

SOTEN SOKKIHOITO

Näin sote-uudistus korjataan toimivaksi

Sanna Marinin hallituksen sote-uudistus on täynnä karikkoja, jotka edellyttävät korjauksista ennemmin tai myöhemmin. Ajatus pääosin julkisesti tuotetuista palveluista ei ole realistinen, sillä enemmistö perusterveydenhuollon palveluista tuotetaan Suomessa jo yksityisesti. Ilman asiakkaan valinnanvapautta uudistus ei paranna palveluita.

Hallituksen uudistus heikentäisi kasvavien kaupunkien mahdollisuuksia investoida ja jakaisi nykyistä enemmän rahaa taantuville alueille. Hallituksen esittämä rahanjakomekanismi voi suorastaan kannustaa kustannustehottomuuteen. Markkinoilla kehittyneitä digi-innovaatioita uudistus ei hyödynnä ja yhteistyötä halutaan rajoittaa. Näin palveluiden uudistaminen jää vaillinaiseksi.

Huolimatta esityksen mittavista ongelmista EVA ei esitä uudistuksen kuoppaamista, vaan sokkihoitoa, jolla ongelmat korjataan. Sokkihoidon kokonaisuuden muodostavat valinnanvapaus, vaiheistus, verotusoikeus ja virtuaalisuus.

- ◆ Sote tarvitsee valinnanvapauden. Kilpailu parantaa laatua, kehittää uutta ja pitää kustannukset kurissa.
- ◆ Uudistus pitää vaiheistaa. Ensi vaiheessa pelkkä terveydenhuolto siirretään sairaanhoitopiireille, ja sosiaalihoito jätetään kuntien ja niiden keskinäisen yhteistyön vastuulle. Hyvinvointialueiden perustaminen lykätään tuonnemmaksi.
- ◆ Ilman hyvinvointialueiden verotusoikeutta sote-uudistuksesta uhkaa tulla menojen paisutusautomaatti. Vain veroruuvi tuo mukanaan kannusteet tehostaa palveluita ja hillitä kustannusten kasvua.
- ◆ Sote tarvitsee virtuaalisuutta. Kumppanuus yksityisten toimijoiden kanssa mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon alustatalouden ripeän valjastamisen.

Sote-uudistus ei ole realistinen ilman valinnanvapautta

Sote-uudistuksen kolme olennaisinta tavoitetta ovat (1) hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, (2) yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaaminen kaikille suomalaisille sekä (3) palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen.

Yhtäkään tavoitetta ei voi saavuttaa ilman peruspalveluiden valinnanvapauden käyttöönottoa. Julkisella terveydenhuollolla ei yksinkertaisesti ole riittävästi peruspalveluiden palvelutuotantoa, joka mahdollistaisi palveluiden turvaamisen kaikille suomalaisille. Hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen suurin ongelma on, että siinä julkiset palvelut hoidettaisiin pääosin julkisena tuotantona. Tämä on kaukana palveluiden nykyisen tuotannon rakenteesta.

Suomessa tehtiin vuonna 2019 noin 11,2 miljoonaa kiireettömän perusterveydenhuollon lääkärikäyntiä, joista yksityiset palveluntuottajat tuottivat noin 59 prosenttia. Kuntien perusterveydenhuollon osuus (41 %) jäi noin kaksi miljoonaa käyntiä pienemmäksi (Kuvio 1). Jos julkinen valta haluaa

luoda Suomeen sote-järjestelmän kaikille, realistisin lähtökohta sille on hyödyntää pohjaa, jota kansalaisten enemmistö jo käyttää.

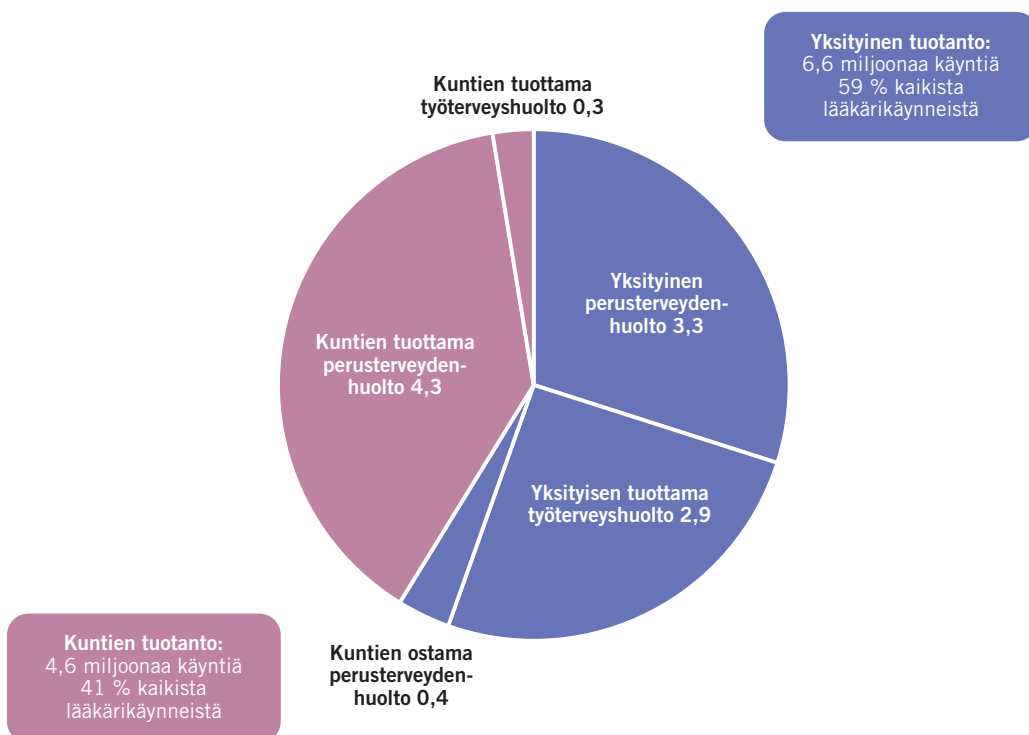
Sote-uudistuksen onnistuminen edellyttää yksityisen sektorin palvelukapasiteetin käyttöön ottamista julkiselle sektorille. Se onnistuu EU:n hankintasäädösten puitteissa helpoiten valinnanvapauden avulla.²

Ruotsi teki onnistuneesti tällaisen uudistuksen 12 vuotta sitten. Valinnanvapaus on normaali käytäntö lähes kaikkien länsimaiden terveydenhuoltojärjestelmissä ja lähtökohtana myös terveydenhuollon palveluiden asemaa EU:n sisämarkkinoilla säätelevässä potilasdirektiivissä (ks. Potilasdirektiivi tuomukanaan valinnanvapauden sivulla 8).

Yksi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteista on kustannusten hillintä. Se on kytköksissä perusterveydenhuollon paremman saatavuuden tavoitteen kanssa. Erikoissairaanhoidon nimittäin käytetään sitä enemmän, mitä myöhemmäksi peruspalveluiden saaminen venyy. Valin-

Ruotsi teki onnistuneen uudistuksen.

KUVIO 1. Perusterveydenhuollon kiireettömät lääkärikäynnit 2019 (milj. käyntiä)



Kuntien ostaman perusterveydenhuollon käyntimäärä on arvio, työterveyshuollon käyntimäärät vuodelta 2018. Lähteet: Kela, THL.¹

nanvapauden myötä perustason palvelut sekä terveydenhoidossa että sosiaalihuollossa saataisiin toimimaan paremmin ja kansalaisten palvelutarpeisiin voitaisiin nykyistä useammin vastata ennen kuin ne kriisiytyvät.

Ehdotus valinnanvapausjärjestelmän käyttöönotosta myös Suomen julkisissa sote-palveluissa ei ole tietenkään uusi. EVA on ehdottanut³ sitä vuodesta 2012 lähtien ja esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) teki vuonna 2013 aloitteen *Jonottamatta hoitoon*, joka opasti Suomea seuraamaan Ruotsin jalanjalkia.⁴

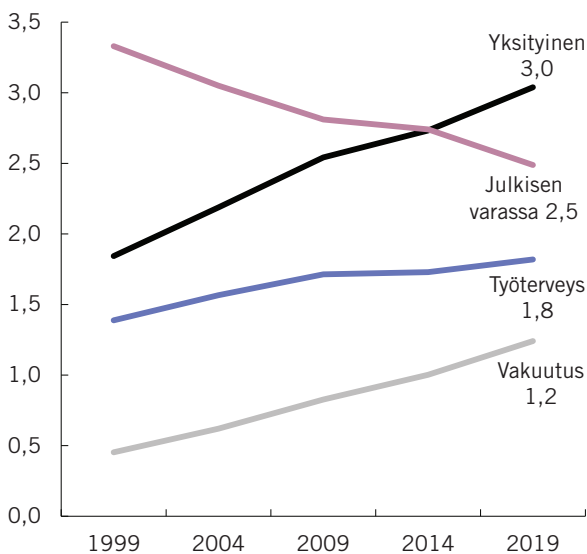
Eriarvoisuus sotessa on räikeää

Valinnanvapaus olisi ollut looginen osa myös Sanna Marinin hallituksen sote-uudistusta, sillä julkisen perusterveydenhuollon pitkistä jonotusajoista kärsivät erityisesti kaikkein heikoimmassa sosioekonomisessa asemassa olevat suomalaiset.

Palkansaaajat ovat laajalti työterveyshuollon piirissä. Keskiluokka on turvautunut yksityisiin hoitovakuutuksiin, jotka ovat kasvattaneet suosiotaan (Kuvio 2). Kaikkein heikoimmat ovat jääneet pelkän julkisen palvelun varaan. Heidän terveydenhuoltoaan on syytä parantaa.

Suomeen syntynyt tilanne on äärimmäisen epätasa-arvoinen. OECD:n vuonna 2019 julkaisun tutkimuksen⁶ mukaan tarpeen mukaan vakioidut lääkärikäynnit jakautuvat eri tuloryhmien

KUVIO 2. Yksityisen ja julkisen perusterveydenhuollon piirissä oleva väestö 1999–2019 (milj. asukasta)



Lähteet: Kela, Finanssiala.⁵

välillä Suomessa osapuilleen yhtä eriarvoisesti kuin Yhdysvalloissa. EU-maista Suomea epätasa-arvoisempia perusterveydenhuollossa ovat ainoastaan Bulgaria ja Romania.

Perusterveydenhuollon osalta Suomen järjestelmä on paljon epätasa-arvoisempi kuin läntisissä EU-maissa keskimäärin, eikä Suomea voi missään nimessä lukea varsinaisten verrokkien, pohjoismaisten hyvinvointiyhteiskuntien joukkoon. Ruotsissa tulotaso ei vaikuta lääkäriin pääsyyn, ja Tanskassa palveluiden saatavuus pienituloisille on suurempituloisia parempi. Yksi syy tähän on se, että muissa Pohjoismaissa on käytössä valinnanvapausmalli.

Suomessa lääkärin ja hoitohenkilökunnan osaaminen on erittäin hyvää, erikoissairaanhoidon, työterveyshuolto ja yksityinen terveydenhuolto toimivat, mutta julkinen perusterveydenhuolto on erittäin huonossa jamassa. Suomessa toistuvien ja vuosikymmenestä toiseen raahaavien sote-uudistusten kohdalla on jo tapahtunut valtion epäonnistuminen eli *sääntelyhäiriö*⁷ (ks. s. 23).

Ruotsin esimerkki kertoo, että valinnanvapaus korjaa hoitoon pääsyn epätasa-arvoisuutta varsin nopeasti. Sen tiedetään myös kohentavan asiakkaan kokemaa hoidon laatua, koska oikein suunnitellussa valinnanvapausjärjestelmässä korvaukset ovat pääosin kiinteitä ja kilpailu asiakkaista tapahtuu palvelun laadulla.

Valinnanvapaus toisi julkisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin yksityisen sektorin kapasiteetin ja osaamisen lisäksi myös kannustimia julkisille toimijoille toiminnan tehostamiseen ja kehittämiseen. Koska valinnanvapaus lisää palveluiden käyttöä, sille ei voida asettaa suuria säästötoiveita. Ruotsin kokemukset kuitenkin kertovat, etteivät kustannukset ole myöskään nousseet valinnanvapauden käyttöönoton vuoksi.⁸ Samalla rahalla on saatu enemmän aikaan.

Suomessa on kehittynyt sote-markkina

Edellytykset valinnanvapausjärjestelmän luomiseksi ovat Suomessa hyvät. Suomeen on viime vuosikymmeninä syntynyt sosiaali- ja terveyspalveluiden markkina, jonka syntymistä ovat edesauttaneet työterveyshuollon ja yksityisen terveydenhuollon kasvun lisäksi julkisen sektorin laajat palveluhankinnat yksityisiltä toimijoilta julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Suomi on kaukana Pohjoismaiden tasosta.

