

RAKENTUUKO SOTESTA kartano vai harakanpesä?

Hallitus aikoo keskittää sote-rahoituksen valtiolle ja sote-hallinnon 18 itsehallinnolliselle maakunnalle sekä synnyttää pääosassa sote-toimintaa yksityisten ja julkisten tuottajien kilpailun käyttäjien valinnoista. Rahoitusvastuun keskittämiseksi on vahvat perustelut. Hallinnon keskittämisen ja "valinnanvapauden" heikko valmistelu voi kuitenkin kaataa uudistuksen.

Sote-uudistuksen voidaan katsoa alkaneen vuosina 2002–2003 Lipposen hallituksen kansallisista projekteista terveydenhuollon ja sosiaalihuollon uudistamiseksi. Valmistelu jatkui Vanhasen ja Kiviniemen hallitusten Kunta- ja palvelurakennemuutoksen nimellä 2005–2011, Kataisen ja Stubbin hallitusten Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistushankkeen nimellä 2011–2015 ja jatkuu nyt Sipilän hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon kärkihankkeena. Uudistuksen valmistelusta vastanneet ministerit ovat olleet Soininvaara (vihreät), Biaudet (RKP), Hyssälä ja Rehula (kepu) sekä Guzenina-Richardson ja Huovinen (SDP).

Uudistuksen kunnianhimoinen tavoitteleminen on sisältänyt julkistalouden säästöt tai sen tasapainottamisen, julkisen hallinnon uudistamisen, palvelujen parantamisen, eriarvoisuuden vähentämisen ja palvelujen tuottajarakenteen muuttamisen.

Sote-prosessin keskeisiä muotoja ovat olleet yhden tai muutaman selvityshen-

kilön raportit, muutamalla tutkijalla täydennetyt virkamies- ja etujärjestöedustajien työryhmät, poliittisista päättäjistä ja ylimmän tason johtavista virkamiehistä muodostetut ohjausryhmät sekä suurella mediahuomiolla julkistetut valtioneuvoston ja/tai puoluejohtajien yhteiset jatkovalmistelua linjaavat päätökset. Selvityshenkilöt ja työryhmät ovat kuulleet suurta joukkoa sosiaali- ja terveydenhuollon johtavia toimihenkilöitä ja valitsemiaan tutkijoita. Sektoritutkimuslaitoksilta on saatu uudistuksen eri osia koskevia taustamuistioita tai raportteja. Useissa väleissä on järjestetty ennen muuta kuntien edustajille suunnattuja kuulemis- ja lausuntokierroksia. Tekstiä on parikymmentä tuhatta sivua, ja tuhannet ovat osallistuneet kuulemis- ja lausuntokierrosten tilaisuuksiin.

**Sote-uudistuksen
vaihtoehtojen selvittämisessä
ei ole nojaututtu huolellisesti
tieteelliseen näyttöön.**

Kaikesta hääräämisestä huolimatta valmistelu ei ole tuottanut tavoitteiden tärkeysjärjestykseen asettamista, selkeitä vaihtoehtoisia keinoja tavoitteiden edistämiseksi tai vaihtoehtojen huolellista arviointia saatavilla olevaan tieteelliseen näyttöön tukeutuen. Vaihtoehtoja on poliittisin päätöksin suljettu pois ennen kuin niitä on arvioitu. Asiantuntijat ja selvittäjät ovat olleet suurelta osin sidoksissa niihin organisaatioihin, joiden muuttamisesta on kysymys. Suomen hallintotieteen, sosiaalityön ja -huollon sekä terveydenhuollon ja -politiikan johtavien akateemisten tutkijoiden enemmistö on suhtautunut ehdotusten perusteluihin kriittisesti, mutta heitä ei myöskään ole vedetty mukaan pohtimaan vaihtoehtoja.

SUUREMMAT ALUEELLISET HALLINTO- YKSIKÖT

Uudistuksen keskiöön – tavallaan sekä tavoitteen että keinon asemaan – on valmistelun linjauksissa nostettu sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon keskittäminen nykyistä olennaisesti pienempään määrään aluehallintoyksiköitä. Tätä on

JUHANI LEHTO arvioi, että tutkimustiedon sivuuttava ja monet ongelmalliset muutokset avoimeksi jättänyt valmistelu voi jälleen raunioittaa sote-uudistuksen.



