



Bo-Erik Ekström – Ilkka Haavisto – Mika Pohjonen

NÄIN SOTE SAADAAN TOIMIMAAN

– 16 perustelua uudelle piirikuntamallille

YHTEENVETO

Edelliseltä hallitukselta kesken jäänyt sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos onnistuu parhaiten luomalla piirikunnat, uudet väliportaan itsehallintoalueet kuntien ja valtion väliin. Piirikuntamallissa sote-palveluiden rahoitus ratkaistaan piirikuntien verotusoikeudella.

Piirikuntaveron askel kohti yksikanavaista julkisen terveydenhuollon rahoitusta. Se on myös perustuslain näkökulmasta ongelmaton, sillä se korvaa sekä kuntien rahoituksen että valtionosuudet terveydenhuoltoon.

Piirikuntaveron ei johda verotuksen kiristymiseen, sillä samalla kunnallisverotusta voidaan keventää 6,6 miljardia euroa ja valtion ansiotuloveroa 3 miljardia euroa. Keskimääräiseksi piirikuntaveroksi tulisi 10,6 prosenttia.

Piirikunnilla on vastuu julkisesta terveydenhuollosta, mutta sosiaalipalvelut jäisivät lähipalveluina yhä kuntien järjestettäväksi. Piirikuntien toimiala ei voisi jatkossakaan paisua, sillä niiden tehtävät olisivat tiukasti rajatut.

Piirikuntamallissa terveys- ja sosiaalipalveluihin tuodaan asiakkaan valinnanvapaus, joka muuttaa myös palvelujen tuotantoa. Palvelujen tuottajiksi tulevat julkisen sektorin toimijoiden rinnalle nykyistä laajemmin yritykset ja yhdistykset.

Bo-Erik Ekström on kuntatalouteen perehtynyt liikkeenjohdon neuvonantaja
Mika Pohjonen on Hannes Snellman Asianajotoimiston Specialist Partner
Ilkka Haavisto on EVAn tutkimuspäällikkö

Vaikka yritys uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta kaatui keväällä perustuslain vastaisena, ei uudistuksen tarve ole kadonnut. Seuraava hallitus joutuu etsimään sote-palveluille toteuttamiskelpoisen hallinto- ja rahoitusmallin. Eduskunnan perustuslakivaliokunta linjasi lausunnossaan kolme vaihtoehtoa uudelle sote-mallille: väliportaan itsehallintoalue, yksitasoinen kuntayhtymä tai järjestämisvastuun siirtäminen valtiolle. Näistä paras ratkaisu on väliportaan itsehallintoalue.

Kuntayhtymän hallinnon demokraattinen ja taloudellinen tilivelvollisuus kuntalaisille on puutteellista.¹ Nämä valuvat ovat kuntayhtymämallille ominaisia, eikä niitä voi korjata sen puitteissa.

Sote-palveluiden järjestäminen valtiojohtoisesti taas olisi iso muutos perinteiseen ajatteluun, jossa on pidetty järkevänä jakaa vastuuta ja valtaa julkisten palveluiden järjestämisestä pois keskushallinnolta lähemmäs kansalaisia. Väliportaan itsehallintoalueista julkisessa keskustelussa esillä ovat olleet maakuntamalli ja piirikuntamalli. Aiemmissä EVAn julkaisuissa² esitelty piirikuntamalli eroaa maakuntamallista ensinnäkin rahoituksensa osalta.

Kaavailluissa maakuntamalleissa³ maakunnille ei yleensä ole esitetty verotusoikeutta vaan niiden rahoitus on kaavailtu kerättäväksi eri lähteistä, kuten kunnilta, valtionosuuksista ja sairausvakuutuskorvauksista. Piirikuntamallissa rahoituslähteitä on yksi, piirikuntavero.

Toinen ero piirikuntamallin ja maakuntamallien välillä liittyy niiden tehtäviin. Piirikunnille annettaisiin ainoastaan tehtäviä, joiden luonne välttämättä edellyttää aluetason järjestäjää. Tällaisia ovat esimerkiksi terveydenhuolto ja julkinen liikenne.

Maakuntamalleissa taas suurin osa kuntien tehtävistä näyttäisi siirtyvän maakuntien vastuulle, terveydenhuollon lisäksi esimerkiksi sosiaalipalvelut ja toisen asteen koulutus. Piirikuntamalli on siis huomattavasti kevyempi kuin maakuntamalli.

Piirikuntamalli ratkaisee sote-palveluiden hallinnon ongelmat sekä rahoituksen. Verotusoikeus tekee julkisen terveydenhuollon rahoituksesta yksikanavaisen ja kytkee sen irti kuntataloudesta. Vastaavasti kunnat saavat työrauhan sosiaalipalveluiden kanssa.

Piirikuntamalli mahdollistaa sen, että sote-uudistukselle asetetaan sekä taloudellisia että palvelujen laatuun liittyviä tavoitteita. Mallissa on kantavana periaatteena tuoda julkisiin terveyspalveluihin asiakkaan valinnanvapaus, joka muuttaa myös terveyspalvelujen tuotantoa.⁴

Valinnanvapaus antaa jokaiselle terveydenhuollon asiakkaalle mahdollisuuden valita itselle sopiva palveluntuottaja. Terveyspalvelujen tuotannossa julkisen sektorin toimijoiden rinnalle tulevat nykyistä laajemmin yksityisen sektorin toimijat eli yritykset sekä kolmannen sektorin toimijat eli yhdistykset ja säätiöt.

Valinnanvapaus on länsimainen standardi, joka on käytössä julkisessa perusterveydenhuollossa jokaisessa pohjoismaassa ja miltei kaikissa EU-maissa.⁵ Ruotsissa sen avulla on pystytty parantamaan terveydenhuollon tuottavuutta, sillä samalla rahalla on saatu aiempaa enemmän palveluita laadun karsimatta.⁶

Mikä piirikunta on?

Piirikuntamallissa piirikunnat ottavat vastuun kaikesta julkisesta terveydenhuollosta. Piirikunta on uusi väliportaan hallintorakenne kuntien ja valtion välissä.⁷

Terveydenhuollon piirikunnat voidaan luoda jotakuinkin nykyisten sairaanhoitopiirien pohjalta, jolloin niitä tulee 20. Piirikuntien väkiluku vaihtelee noin sadastatuhannesta yli miljoonaan. Keskimäärin piirikunnassa on noin neljännesmiljoona asukasta.

Näin piirikunnat ovat riittävän suuria järjestämään ja rahoittamaan kaikki julkisen terveydenhuollon palvelut. Samalla ne ovat riittävän pieniä, jotta asukkaat voivat kokea ne omikseen ja alueellinen demokratia toteutuu.

Piirikuntien tehtävistä päättää valtio. Piirikunnat ovat osa paikallishallintoa, mutta päätöksenteoltaan sekä taloudellisesti itsenäisiä.