Olellinen Suomessa palveluhankintoja edistänyt piirre on palveluiden järjestämis- ja tuottamisvastuiden erillisuus lainsäädännössä. Siitä seuraa, että palveluiden järjestäjän ei tarvitse tuottaa palveluita itse. Se voi hyödyntää tuotannossa kaikkia tuottajia riippumatta siitä, tulevatko ne julkiselta, yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. Yksityisiä sote-tuottajia Suomessa on paljon. Alan yrityksiä on Suomessa noin 18 200, joista valtaosa toimii terveyspalvelualalla. Henkilöstömäärä sote-yrityksissä on yli 88 000, mikä on noin kolmasosa kaikesta sote-henkilöstöstä Suomessa.

Näin laaja toiminta tarkoittaa, että sosiaali- ja terveyspalveluiden yksityinen palvelutuotanto ei ole enää pitkään aikaan ollut julkisen vallan omaa

tuotantoa täydentävää. Kaikista Suomen sosiaali- ja terveyspalveluista yksityinen sektori tuotti vuonna 2019 reilun kolmasosan (35 %) ja julkinen sektori hieman alle kaksi kolmannesta (65 %).

Kaikkien sote-palveluiden kustannukset olivat vuonna 2019 arviolta noin 24,4 miljardia euroa, joista kunnat, valtio ja Kansaneläkelaitos (Kela) kattoivat 20 miljardia euroa. Julkisen sektorin osuus rahoituksesta oli 83 prosenttia. Kansalaisten, työnantajien ja muiden yksityisten tahojen kannettavaksi kustannuksista jäi 17 prosenttia (Kuvio 3a). Noin kahden kolmasosan tuotantolaan ja neljän viidesosan rahoituksellaan julkinen valta on siis selvästi suurin palveluiden tuottaja, ostaja ja rahoittaja Suomen sote-markkinoilla.

Hallituksen sote-esityksen ongelmat ja ratkaisut

ONGELMA

Hallituksen sote-esityksessä yksityiselle sektorille jäisi pelkkä täydentävä rooli, ja palvelut tuotettaisiin pääosin julkisesti. Tämä ajatus ei vastaa realiteetteja: valtaosa perusterveydenhuollon palveluista tuotetaan jo yksityisesti. Meille on kehittynyt laaja terveyspalveluiden markkina, jonka kehittäminen julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyönä on ainoa reitti turvata palvelut kaikille.

ONGELMA

Uudistus vie kunnilta 20 miljardia euroa ja jakaa sen uusille hyvinvointialueille. Toiset alueet häviävät, toiset voittavat. Kerralla toteutettava jättiremontti sotkee niin kuntien talouden kuin uusien hyvinvointialueidenkin toiminnan (ks. ss. 9–11).

ONGELMA

Uudistus luo itsehallintoalueet ilman itsehallintoa. Niillä ei ole oikeutta päättää rahoituksesta eikä investoinneista. Valtiolla siirtyy liikaa valtaa. Alueilla ei ole kannusteita hoitaa palveluita nykyistä tehokkaammin ja fiksummin, koska niiltä puuttuu veroruuvi. Sen sijaan alueilla on kaikki kannusteet lisätä palveluiden määrää, menoja ja kerjätä valtiolta lisää rahaa (ks. s. 15).

ONGELMA

Digitaalisten palveluiden käyttö terveydenhuollossa ja esimerkiksi lääkäreiden etävastaanotot ovat lisääntyneet vauhdilla viime vuosina, ja koronapandemia on vauhdittanut niiden käyttöönottoa. Yksityisillä yrityksillä on käytössään valmiit alustat, ohjelmistot ja konseptit digitaalisten palveluiden soveltamiseen, mutta hallituksen sote-uudistus ei niitä hyödynnä.

RATKAISU

Sote tarvitsee valinnanvapauden. Kun ihmisille annetaan mahdollisuus valita, mistä palvelunsa hankkii, syntyy kilpailua: laatu paranee ja kustannukset voidaan pitää samaan aikaan kurissa. Näin on tehty suurimmassa osassa Eurooppaa, ja naapurimaassamme Ruotsissa, jossa sote-palvelut kärsivät vuosituhannen alussa samoista ongelmista kuin meilläkin.

RATKAISU

Sote-uudistuksessa on syytä edetä vaiheistaen. Ensi vaiheessa pelkkä terveydenhuollon kokonaisuus kannattaa siirtää sairaanhoitopiireille, ja jättää sosiaalihuolto kuntien ja niiden keskinäisen yhteistyön vastuulle (ks. ss. 11–13). Hyvinvointialueiden perustamista kannattaa lykätä, kunnes sosiaalihuollon tehtävänjako on selvitetty kuntien kanssa.

RATKAISU

Hyvinvointialueet tarvitsevat verotusoikeuden (ks. ss. 16–17). Ilman verotusoikeutta sosiaali- ja terveydenhuollon menokehitystä on vaikea hallita, koska valtion piikki on rajattomasti auki. Vain veroruuvi tuo mukanaan kannusteet tehostaa palveluita ja hillitää kustannusten kasvua.

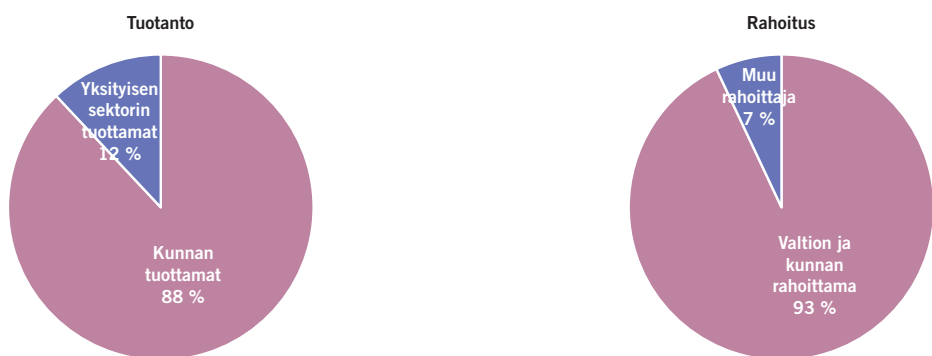
RATKAISU

Sote tarvitsee virtuaalisuutta. Kumppanuus yksityisten toimijoiden kanssa mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon alustatalouden täyden ja nopean valjastamisen. Tämä tekee palveluista aiempaa sujuvampia ja tarkoittaa isoja säästöjä (ks. ss. 18–19).

KUVIO 3a. Sote-palveluiden kokonaistuotanto ja -rahoitus 2019, 24,4 miljardia euroa (%)



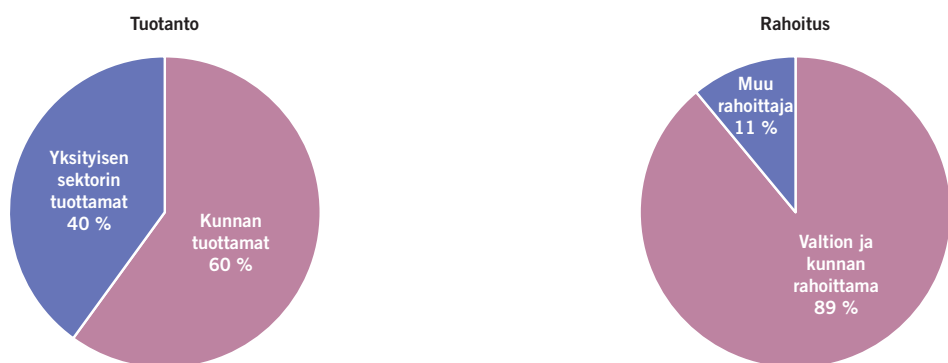
KUVIO 3b. Erikoissairaanhoidon palvelutuotanto ja -rahoitus 2019, 7,8 miljardia euroa (%)



KUVIO 3c. Perusterveydenhuollon palvelutuotanto ja -rahoitus 2019, 7,2 miljardia euroa (%)



KUVIO 3d. Sosiaalihuollon palvelutuotanto ja -rahoitus 2019, 9,5 miljardia euroa (%)



Lähteet: Tilastokeskus, THL, B&MANs.¹⁰

Sekä palvelutuotannon että rahoituksen osuudet kuitenkin vaihtelevat markkinoiden eri osaluilla. Erikoissairaanhoito on Suomessa pitkälti julkinen monopoli ja kunnat ovat keskittäneet resurssejaan siihen. Erikoissairaanhoitosta julkinen sektori tuottaa (88 %) ja rahoittaa (93 %) valtaosan (Kuvio 3b).

Yksityinen tuottaa enemmistön peruspalveluista.

Perustason terveydenhuollon tuotannon enemmistöstä vastaa yksityinen sektori (55 %), joka myös rahoittaa selvästi yli kolmanneksen (36 %) palveluista (Kuvio 3c). Lisäksi yli miljardi euroa perusterveydenhuollon julkisesta rahoituksesta tulee Kelan sairaus- ja työtulovakuutusten kautta, eikä julkinen valta päättä sen käytöstä verovarojen tavoin.

Sosiaalihuolto puolestaan erottuu voimakkaasti ulkoistettuna toimialana. Yksityinen sektori on 40 prosentin tuotanto-osuudellaan hyvin suuri toimija, mutta palveluiden rahoitus hoituu miltei täysin (90 %) julkisin varoin (Kuvio 3d).

Markkinoiden kehityksestä kertoo myös se, että kuntien välillä on suuria eroja sosiaali- ja terveydenhuollon ulkoistamisasteissa.⁹ Jotkut kunnat eivät hyödynnä yksityisiä palveluntuottajia järjestämässään palveluissa lainkaan, toiset ovat ulkoistaneet sosiaali- ja terveydenhuoltonsa kokonaan.

Sote-uudistuksessa on järkevää lähteä liikkeelle realiteeteista. Uudistusta toteuttamaan lähtevillä on käsissään kolme varsin erilaisessa tilanteessa olevaa sote-markkinan osa-aluetta. Niistä erikoissairaanhoito on pääasiassa julkisen tuottamaa ja rahoittamaa, perusterveydenhuolto on pääosin yksityisen tuottamaa ja julkisen rahoittamaa ja sosiaalihuolto on laajasti ulkoistettu.

Julkinen ja yksityinen palvelutuotanto ovat kietoutuneet toisiinsa myös alan käytännön työssä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tehdessä ratkaisuja tutkimuksesta, hoidosta, lääkityksestä sekä asiakkaiden lähettämisestä erikoistason palveluihin. Markkinoilla seurataan yhteisiä ohjeita hyvistä hoitokäytännöistä, ja asiakkaiden palveluketjut sisältävät laajalti sekä julkisen että yksityisen sektorin tuottamia osia. Myös työmarkkinat ovat pitkälti yhdentyneet. Markkinan julkisella ja yksityisellä sektorilla työehdoista sovietaan edelleen erikseen, mutta käytännössä työehdot ovat yhdentyneet pitkälti samantasoisiksi.¹¹ Työntekijät liikkuvat yksityisten ja julkisten tuottajien välillä. Lääkäreistä jopa kolmasosa työskentelee sekä yksityisten että julkisten tuottajien palveluksessa.¹²

Hallituksen sote-esitys luo vielä yhden uuden, mutta kiinnostavan linkin markkinan yksityisen ja julkisen osan välille. Sote-rahoituksen pohjana oleva tarvevakiointimalli lähtee siitä, että tulevaisuudessa merkittävä osa väestöstä rahoittaa perustason palvelunsa itse yksityisen vakuutuksen kautta (ks. s. 11).

Hallituksen sote-esitys ei ole toimiva

Uudistusta tekevillä hyvinvointialueilla pitää olla käytössään riittävä keinovalikoima, jotta ne voivat pyrkiä täyttämään uudistukselle asetetut odotukset. Sosiaali- ja terveyspalveluiden resurssit ovat tiukat, palvelutarpeet lisääntyvät ja hoidot kallistuvat. Hyvinvointialueilla ei ole varaa kustannusten kasvuun ilman, että sosiaali- ja terveyspalveluiden suorituskyky kohenee.

Siksi hyvinvointialueiden tulee kyetä asettamaan itselleen myös konkreettisia tavoitteita sosiaali- ja terveyspalveluiden kehityksestä. Hallituksen esitys sote-uudistukseksi ei tähän paljoo apua tuo. Hallituksen esitys tarjoaa keinoiksi lähinnä julkisen sektorin oman palvelutuotannon osuuden kasvua, kilpailun rajoittamista ja jopa yksityisen ja kolmannen sektorin syrjäyttämistä julkisten sote-palveluiden tuotannossa.¹³

Alueiden pitäisi parantaa palveluiden saatavuutta, laatua ja kustannustehokkuutta valtion tiukassa ohjauksessa ilman lisäresursseja, ilman asianmukaisia kannustimia tehokkuuteen ja laatuun (ks. s. 16) ja paljon aiempaa rajatuimmilla mahdollisuuksilla hyödyntää kilpailua ja yksityisen ja kolmannen sektorin palvelutuotantoa.

Suomalaisten onneksi eduskunnan perustuslakivaliokunta ei sote-uudistuksesta antamassaan lausunnossa¹⁴ katsonut perustuslain edellyttävän, että julkisesti rahoitetut sosiaali- ja terveyspalvelut olisivat erittäin laajasti myös julkisesti tuotettuja. Palveluiden järjestäminen ja tuottaminen voidaan siis jatkossakin pitää toisistaan erillään. Perustuslakivaliokunta ei myöskään nähnyt estettä soveltaa hallituksen esityksessä tehtyä väljempää tulkintaa julkisten hallintotehtävien käsitteen merkityksestä sille, mitä palveluita yksityisen ja kolmannen sektorin tahot voivat tuottaa.

