettujen kertoimien perusteella oman tarvekertoimensa, kun tietää jokaisen tekijän kohdalta sen yleisyyden (esim. kuinka monta alle 55-vuotiasta työkyvyttöntä tai yli 80-vuotiasta yksin asuvaa kuntalaista kunnassa on). Sairastavuustekijöiden osalta tiedot saa Kelalta (erityiskorvattavat lääkkeet), muiden tietojen osalta THL:n tilasto- ja indikaattori-pankista (SOTKANet) tai Tilastokeskuksen tilastoista.

Painotetut kertoimet perustuvat sekä tekijöiden merkitykseen kustannusten muodostumisessa että tekijän yleisyyteen otoksessa. Kuntatasolla vaikuttaa taas tekijän esiintyvyys kunnassa verrattuna muihin kuntiin: jos kaikki tekijät (esim. dementiaa sairastavien määrä) jakautuisivat täsmälleen tasan kuntien välillä, ei tällaista laskelmaa tarvittaisi lainkaan, vaan silloin valtionosuudet voitaisiin jakaa kunnan asukasluvun mukaan. Tiedämme kuitenkin, että kuntien välillä on suurta vaihtelua ikärakenteessa mutta myös sairastavuudessa, jolloin yllä esitetty järjestelmä on tarpeellinen oikeudenmukaisuuden takaamiseksi.

Herkkyysoanalyysit osoittavat, etteivät erot kuntien välillä (eli mahdolliset erot tarjonnassa) merkittävästi vaikuta edellä oleviin tuloksiin.

Terveys- ja vanhuspalveluiden käyttö Suomessa

Tarkemmat regressioanalyysit useammilla selittävillä muuttujilla

Tässä luvussa tarkastellaan palvelukategorioita yksityiskohtaisemmin ja otetaan huomioon tekijöitä, joita ei käytetty valtionosuuskriteereitä määrittävissä malleissa edellä. Lisäksi ikäryhmittely on nyt hieman erilainen ja sopivampi sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia selittäväksi. Ikäluokka 0 on erotettu omaksi ikäryhmäkseen, sillä sen vaikutus terveydenhuollon kustannuksiin on merkittävä synnytysten takia (vuodeosastohoito).

Terveydenhuolto

Häkkinen ja Järvelin (2004) havaitsivat, että terveydenhuollon eri palveluiden käyttöä selittävät hieman eri tekijät. Optimaalisessa tilanteessa terveydenhuollon tarvetekijöitä tulisi tarkastella palvelualoittain eikä yhteen niputettuna kuten edellä. Häkkisen ja Järvelinin tulokset osoittavat, että terveydenhuollon avopalveluiden kustannuksia selittävät ikä- ja sukupuolivakioitu kuolleisuus sekä tulot. Erikoissairaanhoidossa merkittävin tekijä oli alle 55-vuotiaiden työkyvyttömyyseläke. Yksin asuvien osuus väestöstä ja tulot taas vaikuttivat psykiatrian erikoissairaanhoidon kustannuksiin.

Taulukossa 4 esitellään tuloksia erikseen perusterveydenhuoltoa, erikoissairaanhoidon somaattista avo- ja laitoshoidoa (koti- ja laitoshoidon palvelut) koskien. Taulukkoon on kerätty perustietoa eri palvelukategorioiden käyttöä koskevan tutkimuksen kohdalta. Ainoastaan tilastollisesti erittäin merkitsevästi (p<0.001) ja jälleen on pyritty selittämään terveydenhuollon kustannuksia yksin asuvien osuuden ja tulon avulla (p<0.001) ja jälleen on pyritty selittämään terveydenhuollon kustannuksia yksin asuvien osuuden ja tulon avulla (p<0.001). Kaikki ikäryhmät ovat merkitsevästi (p<0.001) ja jälleen on pyritty selittämään terveydenhuollon kustannuksia yksin asuvien osuuden ja tulon avulla (p<0.001).

Pienituloisuus on läheisesti yhteydessä muihin malleissa käytettyihin sosioekonomisiin muuttujiin, etenkin vanhempiin ikäluokkiin, joten se on malleista jätetty lopulta pois multikollinearisuuden välttämiseksi. Pienituloisiksi oli tässä määritelty ne, joiden kotitalouden ekvivaloidut tulot jäävät alle 60 prosentin mediaanituloista (eli usein käytetty köyhyysraja).

