

Antton Rönholm

HYVINVOINTIPALVELUJEN

RAHOITUS JA UUDISTUS

2010•1

Antton Rönholm

HYVINVOINTIPALVELUJEN

RAHOITUS JA UUDISTUS

SISÄLTÖ

Monikanavainen rahoitusjärjestelmä	4
Rahoituksen kestävyys	4
Eri rahoituslähteitä	6
Valtio ja kunnat	6
Käyttäjät	8
KELA	10
Kunnat ja valtionosuudet	11
Osa-optimointi	12
Valtionosuusjärjestelmä	13
Vaihtoehtona kuntien veropohjan vahvistaminen	14
Rahoituksen suhde palveluiden tuotantoon	16
Tilaaaja-tuottaja ja palveluseteli	17
Uudistumiskyky	18
Työntekijästä osakas, ainakin henkisesti	19
Lähdetään käyttäjästä	20
Lopuksi	22
Lähteet	24

Antton Rönholm

Kirjoittaja Antton Rönholm (s.1980) on suorittanut VTM-tutkinnon Åbo Akademiella Turussa ja MA European Studies College of Europessa Belgiassa. Työskennellyt mm. Eurooppanuorten pääsihteerinä, erityisavustajana eduskunnassa ja valtiovarainministeriössä ja tehnyt virkamiesharjoittelun Euroopan Komission liikenteen ja energian pääosastolla. Rönholm on toiminut Turun kaupunginvaltuuston jäsenenä ja Suomen YK-liiton varapuheenjohtajana ja työskentelee tällä hetkellä Euroopan Parlamentissa MEP Mitro Repon avustajana.

Monikanavainen rahoitusjärjestelmä

Tämä artikkeli käsittelee hyvinvointipalveluiden rahoitusjärjestelmää, sen vaikutuksia palveluiden tuotantoon ja niiden uudistamispyrkimyksiin. Tekstissä kommentoidaan valtionosuusjärjestelmän uudistustarpeita ja kuntien rahoitus pohjaa sekä esitetään yleisiä suuntaviivoja tulevaisuuden hyvinvointipalveluiden rahoituksen ja tuotannon järjestämiseksi.

Perustuslaki edellyttää, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Toisin sanoen valtion ja kuntien on yhdessä turvattava hyvinvointipalvelut ja niiden rahoitus. Hyvinvointipalveluiden rahoitus on varsin monimutkainen yhtälö, joka on usean muun järjestelmän tavoin kehittynyt verkkaisesti vuosien varrella. Rahoitusjärjestelmää kutsutaan monikanavaiseksi, sillä sen rahoittajina toimivat kunnat, valtio, työntajat, Kansaneläkelaitos, Raha-automaattiyhdistys ja osaltaan suoraan kotitaloudet.

RAHOITUKSEN KESTÄVYYS

Julkisen sektorin maksama hoito ja hoiva muodostavat nykyisin määritelmästä riippuen 6–9 prosenttia bruttokansantuotteesta ja arviot kustannusten kasvusta vuoteen 2050 mennessä vaihtelevat 2–3,5 prosenttiyksikön paikkeilla¹. Samanaikaisesti Baumolin taudin nimellä tunnettu työvoimavaltaiten palvelujen tuottavuuden hidas kasvu verrattuna kustannusten kasvuun haastaa järjestelmän ja erityisesti kuntatalouden kestävyden.

Valtioneuvoston raportissa Jaakko Kiander on arvioinut, että samalla kun julkisten menojen bkt-osuus tulisi nousemaan 48 prosentin tasolta vuoteen 2030 mennessä noin 50 prosenttiin, julkisen sektorin tulot kasvaisivat vuodelle 2010 arvioidusta noin 48 bkt-prosentin tasosta 53 prosenttiin. Tämän varsin positiivisen arvion mukaan julkisen talouden ylijäämä kasvat-
taa sen nettovarallisuutta (lähinnä eläkerahastoja), joka vuorostaan taas vähitellen kasvattaa myös pääomatuloja. Kasvavien pääomatulojen ansiosta julkisen talouden kokonaistulot voisivat vuonna 2030 olla peräti 57 prosenttia bkt:sta.² On mahdoton tarkasti sanoa miten rahoituksen kestävyys tulee kokonaisuudessaan reagoimaan 2008 syksyllä alkaneeseen taloustaantumaa, mutta Kianderin analyysi lienee positiivisin mahdollinen toteuma.