Tämä on hyvä asia, sillä sote-uudistuksesta ei tule mitään ilman yksityisen ja kolmannen sektorin kapasiteetin, osaamisen ja joustavuuden hyödyntämistä. Sen kannalta on ongelmallista, että

Lakiesitys tarjoaa lähinnä heikennyksiä.

sote-lakiesitys asettaa hyvinvointialueet riippuvaisiksi ministeriöiden keskusohjauksesta.

Järjestämislain neljännestä luvusta selviää, että sosiaali- ja terveysministeriö asettaisi hyvinvointialueille vuosittain valtakunnalliset tavoitteet, mutta lisäksi jokaisen alueen pitäisi neuvotella yksityiskohtaisesti lähes kaikesta toiminnastaan ministeriön kanssa. Ministeriö päättäisi myös investoinneista. Keskusohjauksesta ei saa tulla alueille pakkopaitaa.

Hyvinvointialueiden itsehallinnollinen asema edellyttää, että ne voivat päättää niiden järjestämisvastuulle kuuluvien palveluiden tuotannosta. Olosuhteet vaihtelevat alueittain. Joillain hyvinvointialueilla voi olla luontevaa, että suurin osa palveluista tuotetaan maakunnan omana tuotantona. Toisaalla voi taas olla tarkoituksenmukaista käyttää laajalti yritysten ja kolmannen sektorin palvelutuotantoa.

Ongelmia syntyy erityisesti, mikäli sosiaali- ja terveysministeriön ja hyvinvointialueen välillä val-

litsee eriäviä käsityksiä siitä, miten palveluita pitäisi tuottaa. Hallituksen esityksessä tarjoillut reseptit eivät välttämättä sovi yhteen sosiaali- ja terveyspalveluiden arjen ja todellisen markkinatilanteen kanssa. Palvelut pitäisi ”koota” hyvinvointialueiden tuotettaviksi, minkä jälkeen palveluita voidaan tarjota asiakkaille ”räätälöityinä kokonaisuuksina”. Sosiaali- ja terveyspalveluiden ”horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio” pitäisi toteuttaa ja ”tulevaisuuden moniammatilliset sote-keskukset” tulisi luoda ja ottaa käyttöön. Tavoitteet ovat sote-markkinoiden nykytilan valossa mahdollittomia toteuttaa.

Palveluiden järjestämisvastuun siirtäminen kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille luokyllä uudistumiselle pohjan, mutta mittakaavaltaan iso muutos tuo mukanaan myös valtavan paljon uutta monimutkaisuutta ja uusia riskejä. Niiden hallitseminen olisi helpompaa, jos hyvinvointialueilla olisi käytössään laaja keinovalikoima ja kansalaisilla valinnanvapaus (ks. Valinnanvapaus pähkinänkuoressa).

Valinnanvapaus pähkinänkuoressa

Asiakkaan valinnanvapaus tarkoittaa, että asiakas saa itse valita kenen tuottamia julkisia peruspalveluja käyttää.

Perusterveydenhuollossa valinnanvapausjärjestelmä tuo kaikille kansalaisille – riippumatta siitä, ovatko he töissä, eläkkeellä, työttöminä, vähävaraisia tai hyvä-tuloisia – osapuulleen nykyisen työterveyshuollon tasoisen perusterveydenhuollon. Valinnanvapaus on siis väline, jolla palveluita tarvitsevat kansalaiset saadaan yhdistettyä palveluihin, joita he tarvitsevat.

Laajasti ottaen valinnanvapauden avulla sote-uudistuksessa voidaan tavoitella sekä taloudellisia että palvelujen laatuun liittyviä tavoitteita. Oikein sovellettuna valinnanvapaus mahdollistaa terveydenhuollon tuottavuuden kohentamisen ilman kielteisiä vaikutuksia palveluiden saatavuuteen tai laatuun.

Valinnanvapausjärjestelmässä voi toimia palveluntuottajia sekä julkiselta, yksityiseltä että kolmannelta sektorilta. Palveluiden järjestäjä hyväksyy tuottajat järjestelmään yhtenäisten kriteerien mukaan.

Käytännössä terveyspalvelun käyttäjä valitsee palveluntuottajan, ja ilmoittautuu tämän asiakkaaksi. Palvelun-

tuottaja ei voi kieltäytyä ottamasta terveyspalvelun käyttäjää asiakkaakseen. Palveluun tyytymätön asiakas voi vaihtaa palveluntuottajaa.

Valinnanvapaudessa käytetään ”raha seuraa potilasta” -periaatetta. Palveluiden järjestäjä maksaa palveluntuottajille kiinteän korvauksen jokaista tuottajan listalla olevaa asiakasta kohden ja lisäksi muuttuvaa korvausta palveluiden käytöstä. Asiakkaan valinta siis ratkaisee, minne rahoitus päättyy.

Toimivan korvausjärjestelmän kehittäminen ja sen ylläpito ovat palveluiden järjestäjien keskeisiä tehtäviä. Korvauksia tarkistetaan säännöllisin väliajoin sen mukaan, mitä tilastot kertovat hoidon saatavuuden, palveluiden käytön ja kustannusten kehityksestä.

Valinnanvapausjärjestelmä kehittää palveluverkoston kysynnän ja tarjonnan perusteella. Uusia yksiköitä syntyy erityisesti tiheämmin asutuille alueille, joissa saattaa olla paljon patoutunutta kysyntää. Vastaavasti asiakaspulasta kärsiviä yksiköitä todennäköisesti karsitaan. Järjestäjä voi ohjata palveluverkon kehitystä esimerkiksi maksamalla syrjäseutulisää harvaan asutuilla alueille toimiville palveluntuottajille.

> EVAn SUOSITUS

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa otetaan käyttöön peruspalveluiden valinnanvapaus, jossa kansalaisilla on oikeus valita palveluiden tuottaja hyväksytyjen palveluntuottajien joukosta olivat ne sitten julkisia, yksityisiä tai kolmannen sektorin toimijoita.

Potilasdirektiivi tuo mukanaan valinnanvapauden

Vuonna 2011 säädetyt EU:n potilasdirektiivin tarkoituksena on lisätä terveydenhuoltopalveluiden liikkuvuutta Euroopassa. Direktiivin perusajatuksena on mahdollistaa se, että potilas valitsee hoitopaikkansa ja julkinen raha seuraa häntä.

Potilaan kotimaa siis maksaa hoidon, vaikka se annetaan toisessa jäsenmaassa. Direktiivin ohjenuora on periaatteessa yksinkertainen. Hoito tulisi korvata potilaalle samalla tavalla kuin silloin, kun hoito annetaan kotimaassa.

EU:n potilasdirektiivi on toimeenpantu Suomessa väärin. Komissio on lähettänyt jo vuonna 2016 Suomelle perustellun lausunnon, jonka mukaan Suomen nykyinen korvauskäytäntö on potilasdirektiivin vastainen. Lausunnon mukaan Suomen tulisi muuttaa lakia rajat ylittävistä terveydenhuollosta siten, ettei EU- ja ETA-alueelta tai Sveitsistä haettavasta hoidosta koituisi suomalaiselle asiakkaalle julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuja korkeampia kustannuksia. Suomen on korjattava laki rajat ylittävistä terveydenhuollosta siten, että toiseen EU-maahan hoidettavaksi hakeutuvan hoidon kustannukset korvataan samansuuruisina kuin mitä hoito olisi maksanut hyvinvointialueen tuottamana.

Potilasdirektiivin toimeenpanolla voi olla hyvin merkittäviä vaikutuksia koko sote-uudistukseen, mutta sitä ei käsitellä hallituksen sote-lakipaketissa eikä hallitus ei ole antanut asiasta muutakaan selvitystä. Sosiaali- ja terveysministeriö kyllä valmistele asiaa osana ”Monikanavarahoituksen purkamisen valmisteluryhmien” työtä^a, mutta suunnitelmia potilasdirektiivin suhteen on käytännössä pimitetty niin eduskunnalta kuin julkisuudeltakin. Asia ponnahti hetkeksi pinnalle eduskunnan talousvaliokunnan käsitellessä sote-lakeja, mutta lopulta valiokunnan lausuntoon päätyi vain maininta, jonka mukaan ”potilasdirektiivin implementoimiseen liittyviä mahdollisia muutoksia ei ole voitu tai tullut arvioida esityksen vaikutusarviossa.”^b

Tämä ei pidä paikkaansa. Tarve korjata laki rajat ylittävistä terveydenhuollosta on ollut tiedossa jo seitsemän vuoden ajan, ja korjauksen merkitys olisi ollut syytä ottaa huomioon hallituksen esitystä laadittaessa, koska kyse ei ole mistään pienestä rahoituksen detaljeihin liittyvästä muutoksesta. Nyt eduskunnan käsittelyssä olevat sote-lait ovat ristiriidassa potilasdirektiivin kanssa. Jos direktiivi ja kansallinen laki ovat törmäyskurssilla, niin kansallinen laki väistää.

Sote-lakipaketti ei sisällä säädöksiä asiakkaan valinnanvapaudesta. Oikein toimeenpantuna direktiivi kuitenkin avaa kansalaisille valinnanvapauden. Suomalaisille avautuu mahdollisuus hakeutua hoitoon julkisin varoin toiseen EU-maahan. Käytännössä valinnanvapaus syntyy kuitenkin myös Suomen rajojen sisälle, koska EU-sääntely ei mahdollista sitä, että Suomi asettaisi suomalaiset palveluntarjoajat muiden maiden palveluntuottajia huonompaan asemaan. Jos Suomi tekisi näin, se syyllistyisi EU:n sisämarkkinoilla kiellettyyn käänteiseen syrjintään.^c

Esitykset laiksi hyvinvointialueesta ja sote-järjestämislaista soveltuvat nykymuodossaan huonosti valinnanvapauteen. Käytännössä ainoa sote-lakeihin sisältyvä viittaus valinnanvapauteen liittyy mahdollisuuteen hyödyntää palveluseteliä, jonka käyttöä ohjaa laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä.^d Palvelusetelilaki on sinänsä toimiva laki, mutta tuskin riittänee rajat ylittävän terveydenhuollon ja valinnanvapauden asianmukaiseen toteuttamiseen.

Sote-uudistuksen rahoituslaskelmissa ei liioin ole varauduttu mahdollisuuteen, että hyvinvointialueet korvaavat tulevaisuudessa sekä ulkomailla että kotimaassa valinnanvapauden myötä annettujen hoitojen kustannuksia.

On erikoista, ettei hallitus ole valmistellut potilasdirektiivin toimeenpanoa osaksi sote-uudistuksen lakipakettia, vaan ottaa riskin siitä, että sote-uudistus joutuu perusteelliseen remonttiin pian hyväksymisensä jälkeen.

^a STM (2020).

^b TaVL 12/2021 vp.

^c Raitio (2021).

^d Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 2009/569.

Sote-uudistus onnistuu vain vaiheistamalla

Tähän asti jokainen sote-uudistus on kangistunut lähtötelineisiinsä. Syy aiempien sote-uudistusten kaatumiseen on ollut uudistusten liiallinen laajuus ja monimutkaisuus sekä alituinen kiire uudistuksen toteuttamisessa.

Sanna Marinin hallituksen sote-esitys kuitenkin ohitti kilometritolpan, jota yksikään aiempi esitys ei ole ohittanut: se selvitti tiensä eteenpäin perustuslakivaliokunnasta. Vaikka eduskunta hyväksyisikin lakiesityksen sote-uudistuksesta, se ei vielä pitkään aikaan ole maalissa. Ongelmat vasta alkavat. Uudistus on liian laaja ja raju kertarysäys.

Edellisessä kappaleessa kuvattiin, miten valinnanvapauden puuttuminen mallista johtaa käytännön toteutuksessa umpikujan, kun iso osa palveluista on jo yksityisten tuottamia. Jos uudistus hyväksytään, seuraavat ongelmat tulevat vastaan tehtävien siirrossa kunnilta ja kaupungeilta hyvinvointialueille. Koko sosiaali- ja terveydenhuollon siirto on liian iso toteutettavaksi kerralla. Kuntien rahoituksesta häviää yli puolet, mikä vaikeuttaa joidenkin kaupunkien ja kuntien talouden hoitoa kohtuuttomasti. Sote-uudistus voi toteutua onnistuneesti vain vaiheistaen.

Hallituksen sote-uudistus sisältää niin paljon käytännön ongelmia, että vaiheistukseen joudutaan todennäköisesti tavalla tai toisella joka tapauksessa. Paras tapa sopia vaiheistuksesta olisi hakea etenemiselle parlamentaarinen yhteisymmärrys. Samalla olisi mahdollista korjata soten muutkin puuttuvat palikat: valinnanvapaus ja hyvinvointialueiden verotusoikeus. Muussa tapauksessa tulevat hallitukset joutuvat korjailemaan eteen tulevia ongelmia omalla tavallaan.