Tässä kohden on lisäksi hyvä huomauttaa, että maahanmuuttotaustalla (syntymävaltio muu kuin Suomi tai äidinkieli muu kuin suomi, ruotsi tai saame) on keskimäärin palveluiden käyttöä vähentävä rooli, mutta tekijä ei noussut malleissa tilastollisesti merkittäväksi. Kyseessä voi olla tekijä, joka kertoo *tyydyttämättömistä* tarpeista eikä niinkään maahanmuuttajataustaisen vähäisemmästä palveluiden tarpeesta. Tämä tulee ottaa huomioon myös pienituloisten tai muiden haavoittuvassa asemassa olevien väestöryhmien palvelunkäyttöä analysoitaessa. Aiempi tutkimus aiheesta osoittaa, että pienituloisilla on heikompi terveys ja näin ollen suurempi tarve käyttää palveluita. Tähän suhteutettuna parempituloiset käyttävät Suomessa erityisesti avohoidon lääkäripalveluja ja hammashuollon palveluita enemmän (van Doorslaer *ym.*, 2000;

Kunst *ym.*, 2005; Hernandez-Quevado *ym.*, 2006; Häkkinen ja Nguyen 2010; Nguyen 2011; Devaux ja de Looper, 2012; Nguyen 2012).

Sosioekonomisista tekijöistä perusterveydenhuollon kustannuksiin vaikuttivat alin koulutustaso ja työvoiman ulkopuolisuus sekä siviilisääty (yksinhuoltaja ja eronnut), jotka usein indikoivat myös pienituloisuudesta. Perusterveydenhuollon kustannuksiin vaikutti lisäksi negatiivisesti yksityisten terveystalveluiden käyttö ja positiivisesti henkilön lääkekustannukset (ei merkitty taulukkoon 4).

Terveydenhuollon kokonaiskustannuksia selittävässä mallissa ollut dementia jäi pois perusterveydenhuollon mallista. Ikä selittää perusterveydenhuollon kustannuksia paremmin kuin muiden terveystalveluiden kustannuksia.

Erikoissairaanhoidon avohoidon ja sairaaloiden ja terveystalveluiden vuodeosastohoidon (pl. psykiatria ja mielenterveystyö) kustannuksia selittävät muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta samat tekijät kuin perusterveydenhuollon kustannuksiakin. Toisin kuin perusterveydenhuollossa yksinhuoltajuus ei ole tilastollisesti merkitsevä, mutta sen sijaan yksin elävät vanhuksat ja dementia ovat. Sairauksista merkittävimmät tekijät ovat syövät ja vakavat mielenterveystalveluiden häiriöt, lisäksi työkyvyttömyyseläke signaloi huomattavasta palvelutarpeesta. Myös Kelan korvaamat yksityiset lääkäripalvelut ovat yhteydessä korkeampiin erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Erikoissairaanhoidon kustannuksista vain alle kolmasosa selittyy henkilön iällä.

Vuodeosastohoito voi johtua täysin ikään ja kroonisiin sairauksiin liittymättömistä tekijöistä, kuten onnettomuuksista, joita on lähes mahdotonta ottaa huomioon tällaisessa tutkimuksessa. Tässä mallissa näkyy 0-vuotiaiden merkitys, eli synnytykset selittävät vuodeosastohoidon kustannuksia.

Mielenterveystalveluiden käyttöön on aiemman tutkimuksen mukaan yhteydessä sukupuoli, tulo- ja koulutustaso, etninen tausta, siviilisääty ja ikä terveystalveluiden lisäksi. Nämä osoittautuvat tässäkin tutkimuksessa merkittäviksi tekijöiksi, mutta niillä on huomattavasti vähemmän vaikutusta kustannuksiin kuin psykoosilääkityksen käytöllä, joka kertoo henkilön vakavasta mielenterveystalveluiden ongelmasta. Mielenterveystalveluiden häiriöt ovat yksi suurimmista työkyvyttömyyseläkkeen syistä, joten työkyvyttömyys nousee erittäin suureksi tarvetekijäksi myös psykiatrian kustannusten selittäjänä.