Piirikunnalla on vaaleilla valitut päätöksentekijät. Tehtäviensä rahoittamista varten piirikunnalla on verotusoikeus.

Piirikuntamalli on siis kansanvaltainen, eikä riko perustuslakia. Aiempi sote-malli kaatui eduskunnan perustuslakivaliokunnassa, koska siinä asukkailla ei olisi ollut riittävästi päätösvaltaa sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoon ja rahoitukseen.

Piirikuntamalli eroaa maakuntamallista etenkin rahoituksensa osalta

Piirikuntamalli on kansanvaltainen, eikä riko perustuslakia

Eivätkö piirikunnat vain paisuta julkista hallintoa?

Julkisen hallinto ei paisu, vaan piirikunnat kutsuvat sitä. Piirikuntiin siirtyvät yli kolmensadan

Piirikuntien tehtävät ovat tiukasti rajatut

kunnan terveystoimet ja 20 sairaanhoitopiiriä ja kymmenien purettavien sote-kuntayhtymien tehtävät. Lisäsäästöä seuraa, kun lisäksi 16 erityishuoltopiiriä yhtiötetään ja 18 maakuntien liittoa lakkautetaan. (Kuvio 1.)

Piirikuntamalli keventää valtion ohjauksen tarvetta ja mahdollistaa hallinnon keventämisen myös Kansaneläkelaitoksessa, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa sekä ministeriöissä.

Piirikuntien tehtävät ovat tiukasti rajatut, joten ne eivät voi paisua hallitsemattomasti. Piirikunnille ei tule kuntien tapaan yleistä toimialaa, jonka puitteisissa ne voivat ottaa hoidettavakseen uusia tehtäviä.

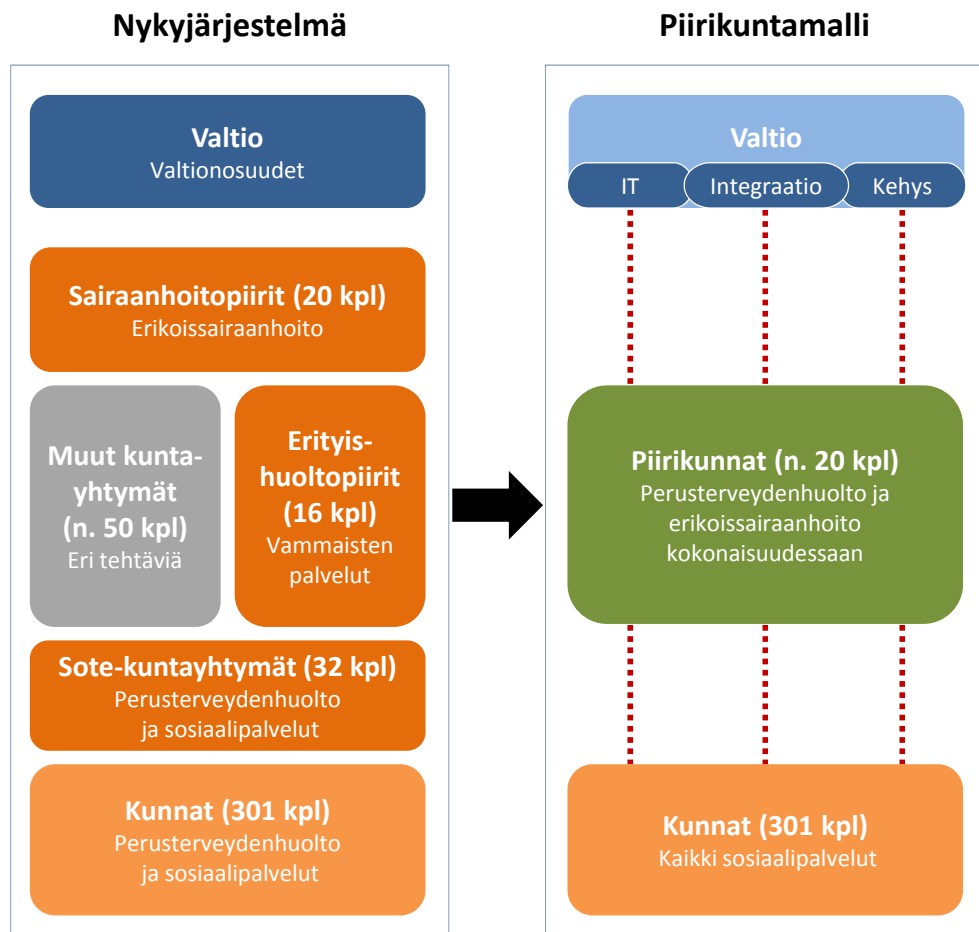
Piirikuntien hoidettavaksi annetaan vain sellaisia tehtäviä, joiden järjestämisen optimaalinen mitta-kaava on alueellinen. Optimaalinen piirikuntarakenne määräytyy piirikunnille annettujen tehtävien pohjalta.

Tässä analyysissä keskitytään piirikuntien tärkeimpään tehtävään, joka on julkisen terveydenhuollon järjestäminen. Sen lisäksi piirikunnat voisivat päättää alueellisesta maankäytöstä, järjestää julkisen liikenteen ja hoitaa alueelliset infrastruktuuri-investoinnit. Kaikki nämä tehtävät edellyttävät, että piirikunta on ehyt työssäkäyntialue.

Kuka piirikunnassa käyttää valtaa?

Piirikunta on kansanvaltainen. Piirikunnan ylin päättävä elin on suorilla vaaleilla valittu piirikuntavaltuusto, jonka koko vaihtelee piirikunnan asukasluvun ja -tiheyden mukaan viidestäkymmenes-

Kuvio 1 Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjät nykymallissa ja piirikuntamallissa



tä sataan. Kunnanvaltuutettujen lukumäärää vähennetään vastaavasti, joten luottamusvalittujen kokonaismäärä ei kasva.

Kukin piirikunta on oma vaalipiirinsä. Piirikuntavaalien ehdokasasettelu voitaisiin rajata niin, että kunnanvaltuutettu tai kansanedustaja ei voisi asettaa piirikuntavaaleissa ehdolle.

Vaalikelpoisuuden rajoittaminen mahdollistaa sen, että piirikuntavaltuutetuiksi pyrkisivät ehdokkaat, joilla on aikaa hoitaa piirikunnan asioita ja myös mahdollisimman paljon osaamista niistä. Lisäksi se poistaisi mahdolliset eturistiriidat, joita myös kansanedustajana tai kunnanvaltuutettuna toimivalla piirikuntavaltuutetulla voisi olla.⁸

Piirikuntavaalit voidaan järjestää samaan aikaan kunnallisvaalien kanssa. Lähiainkojen tavoitteeksi tulisi ottaa, että myös eduskuntavaalit järjestettäisiin samalla kertaa kunnallis- ja piirikuntavaalien kanssa. Tällöin yhteiskunnalliselle päätöksenteolle saataisiin useampivuotinen työrauha ilman, että vaaleja on jatkuvalla syötöllä joka tai vähintään joka toinen vuosi.⁹

Piirikunnan toimeenpaneva elin on valtuutetuista muodostettu piirikuntahallitus. Osa piirikuntahallituksen jäsenistä on omaa toimialaansa, kuten terveydenhuoltoa, julkista liikennettä, infrastruktuuria tai kaavoitusta johtavia, täyspäiväisiä ja palkkaa nauttivia piirikuntaneuvoksia.