Ikääntyminen ja huoltosuhteen muutos vaikuttavat rahoituksen kestävyteen monella tavalla. Keskimääräinen tuottavuuden nousu hyvinvointipalveluissa on vuodesta 1975 ollut puolen prosentin luokkaa, kun se muussa tuotannossa on ollut noin kaksi prosenttia.³ Jos tuottavuuden kasvu on tulevaisuudessa lähellä nolaa, tarvitaan hoiva- ja hoitopalveluihin reilun kolmen vuosikymmenen päästä 200 000 henkeä enemmän kuin nyt, toisin sanoen neljännes kaikista työllisistä. Puolen prosentin kasvulla laskee lisätyövoiman tarve puoleen eli 100 000.

¹ Korkman ym. 2007, 47.

² Kiander 2009, 107.

³ Parkkinen 2008.

Jos suomalaisten keskimääräisen elinajan pidetessä myös palvelujen tarve myöhentyy ja tuotavuus samalla kasvaa esimerkillistä kahden prosentin vauhtia, pärjättäisiin nykyhenkilökunnalla. Lopullinen toteuma sijoittunee näiden skenaarioiden väliin, tehdyistä päätöksistä riippuen.

Hyvinvointipalvelujärjestelmä on joka tapauksessa todellisten paineiden alla, erityisesti alueellisesti. Jotta palvelut saataisiin tuotettua Itä- ja Pohjois-Suomen maakunnissa, neljäsosan työvoimasta tulisi tulevaisuudessa työskennellä hoivasektorilla. Työikäisen väestön keskittyessä keskuksiin eli veronmaksajien vähentyessä ja ikääntyvien määrän ja palvelutarpeen samalla kasvaessa, kohdistuu kuntaveroihin hurjia nousupaineita. Ainakin jos kustannusten nousua ei kompensoida täysimääräisesti valtionosuuksien avulla.⁴

Virallisen väestöennusteen mukaan Suomen työikäinen väestö supistuu nykytasoltaan vauhtia 10 prosentilla vuoteen 2030 mennessä. Merkittävin vastakkaiseen kehitykseen vaikuttava tekijä voisi olla maahanmuuttajaväestön nopea kasvu. Työikäisen väestön määrän säilyttäminen muuttumattomana edellyttäisi nettomaahanmuuttoa noin 10 000–20 000 henkeä vuodessa. Useimmissa julkisen talouden ennakoinneissa ikääntymisen aikaansaama sosiaali- ja terveystalouden bkt-osuuden kasvu on arvioitu olevan viiden ja kuuden prosenttiyksikön välillä vuoteen 2030 mennessä. Kianderin positiivisen väestö- ja työllisyysarvion mukaan nousu jäisi neljään prosenttiyksikköön.⁵

Työllisyysasteen nostaminen ja työurien pidentäminen loppupäästä ovat keskeisiä edellytyksiä rahoitusjärjestelmän kestävyydelle. Työllisyysasteeseen vaikuttavat osallistumisaste ja työttömyysaste. Historiallisesti osallistumisaste on Suomessa vaihdellut 70 ja 80 prosentin välillä ja työttömyysaste 2 ja 17 prosentin välillä⁶ eli vaihtelut ainakin työttömyysasteen osalta ovat olleet suuria. Ja voivat olla sitä vastakin kuten uutisista voimme päätellä. Työttömyys on alentunut lupaavasti koko 2000-luvun, mutta tätä tekstiä kirjoitettaessa on haasteellista arvioida työttömyyden kehitystä taloustaantumien jatkuessa.