Myös pienituloisuus on yhteydessä mielenterveystalveluiden häiriöihin: psykiatrian kustannukset ovat pienituloisilla keskimäärin 340 euroa, kun loppuväestöllä ne ovat 205 euroa. Pienituloisuuden vaikutus kuitenkin pienenee, kun mallissa on mukana pienituloisuuteen voimakkaasti liittyvä työkyvyttömyys (aineistossamme alle 55-vuotiaista työkyvyttömyyseläkeläisistä lähes kolmannes on pienituloisia) sekä muut huomioidut huono-osaisuudesta kertovat sosioekonomiset tekijät. Psykoosilääkkeiden käyttö sekä työkyvyttömyyseläke selittävät lähes yksinään kaiken vaihtelun psykiatrian kustannuksissa.

Sosioekonomiset tekijät (koulutus, työmarkkinatilanne, siviilisääty) selittävät noin 5 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista näissä malleissa.

Taulukko 4. Terveystarvetekijöitä palvelualoitin.

	Tekijän yleisyys (%)	Perusterveydenhuolto		Erikoissairaanhoidon avopalvelut ja sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoahoito (pl. psykiatria)		Psykiatria ja mielenterveystyö (avo- ja laitospalvelut)	
		Regressio-kerroin	Painotettu kerroin	Regressio-kerroin	Painotettu kerroin	Regressio-kerroin	Painotettu kerroin
Ikä 0	1,1	555	1,81	1663	1,53	11	0,05
Ikä 1-17	18,6	432	1,41	483	0,44	156	0,69
Ikä 18-39, nainen	14,1	253	0,82	521	0,48	76	0,33
Ikä 18-39 mies (ref.)	14,6	83	0,27	190	0,17	63	0,28
Ikä 40-64	33,9	128	0,42	263	0,24	-64	-0,28
Ikä 65-74	9,6	288	0,94	780	0,72	-45	-0,20
Ikä 75-84, nainen	3,6	373	1,22	1011	0,93	-179	-0,79
Ikä 75-84, mies	2,3	339	1,10	1518	1,40	-87	-0,39
Ikä 85+, nainen	1,6	321	1,05	1643	1,51	-229	-1,01
Ikä 85+, mies	0,6	439	1,43	1998	1,84	-161	-0,71
Diabetes	4,5	176	0,57	754	0,70	-	-
Epilepsia	1,1	142	0,46	1456	1,34	-	-
Psykoosit	1,7	74	0,24	4363	4,02	6091	26,93
Reuma	1,7	169	0,55	1242	1,14	-	-
Keuhkoastma	4,2	116	0,38	605	0,56	-	-
Verenpainetaudit	8,7	65	0,21	550	0,51	-	-
Sepelvaltimotauti	3,2	82	0,27	1033	0,95	-	-
Crohnin tauti	0,7	53	0,17	1348	1,24	-	-
Dementia	1,1	-	-	1067	0,98	-	-
Syövät	1,6	87	0,28	4583	4,22	-	-
Neurologiset taudit	0,4	387	1,26	1667	1,54	-	-
Sydämen rytmihäiriöt	1,4	134	0,44	1655	1,53	-	-
Työkyvytön, alle 55v.	1,9	164	0,53	3071	2,83	2117	9,36
Alin koulutus, yli 20v.	20,9	29	0,10	171	0,16	97	0,43
Ei työllinen, 18-64v.	18,7	131	0,43	483	0,45	217	0,96
Ei parisuhteessa, yli 80v.	3,3	-	-	707	0,65	-	-
Yksinhuoltaja	8,3	45	0,15	-	-	99	0,44
Eronnut	9,8	37	0,12	208	0,19	-	-