Piirikuntavaltuustoa ja -hallitusta avustaisi toimitusjohtajan vetämä piirikuntahallinto. Piirikuntien hallinto rakennetaan mahdollisimman kevyeksi ja joustavaksi. Samalla supistetaan hallintoa valtion ja kuntien tasolla.

Mitkä terveyspalvelut piirikunta järjestää?

Piirikuntien vastuulla on julkisen terveydenhuollon järjestäminen kokonaisuudessaan – sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon. Piirikuntien vastuulle kuuluvat myös ennaltaehkäisevät ja kuntouttavat terveyspalvelut.

Piirikuntamallissa potilasta ei voida pompotella eri terveydenhuoltoyksiköiden välillä. Kun piirikunta vastaa koko terveydenhuollosta, ei kalliiksikaan tulevaa potilasta voida siirtää kenenkään muun hoidettavaksi.

Kaikki nykyiset kuntien terveydenhuoltopalvelut siirtyvät käytännössä piirikunnille. Suurin osa ny-

kyisistä kuntayhtymistä lakkautetaan tai sulautetaan piirikuntiin.

Kuntien vastuulle ei siis jää mitään terveydenhuollon palveluita, mutta kunnat järjestävät jatkossa sosiaalipalvelut.

Esimerkiksi vanhusten kotihoitoa on mahdotonta keskittää, mutta erikoissairaanhoidon taas voidaan keskittää. Näin piirikuntamalli tuo sosiaali- ja terveyspalvelujen työnjakoon uutta logiikkaa: lähipalvelut eli etenkin sosiaalipalvelut jäävät kuntien vastuulle, aluetason palvelut siirtyvät piirikuntien hoidettaviksi.

Piirikunta ratkaisee julkisen terveydenhuollon järjestämisen rakennetta koskeneen ongelman. Piirikunnan sisällä terveydenhuollon kova ydin – palvelut – pitää saada toimimaan asukkaiden tarpeiden ja toiveiden mukaisesti: laadukkaasti, tehokkaasti ja vaikuttavasti.

Miksi sosiaalipalvelut jäävät kunnan hoidettavaksi?

Sosiaalipalveluiden ja terveydenhuollon parempi yhdistäminen ei edellytä niiden järjestämisen ja tuotannon integroimista samaan organisaatioon. Valtaosa terveydenhuollon asiakkaista ei myöskään tarvitse sosiaalipalveluita.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteensovittamista tarvitsee noin yksi kymmenestä sosiaali- ja terveydenhuollon käyttäjästä. Selvitysten mukaan noin kymmenen prosenttia potilaista käyttää kolme neljäsosaa sosiaali- ja terveydenhuollon ja työterveyshuollon rahoituksesta.¹⁰

Sosiaalipalveluiden käyttäjien avuntarve kohdistuu pääosin muihin kuin lääketieteen avulla hoidettavissa oleviin asioihin.

Sosiaalipalveluiden rakenteellinen yhdistäminen terveydenhuollon tuotantoorganisaatioon johtaisi helposti palveluiden medikalisaatioon, eli liialliseen lääketieteellistämiseen ja terveydenhuollon näkökulman määräävyyteen.

Esimerkiksi vanhuuteen, vammaisuuteen tai sosiaalisiin ongelmiin liittyvät avuntarpeet eivät ole sairauksia, eikä niitä ole järkevää kohdella sellaisina.

Aluetason palvelut siirtyvät piirikuntien hoidettaviksi

Tarvitaan parempaa hoidon suunnittelua

Suurin osa sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdistämisestä on toteutettavissa paremmalla hoidon suunnitelmallisuudella ja tiedonkululla. Tietojärjestelmien toimivuudesta huolehtiminen tulee uudistuksessa valtion tehtäväksi. Lisäksi perustetaan erityinen, valtion rahoittama palveluintegraattori, joka tarvittaessa ottaa kantaa hoitosuunnitelmaan ja kustannustenjakoon.

Kuka terveyspalvelut käytännössä tuottaa?

Piirikuntamallissa palvelujen järjestäminen ja tuottaminen on erotettu toisistaan. Piirikunnat järjestävät palvelut, mutta niiden tuottajina ovat julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat.

Julkisia terveyspalvelujen tuottajia ovat piirikunnat itse. Kunnat eivät jatka terveydenhuollon palvelujen tuottajina, vaan kuntien nykyinen terveydenhuollon tuotanto siirtyy piirikunnille.

Piirikunta voi yhdellä kertaa olla siis sekä terveydenhuollon rahoittaja, järjestäjä, tilaaja että palveluntuottaja. Piirikunnan oma palveluntuotanto-

Jo pelkkä kilpailun mahdollisuus kannustaa tarkastelemaan omaa toimintaa kriittisesti

organisaatio on palvelujen tilaajaorganisaatiolle yksi tuottajataho muiden joukossa.

Piirikuntamallin valinnanvapausperiaatteen kannalta on ratkaisevaa, että julkinen palvelutuotanto

saa nykyistä laajemmin rinnalleen yritysten ja yhdistysten tuottamia palveluja. Jos julkiselle tuotannolle ei ole vaihtoehtoisia palveluntuottajia, ei valinnanvapaudestakaan ole mitään hyötyä.

Vaihtoehtoisia tuottajia tarvitaan myös siksi, että palveluntuotannon monopolit ovat aina pahasta. Hyvinvointipalveluita tuottavat tahot on siis voitava haastaa niiden kustannustehokkuuden, toiminnan laadun ja innovatiivisuuden suhteen riippumatta siitä, ovatko ne julkisia vai yksityisiä.¹¹

Yksinkertaisin ja reiluin tapa julkisen tuotannon haastamiseen on avata palveluiden tuotantoa kilpailulle. Jo pelkkä kilpailun mahdollisuuden olemassaolo kannustaa palveluiden tuottajaa tarkastelemaan omaa toimintaansa kriittisesti.

Tuottajien välinen kilpailu on eri asia kuin kilpailuttaminen. Viranomaisen ei piirikuntamallissa kilpailuta terveydenhuollon palveluntuottajia, vaan nämä kilpailevat omatoimisesti asiakkaista

esimerkiksi palveluidensa laadulla, nopeudella ja sijainnilla.

EU:n uusien hankintadirektiivien mukaan asiakkaan valinnanvapauteen perustuvat järjestelmät eivät ole julkisia hankintoja, jotka pitää kilpailuttaa. Asiakas voi itse valita palveluntuottajan viranomaisen hyväksymien palveluntuottajien joukosta.