Osallistumisasteeseen vaikuttavat niin pysyvä syrjäytyminen työmarkkinoilta kuin naisten osallistuminen työelämään. Esimerkkinä voi mainita vaikka sellaisten hyvinvointipalvelujen kuten kouluterveydenhuollon tai päivähoitopalvelujen epäsuoran, mutta varsin todellisen vaikutuksen työllisyysasteeseen: palveluiden hyvä saatavuus ja alhainen omakustannehinta voivat estää niin nuorten syrjäytymistä kuin naisten jäämistä kotiin. Joskin merkittävä naisten osallistumiseen vaikuttava tekijä on osan oikeistoa hellimä kotihoidontuen tasojen nosto.

Yhteenvedon rahoituksen kestävydestä voi todeta, että demografinen muutos haastaa nykymuotoisen rahoituksen ja palvelujen tuottavuuden kasvattaminen on keskeisessä asemassa rahoitusta turvattaessa. Työllisyysasteen nostamisella esimerkiksi Ruotsin tasolle olisi jo mitattavia vaikutuksia kansantalouteen ja rahoituspohjan kestävyyteen. Samalla on muistettava, että taloustilanteesta huolimatta kaikissa yhteiskunnissa on ollut varaa tarjota niin sosiaali- kuin terveyspalveluita jossakin muodossa. Julkisen sektorin kyky rahoittaa ne, riippuu sen tuloista. Päätös siitä tarjotaanko palveluita, kenen toimesta ja missä mittakaavassa on poliittinen arvovalinta. Aivan kuten on poliittinen arvovalinta joko huolehtia julkistalouden tulopohjasta tai rapauttaa se vaikkapa kestävämmillä veroratkaisuilla.

4 Laine ym. 2009, 159,161.

5 Kiander 2009, 100,101.

6 Kiander 2009, 101.

Eri rahoituslähteitä

VALTIO JA KUNNAT

Sosiaalimenojen osalta juuri palveluihin eri kanavista tulevaa rahoitusta on hankala eritellä. Toimeentuloturvan viedessä 62 prosenttia sosiaalimenoista, ei työntajien osuus (38 prosenttia) verrattuna valtion neljännekseen ja kuntien lähes 19 prosentin osuuteen anna oikeaa kuvaa asian tilasta.⁷