Kertarysäys käy kalliiksi

Hallituksen arvio suunnitellun sote-uudistuksen muutuskustannuksista on noin 800 miljoonaa euroa. Palkkaharmonisoinnin kustannus arvioidaan korkeintaan 560 miljoonaksi euroksi, minkä riittävyttä henkilöstön nykyisiä työnantajia edustava KT kuntatyönantajat kuitenkin epäilee.¹⁵ Muutuskustannusten lisäksi palkkaharmonisoinnista syntyy pysyvä lisäkustannus, joka saattaa olla noin puolen miljardin luokkaa. Tämä on valtava summa rahaa, mikä helposti unohtuu sote-uudistuksen miljardien mittakaavassa. Se vastaa esimer-

kiksi kolmen Turun yliopiston kokoisen korkeakoulun valtionrahoitusta.

Merkittäviä kustannuksia syntyisi myös kunnille sekä yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoille. Sekä sote-järjestäjien keskinäisiä että järjestäjien ja tuottajien välisiä yhteistyörakenteita rikottaisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon markkinat ovat integroituneet ja kehittyneet huomattavasti Suomessa viimeisten kymmenen vuoden aikana sote-uudistusta odotellessa.

Suomeen on muodostunut useita alueellisia kokonaisuuksia, joissa kunnat ovat siirtäneet julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastuun kuntayhtymälle ja luoneet uusia ratkaisuja niiden tuotantoon, usein yhteistyössä yritysten ja kolmannen sektorin kanssa. Näitä ei kannata ehdoin tahdoin rikkoa.

Ilman vaiheistusta rahoituksesta tulee sekasotku

Mikäli sote-uudistus toteutuu ilman vaiheistusta, valtio siirtäisi julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtävät pois kunnilta 1.1.2023 alkaen. Kunnille tämä on jättimäinen kutistusoperaatio. Niiden toiminnasta haukataan pois yli kaksi kolmasosaa. Samalla kuntien kustannukset vähenevät 20 miljardilla eurolla, ja valtio leikkaa kuntien verotuloja maan tasolla yhteensä saman verran.

Yksittäisten kuntien kohdalla kustannusten ja tulojen leikkurit eivät kuitenkaan täsmää. Tämä johtuu siitä, että kunkin kunnan verotuloja ei supisteta sen sote-kustannusten määrällä, vaan jokaiselta kunnalta höylätään tasan 13,26¹⁶ kunnallisveroprosentin tuotto ja kolmasosa sen osuudesta yhteisöveron tuottoon.

Tämän seurauksena jotkut kunnat häviävät ja toiset voittavat. Veropohjaltaan vahvat kunnat häviävät, koska ne menettävät pysyvästi paljon enemmän verotuloja kuin niiden sote-kustannukset ovat. Veropohjaltaan heikot kunnat voittavat, koska ne menettävät paljon vähemmän verotuloja kuin niiden sote-kustannukset ovat.

Näitä kuntien vajeita ja pikavoittoja siivoamaan tulee valtio, joka korjailee kuntien rahoitusta uudella valtionosuusjärjestelmällä sekä niin sano-

Jotkut kunnat häviävät, toiset voittavat.

tulla *muutosrajoittimella*, joka rajaa sotesta kunnan rahoitukseen aiheutuvaa muutosta 40 prosenttiin, ja väliaikaisella *siirtymätasauksella*, joka pehmentää muutosta vielä lisää siten, että jokainen kunta olisi viiden vuoden päästä uudistuksesta tappiolla tai häviöllä enintään 60 euroa asukasta kohti. Valtion tarjoamasta pehmeästä laskusta huolimatta kuntiin jää jäljelle sekä häviäjiä että voittajia (Kuvio 4).

Sote-uudistuksessa kunnilta ja kaupungeilta viedään iso osa (lähes 70 %) rahoituspohjasta. Hallituksen esityksessä pyritään siihen, että muutos olisi kuntasektorin kokonaisuuden tasolla kustannusneutraali. Kuntien itsehallintoon liittyvän rahoitusperiaatteen pitää kuitenkin toteutua myös yksittäisten kuntien kohdalla.¹⁷ Erityisesti joidenkin kasvavien kaupunkien kohdalla valtion korjaavat toimenpiteet eivät riitä korvaamaan verotulojen menetystä.

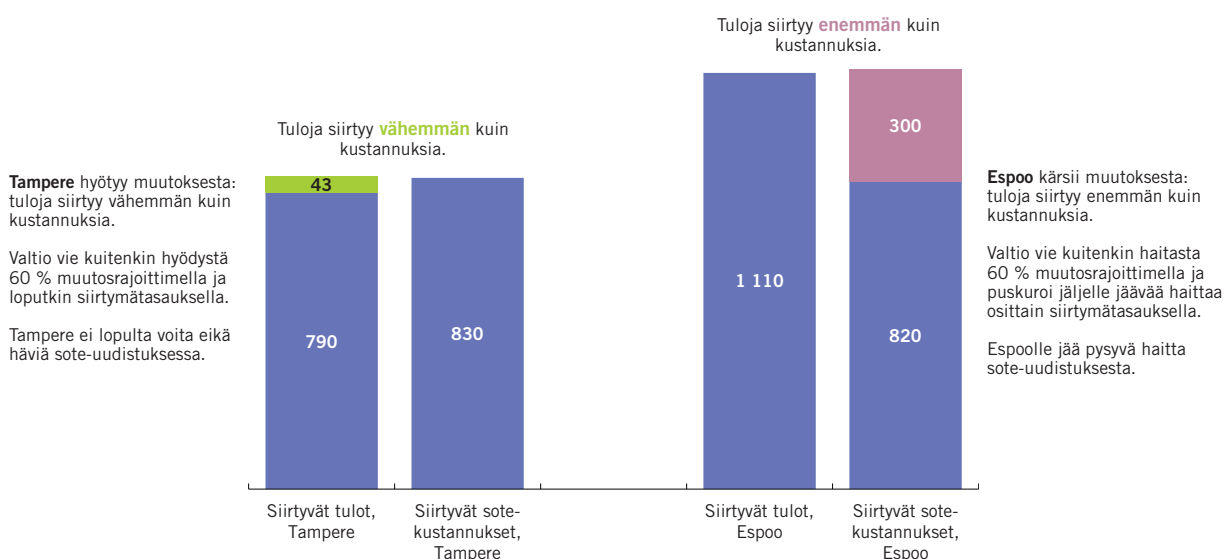
Kunnille nimittäin koituu pidempiaikainen haitta suuresta kunnallisveroprosentin leikkaamisesta. Sen seurauksena kunnallisverotulot eivät enää voi jatkossa kasvaa entiseen tahtiin veropohjan kasvaessa. Tämä kaventaa kunnan mahdollisuuksia päättää omasta toiminnastaan ja taloudestaan sekä vaikuttaa tulojensa kehitykseen. Samalla valtion valta kunnissa kasvaa. Kunnilla on jatkossa vähemmän omaa rahaa eli verotuloja ja enemmän valtionosuuksia, joiden avulla valtio voi halutes-

saan ohjata kuntia nykyistä vahvemmin. Kuntien tosiasiallinen itsehallinto kaventuu niiden valtionosuusriippuvuuden kasvaessa.

Samalla kun valtio leikkaa kuntien omassa hallinnassa olevia tuloja, kunnille ja kaupungeille jäävät niiden kasvunsa rahoittamiseksi ottamat lainat. Kuntien on selvittävä niiden hoitamisesta paljon aiempaa pienemmällä verotulojen kasvulla. Lainoihin liittyvät riskit kasvavat, ja verotulojen pudotus vaikuttaa myös kuntien kykyyn ottaa uutta lainaa. Käytännössä tämä merkitsee, että kasvavien kaupunkien mahdollisuudet päättää uusista kasvuinvestoinneista heikentyvät merkittävästi.

Valtio siirtää kunnilta hyvinvointialueille soteen ja pelastustoimeen liittyvää omaisuutta korvausta. Tämäkään ei ole ongelmatonta kuntien itsehallinnon kannalta. Kunnilla ei ole varsinaista omaisuudensuojaa, mutta valtion tulee kuitenkin kaikissa tilanteissa kunnioittaa kuntien itsehallintoon liittyvää rahoitusperiaatetta. Valtiolla ei ole oikeutta tehdä sellaisia liikkeitä, jotka rapauttaisivat liikaa kuntien toimintaedellytyksiä.¹⁸ Vaikka kuntien vastuulle ei jää sote-toimintaa, jätetään kuntien vastuulle paljon sote-kiinteistöjä. Hyvinvointialueen velvoite vuokrata näitä kiinteistöjä on kestoltaan erittäin lyhyt (3+1 vuotta), ja valtio jättää kiinteistöihin liittyvän omistajariskin kokonaisuudessaan kuntalaisille.

KUVIO 4. Sote-uudistuksen rahansiirrot Tampereella ja Espoossa (milj. euroa)



Espoo kärsii sote-uudistuksesta, Tampere pärjää.

Lähteet: VM, B&MANs.

Voittajia ja häviäjiä

Myös hyvinvointialueiden kohdalla syntyy voittajia ja häviäjiä (Taulukko 1). Jotkut alueista saavat paljon enemmän, toiset vähemmän rahoitusta kuin maakunnan kuntien laskennalliset sote-kustannukset ovat olleet. Hyvinvointialueiden välinen epätasapaino on seurausta uudesta rahoitusmallista. Se määrää, että jokainen hyvinvointialue saa rahoitusta alueen tarvevakioidun palvelutarpeen mukaisesti, ei alueen kuntien laskennallisten sote-kustannuksien mukaisesti. Koska huomioon otetaan vain julkisten palveluiden tarve, alueen asukkaiden työterveyshuollon ja yksityisten palveluiden käyttö vähentää alueen saamaa rahoitusta.

Epätasapainon vuoksi siirtymätasaus otetaan käyttöön myös hyvinvointialueilla. Se paikkaa eroa hyvinvointialueen alueen kuntien toteutu-

neiden sote-kustannusten ja alueelle myönnetyn laskennallisen rahoituksen välillä. Seitsemän vuoden päästä uudistuksesta hyvinvointialue on maksimissaan 200 euroa voitolla tai 100 euroa häviöllä asukasta kohti. Malli jakaa tuloja voimakkaasti uudelleen tavalla, joka ei ole läpinäkyvä (ks. Rahoitukseen on kätkeyty tulonsiirtoautomaatti).

Vaiheistus

1. Vaihe: Aloitetaan perusterveydenhuollosta

Ensimmäinen vaihe uudistukselle on julkisen perusterveydenhuollon järjestämisvastuun siirtäminen sairaanhoitopiireille 1.1.2023 alkaen (ks. Kuvio 5). Näin voidaan paneutua julkisen palvelutuotannon ongelmakohtaan: perusterveydenhuollon tehostamiseen ja kehittämiseen.

TAULUKKO 1. Sote-uudistuksen rahansiirrot ennen tasauksia

	Laskennallinen sote-kustannus / asukas (€)	Tarvevakioitu sote-kustannus / asukas (€)	Erotus / asukas (€) (ennen siirtymätasauksia)	Erotus yhteensä (milj. €) (ennen siirtymätasauksia)
Länsi-Uusimaa	3 037	2 932	-105	-48,8
Keski-Uusimaa	3 280	3 062	-218	-42,8
Helsinki	3 178	3 115	-63	-40,7
Pohjanmaa	3 661	3 501	-160	-28,2
Kymenlaakso	4 072	3 975	-97	-16,2
Kainuu	4 521	4 315	-206	-15,1
Etelä-Savo	4 365	4 263	-102	-13,9
Pohjois-Savo	4 004	3 952	-53	-13,2
Pohjois-Pohjanmaa	3 519	3 502	-17	-7,0
Etelä-Pohjanmaa	3 889	3 859	-30	-5,8
Keski-Pohjanmaa	3 782	3 714	-68	-4,7
Satakunta	3 781	3 775	-6	-1,3
Vantaa ja Kerava	2 983	3 004	21	5,6
Kanta-Häme	3 564	3 634	71	12,1
Lappi	4 295	4 366	71	12,7
Pirkanmaa	3 441	3 465	24	12,7
Etelä-Karjala	3 666	3 788	122	15,7
Itä-Uusimaa	3 174	3 376	202	19,7
Varsinais-Suomi	3 574	3 634	60	28,6
Päijät-Häme	3 558	3 721	163	33,8
Keski-Suomi	3 468	3 607	140	38,2
Pohjois-Karjala	3 758	4 114	355	58,9
Manner-Suomi	3 536	3 536		0

Pohjois-Karjala on sote-rahoituksen uudelleenjaon suurin voittaja, Länsi-Uusimaa suurin häviäjä.

Lähteet: VM & B&MANs.

Rahoitukseen on kätkeyty tulonsiirtoautomaatti

Sote-uudistuksessa hyvinvointialueiden toiminta rahoitettaisiin 20 sote-miljardilla. Valtio jakaa ne hyvinvointialueille tarvevakiointimallilla, joka on monimutkainen ja läpinäkyvä tulonsiirtoautomaatti.