Vanhustenhuolto

Taulukossa 5 esitetään tarvekertoimet erikseen vanhusten asumis- ja laitospalveluille sekä kotipalveluille. Laitospalveluiden osalta malli on kutakuinkin sama kuin taulukossa 2 esitetty malli. Siihen on kuitenkin lisätty koulutustaso ja pienituloisuustekijä, joista jälkimmäinen on selvästi negatiivisesti yhteydessä kustannuksiin. Tämä herättää toki kysymyksen, onko pienituloisilla vanhuksilla yhtäläiset mahdollisuudet päästä tarvittaessa asumis- tai laitospalvelun toiminnan piiriin, vai voisiko negatiivinen yhteys kertoa tyydyttämättömistä tarpeista. Kotipalveluiden kohdalla on päinvastoin, pienituloisten kotipalveluiden kustannukset ovat suuremmat kuin muilla, vaikka malli on kontrolloitu iällä ja yksin asumisella. Kotipalveluiden kohdalla myös useammat sairastavuusmuuttujat olivat tilastollisesti merkitseviä. Lisäksi maleissa on mukana alin koulutustaso, joka lisää palveluiden tarvetta kuten aiemmissakin tutkimuksissa on todettu.

Taulukko 5. Vanhustenhuollon tarvetekijöitä.

	Yleisyys %	Vanhusten asumis- ja laitospalvelut		Kotipalvelut	
		Regressio- kerroin	Painotettu kerroin	Regressio- kerroin	Painotettu kerroin
Ikä 65-74	54,64	147	0,05	-179	-0,17
Ikä 75-84	33,00	687	0,22	10	0,01
Ikä 85+, nainen	9,15	7577	2,45	1624	1,56
Ikä 85+, mies (ref.)	3,21	4692	1,52	723	0,70
Diabetes	13,09	-		808	0,78
Epilepsia	1,50	3855	1,25	1336	1,29
Psykoosit	2,84	8037	2,60	2259	2,18
Reuma	4,01	-		469	0,45
Sepelvaltimotauti	14,45	-		243	0,23
Dementia	6,18	14254	4,61	3310	3,19
Neurologiset taudit	1,36	4881	1,58	1898	1,83
Sydämen rytmihäiriöt	5,81	1065	0,34	545	0,53
Alin koulutus, yli 20v.	55,49	1036	0,34	184	0,18
Yksin asuva yli 80v.	18,62	4293	1,39	1560	1,50
Pienituloinen	17,08	-4255	-1,38	366	0,35

Ehdotuksia sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kehittämiseksi

Valtionosuusjärjestelmästä vaikuttavampi yhteiskuntapolitiikan väline

Valtionosuuksien jako pelkästään edellä esitettyjen väestön tarpeita kuvaavien tekijöiden perusteella ei kannusta kuntia toimimaan terveys- ja sosiaalipolittisten tavoitteiden suuntaisesti. Tarvetekijät on jouduttu valitsemaan niin, ettei niihin liittyisi vääristäviä ja epätarkoituksenmukaisia kannustimia. Samalla kriteerit perustuvat palveluiden nykytarjontaan eivätkä ne siis voi ottaa huomioon esimerkiksi erilaista mahdollisuutta käyttää palveluita eri väestöryhmissä tai eri puolilla Suomea.

Seuraavassa esitämme eräitä näkökohtia, joista käsin valtionosuusjärjestelmään voitaisiin luoda elementtejä, joiden avulla pyrittäisiin palvelujärjestelmän parempaan oikeudenmukaisuuteen ja kustanusvaikuttavuuteen.

Monikanavarahoitus

Terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen selkeyttämiseksi on viimeisten kahdenkymmen vuoden aikana tehty lukuisia ehdotuksia (Pekurinen *ym.*, 2011). Monikanavaisen rahoituksen purkamisen vaihtoehtoja on päätetty selvittää myös hallituksen Rakennepoliittisessa ohjelmassa (29.8.2013)⁸.

Jos monikanavarahoitusta ei lähitulevaisuudessa poisteta, voitaisiin valtionosuusjärjestelmällä paikata sen aiheuttamaa vääristymää julkisen rahoituksen kunnittaisessa kohdentumisessa. Vääristymä johtuu siitä, että julkisin varoin tuetaan kunta-laisten yksityisten palveluiden ja työterveyspalveluiden käyttöä, mutta tätä ei oteta huomioon valtionosuuksien jakamisessa.