KESKITTÄMISTÄ ON AINA TAPAHTUNUT SOTE-PALVELUJEN RAHOITUSVASTUUN OSALTA.

perusteltu olettamuksilla, jotka ovat koskeneet rahoitusvastuun kantamista, tuotantoyksiköiden minimikokoa, sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimintojen integraatiota sekä palvelujen tilaajan ja tuottajan eriyttämistä.

Rahoitusvastuun osalta keskittämistä on aina tapahtunut palvelujärjestelmän hallinnon kuntapohjaisuudesta huolimatta. Keinona on ollut yksityispalvelujen käytön Kela-korvausten lisäksi valtionavustusten suuri osuus kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta. 1990-luvun laman jälkihoidossa Lipposen 1. hallitus alensi valtion rahoitusosuuden kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa lähes 50 prosentista alimmillaan noin 25 prosenttiin, eikä valtionosuuksien tasoa palautettu entiseksi myöskään 2000-luvulla.

HÄKKINEN YM. (1995) osoittivat, että terveydenhuoltokustannusten satunnaisvaihtelu alle 50 000 asukkaan väestöpohjalla häiritsee vakaata taloudenpitoa. 1990-luvun lopulla sosiaali- ja terveysministeriö alkoi hyväksyä, että asukkaiden oikeudet muihin kuin erityissääöksillä suojeltuihin palveluihin saavat olla ”määrärahasidonnaisia” – kunnan taloustilanteen mukaan vaihtelevia. Kuntien ”hartioiden kapeus” rahoitusvastuun kantamisessa muuttui uhaksi eriarvoisuuden hyväksymisestä (**LEHTO** 2011). Kuntien pienuuden ongelmaa yritettiin kiertää ehdotuksilla koko sosiaali- ja terveydenhuollon suurista alueellisista kuntayhtymistä, jotka voisivat määrätä kuntien rahoitusvastuun suuruuden. Eduskunnan perustuslakivaliokunta sulki tämän epäkansanvaltaisen kiertotien keväällä 2015 toteamalla sen yksimielisesti perustuslain vastaiseksi.

Sipilän hallituksen linjaus valmistella valtion pääasialliseen rahoitusvastuuseen perustuva sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä vei pohjan pois aluehallintoyksiköiden koon perustelemiselta vetoamalla rahoitusvastuun hartioiden

kokoon. Samalla katosi pohja sote-keskustelussa moneen kertaan toistetulta väitteeltä, että missään muussa maassa terveyspalvelujen järjestämisvastuu ei ole jakautunut väestömäärältään niin pienille yksiköille kuin Suomessa. Väitteen taustalta (esim. **PEKURINEN YM.** 2011, 52) löytyy ainoastaan terveydenhuollon rahoitusta koskeva yksi kansainvälinen julkaisu (**THOMPSON ET AL.** 2009), jossa ei käsitellä muita kuin rahoitusvastuuseen liittyviä ratkaisuja.

Terveydenhuollon hallinnon hajanaisuus muun kuin rahoituksen osalta on yhteinen kansainvälinen ilmiö, johon on reagoitu vuorotellen hallintoa hajauttamalla ja keskittämällä (kokoomateoksista ks. esim. **SALTMAN ET AL.** 2007; **COSTA FONT ET AL.** 2013). Sosiaalihuolto taas on Euroopassa pääasiassa kuntatasolle hajautettua (**LEHTO** 2015).

”Terveydenhuollon hallinnon hajanaisuus muun kuin rahoituksen osalta on yhteinen kansainvälinen ilmiö.”