Miten palveluntuottajat valitaan?

Valinnanvapausmekanismin hyödyntäminen edellyttää, että palveluntuotanto on mahdollisimman avointa kaikille tietyt kriteerit täyttävälle toimijoille. Kriteerien on oltava samat julkisille, yksityisille ja kolmannen sektorin toimijoille.

Minimissään näiden kriteerien pitää varmistaa, että hyväksytyt tuottajan palvelut ovat sosiaali- ja terveyspalveluita koskevan lainsäädännön mukaisia, laadukkaita ja hyvin saatavilla, ja että palveluntuottaja on suorittanut kaikki viranomaisveloitteet ja maksut.

Vähimmäiskriteerien määrittämisessä voidaan hyödyntää jo voimassa olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annettua lakia ja siitä saatuja kokemuksia. Kriteerien tulee olla syrjimättömiä ja niiden täyttymisen tulee perustua puolueettomaan arviointiin.

Lisäksi piirikunnan tulee valvoa hyväksymiensä palveluntuottajien laatua esimerkiksi asiakaspalautteen avulla. Piirikunnan tulee tuottaa myös julkista vertailutietoa palveluntuottajista.

Myös EU:n uusien hankintadirektiivien mukaan asiakkaan valinnanvapauteen perustuvassa järjestelmässä määritellään avoimet ja syrjimättömät edellytykset palveluntuottajien jatkuvalla pääsyyllä esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluiden tarjoamisen piiriin, jolloin asiakkaat voivat valita palveluntuottajan.

Käytännössä palveluntuottajaksi haluava hakee piirikunnalta hyväksynnän päästäkseen palveluntuottajien listalle. Piirikunta julkaisee kaikkien hyväksytyjen palveluntuottajien listan internet-sivullaan ja ilmoitustaulullaan sekä lähettää sen postitse vuosittain jokaiselle piirikunnan asukkaalle.

Asukas listautuu haluamansa palveluntuottajan asiakkaaksi ja vaihtaa palveluntuottajaa halutes-

Piirikunnan tulee valvoa hyväksymiensä palveluntuottajien laatua

saan. Asukkaalla on oikeus yksittäisissä hoitotoimenpiteissä valita palveluntuottaja myös toisen piirikunnan alueelta.

Mitä asiakkaan valinnanvapaus tarkoittaa?

Piirikuntamalli perustuu valinnanvapauden periaatteelle. Asiakkaan valinnanvapaus tarkoittaa, että asiakas saa itse valita kenen tuottamia julkisia terveyspalveluja käyttää.

Julkisessa terveydenhuollossa ei nykyjärjestelmässä ole esimerkiksi riittävää lääkärinvastaanotokapasiteettia nopean lääkärille pääsyn turvaamiseksi kaikille.¹² Kapasiteettia on tarjolla nykyisten työterveyshuollon tuottajilla, ja piirikuntamalli tuo tämän kapasiteetin kaikkien käytettäväksi.

Näin perusterveydenhuollossa valinnanvapausjärjestelmä tuo kaikille suomalaisille – riippumatta siitä, ovatko he töissä, eläkkeellä, työttöminä, vähävaraisia tai hyvätulaisia – osapuilleen nykyisen työterveyshuollon tasoisen perusterveydenhuollon. Valinnanvapaus on siis väline, jolla palveluita tar-

vitsevat kansalaiset saadaan yhdistettyä palveluihin, joita he tarvitsevat.

Kaikkiin terveyspalveluihin valinnanvapaus ei sovellu, sillä asiakaskaan ei aina kiireen tai rajoitetun toimintakykynsä ta-

Valinnanvapauden ulkopuolella voivat olla kiireelliset erikoissairaanhoidon palvelut

kia pysty tekemään valintoja. Osa terveyspalveluita rajataan valinnanvapauden ulkopuolelle.

Valinnanvapauden ulkopuolella voivat olla kiireelliset erikoissairaanhoidon palvelut, jotka tuotetaan piirikunnan ylläpitämässä sairaaloissa. Myös vaativa erikoissairaanhoito voi edellyttää sellaista erityisosaamista sekä laitteita ja välineitä, että se on perusteltua keskittää piirikunnan ylläpitämiin sairaaloihin.

Laajasti ottaen valinnanvapauden avulla sote-uudistuksella voidaan tavoitella sekä taloudellisia että palvelujen laatuun liittyviä tavoitteita.

Oikein sovellettuna valinnanvapaus mahdollistaa terveydenhuollon tuottavuuden kohentamisen ilman kielteisiä vaikutuksia palveluiden saatavuuteen tai laatuun. Esimerkiksi Ruotsin perusterveydenhuollossa on valinnanvapauden käyttöönoton jälkeen saatu samalla rahalla aiempaa enemmän palveluita laadun kärsimättä.

Kuka päättää missä terveyskeskus sijaitsee?

Piirikuntamalliin liittyy olennaisesti ”raha seuraa potilasta” -periaate, joka on osa valinnanvapausmekanismia. Käytännössä terveyspalvelun käyttäjä valitsee palveluntuottajan, ja ilmoittautuu tämän asiakkaaksi.

Jos palvelun käyttäjä ei tee valintaa, kirjataan hänet sijainniltaan lähimmän palveluntuottajan asiakkaaksi. Palveluntuottaja taas ei voi kieltäytyä ottamasta terveyspalvelun käyttäjää asiakkaakseen.

Piirikunta maksaa kerran kuukaudessa palveluntuottajille kiinteän korvauksen jokaista tuottajan listalla olevaa asiakasta kohden ja lisäksi muuttuvaa korvausta palveluiden käytöstä. Asiakkaan valinta siis ratkaisee, minne rahoitus päättyy.

Terveydenhuollon palveluverkosto kehittyi piirikuntamallissa kysynnän ja tarjonnan perusteella silloin, kun palvelu kuuluu valinnanvapauden piiriin. Uusia yksiköitä syntyy erityisesti tiheimmin asutuille alueille, joissa saattaa olla paljon patoutunutta kysyntää. Vastaavasti asiakaspulasta kärsiviä yksiköitä todennäköisesti karsitaan.¹³

Toisaalta piirikunta voi terveydenhuollossa tuottaa omana työnään myös sellaisia palveluita, joissa markkinoilla ei ole riittävästi tarjontaa. Lisäksi harvaan asutuilla alueilla palveluntuottajille voidaan maksaa syrjäseutulisiä.

Jos terveyspalvelu ei ole valinnanvapauden piirissä, päättää jokainen piirikunta itse, miten palveluverkostoa kehitetään. Myös kunnat voivat toimia näin sosiaalipalveluiden järjestämisessä. Jos piirikunta haluaa järjestelmällisesti hyödyntää myös yritysten ja yhdistysten palvelutuotantoa, se voi määrittellä vähimmäistavoitteen kilpailutettujen palveluiden osuudelle. Esimerkiksi Ruotsissa useat kunnat ja maakäräjät vahvistavat vuosittain palvelutuotannolle tavoitellun kilpailutusasteen.