Ennaltaehkäisevä työterveyshuolto on työnantajan lakisääteinen tehtävä. Suuri osa työterveydenhuollon palveluista kohdentuu kuitenkin työntajien vapaaehtoisesti rahoittamiin avohoitopalveluihin, joita tuetaan sairausvakuutuskorvauksin. Nämä ainakin osittain korvaavat kunnallisia avohoitopalveluja. Työterveyshuollon ja kuntien perusterveydenhuollon kustannusten välillä onkin selkeä käänteinen yhteys (Hujanen ja Mikkola, 2013). Tämä ilmenee myös tämän tutkimuksen tuloksissa,

⁸ <http://valtioneuvosto.fi/tiedostot/julkinen/budjetti/290813/kannanotto.pdf>

vaikka osaksi ei-työllisten kustannusten korkeampi taso johtuu myös muista ei-työllisyyteen liittyvistä tekijöistä (työntekijät ovat usein terveempiä ja tätä ei käytävissä olevat sairastavuusmittarit kykene mittaamaan). Työterveyshuollon kokonaiskustannukset olivat vuonna 2009 keskimäärin 324 euroa työntekijää kohden; tekemissämme analyyseissä ei-työllisen kustannukset taas olivat yli 700 euroa korkeammat kuin työllisillä. Osa eroista selittyy työterveyshuollon olemassaololla, osa eroista terveydentilassa.

Tekijä on tärkeä myös siksi, että kuntien välillä on huomienia eroja työterveyshuollon kustannuksissa ja sen piiriin kuuluvien lukumäärässä. HUS:n, Kanta-Hämeen ja Varsinais-Suomen alueilla työterveyshuollon osuus on noin kolmasosa avoterveydenhuollon kustannuksista. Noin sadassa kunnassa kustannusosuus on sitä vastoin alle 10 prosenttia (Hujanen ja Mikkola, 2013).

Työterveyspalvelujen käytön vaikutus kunnan palvelutarpeeseen ja terveysmenoihin voidaan ottaa epäsuorasti huomioon kriteereihin sisältyvän, ei työssä olevaa väestöä kuvaavan tekijän avulla. Muu sairausvakuutuksen kautta kunnan asukkaiden palvelujen käyttöön kohdistuva julkinen rahoitus (lääkekorvauksia lukuun ottamatta) tulisi vähentää kunnan saamasta valtionosuudesta (Häkkinen *ym.*, 2009).

Normatiiviset korjaukset järjestelmässä

Tässä tutkimuksessa on esitetty empiirisiin tutkimustuloksiin perustuva lähestymistapa kehittää valtionosuusjärjestelmästä paremmin kuntien eroja heijastava. Ehdotamme, että tätä lähestymistapaa pyrittäisiin tasapainottamaan normatiivisilla kriteereillä niin, että järjestelmä vastaisi myös oikeudenmukaisuuden tavoitteita.

Eräissä maissa kapitaatiojärjestelmissä kohdennetaan erikseen voimavaroja sinne, missä tyydyttämätön tarve on usein suurta. Esimerkiksi Uudessa-Seelannissa painotetaan alkuperäiskansojen edustajia muuta väestöä enemmän. Samalla tavoin voitaisiin Suomessa kohdentaa voimavaroja enemmän niihin kuntiin, joissa asuu keskimääräistä enemmän pienituloisia tai alempaan sosioekonomiseen luokkaan kuuluvia henkilöitä. Tällä tavoin voitaisiin kohdistaa rahaa palvelujärjestelmille niin, että sillä voitaisiin vaikuttaa myös terveyserojen kaventamiseen eri väestöryhmien välillä. Tällaisten kriteerien laatiminen edellyttää kuitenkin jatkotutkimusta.

Vaikuttavuus ja palkitseminen

Nykyiset valtionosuuskriteerit eivät kannusta kuntia ehkäisemään sairauksia ennalta tai panostamaan kuntalaisten hyvinvointiin. Kuntatalouden ja kuntalaisten hyvinvoinnin kannalta olisi tärkeää kehittää valtionosuusjärjestelmästä sellainen, että se tukisi sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten tavoitteiden toteutumista. Vaikuttavuuden tavoittelu ei ohjaisi kuntia ainoastaan säästämään, vaan se auttaisi löy-

tämään tehokkaita ja laadukkaita toimintatapoja kuntalaisten terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi.