Suurempia hallintoyksiköitä on perusteltu myös palvelutuotannon organisoimisen tarpeilla. Esimerkiksi Lipposen 2. hallituksen selvityshenkilö (**LEHTO** 2003) perusteli terveyskeskukseen vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalla, että vasta se mahdollistaa riittävän monipuolisen asiantuntemuksen kokoamiseen samaan yksikköön. 150 000–200 000 asukkaan väestöpohjaa on perusteltu keskussairaaloiden eri erikoisalojen ja laajan päivityksen edellyttämän osaajajoukon kokoamisen ja erityisosaamisen ylläpidon tarpeilla. Suuri osa palveluista tuotetaan varsin pienissä apteekkien, palvelutalojen, kotipalvelu- ja fysioterapiarytysten tyyppisissä yksiköissä. Tuotannon organisoimisen tarpeet perustelevat siis varsin

erikokoisia yksiköitä eri toimintoihin, ei yleistä yksikkökoon kasvattamista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation käsite on monimerkityksinen. Tutkimuskirjallisuudessa se liitetään ensisijaisesti siihen, että pyritään sovittamaan yhteen perus- ja erityistason monen eri asiantuntijan ja yksikön palveluja tarvitsevan henkilön tai perheen palvelut asiakkaan kannalta joustavaksi ja katkeilemattomaksi sekä tuotannon tehokkuuden ja vaikuttavuuden kannalta optimaaliseksi kokonaisuudeksi (**NOLTE JA MCKEE** 2008). Sote-uudistusretoriikassa asiakastason integraatio on kuvattu ”täydelliseksi”, jos kaikkien palvelujen hallinto keskitetään samoihin hallintoyksiköihin. Tämä johtaa hallintoyksiköiden muodostamiseen suurimman väestöpohjan edellyttämän erityispalvelun tarpeisiin sopivaksi. Jos lähtökohtana on keskussairaala, yksiköitä tarvitaan 12–18. Jos lähtökohtana on yliopistosairaala, yksiköitä saa olla vain 5.

Viiteen hallintoyksikköön on päädytty myös lähtemällä uuden julkissektorin hallinnan (NPM) oppien suosimasta palvelujen tilaajan ja tuottajan erottamisesta. Nykyisten keskussairaaloiden ympärille rakennettavissa hallintoyksiköissä oletetaan keskussairaalaorganisaation saavan liikaa vaikutusvaltaa hallintoyksikössä. Tästä argumentista on erilaiset sosialidemokraateille ja kokoomuslaisille tarjotut tulkinnat. Kokoomuslaiseen suuntaan tilaajan ja tuottaja eriyttäminen helpottaa ”julkisen tuotantomonopolin” korvaamista yksityissektorin kasvua edistävällä tuottajien kilpailuttamisella. Erityisesti sosialidemokraattiseen suuntaan taas se helpottaa sairaalalaitoksen rakennerationalisointia heikentämällä pienempien keskussairaaloiden ja alue-sairaaloiden sijaintikuntien ”kilpavarusteluksi” leimattua pyrkimystä turvata sairaaloiden työpaikat ja mahdollisimmat laajat erityispalvelut omalla paikkakunnalla.

VALINNANVAPAUDEN MALLIMAAKSI SUOSITELTIIN RUOTSIA ILMAN TUTKIMUSTIETOON PERUSTUVAA VERTAILUA.

Muun kuin rahoituksen osalta sote-hallintoyksiköiden optimikoko vaihtelee suuresti eri palvelujen mukaan.

Hallinnon keskittäminen muun kuin rahoituksen osalta saa varsin ristiriitaisen arvion tutkimuskirjallisuuden perusteella. Eri palveluita tuottavien tuotantoyksiköiden optimikoko vaihtelee yksityisestä paria korttelia palvelevasta ammatinharjoittajasta yliopistosairaaloille sopivaan jopa miljoonan asukkaan pohjaan. Palvelujen hyvä integraatio edellyttää päätösvallan delegoimista ruohonjuuritason tiimeille ja sekä taloudellisia että ammatillisia kannustimia näiden tiimien yhteistyöhön ja työnjakoon.

Isot byrokraattiset monialaorganisaatiot voivat tuottaa myös esteitä integraatiolle (esim. **GOODWIN ET AL.** 2012). Palvelutuotannon yksityistyminen ja kilpailuttaminen on laajentunut erityisen nopeasti nykyisen järjestelmän viimeisten 20 vuoden aikana. Yksityisten tuottajien osuus on jo 33 prosenttia sosiaalihuollon ja 21 prosenttia terveydenhuollon kokonaisuudesta (**OHTONEN** 2015). “Kilpavarustelustakin” on kokeusta sekä keskitetyn että löysennetyn valtionohjauksen oloissa. Kummassakin on vaikeaa toimia vahvaa maakunnallista mielipidettä vastaan (ks. esim. **MATTILA** 2010).