Miten palveluntuottajille maksetaan?

Piirikunta maksaa terveyspalvelun tuottajalle korvauksen, joka muodostuu kiinteästä ja muuttuvasta osasta (kuvio 2). Kustannustasossa huomioidaan palvelujen tuottamisesta aiheutuvat kiinteät ja muuttuvat kustannukset sekä kohtuullinen kate.

Asiakkaan valinta ratkaisee, minne rahoitus päättyy

Piirikunta määrittelee sekä kiinteän että muuttuvan korvauksen tason julkisen tuotannon kustannustason pohjalta.

Kiinteä korvaus maksetaan kapitaatioperusteisena eli jokaisesta palveluntuottajan listalle kirjautuneesta asiakkaasta. Asiakkaan ikä vaikuttaa kiinteän korvauksen suuruuteen. Tarvittaessa myös sairastavuus ja sosioekonomiset tekijät voidaan huomioida kiinteässä korvauksessa.

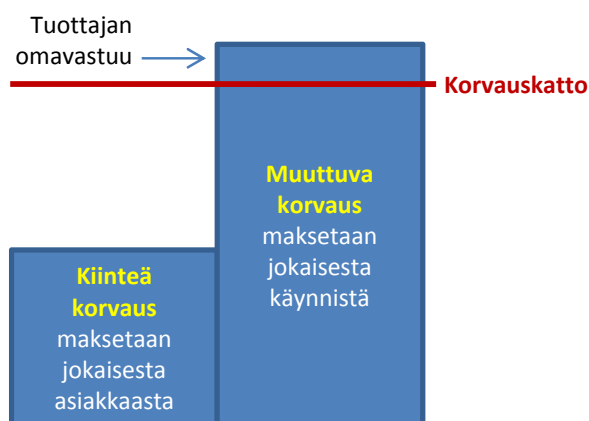
Muuttuvaa korvausta maksetaan jokaisesta lääkäri- tai hoitajakäynnistä sekä toimenpiteestä piirikuntien vahvistaman hinnaston mukaisesti. Uusintakäyntien ja toimenpiteiden on perustuttava yleisesti hyväksytyjen käytäntöjen pohjalta laadittuihin hoitosuunnitelmiin.

Korvauskatto leikkaa palveluntuottajalle maksettua korvausta, jos käyntien tai toimenpiteiden kokonaismäärät ylittävät kyseisen palveluntuottajan kohdalla piirikunnan asettamat rajat. Korvausleikkuri on tuntuva, kymmeniä prosentteja muuttuvasta korvauksesta. Jos korvauskatto ylittyy, muodostuu korvaamatta jäävästä osuudesta tuottajan omavastuu.

Korvauksia tarkistetaan säännöllisin väliajoin sen mukaan, mitä tilastot kertovat hoidon saatavuuden, palveluiden käytön ja kustannusten kehityksestä.

Korvauksia voidaan nostaa, jos ilmenee, että korvaustaso on liian alhainen ja tarjonta uhkaa jäädä liian vähäiseksi kysyntään nähden. Korvauksia voidaan laskea, jos ilmenee, että riittävä tarjonta ja tavoiteltu palvelutaso voidaan saavuttaa alhaisemmillä korvauksilla.¹⁴

Kuvio 2 Palveluntuottajien korvausmalli kustannuskatolla



Miksi piirikuntamalli johtaa parempiin palveluihin?

Terveyspalvelujen tuottajalla – on se sitten piirikunta, yritys tai yhdistys – on kannustin tarjota hoitoa mahdollisimman nopeasti, jotta se saa asiakkaita omalle listalleen. Tuottajalla on myös kannustin laatuun ja hyvään asiakaspalveluun, sillä nämä auttavat pitämään kiinni asiakkaista.

Asiakkaan valinnanvapaus estää sen, että palveluntuottajat pyrkisivät säästöihin rajoittamalla palveluiden saatavuutta tai tinkimällä laadusta.

Kun palveluntuottajille maksettaviin korvauksiin asetetaan korvauskatto, tuottajilla on kannustin tehokkaan ja vaikuttavaan hoitoon.

Korvauskatto ei rajoita yksittäisen potilaan saamaa hoitoa, vaan se vaikuttaa eri palveluntuottajien toimintatapoihin kokonaisuudessaan. Korvauskaton tarkoitus on tunnistaa sellaiset toimijat, joiden toimintatapa näyttäisi tulevan keskimääräistä kalliimmaksi.

Rahoitusmalli siis palkitsee vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta ja rankaisee huonosta vaikuttavuudesta ja tehostomuudesta. Näin tuottajilla on voimakas kannustin toiminnan jatkuvaan kehittämiseen ja tehostamiseen sekä uusien toimintamallien hakemiseen.

Rahoitusmalli palkitsee vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta

Mitä tapahtuu kuntien terveydenhuoltohenkilöstölle?

Nykyisten sairaanhoitopiirien ja kuntien perusterveydenhuollon työntekijät siirtyvät piirikuntien palvelukseen vanhoina työntekijöinä. Koska etenkin hallinnosta vähennetään työntekijöitä, mitään irtisanomissuojaa ei säädetä, eikä kuntarakennelain viiden vuoden irtisanomissuojaa sovelleta.

Henkilöstön asema ei heikkene, vaan paranee. Sosiaali- ja terveysalan työntekijät eivät enää ole sidoksissa yhteen julkiseen työnantajaan ja riippuvaisia tästä. Osajista ja tekijöistä tullaan kilpailemaan palveluntuottajien välillä ja hyvä johtaminen, työn organisoinnin tavat, mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön ja työhyvinvointi ovat keskeisiä.

Sote-alan työllisyys ylipäättään vahvistuu, kun palvelujen käyttö kasvaa hieman. Pidemmällä aikavälillä

lillä väestön ikääntyminen kasvattaa tasaisesti palveluiden kysyntää.

Miten piirikuntien terveyspalvelut rahoitetaan?

Piirikunnat rahoittavat koko julkisen terveydenhuollon. Nykyisestä monikanavaisesta rahoitusmallista siirrytään yksikanavaiseseen rahoitusmalliin, joten kunnat ja valtio eivät enää osallistu terveydenhuollon rahoitukseen. (Kuvio 3.)

Tasausjärjestelmässä vauraammat piirikunnat tukevat köyhempiä

Piirikunnat rahoittavat terveyspalvelut keräämällä piirikuntaveroa. Verotusoikeus tekee piirikunnista itsenäisiä toimijoita suhteessa kuntiin ja valtioon. Oman rahoituksensa keräävä piirikunta kykenee itse päättämään toiminnastaan.

Samalla verotusoikeus selkeyttää vastuut. Julkisten terveyspalveluiden toimivuus on yksiselitteisesti piirikuntien, ei minkään muun tahon vastuulla.