Epäoikeudenmukaisuutta esiintyy, koska palveluiden laadussa ja käytössä on eroja väestöryhmien välillä. Laatueroihin voitaisiin puuttua panostamalla palveluiden vaikuttavuuteen. Tämä vaatii tutkimustietoa vaikuttavuudesta palveluketjujen eri vaiheissa sekä eri toimipisteissä.

Vaikuttavuuden huomioiminen tarkoittaisi käytännössä sitä, että kuntalaisten palvelutarpeiden ohella valtionosuusjärjestelmä ottaisi huomioon myös sen, kuinka hyvin kunta on suoriutunut terveys- ja sosiaalipalveluiden järjestämisessä. Valtionosuuden suuruutta laskettaessa voitaisiin kiinnittää huomiota esimerkiksi palveluiden saatavuuteen, ennen aikaisten kuolemien ehkäisemiseen, sosiaalisten ongelmien riskitekijöiden vähentämiseen (esim. pitkäkestoinen toimeentulotukiasiakkuus) tai estettävissä oleviin hoitajaksoihin.

Tutkimustyöhön panostamalla pystyttäisiin kehittämään luotettavia mittareita palveluiden vaikuttavuuden ja laadun seuraamiseen. Jos kunta saavuttaisi näillä mittareilla hyviä tuloksia, valtionosuuksilla voitaisiin myös palkita kunnan vaikuttavaa toimintaa. Valtionosuusjärjestelmä olisi näin laajemmin terveys- ja sosiaalipoliittikan väline eikä ainoastaan tulonsiirto kuntien välillä. Tässä on toki syytä muistaa, että monet terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät ovat kunnan päätöksenteon ulottumattomissa ja positiivinen kehitys näiden suhteen on usein pitkäaikainen prosessi. Tämä tulee ottaa huomioon mittareita laadittaessa.

Tutkimustyötä on jo tehty esimerkiksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoimien seuraamiseksi kunnissa. Vertailukelpoisen tiedon mittaamista ja keräämistä kuntien toiminnasta on kehitetty vuodesta 2006 lähtien Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Terveyden edistämisen vertailutietohankkeessa. Kehitystyön tuloksena on laadittu vuosittain päivittyvä kuntien terveydenedistämisasiaktiivisuutta mittaava vertailutietojärjestelmä (TEAvisari) (Rimpelä *ym.* 2009).⁹

Ehdotamme, että osa valtionosuudesta ohjattaisiin kuntien palvelutoimintaan kohdennetusti sosiaali- ja terveyspoliittisten tavoitteiden suuntaisesti. Tavoitteiden toteutumista seurattaisiin ja arvioitaisiin säännöllisesti ja tämän perusteella palkittaisiin alueita ja tuottajia tavoitteiden saavuttamisesta tai ylittämisestä. Tällaista vaikuttavuusosaa (vrt. Häkkinen *ym.*, 2009) voitaisiin alussa käyttää kannustamaan laadukkaiden rekisteritietojen tuottamiseen. Tämä on välttämätöntä luotettavan seurannan järjestämiseksi.

⁹ Ks. myös http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/teaviisari

Palvelualakohtaiset painotukset

Valtionosuusjärjestelmän ketteryyttä voitaisiin parantaa suuntaamalla rahaa tiettyihin tarkoituksiin, milloin esimerkiksi vanhuspalveluihin, milloin nuorten syrjäytymisen ehkäisyyn. Tämä ei tarkoittaisi paluuta korvamerkittyihin valtionosuuksiin, vaan sitä, että järjestelmässä painotettaisiin palvelualakohtaisia tarvekertoimia. Esimerkiksi päätös panostaa perusterveydenhuoltoon johtaisi siihen, että valtionosuuk-sien määrä laskettaessa käytettäisiin erikseen perusterveydenhuollon tarvekertoimia (ks. taulukko 4) ja antaisimme näille koko järjestelmässä suuremman painoarvon. Kunnan valtionosuus määräytyisi siis hieman eri tavoin painotetuilla tarvekertoimil-la. Lopulta olisi kuitenkin kunnan vastuulla, käyttääkö se valtionosuuden juuri pe-rusterveydenhuoltoon vai muuhun, mutta valtionosuus määräytyisi juuri kunnan perusterveydehuollon tarpeen mukaan. Samalla tavalla voitaisiin painottaa enemmän erikoissairaanhoidon, lastensuojelun tai vanhustenhuollon tarvekertoimia.