Kesällä 2015 kolmijäseninen hallintoasiantuntijatyöryhmä teki Sipilän hallituksen toimeksiannosta pikaselvityksen (**STM** 2015) hallitusohjelman mukaisen aluehallintouudistuksen valmistelun lähtökohdista. Selvittävänä ei ollut vain sote-hallinto vaan optimaalinen kuntien ja valtion väliin sijoittuva kolmas, vaaleilla valittavan valtuuston johtama hallintotaso, jolla on muitakin tehtäviä sote-hallinnon lisäksi. Vaihto-

ehtoja haettiin lähinnä hallitusohjelmassa mainitun maksimin 19 ja aiemmassa valmistelussa miniminä olleen 5 sote-alueen väliltä.

Työryhmän pohdinnan voi karkeasti tiivistää kahteen johtopäätökseen. Osa 19 maakunnasta on väestön isoille kaupunkiseuduille keskittymisen vuoksi muodostunut sekä valtion aluehallinto-tehtäville että sosiaali- ja terveydenhuollon aluehallintotehtäville liian pieniksi. 5 sote-aluetta taas voisivat olla akuutin sairaalatoimen työnjaon ja rakenteen ohjaamisen kannalta perusteltuja, mutta niistä olisi vaikea muodostaa alueiden väestön ja paikallisten ja alueellisten toimijoiden oikeutetuiksi ja kansanvaltaisiksi kokemia sekä joustavaan ja paikallisia olosuhteita tuntevaan hallintotoimeen kykeneviä. Suositeltavimpana pidettiin eduskuntavaalien ehdotettuun tai nykyiseen vaalipiirijakoon yhdentyvää 9–12 maakuntaa.

**Hallintoasiantuntijat
suosittelevat 9–12
itsehallintoyksikköä, mutta
hallitus päätti 18 maakuntaa ja
15 sote-aluetta.**

Marraskuun alussa 2015 hallitus linjasi,¹ että aluehallintoyksiköitä olisi 18. Niiden pohjalta muodostettaisiin 15 sote-aluetta muutamia maakuntaa yhteen ohjaamalla. Vain 12 sote-alueella olisi niin sanottu laajan päivystyksen keskussairaala. Joihinkin erityistehtäviin olisi oikeus vain 5 yliopistosairaalalla. Samalla vahvistettiin rahoitusvastuun siirto kunnilta valtiolle.

Linjausta voi pitää tukena maan muuttamiselle maakuntien Suomeksi mutta samalla hidasteeksi **MOISION** (2012) Suomen alueellisen rakenteen muutoksen analyysissä esittämälle kehitykselle kohti vain suurimpien kaupunkikeskit-

tymien varaan rakentuvaa ”metropoli-valtiota”. Sote-hallinnon osalta linjauks näyttää perustuvan useimpien julkisten keskussairaaloiden ”monopoliaseman” turvaamiselle. Linjauksen ”valinnanvapautta” koskevan osan mukaan taas ”pääsääntönä perustasolla ja soveltuvin osin erikoistason sote-palveluissa” tulisi olemaan yksityisten ja julkisten tuottajien kilpailu käyttäjien valinnoista.

VALINNANVAPAUDEN SUOMALAINEN MALLI?

Käyttäjän mahdollisuus valita terveyspalvelun tuottajansa on ollut esillä aina vuonna 1962 säädetyin sairausvakuutuslain valmistelusta lähtien 1980-luvun lopun omalääkärikokeilujen kautta vuonna 2010 säädettyyn terveydenhuoltolakiin. Aiemmin keskiössä oli käyttäjän mahdollisuus valita itseään hoitava lääkäri tai ammattilaistiimi. Se oli myös yksi osa terveydenhuoltolain valinnanvapautta, vaikka julkinen huomio kiinnitettiin asukkaiden mahdollisuuteen valita terveysasemansa lähikuntien omien ja niiden ulkoistamien yksityisten terveysasemien välillä (**LEHTO YM.** 2016).