Uusi rahoitusmalli ei perustu hyvinvointialueella sijaitsevien kuntien toteutuneisiin sote-kustannuksiin. Se ei myöskään perustu minkään vaaleilla valitun elimen tekemiin linjauksiin hyvinvointialueella toivotusta palvelusta, vaan Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksessa (THL) laadittuun tarvevakiointimalliin.^a

THL on laskenut kansalaisten tietoja sisältävästä rekisteriaineistosta julkisen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon kustannuksille ennustemallit, joiden avulla lasketaan alueen suhteellinen palvelutarve ja niiden edellyttämä rahoitus.

Hallituksen esityksessä arvioidaan, että tavoitteena on ollut rakentaa rahoitusmallista yksinkertainen.^b

Todellisuudessa malli on erittäin monimutkainen. Hallituksen esityksessä mallia esitellään vain pintapuolisesti. On kuitenkin kolme syytä miksi malliin pitäisi perehtyä tarkoin ennen sen hyväksymistä.

Ensimmäinen koskee kysymystä siitä, kuka on demokraattisesti tilivelvollinen sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoituksesta. On arveluttavaa ulkoistaa rahoituspäätökset automaattille ilman kansalaisten mahdollisuutta päättää demokraattisesti palveluistaan. Hyvinvointialueen valtuusto ei voisi aidosti vastata alueiden väes-

tölle tarjottavasta palvelutasosta. Sen tehtäväksi jäisi lähinnä rahoituksen hallinnointi ja lisärahoituksen pyytäminen rahojen loppuessa (ks. s. 15).

Toinen koskee kysymystä siitä, kuka päättää alueiden välisestä tuloja Suomesta. Rahoitusmalli jakaa automaattisesti uudelleen tuloja alueiden välillä tavalla, joka ei ole läpinäkyvä. Osa rahoituksesta perustuu nykyisen kuntien valtionosuusjärjestelmän tavoin väestön ikärakenteeseen ja sairastavuuteen, mutta tarvekertoimien sisältämät sosioekonomiset muutujat tuovat rahanjakoon myös puhtaan tulojakouutuuden. Alueen väestön korkea työssäkäyntiaste ja korkea tulotaso tuottavat valtiolle paljon verotuloja, mutta vähentävät hyvinvointialueen saamaa rahoitusta. Rahaa tulee siis sitä enemmän, mitä pienemmät ovat alueella töitä tekevien tulot ja mitä enemmän on työttömiä.

Kolmanneksi voidaan kysyä, miksei hallitus esityksessään reilusti kerro, että rahoitusmalli ohjaa ihmisiä käyttämään aiempaa enemmän yksityisiä vakuutuksia. Palvelutarvekertoimien työssäkäyntimuuttujan tarkoituksena on huomioida, paljonko alueella käytetään työterveyshuollon sairaanhoitopalveluja. Tulomuuttujien tarkoituksena on huomioida, paljonko alueella käytetään yksityisiä palveluja. Korkea työssäkäyntiaste ja tulotaso vähentävät hyvinvointialueen saamaa rahoitusta. Hyvinvointialueelle ei siis myönnetä rahoitusta koko sen väestön perustason sote-palveluihin, vaan ainoastaan osalle.

^a Häkkinen ja Holster (2020).

^b HE 241/2020 vp, s. 205.

Soten ensimmäinen vaihe on hallittavissa, koska sosiaalipalvelut jäävät tässä vaiheessa kuntiin ja kuntien perusterveydenhuolto siirtyy jo olemassa oleviin rakenteisiin ja organisaatioihin. Kunnat saavat korvauksen perusterveydenhuollon irtaimistostaan, joka siirtyy kirjanpitoarvoon. Kuntien kuntayhtymäosuuksia korotetaan vastaavasti.

Siirtyvien työntekijöiden määrä jää tässä vaiheessa ainoastaan 28 500 henkilöön eli seitsemäsosaan verrattuna hallituksen esittämästä. Samalla palkkaharmonisoinnin kustannukset ja muihin muutuskustannuksiin liittyvät riskit kutistuvat vastaavasti verrattuna hallituksen esitykseen.

Uudistuksen ensimmäinen vaihe ei vaikuta niihin jo nyt toimiviin maakunnan laajuisiin sote-kuntayhtymiin, jotka ovat jo toteuttaneet sosiaali- ja terveyspalveluiden integraation. Niiden

toiminta jatkuu entiseen tapaan. Sama koskee kuntien ja kuntayhtymien ulkoistuksia. Laaja, 2,8 miljardin arvoinen yhteistyö yksityisten ja kolmannen sektorin palvelutuottajien kanssa jatkuu.

Vaiheistuksen suurin vaikutus kohdistuu Uudenmaan ja Helsingin erityisratkaisuihin. Niiden sijaan toteutetaan Uudenmaan julkisen terveydenhuollon integraatio. Se luo suuren terveydenhuollon tehostamispotentiaalin alueella, jossa asuu noin kolmannes koko Suomen väestöstä (1,7 milj. asukasta).

Tämä poistaa yhden hallituksen esityksen järjestöimmistä kummallisuuksista: Uudenmaan ratkaisu on ristiriidassa sote-uudistuksen keskeisimmän periaatteen kanssa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon jääminen erilleen tarkoittaisi, ettei niiden integraatio voisi toteutua uudistuksessa tarkoitetulla tavalla, eikä uudistuksen

tavoitteita voida saavuttaa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä (HUS) tulisi jättiläinen Suomessa, muttei sittenkään liian suuri. Esimerkiksi Ruotsissa Tukholman alue (2,3 milj. asukasta) järjestää yksin kaikki alueen julkisen terveydenhuollon palvelut.

2. Vaihe: Jaetaan tehtävät

Uudistuksen **toisessa vaiheessa** valmistellaan maakuntien perustaminen, valinnanvapausjärjestelmä sekä maakuntien¹⁹ verotusoikeus. Vaihe käynnistetään tällä hallituskaudella ja se jatkuu seuraavalle. Riittävän väljä aikataulu mahdollistaa uudistuksen joustavan toteuttamisen.

Tärkein selvitettävä kysymys koskee sosiaali-toimea. Suomessa ei ole vielä kertaakaan selvitetty perusteellisesti, mitä sosiaalitoimen tehtäviä lopulta kannattaa siirtää kunnilta hyvinvointialueille terveydenhuollon yhteyteen. Kuntaliiton ja Tampereen yliopiston yhdessä tekemä tutkimus²⁰ kertoo, että sosiaalipalvelut ovat lähipalveluita, joilla on usein enemmän yhteyksiä kunnan muihin toimintaan kuin terveydenhuoltoon. Lisäksi integraatiotarpeet vaihtelevat paljon alueittain ja kuntakoon mukaan. Sosiaalipalveluiden siirtämi-

nen kokonaisuudessaan hyvinvointialueille ei välttämättä ole järkevä ratkaisu.

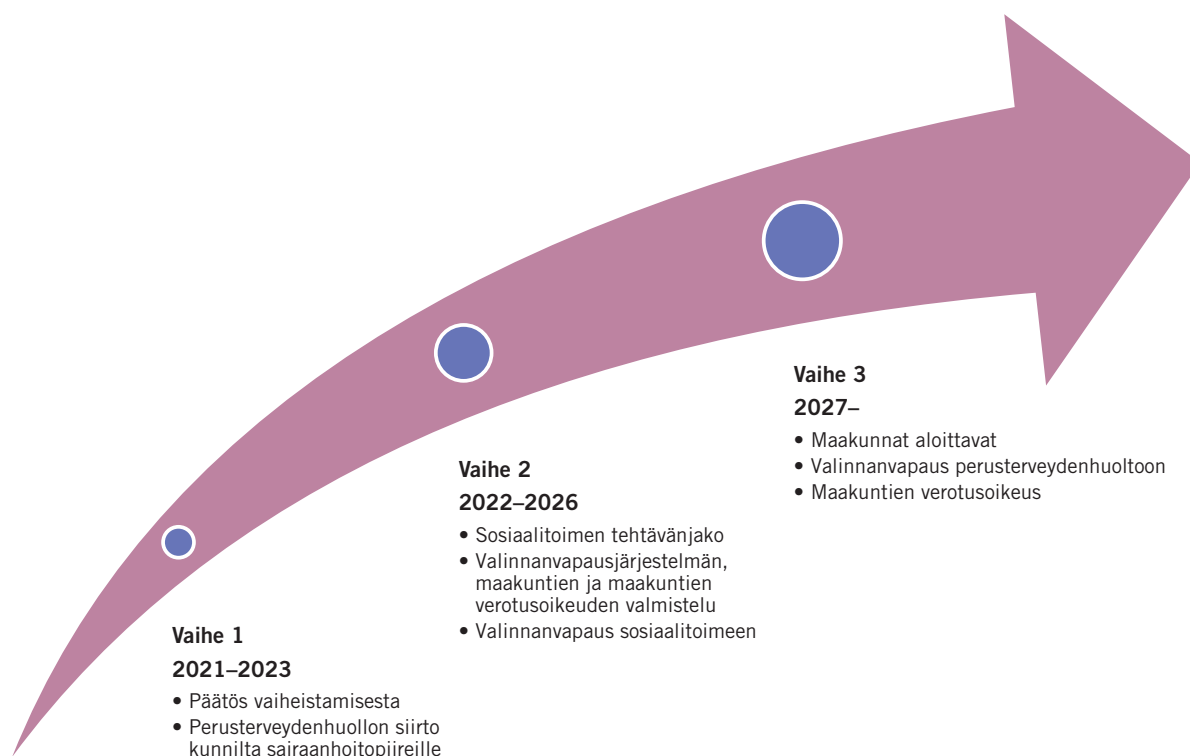
Sosiaalipalveluiden jääminen kuntien vastuulle vähentäisi merkittävästi sote-uudistuksen monimutkaisuutta ja laajuutta. Kaikkia olemassa olevia ja hyvin toimivia ratkaisuja voidaan edelleen käyttää. Kunnat osaavat tehdä sosiaalipalveluissa yhteistyötä ja hyödyntää markkinaa (ks. Liite 1 s. 22). Kunnille tuodaan mahdollisuus valinnanvapauden käyttöönottoon siihen soveltuvissa sosiaalihuollon palveluissa jo 1.1.2025.

Kuntien ja maakuntien välisen sosiaalihuollon tehtävien vastuunjaon lisäksi toisessa vaiheessa kartoitetaan myös terveydenhuollon maakunnallisia kehitystarpeita. Lisäksi tukitoimintojen yhtymäkohdat käydään tarkoin läpi, jotta maakuntiin siirretään aikanaan oikea määrä toimintoja ja työntekijöitä.

3. Vaihe: Maakunnat käynnistyvät

Kolmas vaihe käynnistyy 1.1.2027, jolloin maakunnat aloittavat toimintansa ja saavat verotusoikeuden. Myös perusterveydenhuollon valinnanvapaus otetaan käyttöön. Valinnanvapausjärjestelmä on ehditty suunnitella huolellisesti. Maakuntien

KUVIO 5. Ehdotus sote-uudistuksen toteutuksesta kolmessa vaiheessa 2021–2027



omalla tuotannolla on ollut riittävästi aikaa valmistautua kilpailemaan asiakkaista yksityisten ja kolmannen sektorin tuottajien kanssa.

Valtionosuusjärjestelmää kehitetään siten, että valtiolla säilyy pelkästään rooli maakuntien tulojen ja kustannusten tasaajana. Tasaus pitää huolen siitä, etteivät erot maakuntaverotuksen tasossa kasva liikaa.

Kuntien kannalta tärkeää on se, että niihin kohdistuva toiminnan ja verotulojen muutos tulee vai-

heistaen ja jäisi paljon maltillisemmaksi kuin hallituksen esityksessä. Sosiaalihuollon nettokustannukset olivat 8,6 miljardia euroa vuonna 2019. Jos merkittävä osa tästä toiminnasta jää kuntasektorille, kunnille jäisi merkittävästi suunniteltua uudistusta suurempi verotusoikeus. Valtionosuusjärjestelmää ei tarvitse muuttaa, ja kunnat saavat pitää myös nykyisen suuruiset osuutensa yhteisöveron kertymistä.

> EVAn SUOSITUS

Sote-uudistus pitää vaiheistaa siten, että ensin pelkkä terveydenhuolto siirretään sairaanhoitopiireille. Toisessa vaiheessa selvitetään kuntien ja tulevien hyvinvointialueiden työnjako sosiaalitoimessa ja otetaan käyttöön sosiaalihuollon valinnanvapaus. Kolmannessa vaiheessa perustetaan maakunnat, annetaan niille verotusoikeus, ja otetaan käyttöön valinnanvapaus perusterveydenhuollossa.

Maakunta tarvitsee kunnollisen budjettirajoitteen

Hallituksen esitys sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseksi luo Suomeen hyvinvointialueet, joiden rahoituksesta vastaa valtio.²¹ Palveluista päättämään valitaan jatkossa hyvinvointialueille valtuustot, mutta niiden mahdollisuudet päättää palveluiden rahoituksesta, investoinneista ja kehittämisestä jäävät vähäisiksi. Käytännössä ne ovat valtion ohjauksessa.