Tarkistuksia voitaisiin tehdä sen mukaan, miten lainsäädännön tai hallitusohjel-man muutokset vaativat voimavarojen ohjaamista uusiin kohteisiin. Tällainen järjes-telmä vastaisi joustavasti ympäristön muutoksiin. Tässä voidaan käyttää hyväksi tässä tutkimuksessa laskettuja palveluryhmittäisi tarvekriteereitä. Tutkimusaineistos-ta on mahdollista jatkossa laskea tarvekertoimet erikseen myös muille palveluille.

VOS-kertoimien tarkistaminen

Raportissa ehdotettu malli uusiksi valtionosuuskriteereiksi on tulevaisuudessa mah-dollisuus tarkistaa säännöllisin väliajoin. Tällä menetelmällä taataan valtionosuusjär-jestelmän ajantasaisuus. Sairastavuuteen liittyvät kustannukset saattavat pitkällä aikavälillä muuttua uusien lääkkeiden ja teknologisten innovaatioiden seurauksena, joten tulosten kehittymistä on syytä seurata säännöllisesti.

Lähteet

- Andersen, R., Newman, J.F. (1973) Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*. Vol. 51(1): 95–124.
- Buchner, F., Goepffart, D., Wasem, J. (2013) The New Risk Adjustment Formula in Germany: Implementation and First Experiences. *Health Policy*. Vol. 109(3): 253–262.
- Devaux, M., de Looper, M. (2012) *Income-related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-09*. OECD Health Working Paper No. 58. OECD, Pariisi.
- Goldman, N., Koreman, S., Weinstein, R. (1995) Marital Status and Health among the Elderly. *Social Science & Medicine*. Vol. 40(12): 1717–1730.
- Hauck, K., Shaw, R., Smith, P.C. (2005) Formula Funding of Health Purchases: Towards a Fairer Distribution? Luku 8 teoksessa *Health Policy and Economics: Opportunities and Challenges*. Toim. Smith, P.C., Ginnelly, L., Sculpher, M., Berkshire: Open University Press.
- Hernández-Quevado, C., Jones, A.M., López-Nicolás, A., Rice, N. (2006) Socio-Economic Inequalities in Health: A Comparative Longitudinal Analysis Using the European Community Household Panel. *Social Science & Medicine*. Vol. 63(5): 1246–1261.
- Hujanen, T., Mikkola, H. (2013) *Työterveyshuollon palvelujen kustannusten alueelliset erot*. Nettityöpapereita 42/2013. Kela, Helsinki.
- Häkkinen, U., Järvelin, J. (2004) Developing the Formula for State Subsidies for Health care in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol. 32: 30–39.
- Häkkinen, U., Linna, M., Salonen, M. (1994) Korvasmenettelyn ja kuntakoon vaikutus erikoissairanhoidon taloudelliseen riskiin. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 49: 2545–2458.
- Häkkinen, U., Nguyen, L., Pekurinen, M., Peltola, M. (2009) *Tutkimus terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja valtionosuuskriteereistä*. THL-raportti 3/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Häkkinen, U., Nguyen, L. (2010) Rikas käy edelleen lääkärissä köyhää useammin. *OPTIMI – Terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje*. 2/2010.
- Kapiainen, S., Eskelinen, J. (2014) *Miesten ja naisten terveysmenot ikäryhmittäin 2011*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Kapiainen, S., Väisänen, A., Haula, T. (2014) *Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Koskinen, S. (2004) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. *Kunnallislääkäri*. Numero 6/2004.
- Kunst, A.E., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Lissau, I., Redigör, E., Mielck, A., Cardano, M., Dalstra, J.A.A., Geurts, J.J.M., Helmert, U., Lennartsson, C., Ramm, J., Spadea, J., Stronnger, W.J., Mackenbach, J.P. (2005) Trends in Socioeconomic Inequalities in Self-Assessed Health in 10 European Countries. *International Journal of Epidemiology*. Vol. 34(2):295–305.
- Kuntaliitto (2012) *Valtionosuudet*. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/kunnatalous/valtionosuudet/Sivut/default.aspx> (8.11.2012)
- Kuoppala, T., Säkkinen, S. (2013) *Lastensuojelu 2012*. THL-Tilastoraportti 30/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Martikainen, P., Moustgaard, H., Murphy, M.J., Einiö, E.K., Koskinen, S., Martelin, T., Noro, A. (2009) Gender, Living Arrangements and Social Circumstances as Determinants of Entry into and Exit from Long-Term Institutional Care at Older Ages: a Six Year Follow-Up Study of Older Finns. *The Gerontologist*. Vol. 49(1): 34–45.
- McNamara, A., Normand, C., Whelan, B. (2013) *Patterns and Determinants of Health Care Utilisation in Ireland*. The Irish Longitudinal Study on Ageing 2013. Dublin: Trinity College Dublin.
- Mikkola, H. (2002) Empirical Studies on Finnish Hospital Pricing Methods. *Acta Universitatis Paedagogicae Helveticensis A–203*. Helsinki School of Economics, Helsinki.
- Nguyen, L. (2011) Hammashoitoudistus on lisännyt vain vähän oikeudenmukaisuutta. *OPTIMI – Terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje*. 1/2011.
- Nguyen, L. (2012) Terveyspalvelujen käytön eriarvoisuus ei ole vähentynyt Suomessa. *OPTIMI – Terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje*. 1/2012.
- Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jonsson, P.M., Keskimäki, I., Kokko, S., Kärkkäinen, J., Widström, E., Vuorenkoski, L. (2011) *Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet*. THL-raportti 4/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Penno, E., Gauld, R., Audas, R. (2013) How Are Population-Based Funding Formulae for Health-care Composed? A Comparative Analysis of Seven Models. *BMC Health Services Research*. Vol. 13: 470.
- Pylkkänen, E., Väisänen, A. (2009) *Tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusperusteista*. THL-raportti 4/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