2010-luvulla valinnanvapauden liittäminen sote-uudistukseen ei ole perusteltu aiempien uudistusten tulosten arvioinnilla vaan ennen muuta Ruotsin vuonna 2010 käynnistyneestä Vårdval-uudistuksesta synnytettyllä mielikuvalla (**ERHOLA YM.** 2013). Tässä mielikuvassa ”valinnanvapaus” tarkoittaa, että käyttäjä valitsee tuottajaorganisaatioiden eikä ammattilaisten tai ammattilaistiimien välillä. Käyttäjän valinnat ohjaavat sekä julkisen rahoituksen että käyttäjämaksun valitulle tuottajaorganisaatiolle – raha seuraa käyttäjää. Mielikuvassa palvelutuottajaorganisaatiot kilpailevat palvelun laadulla asukkaiden valinnoista ja hinta-laatusuhteella pääsystä palvelun julkisesta rahoituksesta vastaavan yksikön ylläpitämälle, julkiseen rahoitukseen oikeutettujen palvelutuottajien

listalle. Kilpailun oletetaan pakottavan tuottajat jatkuvaan laadun parantamiseen, hintoja alentaviin innovaatioihin ja kulukuriin. Mielikuva siitä, miten turvataan palvelujen saatavuus myös syrjäseuduille ja oikeudenmukainen palvelujen jakautuminen palvelun tarpeen eikä koulutus- ja tulotason mukaisesti, on epämääräisempi, mutta senkin ratkaisun uskotaan löytyvän mallin jatkovalmistelussa.

ERHOLAN YM. (2013) julkaisu on kuvaava esimerkki sote-uudistuksen taustatiedon tasosta. Ruotsin mallin rinnalla kerrotaan myös Tanskan ja Norjan omalääkäriin valintaa painottavista malleista. Ne ja Suomen omat valinnan mahdollisuuden aiemmat mallit jätetään kuitenkin arvioimatta, ja Ruotsin tuolloin käyttöönottovaiheessa ollut malli nostetaan ilman vertailua suosituksen pohjaksi. Sektoritutkimuslaitoksen arvovalta asetettiin näin tutkimuksen kriteerein arvioiden kestävämmällä tavalla tehdyn ja tutkimuslaitoksen tutkijoidenkin keskuudessa paljon ei-julkista kritiikkiä saaneen sote-uudistuksen taustamuistion tueksi.

Samaa kyseenalaista valmistelutyötä edustaa myös Sipilän hallituksen kilpailuttamislinjausten taustaksi julkaistu, tutkimuksiin perustuvaksi ”pohdinnaksi” luonnehdittu muistio (**PÖYSTI** 2015). Julkaisun alussa kyllä myönnetään sen pohjana olevan tutkimuskirjallisuuden akateemisista tutkimuskatsauksista poikkeava suppeus. Tekstissä kuitenkin väitetään tutkimusnäytön puoltavan hallituksen linjauksia. Arveluttavaa on, että suuri osa mainituista tutkimuksista painottuu sairaaloiden ja yhdessä tapauksessa työnantajien suorittamaan työterveydenhuollon kilpailutukseen, vaikka niitä käytetään peruspalvelujen markkinoistamisen perustelemiseen. Vielä arveluttavammaksi muistion tekee se, että monien siteerattujen julkaisujen omat johtopäätökset painottuvat kilpailullisuuden sääntelyn vaatavuuteen ja moniin sudenkuoppiin (esim. **SMITH** 2009; **GODAGER** 2015; **CELLINI ET AL.** 2000), mutta suomalaisen keskusteluun niihin vedotaan palvelujen markkinoistamista kiirehtivän linjauksen tueksi.