Tämä on ongelma ensinnäkin itsehallinnon kannalta. Hyvinvointialueista on tulossa käytännössä näennäisdemokraattinen valtionhallinnon jatke, jossa tulevilla aluevaltuustoilla ei ole todellista demokraattista roolia päätöksenteossa.

Toiseksi valtion rahoitus on ongelma kannusteiden kannalta. Kun alueiden rahoitus määräytyy mekaanisesti määritellyn tarpeen kautta, se ei sisällä tuottavuuden parantamiseen kannustavia elementtejä. Silloin se ei myöskään sisällä elementtejä, jotka pitäisivät kustannukset kurissa.

Kustannusten hillitseminen edellyttäisi, että hyvinvointialueilla olisi oikea budjettirajoite. Sen puuttuminen onkin yksi hallituksen esityksen suurimmista ongelmista. Hyvinvointialueet tarvitsisivat välttämättä myös lisää kilpailullisuutta palvelutuotantoon. Ilman valinnanvapautta (ks. ss. 2–8) hyvinvointialueilla ei ole keinoja tuottavuuden parantamiseen, ilman verotusoikeutta alueilla ei ole poliittista painetta hillitä kustannusten kasvua.

Menojen paisutusautomaatti

Paikallishallinnon rahoituksen ongelmaa ja verokilpailun merkitystä on tarkasteltu laajasti taloustieteen tutkimuskirjallisuudessa. Lähtökohtana on, että palvelut kannattaa järjestää sillä tasolla, millä ne vaikuttavat. Tämä parantaa systeemin tehokkuutta ja luo alueiden välille kilpailullisen elementin palveluiden tarjonnassa. Yhtä olennaista on se, että palveluiden rahoitus kulkee palveluiden järjestämisen kanssa käsi kädessä. Se tarkoittaa, että aluehallinnolla on oltava verotusoikeus.²²

Hallituksen pitäisi tietää tämä. Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen (VATT) tutkijat tarkastelivat paikallishallinnon verotuksen ongelmaa hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen näkökulmasta. He päätyivät siihen, että maakuntaverotuksen puuttuminen heikentää merkittävästi maakuntien kannustimia tuotannon tehostami-

seen. Tämä johtuu niin sanotusta pehmeän budjettirajoitteen ongelmasta.²³

Pehmeä budjettirajoite tarkoittaa sitä, että hallinnon yläpuolella on rahoittaja, joka voi tarvittaessa tarjota hallinnolle lisärahoitusta. Kun aluehallinto odottaa valtionhallinnon pelastavan rahoituksen taloudellisesti vaikeina aikoina, se pehmentää alemman hallinnon budjettirajoitetta. Tämä riski on osoitettu myös empiirisesti.²⁴

VATT:n tutkijoiden mukaan pehmeän budjettirajoitteen ongelma on erityisen relevantti julkisen terveydenhuollon tapauksessa, koska terveydenhuoltopalvelut ovat perustuslailla taattuja. Valtiolla ei ole mahdollisuutta olla antamatta rahoitusta (toisin sanoen olla pelastamatta rahoitusvaikeuksiin joutunutta) hyvinvointialuetta; piikki on auki.

Tutkijoiden mukaan pelkkä menojen alueellistaminen ilman tulojen alueellistamista voi johtaa menojen paisumiseen. Pehmeä budjettirajoite toimii kolmella eri tavalla. Ensinnäkin se mahdollistaa aluehallinnolle valtion syyttämisen silloin, kun rahat eivät riitä. Tämä ongelma korostuu, kun hyvinvointialueiden valtuustoihin on mahdollista valita samoja ihmisiä, jotka toimivat samanaikaisesti myös kansanedustajina ja mahdollisesti myös kunnanvaltuutettuina.

Toinen pehmeän budjettirajoitteen ongelma syntyy siitä, että valtionhallinnon voi olla mahdotonta sitoutua niin sanottuun ”no bailout” -sääntöön²⁵, jossa aluehallinnon olisi tultava toimeen sille budjetoidulla rahoituksella, eikä ylityksiä sallita. Perustuslaki takaa kaikille tarvittavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joten valtionhallinnon asettama tiukka budjettisääntö on epäuskottava.

Kolmantena tekijänä pelastamatta jättäminen aiheuttaisi myös negatiivisen ulkoisvaikutuksen, sillä yhden paikallishallinnon taloudelliset ongelmat saattaisivat vaikuttaa myös naapurialueiden talouteen negatiivisesti esimerkiksi asukkaiden hakiessa välttämättömiä palveluita muualta.

Valtionhallinnon on vaikea sitoutua ”no bailout” -sääntöön ennalta. Paikallishallinnolla ei kuitenkaan pelkästään ole kannusteet ylittää budjettia, vaan sillä on myös kannusteet lisätä julkisten palveluiden tarjontaa ja rahoittaa ne ulkopuolisella rahoittajalla, jolla on perustuslaillinen vel-

**Menojen
alueellistaminen
johtaa menojen
paisumiseen.**

vollisuus kaivaa kuvettaan. Tämä on sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen menojen paisutusautomaatti.

Verotusoikeus kannustaa

Miten maakuntaveron muuttaisi tilanteen? Ensinnäkin maakuntaveron on oltava riittävä oman alueen menojen pääasialliseksi kattamiseksi. Toiseksi maakuntaveron pitää liittää alueiden keskinäinen tasausjärjestelmä, joka estäisi veroprosenttien erojen repeämisen liian suuriksi. Mikä tahansa alueellinen itsehallinto edellyttää tulojen ja menojen tasausjärjestelmän, aivan kuten kuntien valtionosuuskiikin tasataan. Läpinäkyvä tasausten raportointi loisi myös asetelman, missä omien veronmaksajien lisäksi toiset maakunnat kiinnittäisivät huomiota maakunnan toiminnan tehokkuuteen.

Itse asiassa koko uudistuksen lähtökohta, sotejärjestäjän leveämpien hartioiden vaatimus, johon juuri pehmeän budjettirajoitteen ongelmasta: useat kunnat eivät kykene rahoittamaan omia palveluitaan riittävästi, vaan ovat enimmäkseen valtionosuuksien varassa. Kunnan kannusteet tuottaa palvelut aiempaa tehokkaammin ovat pienemmät kuin jos kunta tuottaisi palvelut pääosin omilla rahoillaan.

Vielä heikommaksi budjettirajoitteiltaan nykymallin tekee se, että kuntayhtymät toimivat erillisinä organisaatioina, jolla on pehmeä budjettirajoite: kun sote-kuntayhtymä ylittää menonsa, kunnan on kiltisti maksettava lasku. Eikä kuntayhtymällä ole kannustinta pysyä budjetissa, koska lasku lankeaa kunnalle.

Juuri näistä syistä ainoa reitti vastuullisempaan taloudenpitoon on se, että ulkopuolinen rahoittaja ei kaiva kuvettaan. Jos maakunnan palvelut rahoitetaan pääosin omilla verotuloilla, palveluiden järjestämisestä päättävällä taholla (eli hyvinvointialueen valtuustolla) on vahvat kannusteet olla ylittämättä budjettia. Muussa tapauksessa pitäisi turvautua verotuksen kiristämiseen, josta äänestäjät eivät pidä.²⁶

Alueiden välinen kilpailu toteutuu siten, että naapurimaakuntien asukkaat vertailevat eri hallintoja ja niiden onnistumista. Poliitikoilla on kannusteet matkia niitä aluehallintoja, jotka ovat onnistuneet ja välttää niitä ratkaisuja, jotka ovat osoittautuneet huonoiksi. Ilman mahdollisuutta

tehdä alueellisia ratkaisuja niin menojen kuin palveluiden organisoinninkin suhteen, tätä tehostamiseen johtavaa kilpailua ei tapahdu.²⁷

Tutkimuskirjallisuudessa tunnistetaan kuitenkin yksi kustannusten hillintään liittyvä ongelma, ja se liittyy aluehallinnon ja valtionhallinnon yhteiseen veropohjaan. Tähän ongelmaan myös maakuntaveron pohtinut parlamentaarinen komitea kiinnitti huomionsa.²⁸

Komitean kehäpäätelmät

Maakuntien verotuksessa tulisi kyseeseen ansio- tuloihin kohdistuva vero, aivan kuten kunnallisveron kohdalla nykyään. Kyseistä veropohjaa verotettaisiin tämän jälkeen niin valtion, kuntien kuin hyvinvointialueidenkin tasolla.

Komitean tulkinta maakuntaverosta on kuitenkin osin ristiriitainen. Komitea toteaa, että valtiolla olisi käytössään myös muita veropohjia tarvittavien lisäverotulojen haalimiseksi. Komitean arvio siis lähtee oletuksesta, että verotuksen pitäisi joka tapauksessa kiristyä. Toisaalta komitea lähtee oletuksesta, että uudistuksen vaikutus julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon menokehitykseen on käytännössä nolla.²⁹ Laskelmissaan komitea ei ole ottanut huomioon mahdollisia tuottavuuden kautta tulevia menojen kasvua hillitseviä tekijöitä.

Raportissa käsitellään laajasti pehmeän budjettirajoitteen ongelmaa ja sen myötä puuttuvia kannusteita. Lopulta komitea tyytyy toteamaan, että ”verotusoikeuteen liittyvien kannustimien puuttuessa kustannusten nousun hillitseminen edellyttää vahvaa valtion ohjausta”.

Maakuntaverokomitean johtopäätös on eräänlainen kehäpäätelmä. Koska verotuksen tuomaa kovaa budjettirajoitetta ei ole, itsehallintoa pitää rajoittaa, ja valtion ohjata vahvasti palveluiden tarjontaa ja rahoitusta. Esitys mahdollistaa alueen tiukemman ohjauksen ja jopa kriisitilanteessa hyvinvointialueiden yhdistämisen, jos annetuissa menoraameissa ei pysytä. Pehmeän budjettirajoitteen ongelma ei kuitenkaan poistu. Palvelut on turvattava, ja ”no bailout” -säännöltä puuttuu uskottavuus.

Miksi komitea ei päädy suosittamaan verotusoikeutta? Siksi, että alueiden välisten erojen pelätään kasvavan. Tätä painetta voidaan kuitenkin hallita alueiden keskinäisellä maakuntaveron tasauksella. Komitean perusteet maakuntaveron torjumiselle ovat myös hieman nurinkuriset. Maa-

Ulkopuolisen rahoittajan ei pidä kaivaa kuvettaan.

No bailout -säännöltä puuttuu uskottavuus.

kuntaveroa ei haluta siksi, että se saattaisi toimia juuri tarkoituksensa mukaisesti: kannustaa paikoin alempaan verotukseen ja parempiin palveluihin. Silloin herää kysymys, onko sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen koko tarkoitukseen ihmisten hyvinvoinnin parantaminen suhteessa nykytilanteeseen vai pelkästään valtion vallan kasvattaminen.

Komitea päätyy lopulta suosittamaan maakuntaveron käyttöönoton tarpeellisuuden arviointia

vasta siinä vaiheessa, kun hallituksen sote-rahoitusmallin toimivuudesta on saatu riittävästi kokemusta ja maakuntien tehtäväkenttää mahdollisesti laajennetaan.

Vaiheistus on kannatettava ajatus. Laajemman tehtäväkentän sijaan kuitenkin kuntien ja maakuntien välisen työnjaon kannalta järkevämpi etenemislinja olisi tarkentaa huolellisesti vastuunjakoa erityisesti sosiaalipalveluiden osalta (ks. ss. 11–13).

> EVAn SUOSITUS

Ilman kannusteita kustannustehokkuuteen palvelut tuotetaan tehottomasti. Ainoastaan uhka verotuksen kiristymisestä hyvinvointialueella luo riittävän kannusteen. Hyvinvointialueille pitää antaa verotusoikeus samassa yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden valinnanvapauden toteuttamisen kanssa. Hyvinvointialueiden välille luodaan tasausjärjestelmä, tasataan toisaalta eroja palveluiden kustannuksissa ja toisaalta hillitään liian suurta vaihtelua verotasoissa.

Alustamalli on avain kustannustehokkuuteen

Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisen tärkeä tavoite on parantaa kansalaisten pääsyä perusterveydenhuollon piiriin, asuinpaikasta riippumatta. Tämä ei toteudu, jos markkinatalouden mekanismin ei anneta terveyspalveluissa toimia. Se edellyttää ensinnäkin valinnanvapauden toteuttamista (ks. s. 7), mutta vaatii myös tilan antamista tulevaisuuden terveydenhuollolle.

Sote kannattaa pistää uusiksi vain, jos tavoitteena ja lopputuloksena on suorituskyvyltään ja kustannustasoltaan parempi järjestelmä. Siksi uusia sote-palveluja mietittäessä on hyödyllistä katsoa, miten yksityiset terveydenhuollon toimijat valjastavat digitaalisuuden käyttöönsä.

Suomessa monet alan yhtiöt ovat kehittäneet toimintatapaa, jossa älykäs alusta yhdistää sekä alan osaajat että asiakkaat.