Piirikunnat ovat yhdessä vastuussa palveluiden saatavuudesta ja niiden rahoituksesta. Piirikuntien välille luodaan järjestelmä, joka tasaa niiden välisiä eroja terveydenhuollon kustannuksissa ja niiden

rahoittamisessa. Tasausjärjestelmän muuttujat asetetaan niin, että tasauksen lopputulos vastaa pitkälti nykyjärjestelmää – vauraammat ja terveemmät piirikunnat tukevat köyhempiä ja sairaampia.

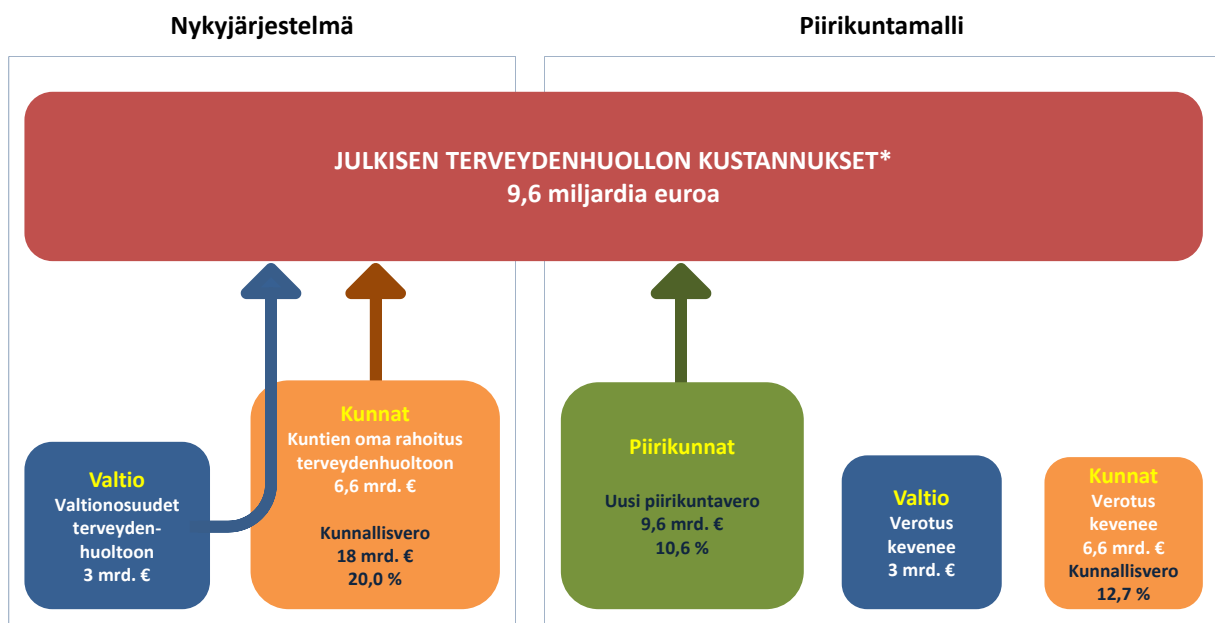
Piirikuntien terveydenhuoltopalveluissa valtio rahoittaa vain erillisiä, kohdennettuja hankkeita, kuten leikkausjonojen purkamista. Kuntien sosiaalipalveluissa valtionosuudet säilyvät.

Kela jatkaa korvausten maksua työterveydenhuollon palveluista (280 miljoonaa euroa vuonna 2013) sekä yksityisistä lääkärikäynneistä (370 miljoonaa euroa vuonna 2013). Näitä käytäntöjä voidaan tarkastella uudestaan, kun perusterveydenhuollon valinnanvapaudesta on kertynyt riittävästi kokemuksia.

Terveyskeskukset ja suurin osa sairaaloista sekä muu terveydenhuollon infrastruktuuri siirtyvät kunnista piirikuntiin. Omaisuuksien siirrot tapahtuvat kirjanpitoarvoin ja samalla siirtyvät myös omaisuuden sidotut korolliset velat.

Kuntia ei kompensoida omaisuuden siirroissa kuin poikkeustapauksissa, koska kuntien ja piirikuntien toiminnan rahoittavat yhdet ja samat veronmaksajat. Kuntalaiset käyvät jatkossakin olemassa olevissa terveyskeskuksissa ja sairaaloissa, sillä joku palveluntuottaja jatkaa toimintaa suurimmassa osassa niistä.

Kuvio 3 Terveyspalveluiden rahoitus nykyjärjestelmässä ja piirikuntamallissa (vuoden 2013 luvuin)



* Kuntien terveydenhuollon nettokustannukset (operatiiviset kustannukset ja poistot vähennettynä asiakasmaksuilla) vuonna 2013.

Miten piirikuntaverot toimii?

Piirikuntaverotukseen siirtyminen toteutetaan veroneutraalisti, joten verotus ei kokonaisuudessaan kiristy. Kun piirikuntaveroa aletaan kerätä, kunnallisvero ja valtion verotus kevenevät.

Piirikunnat keräävät piirikuntaveroa nettokustannustarpeensa verran eli kaiken kaikkiaan noin 9,6 miljardia euroa (kuvio 3). Piirikuntaverolla on kunnallisveron veropohja, ja se on kunnallisveron tapaan suhteellinen vero.

Piirikunnat päättävät veroprosentistaan itse, mutta valtio vahvistaa vuosittain veroprosentille katon. Kattoa tarvitaan, jotta valtio voi säilyttää sil-

Keskimääräiseksi piirikuntaveroksi tulee 10,60 prosenttia

Laskelmamme mukaan keskimääräiseksi piirikuntaveroksi tulee 10,60 prosenttia. Uusi keskimääräinen kunnallisvero asettuu 12,68 prosenttiin, kun se nykyisellään on 20 prosenttia.¹⁶

Kunnallisverotus kevenee kaikkiaan noin 6,6 miljardia euroa ja valtionverotus 3 miljardia euroa. Koska piirikuntaverot kohdistuu ansiotuloihin, valtion veronkevennykset kohdistetaan valtion ansiotuloveroihin.

Piirikuntaveroon vaikuttavat myös päätökset Kansaneläkelaitoksen kautta maksetuista sairauspäivärahoista sekä matka- ja lääkekorvauksista. Etenkin lääkekorvaukset ovat suuri kustannuserä, vuonna 2013 niitä maksettiin 1,3 miljardia euroa.¹⁷

Jos lääkekorvaukset siirretään piirikuntien rahoitettaviksi, piirikuntaverot nousisi keskimäärin 12,04 prosenttiin. Vastaavasti valtionveroa kevenettäisiin jälleen, jotta kokonaisverotus ei kiristyisi.

Kuka huolehtii siitä, että terveystoimet pysyvät kurissa?

Piirikunta maksaa terveydenhuollon menot itse, eikä se voi lähettää laskua menoistaan muille tahoille. Piirikunnan omat, vaaleilla valitut valtuutetut päättävät piirikunnan veroprosentista. Piirikuntavaltuutetut ovat vaaleissa suoraan tilivelvollisia äänestäjille siitä, että verorahoille saadaan vastinetta.