- Rice, N., Smith, P.C. (2001) Capitation and Risk Adjustment in Health Care Financing: An International Progress Report. *The Milbank Quarterly*. Vol. 79 (1): 81–113.
- Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, K., Ståhl, T. (2009) Terveystiedon edistäminen terveyskeskuksissa 2008. THL-raportti 19/2009. Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Robards, J., Evandrou, M., Falkingham, J., Vlachatoni, A. (2012) Marital Status, Health and Mortality. *Maturitas*. Vol. 73: 295–299.
- Saikkun, P., Sinervo, L. (2010) *Työttömien terveyspalvelun juurrutus*. THL-raportti 42/2010. Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Soininvaara, O. (2012) *Valtionosuuksista riippuvat kunnat*. <http://www.soininvaara.fi/2012/02/27/valtionosuuksista-riippuvat-kunnat/>
- Turunen, A. (2012) Valtionosuusjärjestelmä kaipaa täysremonttia. *Kuntalehti*. <http://www.kuntalehti.fi/Ajankohtaista/Kuntauutiset/2012/Sivut/Valtionosuudet-syyniin.aspx> ilmestynyt 23.5.2012 (viitattu 26.7.2013)
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Burg, H., Christiansen, T., de Graeve, D., Duchene, I., Gerdtham, U., Gerfin, M., Geurts, J., Gross, L., Häkkinen, U., John, J., Klavus, J., Leu, R., Nolan, B., O'Donnell, O., Propper, C., Puffer, F., Schellhorn, M., Sundberg, G., Winkelhake, O. (2000) Equity in the Delivery of Health Care in Europe and the US. *Journal of Health Economics*. Vol. 19: 553–583.
- VM (2013) *Valtionosuusuudistus – uudistuksen alustavat peruslinjaukset*. http://www.vm.fi/vm/fi/03_tiedotteet_ja_puheet/01_tiedotteet/20130212Selvit/234553Valtionosuusuudistus_uudistu1757218329.pdf Valtiovarainministeriö, Helsinki.
- VM-tiedote 18/2013 (julkaistu 12.2.2013). *Selvitysmies Arno Miettinen: Uuden valtionosuusjärjestelmän tulee olla selkeä ja kannustava*. Valtiovarainministeriö, Helsinki.
- VM-tiedote 63/2013 (julkaistu 3.5.2013). *Valtionosuusjärjestelmä uudistuu vuoden 2015 alussa*. Valtiovarainministeriö.