Oletetaan esimerkiksi, että potilaan polvi on turvonnut. Sen sijaan että potilas odottaisi pääsyä lääkärin vastaanotolle, ensimmäinen kontakti lääkäriin voi olla videon välityksellä. Tämän perusteella lääkäri voi lähettää potilaan suoraan kuvantamispalveluihin. Prosessissa säästyy aikaa ja vai-

vaa sekä potilaalta että lääkäriltä. Potilas saa tarvitsemansa hoidon, mutta kustannuksia säästyy.

Nopea hoito on halvempi.

Hybridihoitoketju on yhdistelmä fyysistä ja etävastaanottoa, mutta tämä on vain osa digitaalisuuden avulla rakennettua alustaa. Tarkoitus on optimoida hoitoketju kokonaisuudessaan niin, että potilas saa tarvitsemansa avun mahdollisimman tehokkaasti. Nopea hoito on halvempi myös hoidon maksajalle, eli julkisen terveydenhuollon tapauksessa veronmaksajalle.

Tämä on suomalaisen julkisen terveydenhuollon iso ongelma: perusterveydenhoitoon pääsy kestää liian kauan, jolloin vaiva ehtii pahentua ja vaatii pahimmassa tapauksessa erikoissairaanhoidon. Alustamaisen toimintatavan tehokas soveltaminen tarjoaisi ratkaisun nimenomaan hoitoon pääsyn ongelmaan.

Digipalveluissa ei siis ole kyse vain siitä, että potilas saa puhelimitse reseptinsä. Digin hyödyntäminen edellyttää, että hoitoketjut ja koko toimintatapa mietitään uusiksi.

Terveysalan yksityisille toimijoille on jo kertynyt runsaasti dataa, käyttäjiä ja kokemuksia, joiden varassa rakentaa digialustoistaan myös vientituotteita.

Yksityisille yrityksille euro on kova konsultti. Yrityksillä on julkisia toimijoita vapaammat kädet järjestää toimintansa niin, että euron teho maksimoidaan. Tätä kykyä kannattaisi hyödyntää myös julkisessa terveydenhuollossa, koska se on toimiva keino hillitä terveydenhoidon kustannusten kasvua. Erityisen hyödyllistä tämä olisi Suomen kaltaisessa, harvaan asutussa pitkien etäisyyksien maassa.

Digiloikka on jo käynnissä

Korona on kiihdyttänyt digiloikkaa kaikessa, myös terveydenhuollon etäpalveluissa.³⁰ Kelan mukaan yksityisen terveydenhuollon etäpalveluiden käyttö monikymmenkertastui vuonna 2020. Etäpalveluiden käytöstä maksettiin korvauksia 153 000 henkilölle yhteensä noin kaksi miljoonaa euroa. Vuonna 2019 vastaavat luvut olivat 3 800 henkilöä ja 50 000 euroa.

Osasy kasvaneisiin Kela-korvauksiin on vuoden 2020 toukokuussa käyttöön otettu uudistus, jonka myötä Kela-korvausta sai myös chat- ja puhelinpalveluista. Aiemmin ainoastaan videovälitteiset palvelut olivat korvauksen piirissä.

Valtaosa etäkänneistä korvasi fyysisen käynnin. Nyt Kela-korvattuja lääkärikäyntejä noin 3,4 miljoonaa vuositasolla. Jos noin kolmannes näistä voitaisiin tehdä etänä, etäkäyntien määrä voitaisiin viisinkertaistaa. Tämä olisi juuri sellainen tuottavuusloikka, jota vanhenevan väestön Suomi tarvitsee.

Toistaiseksi tämä tuottavuusloikka tapahtuu vain yksityisesti kustannetussa terveydenhuollossa. Se pitäisi siirtää myös julkiseen terveydenhuoltoon. Mallia kannattaisi ottaa brittien National Health Servicestä (NHS), joka on julkisesti rahoitettu sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottaja. NHS on suuri, sillä on 130 miljardin vuosibudjetti ja 1,3 miljoonaa työntekijää.

Noin suuren toimijan voisi kuvitella rakentavan itse omat digialustansa, mutta NHS on valinnut toisen strategian. Se luo kumppanuuksia ja ostaa palveluita ulkoa. NHS tarjoaa asiakkailleen myös laajan valinnanvapauden palveluntarjoajan valitsemisessa.

Näin toimivat Suomessakin monet julkiset sote-toimijat, kuten esimerkiksi Päijät-Hämeen hyvin-

Mallia kannattaa ottaa Britanniasta.

vointiyhtymä, jonka ulkoistuskumppani Mehiläinen on. Yhteisyrityksen kautta ne tuottavat sote-palvelut Lahdessa, Iitissä ja Kärkölässä. Toinen esimerkki on Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksote), jonka Lappeenrannan keskussairaalassa olevan silmäyksikön toiminnasta vastaa Terveystalo.

Julkisilla toimijoilla on monta syytä hakea kumppania palveluiden tuottamiseen. Laatu ja saatavuutta haluttaisiin parantaa, ja digitaaliset toimitavat ovat tärkeä keino tähän. Yksityiset yritykset ovat rakentaneet digivalmiuksiaan vuosia.

Yhteistyö julkisten toimijoiden ja yksityisten yritysten välillä voi kuroa umpeen julkisen sekto-

rin pitkää takamatkaa digitaalisten keinojen hyödyntämisessä.

Suomen kannattaisi siis luoda sote-järjestelmä, joka ei ole staattinen olio, vaan jolla on kyky kehittää itse itseään.

Jotta yksityisen toimijan kannattaa sijoittaa digitaalisiin innovaatioihin yhdessä maakunnan tai kunnan kanssa, projektien pitää olla riittävän suurina ja riittävän pitkäkestoisia. Pistemäiset hankkeet eivät kannata kummallekaan osapuolelle.

Paras tapa ratkoa vanhenevan Suomen sote-ongelmia on antaa markkinatalouden toimia – erityisesti myös sote-palveluissa.

> EVAn SUOSITUS

Julkisen terveydenhuollon tehostaminen ei onnistu ilman tulevaisuuden sotea: alustamalla, digitaalisia palveluita sekä etälääkärivastaanottoja. Yksityiset yritykset ovat kehittäneet ja ottaneet käyttöön näitä malleja laajasti, julkisen sektorin ei kannata keksiä pyörää uudestaan. Nämä mallit ovat suoraan julkisen terveydenhuollon käytössä, kun laaja valinnanvapaus toteutetaan EVAn ehdotuksen mukaisesti ja alueille annetaan mahdollisuus solmia kumppanuuksia yksityisten palveluntuottajien kanssa.

VIITTEET

- 1 THL tilastoraportti 30/2020 (kuntien perusterveydenhuollon kiireettömän avosairaanhoidon käynnit), Kelan työterveyshuoltotilasto 2018 (työterveyshuollon lääkärikäynnit), Kelan sairausvakuutusilasto 2019 (yksityislääkärikäynnit), THL Tutkimuksesta tiiviisti 51/2019 (arvio käynneistä ulkoistettujen terveysasemien palveluissa: 8 % kuntien perusterveydenhuollon kiireettömistä lääkärikäynneistä).
- 2 Ekström, Haavisto ja Pohjonen (2014). EU:n hankintadirektiivit sallivat sote-palveluissa mallin, jossa raha seuraa asiakasta ja asiakkaalla on valinnanvapaus. Tällaista palvelutuotantoa ei siten tarvitse kilpailuttaa hankintalainsäädännön mukaisesti.
- 3 Ekström, Haavisto ja Pohjonen (2012).
- 4 Erhola ym. (2013).
- 5 Kelan tilastotietokanta Kelasto (työnantajien työterveyshuollon piiriin kuuluvat työntekijät, korvausluokka II ja yrittäjien työterveyshuollon korvausten saajat, sairaanhoito), Finanssiala ry:n sairauskuluvakautustilastot (sairauskuluvakautusten määrä 1999–2019).
- 6 OECD (2019).
- 7 Sääntelyhäiriö (government failure) tarkoittaa tilannetta, jossa julkisen vallan puuttuminen markkinoihin aiheuttaa ihmisille hyvinvoinnin heikommalla tilanteella verrattuna tilanteeseen ilman julkisen vallan puuttumista markkinoihin.
- 8 Myndigheten för vårdanalys (2014) ja Myndigheten för vårdanalys (2021).
- 9 Ks. Liitetäulukko. Ulkoistamisaste kuvaa asiakaspalveluiden ostoja muilta suhteessa koko nettokustannuksiin (sisältäen poistot ja vyörytyskulut).
- 10 Osuudet laskettu Tilastokeskuksen kuntien ja kuntayhtymien tilinpäätöstilastosta 2019 (sosiaali- ja terveystoimien käyttötalouden palveluiden nettokustannukset ja ulkoiset palveluostot) ja THL:n Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2018 -tilastoraportista (käyttömenot toimintoittain ja rahoittajittain). Tiedot on yhdistetty oletuksella, että palveluiden yksityisen rahoituksen osuudet eivät ole muuttuneet vuodesta 2018 vuoteen 2019. Kuntien ja valtion rahoitusosuudet sisältävät Kelan rahoituksen. Laskelman arvio kaikkien sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksista Suomessa on 24 433 miljoonaa euroa.
- 11 Haavisto (2017).
- 12 Tevameri (2021).
- 13 HE 241/2020 vp, s. 377–378.
- 14 PeVL 17/2021 vp.
- 15 Hallituksen esittämä haarukka tälle kustannukselle on 60–560 miljoonaa euroa, ks. Kuntatyönantajat (2021).
- 16 Hallituksen esityksen 8.12.2020 mukainen luku. Rahoituslaskelmaa on täsmennetty keväällä 2021.
- 17 Valtio on velvollinen noudattamaan kuntien itsehallintoon liittyvää rahoitusperiaatetta, kun se kohdistaa kuntatalouteen toimenpiteitä. Rahoitusperiaate tarkoittaa, ettei valtio saa toimillaan vahingoittaa kunnan mahdollisuuksia selvittää tehtävistään ja päättää omasta taludestaan.
- 18 Eduskunnan perustuslakivaliokunta on sote-uudistusta koskevassa lausunnossaan (PeVL 17/2021 vp) edellyttänyt, että omaisuuden siirron johdosta mahdollisesti maksettavien kompensatioiden kriteerijä tarkennettaisiin. Kyse ei kuitenkaan edelleenkaan olisi omaisuudesta maksettavasta korvauksesta.
- 19 Käytämme EVAn mallissa käsitettä maakunnat hyvinvointialueiden sijaan.
- 20 Nordin, Aronen ja Johanson (2021).
- 21 HE 241/2020 vp.
- 22 Ks. esim. Oates (1999) ja Tiebout (1956).
- 23 Kortelainen ja Lapointe (2019).
- 24 Kornai (1986).
- 25 No bailout -sääntö tarkoittaa kieltoa ottaa vastattavakseen talousongelmiin ajautuvan alemman hallintoyksikön taloudellisia velvoitteita.
- 26 Metelinen (2021).
- 27 Kortelainen ja Lapointe (2019).
- 28 Valtioneuvosto (2021).
- 29 Maakuntaveroa selvittänyt parlamentaarinen komitea on käyttänyt arvionsa pohjana THL:n SOME-mallia, joka ei sisällä arvioita tuottavuuden kehityksestä. Ks. Honkatukia (2020).
- 30 Kela (2021).