Näillä perusteilla piirikunnilla on jo lähtökohtaisesti esimerkiksi nykyisiä sairaanhoitopiirejä pa-

remmat kannustimet toimia kustannustehokkaasti, suunnitelmallisesti ja vaikuttavasti.

Piirikuntien järjestämä terveydenhuolto on nykyistä kustannustietoisempaa myös siksi, että se perustuu valinnanvapauteen ja monituottajuuteen. Näiden instrumenttien käyttö edellyttää palveluiden yhtenäistä tuotteistamista ja kustannuslaskentaa.

Tuotteistaminen mahdollistaa rajanvedot julkisesta palveluvalikoimasta ja asukkaiden omavastuusta. Voidaan keskustella ja tehdä päätöksiä siitä, mitkä palvelut kuuluvat piirikuntien järjestämiseen ja mitkä asukkaiden itsensä rahoitettaviksi.

Jotta kustannuksia voidaan ylipäätään järkevällä tavalla rajoittaa, on tiedettävä, mistä ja miten ne muodostuvat. Tämä tulee mahdolliseksi, kun palveluntuottajien korvauksissa on mukana korvauskatto.

Kustannustehokkuuden merkittävin ajuri on kuitenkin palveluntuottajien välinen kilpailu: tuottajilla on kannustimet saada listoilleen mahdollisimman monta potilasta ja hoitaa heidät hyvin laadusta tinkimättä. Tämä onnistuu parhaiten kehittämällä uusia, aiempia fiksumpia ja tehokkaampia toimintatapoja. Toiminnan tehokkuuden noustessa piirikunta voi alentaa palveluntuottajille maksettua korvauksia.

Piirikunnille tulee velvollisuus kehysbudjetointiin sekä veroprosenttikatto. Näin piirikunnat saadaan mukaan vuonna 2014 säädettyyn uuteen julkisen talouden ohjausmalliin.¹⁸

Näin piirikunta kykenee jarruttamaan menojensa kasvua myös useampivuotisella kehysbudjetilla, jossa se voi esimerkiksi jo ennakkoon linjata alentavansa asteittain palveluntuottajille maksettavia korvauksia.

Miten siirtyminen piirikuntamalliin toteutetaan?

Valtio käynnistää uudistuksen ja luo sille säädöspohjan, jossa on ainakin kolme osaa. Ensiksi tarvitaan laki, jolla perustetaan piirikunnat ja määritellään niiden hallinto, rahoitus, tehtävät ja valtion ohjaus.

Toiseksi terveydenhoitopalveluista säädetään omalla lailla siten, että järjestämismääräys on piiri-

Kustannustehokkuuden merkittävin ajuri on tuottajien välinen kilpailu

kunnilla ja että palveluissa toteutuu asiakkaan valinnanvapaus laissa määriteltyjen palveluiden osalta. Kolmanneksi sosiaalipalveluista säädetään vastaavasti omalla lailla siten, että järjestämisvastuu on kunnalla ja että tietyissä palveluissa toteutuu asiakkaan valinnanvapaus.

Kummassakin laissa siis määritellään, mitkä palvelut ovat valinnanvapauden piirissä. Näin valinnanvapaudesta ei tarvitse säätää omaa erillistä lakiaan.

Piirikuntamalli muuttaa olennaisesti valtion roolia terveydenhuollossa. Valtio ei enää rahoita terveydenhuoltoa, vaan ohjaa piirikuntien toimintaa kolmella tavalla.

Valtio valvoo, että piirikunnat pysyvät budjettikehyksissä

Ensinnäkin valtio huolehtii yhteisten tietorekisterien ylläpidosta ja siitä,

että kaikkien palveluita järjestävien tahojen tietohallintojärjestelmät ovat yhteensopivia. Toiseksi valtio yhtenäistää hoitosuunnitelmia valtakunnallisesti sekä tarjoaa piirikuntien ja kuntien käyttöön palveluintergaattorin, joka auttaa palvelusuunnitelmien räätälöinnissä sosiaali- ja terveystieteiden integraatiota tarvitseville. Kolmanneksi valtio valvoo, että piirikunnat ja kunnat pysyvät budjettikehyksissä. (Kuvio 1.)

Viitteet

- ¹ Ks. Ekström, Haavisto & Pohjonen (2014d), s. 5.
- ² Ks. myös Ekström, Haavisto & Pohjonen (2012, 2014a, 2014b, 2014c, 2014d).
- ³ Maakuntamallia on pitänyt esillä mm. keskusta, jonka malli ei ole sisältänyt maakunnan verotusoikeutta (ks. www.keskusta.fi/Suomeksi/Politiikka/Kotikunta-maakuntamalli).
- ⁴ Ks. Ekström, Haavisto & Pohjonen (2012), Open Public Services White Paper (2011).
- ⁵ Länsimaisessa vertailussa valinnanvapauden vähyys suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on silmiinpistävä. OECD:n 29 maata kattaneessa selvityksessä suomalainen järjestelmä näyttyy valinnanvapauden suhteen poikkeuksellisen rajoittavana, ks. Paris, Devaux & Wei (2010), s. 39–41. Wendtin (2009, s. 439) mukaan Suomi ei terveydenhuoltojärjestelmänsä osalta kuulu Pohjoismaiden joukkoon, vaan samaan ryhmään yhdessä Espanjan ja Portugalin kanssa. Näissä maissa julkisen järjestelmän tarjoama valinnanvapaus on Suomen tavoin hyvin vähäistä, yksityisten palveluiden käyttö melko yleistä ja terveydenhuolto kokonaisuutena eriarvoista.
- ⁶ Näyttö tuottavuuden noususta valinnanvapauden ja kilpailun myötä Ruotsissa on vahva, ks. esim. Vårdanalys (2014a). Dahlgren, Brorsson, Severéus, Goude & Rehnberg (2013) päätyy samaan havaintoon Tukholman maakäräjien valinnanvapausjärjestelmän kohdella. Myös Isossa-Britanniassa valinnanvapaus ja lisääntynyt kilpailu on johtanut toiminnan tehostumiseen, ks. Cooper, Gibbons, Jones & McGuire (2010), Gaynor, Laudicella & Propper (2012).
- ⁷ Lisää EVAn piirikuntamallista, ks. Ekström, Haavisto & Pohjonen (2013 & 2014d).
- ⁸ Julkaisussa Uudistusten umpikuja (Ekström, Haavisto & Pohjonen 2014d) on käsitelty samaa, monen tahon yhtäaikaisen edustamisen ongelmaa.
- ⁹ Ks. myös Ekström, Haavisto & Pohjonen (2012).
- ¹⁰ Nordic Healthcare Group (2015).
- ¹¹ Sundén, Andersen, Roine (2014), s. 12.
- ¹² Sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos että Kansaneläkelaitoksen johtajat totesivat syksyllä 2014 sote-järjestämislaista antamissaan lausunnoissa, ettei perusterveydenhuollon saatavuusongelmaa voida ratkaista ilman yksityisen kapasiteetin hyödyntämistä, ks. THL (2014), s. 19, Kela (2014), s. 1.
- ¹³ Ruotsissa terveysasemien määrä kasvoi valinnanvapausjärjestelmän ensimmäisten vuosien (2010–2013) aikana 17 %. Uusia yksioita syntyi erityisesti sinne, missä patoutunutta kysyntää oli eniten. Ks. Vårdanalys 2014a ja Jönsson & Hagersten (2012).
- ¹⁴ Esimerkiksi Ruotsissa Tukholman läänin maakäräjät ilmoittivat maaliskuussa 2015 laskevansa palveluntuottajille maksettua korvauksia noin 5 prosenttia.
- ¹⁵ Ks. Valtiovarainministeriö (2015).
- ¹⁶ Laskelma perustuu kunnallisverotuksen koko maan keskimääräiseen kunnallisveroprosenttiin (aritmeettinen keskiarvo) joka vuonna 2013 oli 20,01 %. Yhteensä kunnallisveroilla kerättiin vuonna 2013 liki 18 mrd. € ja yksi veroprosentti tuotti siis 898 milj. €. Keskimääräinen piirikuntaveroprosentti on saatu laskemalla, kuinka monen kunnallisveroprosentin tuotto tarvitaan rahoittamaan piirikunnan nettokustannukset. Laskelmassa oletetaan, että kuntien rahoitus niihin jäävän toiminnan osalta jää ennalleen.
- ¹⁷ Seppälä & Pekurinen (2014).
- ¹⁸ Valtiovarainministeriö (2015).