Esimerkiksi **GINGRICHIN** (2011; ks. myös **LEHTO JA TYNKKYNYN** 2013) laajan tutkimuskatsauksen ja empiirisen analyysin sisältämä tutkimus osoittaa, miten erilaisia seuraamuksia on eri tavoin säännellyillä hyvinvointipalvelujen markkinoilla. Sääntelyn eri vaihtoehdot voivat turvata tai olla turvaamatta asukkaiden tasa-arvoa. Ne voivat tuottaa hyötyä palvelun tuottajalle, rahoittajalle tai asiakkaalle, mutta harvoin kaikille samalla sääntelyratkaisulla. Sama johtopäätös on luettavissa myös Pöystin nimissä julkaistun muistion lähdekirjallisuudesta. Mutta jälleen valmistelussa päädyttiin sitovina pidettyihin linjauksiin ennen vaihtoehtojen esittelemistä ja arvioimista.

”Valmistelussa päädyttiin sitovina pidettyihin linjauksiin ennen vaihtoehtojen esittelemistä ja arvioimista.”

Valitettavasti myös opposition kritiikki on toistaiseksi perustunut enemmän ideologiapohjaisiin mielipiteisiin kuin vaihtoehtojen esiin tuomiseen. Vaarana on aiheen sellainen ideologisointi, että vaihtoehdot, niiden edut ja riskit, jäävät jatkovalmistelussakin pohtimatta.

KAATUUKO UUDISTUS TAAS KERRAN?

Sote-uudistuksen taloudellinen tavoite on hallituksen linjauksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon julkisten menojen kasvun rajoittaminen 0,9 prosenttiin vuodessa, jonka sanotaan ”säätävän” 3 miljardia euroa vuonna 2029 verrattuna viime vuosien kasvuvauhdin jatkumiseen. Rahoituksen siirto valtion vastuulle kyllä sinänsä mahdollistaa menokasvun pakottamisen esitetyle uralle. Kokonaan eri asia on, mitä siitä seuraa.

Lähivuosina esimerkiksi organisaatioiden käynnistäminen ja vanhojen lopettaminen, kymmenien miljardien arvoisten kiinteistöjen, parinsadan tuhannen työntekijän ja eläkevastuiden asemaa koskevat muutokset, tarvittavat tietojärjestelmäinvestoinnit ja palvelumarkkinoiden uusien sääntelymekanismien kehittä-

minen lisäävät menoja keskellä julkisen talouden kireyttä. Arviot uudistuksen seurauksena jatkossa tulevista säästöistä eivät perustu mihinkään julkistettuihin eivätkä ilmeisesti myöskään julkaisematomiin arvioihin.

Tulevatko soteuudistuksen ”säästöt” käyttäjämaksujen korotuksista, palvelujen supistamisesta vai tehostamisesta?

Nähtäväksi jää, mikä osa säästöistä saadaan käyttäjämaksuja kasvattamalla, mikä palvelujen saatavuutta rajoittamalla ja mikä palveluja tehostamalla. Ja samaan nähtäväksi jää -luokkaan kuuluu myös kysymys siitä, mitä tapahtuu palvelujen tarpeen mukaisen saannin sosioekonomisille eroille. On enemmän merkkejä niiden kasvamisesta kuin supistumisesta.

Ettei koko uudistukselle kävisi kuin Lauri Pohjanpään runon harakalle:

*Piti harakka puhetta vierailleen:
”Tilapäinen ihan on pesä,
– älä putoa, varis! – tein kiireiseen...
mut annas, kun on kesä,*

*niin, vannon, kartano korskehin,
hyvät herrat, tässä löytään,
ei metsässä mointa, sen näättekin!
Hoi muori, pötyä pöytään!”*

*Mut ennenkuin harakka huomaskaan,
jo putos syksyn lehti,
ja kesken hurskaita aikeitaan
se itse kuolla ehti.*

*Älä hymyile! Tarina totta on!
Pian ohi on päivät kesän.
Moni aikoi ja aikoi kartanon -
sai valmiiksi harakanpesän!*

Viite

1 Ks. Hallituksen linjaus 7.11.2015: Aluejaon perusteet ja sote-uudistuksen askelmerkit.
<http://vnk.fi/documents/10616/1865308http://vnk.fi/documents/10616/1865308>.