LÄHTEET

- Ekström, B.-E., Haavisto, I. ja Pohjonen, M. (2014). Palvelut auki! Viisi vaatimusta kuntauudistukselle, EVA Raportti, Taloustieto Oy, Helsinki.
- Ekström, B.-E., Haavisto, I. ja Pohjonen, M. (2012). Vuosikymmenen valinta – Näin sote-uudistus pelastetaan, EVA Analyysi No 36.
- Erhola, M., Jonsson, P., Pekurinen, M. ja Teperi, J. (2013). Jonottamatta hoitoon: THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi, Luonnos 3.10.2013, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Haavisto, I. (2017). Onko kuntatyö kallista? EVA Analyysi No 55. HE 241/2020 vp.
- Honkatukia, J. (2020). SOME-mallin arvio sosiaalipalveluiden ja terveydenhuollon kustannuksista, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Häkkinen, U. ja Holster, T. (2020). Sote-rahoituksen tarvevakiointi, THL Raportti 6/2020, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kela (2020a). Kelan työterveyshuoltotilasto 2018.
- Kela (2020b). Kelan sairausvakuutusilasto 2019.
- Kela (2021). Kela-korvauksia etävastaanotoista maksettiin ennätysmäärä, https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-terveydenhuolto-sairaanhoidokorvaukset-ajankohtaista-sairaanhoidokorvauksista/-/asset_publisher/iRx8E8bY04Bjg/content/kela-korvauksia-etavastaanotoista-maksettiin-ennatysmaara (haettu 27.5.2021).
- Kornai, J. (1986). The Soft Budget Constraint, *Kyklos* Vol. 39, 3–30.
- Kortelainen, M. ja Lapointe, S. (2019). Inefficiencies in the Financing of Finnish County Governments, VATT Research Reports 188.
- Kuntatyönantajat (2021). Lausunto eduskunnan valtiovarainvaliokunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevan lainsäädännön taloudellisista vaikutuksista (HE 241/2020 vp), <https://www.kt.fi/ajankohtaista/lausunnot/2021/hyvinvointialueiden-perustamisen-ja-sote-uudistuksen-taloudelliset-vaikutukset> (haettu 28.5.2021).
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 2009/569.
- Metelinen, S. (2021). Kuntaveron kiristäminen ei innosta suomalaisia, EVA Artikkelit.
- Myndigheten för vårdanalys (2014). Låt den rätte komma in. Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvallet samt vårdgarantin och Kömiljarden? (Rapport 2014:3).
- Myndigheten för vårdanalys (2021). Remissyttrande över förslag till ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)(S2014/7186/FS).
- Nordin, P., Aronen, K. ja Johanson, J. (2021). Tehtäväkohtainen yhteistyö kunnissa, Integraatiotutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon vuorovaikutuksesta ja yhteyksistä kunnan muihin tehtäviin, Acta nro 278, Kuntaliitto, <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2021/2102-tehtavakohtainen-yhteistyokunnissa-acta-nro-278> (haettu 28.5.2021).
- Oates, W. (1999). An Essay on Fiscal Federalism, *Journal of Economic Literature* Vol. XXXVII (September 1999), 1120–1149.
- OECD (2019). Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.
- PeVL 17/2021 vp.
- Raitio, J. (2021). Asiantuntijalausunto eduskunnan talousvaliokunnalle 11.2.2021.
- Sosiaali- ja terveystoiministeriö (2020). Asettamis päätös 12.11.2020, Monikanavarahoituksen purkamisen valmisteluryhmät, STM 148:00/2020.
- Talouselämä (2020). Terveystyhtiö Mehiläisen huimat kansainvälisen kasvun suunnitelmat lepäävät Oskari Eskolan harteilla: "Elefanttikin syödään paloissa", <https://www.talouselama.fi/uutiset/terveys-yhtio-mehilaisen-huimat-kansainvalisen-kasvun-suunnitelmat-lepaavat-oskari-eskolan-harteilla-elefanttikin-syodaan-paloissa-f1a-40e4f-68e6-447f-b515-449ca538a5bb> (haettu 27.5.2021).
- TaVL 12/2021 vp.
- Tevameri, T. (2021). Katsaus sote-alan työvoimaan, Toimintaympäristön ajankohtaisten muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua, TEM toimialaraportit 2021:2.
- Tiebout, C. (1956). A Pure Theory of Local Expenditures, *Journal of Political Economy*, 64(5), 416–424.
- Tilastokeskus (2020). Kuntien ja kuntayhtymien tilinpäätöstilasto 2019.

THL (2020a). Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2019, THL tilastoraportti 30/2020.

THL (2020b). Terveystalouden menot ja rahoitus 2018, tilastoraportti 23/2020 (liitteinen).

THL (2019). Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2019 – ulkoistukset, henkilöstö, työpanokset ja tehtäväsiirrot, THL Tutkimuksesta tiiviisti 51/2019.

Valtioneuvosto (2021). Parlamentaarisen maakuntaverokomitean mietintö, Valtioneuvoston julkaisuja 2021:15.

EVA Analyysin kirjoittajat ovat käyneet julkaisun kirjoittamisen tueksi taustakeskusteluita asiantuntijoiden ja EVAn sote-ohjausryhmän kanssa.

OHJAUSRYHMÄ

Ville Iho, Terveystalouden toimitusjohtaja
Minna Karhunen, Kuntaliiton toimitusjohtaja
Timo Lappalainen, Orionin toimitusjohtaja

TAUSTAKESKUSTELUT

Joni Aaltonen, Pihlajalinnan toimitusjohtaja
Mikko Alkio, asianajotoimisto Avancen osakas
Riku Buri, Kilpailu- ja kuluttajaviraston vanhempi ekonomisti
Marina Erhola, Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän toimitusjohtaja
Satu Huikuri, Joensuun kaupungin talousjohtaja
Antti Häkkänen, kansanedustaja, perustuslakivaliokunnan varapuheenjohtaja
Kari Karjalainen, Joensuun kaupunginjohtaja
Joel Kuuva, Hyvinvointiala HALI ry:n talous- ja veroasiantuntija
Ville Laakso, HALI ry:n asiantuntija
Kirsi Leivo, Kilpailu- ja kuluttajaviraston pääjohtaja
Juho Mäki-Lohiluoma, Henna Virkkusen avustaja
Lasse Männistö, Mehiläisen liiketoimintajohtaja
Markku Mölläri, valtiovarainministeriön neuvotteleva virkamies
Pia Ojavuo, Espoon kaupungin taloussuunnittelujohtaja
Ilkka Oksala, Elinkeinoelämän keskusliiton johtaja
Ismo Partanen, Lääkäripalveluyritykset ry:n toiminnanjohtaja
Juha Raitio, Helsingin yliopiston eurooppaoikeuden professori
Ulla-Maija Rajakangas, Hyvinvointiala HALI ry:n toimitusjohtaja
Arto Sulonen, Kuntaliiton johtava lakimies
Sanna Syrjä, Kilpailu- ja kuluttajaviraston yrityskauppavalvonnan johtaja
Markus Syrjänen, Espoon kaupungin hallinto- ja kehittämisjohtaja
Tuulia Uusi-Hakola, Kilpailu- ja kuluttajaviraston tutkimusjohtaja
Karri Vainio, Kuntaliiton erityisasiantuntija
Tarmo Valkonen, Etlan tutkija
Henna Virkkunen, Euroopan parlamentin jäsen
Eveliina Wigelius, Hyvinvointiala HALI ry:n johtaja

Liite 1

LIITETAULUKKO Sote kuntien ja kuntayhtymien käyttötaloudessa 2019

	Palvelun kustannukset (mrd. €)	Palvelun osuus kustannuksista (%)	Palveluiden ulkoiset ostot* (mrd. €)	Palvelun ulkoistamisaste (%)	Oman tuotannon osuus (%)
Perusterveydenhuollon avohoito	2,090	10,9	0,193	9	91
Suun terveydenhuolto	0,465	2,4	0,045	10	90
Perusterveydenhuollon vuodeosastoahoito	0,892	4,6	0,047	5	95
Erikoissairaanhoido	7,230	37,6	0,404	6	94
Ympäristöterveydenhuolto	0,077	0,4	0,000	0	100
Kotihoito	1,105	5,7	0,113	10	90
Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan asumispalv.	1,785	9,3	0,747	42	58
Ikääntyneiden laitoshoido	0,347	1,8	0,041	12	88
Muut ikääntyneiden palvelut	0,487	2,5	0,064	13	87
Vammaisten ympärivuorokautisen hoivan asumispalv.	0,816	4,2	0,420	51	49
Vammaisten laitoshoido	0,109	0,6	0,015	14	86
Muut vammaisten palvelut	1,075	5,6	0,260	24	76
Lastensuojelun avohuoltopalvelut	0,317	1,6	0,105	33	67
Lastensuojelun laitos- ja perhehoito	0,820	4,3	0,567	69	31
Muut lasten ja perheiden avopalvelut	0,336	1,7	0,047	14	86
Päihdehuollon erityispalvelut	0,228	1,2	0,105	46	54
Työllistymistä tukevat palvelut	0,502	2,6	0,029	6	94
Muu sosiaali- ja terveystoiminta	0,558	2,9	0,262	47	53
Sosiaali- ja terveystoiminta yhteensä	19,237	100,0	3,464	18	82

* Palvelun kustannukset ilmaistu nettokustannuksina, jotka ovat käyttökustannusten ja käyttötuottojen erotus. Käyttökustannukset sisältävät toimintakulut, poistot ja arvonalentumiset sekä vyörytyskulut. Käyttötuotot sisältävät toimintatuotot ja vyörytystuotot, valmistevarastojen muutoksen sekä valmistuksen omaan käyttöön. Kuntien ja kuntayhtymien väliset palveluiden ostot/myynnit eliminoitu. Luvut sisältävät kuntien ja kuntayhtymien ostot tytäryhtiöiltään.

Lähteet: Tilastokeskus, B&MANs.

Liite 2

16 vuotta kunta- ja sote-uudistuksia

Keskeisimmät julkishallinnon tekemät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden uudistamista koskevat avaukset ja lainsäädäntö-hankkeet 2005–2020.

Vanhanen I

Kunta- ja sote-uudistukset alkavat, kuntia kannustetaan liitoksiin ja yhteistoimintaan.

- 2/2005 Idea kunta- ja palvelurakennemuutuksesta syntyy
- 3/2005 Hoitotakuu astuu voimaan
- 9/2005 Sisäasiainministeriö ehdottaa kolmea mallia (peruskunta- sote-piiri- tai aluekuntamalli)
- 2/2007 PARAS-puitelaki (sotelle 20 000 asukkaan väestöpohjaraja)

Vanhanen II/Kiviniemi

Kuntaliitokset etenevät ja soten kehittäminen jää niiden jalkoihin.

- 1/2009 Ruotsissa astuu voimaan laki sote-valinnanvapaudesta
- 8/2009 Peruspalveluministeri Risikon ehdotus (40–60 sote-piiriä)
- 4/2010 Kelan aloite kansallisesta terveystaloudesta
- 6/2010 Sitran aloite terveydenhuollon kansallisesta tilaaja-rahoittajasta
- 11/2010 Hallitus esittää (HE 268/2010) kunnille velvollisuutta liitoksiin tai yhteistoimintaan
- 4/2011 EU:n potilasdirektiivi astuu voimaan
- 4/2011 Eduskunta päivittää PARAS-puitelakia (384/2011), ei velvollisuutta kuntaliitoksiin

Katainen/Stubb

Vahvojen peruskuntien varaan tehty uusi kunta- ja sote-uudistus epäonnistuu.

- 4/2011 Välimäen työryhmän raportti
- 5/2011 Uusi terveydenhuoltolaki astuu voimaan
- 2/2012 Kuntauudistuksen ”karttatarjoitus” käynnistää ”kuntakapinan”
- 6/2012 Palvelurakennetyöryhmän väliraportti (useita ei malleja)
- 8/2012 Välimäen ehdotus (20 vastuukuntaa, 5 erä-alueita)
- 1/2013 Palvelurakennetyöryhmän loppuraportti (useita ei malleja)
- 3/2013 Selvityshenkilöryhmän esitys (34 sote-alueita)
- 5/2013 Orpo-Backmanin koordinaatiotyöryhmän täydentävä HE (väljä vastuukuntamalli)
- 10/2013 THL:n aloite ”Jonottamatta hoitoon” (12–15 alueita)
- 1/2014 EU:n potilasdirektiivi toimeenpannaan Suomessa
- 3/2014 Hallituksen ja opposition sopimus sotesta
- 12/2014 HE sote-järjestämislaista (5 sote-alueita + 19 tuottamisalueita/vastuukuntaa)
- 2/2015 Sosiaali- ja terveysvaliokunnan esitys (19 alueita)
- 3/2015 Sote-uudistuksen käsittely raukeaa

Sipilä

Sote- ja maakuntauudistus epäonnistuu.

- 8/2015 Pöystin selvityshenkilöryhmä (9–12 alueita)
- 11/2015 Hallituksen sopimus (18 maakuntaa, 15 järjestäjää ja valinnanvapaus)
- 4/2016 Hallituksen täsmennetyt linjaukset (18 maakuntaa ja järjestäjää)
- 5/2016 Brommelsin työryhmän raportti valinnanvapaudesta
- 12/2016 Hallituksen linjaukset valinnanvapaudesta
- 3/2017 HE maakunta- ja sote-uudistuksesta
- 5/2017 HE valinnanvapausjärjestelmästä
- 3/2018 Uusi HE valinnanvapausjärjestelmästä
- 6/2018 Hallituksen vastine valinnanvapausjärjestelmästä
- 11/2018 Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintöluonnokset sote-laeista
- 3/2019 Sote-uudistuksen käsittely raukeaa

Rinne/Marin

Uusi esitys maakuntapohjaiseksi sote-uudistukseksi.

- 6/2019 Maakuntapohjaisesta sotesta sovitaan hallitusneuvotteluissa
- 12/2020 HE hyvinvointialueiden perustamisesta ja sote-uudistuksesta

EVA Analyysin *Soten sokkihoito* kirjoittajat



Liikkeenjohdon neuvonantaja
BO-ERIK EKSTRÖM



EVA:n tutkimuspäällikkö
ILKKA HAAVISTO



EVA:n johtaja
EMILIA KULLAS



EVA:n toimituspäällikkö
SAMI METELINEN

ELINKEINOELÄMÄN VALTUUSKUNTA

Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA on elinkeinoelämän ajatuspaja, jonka tavoitteena on edistää yhteiskunnan pitkän aikavälin menestystä. EVA toimii elinkeinoelämän ja yhteiskunnan vaikuttajien kohtaamispaikkana.

EVA tuottaa tietoa ja uusia näkökulmia julkiseen keskusteluun.

EVA Analyysit ottavat kantaa ajankohtaisiin kysymyksiin ja tarjoavat ratkaisuja yhteiskunnallisiin ongelmiin.

Analyysit löytyvät EVA:n kotisivuilta www.eva.fi.

ISSN 2342-0774 (Painettu) • ISSN 2342-0782 (PDF)