Lähteet

- Cooper, Gibbons, Jones & McGuire (2010). Does Hospital Competition Improve Efficiency? An Analysis of the Recent Market-Based Reforms to the English NHS, CEP Discussion Paper No 988, LSE Centre for Economic Performance.
- Dahlgren, Brorsson, Severéus, Goude & Rehnberg (2013). Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm. Karolinska Institutets folkhälsoakademi.
- Ekström, Haavisto & Pohjonen (2012). Palvelut auki! – Viisi vaatimusta kuntauudistukselle, EVA Raportti, Taloustieto Oy.
- Ekström, Haavisto & Pohjonen (2013). Kuntuudistuksen korjaussarja, EVA Analyysi 26, Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA.
- Ekström, Haavisto & Pohjonen (2014a). Vuosikymmenen valinta, EVA Analyysi 36, Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA.
- Ekström, Haavisto & Pohjonen (2014b). Sote on rیمانali-tus, EVA Arvio 3, Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA.
- Ekström, Haavisto & Pohjonen (2014c). Sote-sirkus, EVA Analyysi 39, Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA.
- Ekström, Haavisto & Pohjonen (2014d). Uudistusten umpikuja, EVA Analyysi 41, Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA.
- Gaynor, Laudicella & Propper (2012). Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS, Working Paper No. 12/281, Centre for Market and Public Organisation, Bristol Institute of Public Affairs, University of Bristol.
- Jönsson & Hagersten (2012). Val av vårdcentral – Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen, Konkurrensverkets rapportserie 2012:2, Konkurrensverket.
- KELA (2014). Kansaneläkelaitoksen pääjohtajan ja johtajien lausunto hallituksen esityksestä laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, lausunto 25.9.2014.
- Nordic Healthcare Group (2015). Sitra, Kela ja Oulun kaupunki – Rahoituskanavat ylittävä palvelunkäyttö, tiivistelmä tutkimuksen tuloksista 11.3.2015.
- Open Public Services White Paper (2011). Cabinet Office for HM Government.
- Paris, Devaux & Wei (2010). Health Systems Institutional Characteristics: A survey of 29 OECD countries, OECD Health Working Papers No. 50.
- Seppälä & Pekurinen (2014). Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat, THL raportti 22/2014.
- STM (2014). Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi, luonnos 18.8.2014.
- Sundén, Andersen, Roine (2014). Hur får vi råd med välfärdens? Konjunkturrådets rapport 2014, Studieförbundet Näringsliv och Samhälle SNS.
- THL (2013). Jonottamatta hoitoon – THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi, luonnos 3.10.2013.
- THL (2014). SOTE viidelle alueelle – vaikutusten ennakoarviointi, THL – Päätösten tueksi 1/2014.
- THL (2015). Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2013, Tilastoraportti 6/2015, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Valtiovaraministeriö (2015). Sote-budjettikehyssosiaali- ja terveystalouden kustannusten hallinnan keinona, Valtiovaraministeriön julkaisuja 6/2015.
- Wendt (2009). Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare, Journal of European Social Policy 2009; 19; 432.
- Vårdanalys (2014a). Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och kömiljarden? Vårdanalys, rapport 2014:3.
- Vårdanalys (2014b). Myndigheten för vårdanalys remissyttrande över förslag till ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)(S2014/7186/FS).

Elinkeinoelämän Valtuuskunta

Elinkeinoelämän Valtuuskunta EVA on vuonna 1974 perustettu elinkeinoelämän think tank, jonka tavoitteena on edistää suomalaisen yhteiskunnan pitkän aikavälin menestystä. EVA on Suomen merkittävin kohtaamispaikka ja verkosto elinkeinoelämän ja yhteiskunnan vaikuttajille. EVAlla on myös keskustelijan, haastajan ja unilukkarin rooli suomalaisessa yhteiskunnassa. Think tankille tyypillisesti EVAn tunnusmerkkejä ovat analyttisyys ja poleemisuus.

EVA selvittää ja arvioi yrityksille ja koko suomalaiselle yhteiskunnalle tärkeitä kehityssuuntia. Rajut ja nopeat kansainväliset muutokset asettavat koko yhteiskunnalle ja yritysten toiminnalle painavia vaatimuksia. EVAn tavoitteena on ajankohtaisen tiedon tuottaminen vallitsevista ilmiöistä sekä tuoreiden näkökulmien saattaminen yleiseen yhteiskunnalliseen keskusteluun. Suomen rooli kansainvälisessä toimintaympäristössä ja suomalaisten hyvinvoinnin ja kilpailukyvyn kehittäminen ovat keskeisiä kysymyksiä EVAn toiminnassa. Elinkeinoelämän omassa piirissä EVA pyrkii aikaansaamaan jatkuvaa keskustelua yritysten muutostarpeista.

Lisätietoja: www.eva.fi



Elinkeinoelämän Valtuuskunta EVAn julkaisemat EVA analyysit ottavat kantaa ajankohdaksiin kysymyksiin ja tarjoavat toimenpide-ehdotuksia. Analyysien kirjoittajat vastaavat esitetystä mielipiteistä, jotka eivät välttämättä edusta EVAn kantaa.

Analyysit ovat ladattavissa EVAn kotisivuilta www.eva.fi.

ISSN 2342-0774 (Painettu)

ISSN 2342-0782 (PDF)