Kirjallisuus

- CELLINI, R. & PIGNATARO, G. & RIZZO, I.** (2000), Competition and Efficiency in Health Care: An Analysis of the Italian Case, *International Tax and Public Finance*, 7, 503–519.
- COSTA-FONT, J. & GREER, S.** (2013), *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*, Basingstoke: Palgrave McMillan.
- ERHOLA, M. & JONSSON, P. & PEKURINEN, M. & TEPERI, J.** (2013), Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. THL.
- GINGRICH, J.** (2011), *Making Markets in the Welfare State*, Cambridge: Cambridge University Press.
- GODAGER, G. & IVERSEN, T. & MA, C.** (2015), Competition, Gatekeeping and Health Care Access, *Journal of Health Economics*, 39, 159–170.
- GOODWIN, N. & PERRY, C. & DIXON, A. & HAM, C.** (2012), *Integrated Care for Patients and Populations*, Kings Fund & Nuffield Trust.
www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/integrated-care-patients-populations-paper-nuffield-trust-kings-fund-january-2012.pdf
- HÄKKINEN, U. & KESKIMÄKI, I. & LINNAKKO, E. & PEKURINEN, M.** (1995), Terveydenhuollon UNELMA-malli. *Stakes, Aiheita* 4/1995.
- LEHTO, J.** (2003), Terveydenhuoltopolitiikkaa uusilla säännöillä, *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 40: 4, 237–244.
- LEHTO, J.** (2011), Asukkaiden hyvinvointipalveluoikeudet itsehallinnoiduissa kunnissa, teoksessa Haveri, A. & Stenvall, J. & Majoinen, K. (toim.): *Kunnallisen itsehallinnon peruskivet, Kuntaliiton verkkojulkaisu Acta nro 224*.
http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2531
- LEHTO, J.** (2015), Valtiojohtoisin terveydenhuollon maksikuntayhtymiin ”täydellisesti integroitu” sosiaalihuolto? Teoksessa Salonen-Soulie, U. (toim.): *Sote-uudistus – kipupisteitä ja uusia avauksia sosiaalihuollolle. Huoltaja-säätiö*.
www.huoltaja-saatio.fi/julkaisut
- LEHTO, J. & SINERVO, T. & TYNKKYNNEN, L.** (2016), Valinnanvapaus ja hoidon integraatio – politiikkaideoiden muuttuvat merkitykset. Luonnos artikkeliksi.
- LEHTO, J. & TYNKKYNNEN, L.** (2013), Älykkäästi suunnitellut hyvinvointipalvelujen markkinat? *Yhteiskuntapolitiikka*, 78, 605–617.
- MATTILA, Y.** (2011), Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? *Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 116.
- MOISIO, S.** (2012), *Valtio, alue, politiikka*, Tampere: Vastapaino.
- NOLTE, E. & MCKEE, M.** (2008), *Caring for People with Chronic Conditions*. European Observatory on Health Systems and Policies.
www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/caring-for-people-with-chronic-conditions.-a-health-system-perspective
- OHTONEN, J.** (2015), *Koti kauppatavaraksi. Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunta (KVANK) ja Vammaisfoorumi*.
www.kvps.fi/images/tiedostot/Blogi/Koti-kauppatavaraksi-21-11-2015.pdf
- PEKURINEN, M. JA TYÖRYHMÄ** (2011), *Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet*. Stakes, Raportteja 4/2011.
- PÖYSTI, T.** (2015), *Kilpailun ja kilpailullisen vertailuaseman merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laadulle ja tuotannon taloudellisuudelle*. Virkamiestyönä laadittu taustamuistio 26.10.2015.
<http://vnk.fi/documents/10616/1865308>
- SALTMAN, R. & BANKAUSKAITE, V. & VRAENBAEK, K.** (2007), *Decentralization in Health Care*. European Observatory on Health Systems and Policies.
<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/decentralization-in-health-care.-strategies-and-outcomes>
- SMITH, P.** (2009), *Market Mechanisms and the Use of Health Care Resources*, Paris: OECD.
- STM** (2015), *Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja itsehallinto-alueiden perustamisen sekä aluehallintouudistuksen valmistelu. Selvityshenkilöiden raportti*. STM, Raportteja ja muistioita 2015:36.
www.julkari.fi/handle/10024/126795
- THOMPSON, S. & FOUBISTER, T. & MOSSIALOS, E.** (2009), *Financing Health Care in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies.
www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/financing-health-care-in-the-european-union