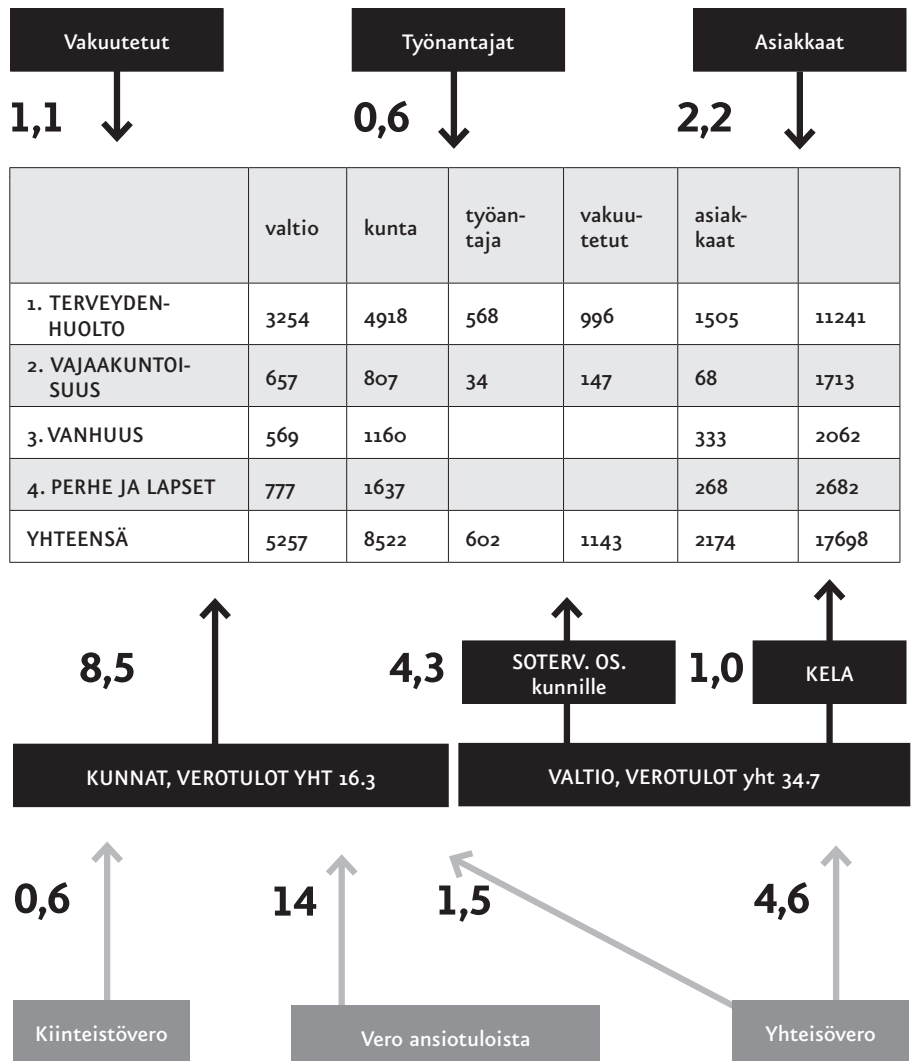
Terveydenhuollon osalta erittely on helpompaa. Vuonna 2007 terveydenhuoltomenojen julkisen rahoituksen osuus oli 75 prosenttia ja yksityisen rahoituksen loppu neljäsosa. Kuntien rahoitusosuus terveydenhuoltomenoista oli suurin eli 38 prosenttia ja valtion yhteensä noin 22 prosenttia. Kansaneläkelaitoksen rahoitusosuus oli yhteensä 14,5 prosenttia. Kotitaloudet rahoittivat terveydenhuoltoa lähes 19 prosentilla samalla avustuskassojen, yksityisen vakuutuksen ja voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen yhteenlasketun osuuden jäädessä alle kolmeen prosenttiin.⁸ Terveydenhuoltoon viitataan läpi tekstin, sillä esimerkkejä ja tutkimusta on siltä saralta kaikkein helpoiten löydettävissä.

Tästä kaikesta voi päätellä, että kunnat ovat keskeisessä osassa niin hyvinvointipalveluiden rahoittajina kuin tuottajina. Vuonna 2007 kuntien ja kuntayhtymien menoista käytettiin noin 47 prosenttia sosiaali- ja terveystoimen alaan ja lähes 23 prosenttia opetus- ja kulttuuritoimen alaan.⁹ Kuntien rahoitus ja tulot eivät ole kuitenkaan pysyneet vastuiden kasvun tahdissa, ja Kalevi Sorsa -säätiön muista artikkeleista olemme voineet lukea, miten hyvinvointipalvelujen saatavuus ja laatu eivät ole toivotulla tasolla.

⁷ <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/sosmenot.htm>.

⁸ <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/terveydenhuoltomenojen+rahoitus.htm>.

⁹ www.kunnat.net.

KUVA 1. HYVINVOINTIPALVELUJEN MONIKANAVAINEN RAHOITUS 2007/MRD EUR ^(*)

1. sis.perusterveydenhuolto, avohoito, hammashuolto, muu avohoito, vuodeosastot, erikoissairaanhoido, avo-hoito, vuodeosastot, vakuutuskorvaukset, sairausvakuutus, sairaanhoito, työ- ja opiskelijaterveyshuolto, tapa-turvavakuutukset, sairaanhoito, muut korvaukset, liikennevakuutus, avustuskassat
2. sis.vammaisten laitoshuolto, vammaispalvelut, kotipalvelut, omaishoidontuki, suojatyo ja tyotoiminta, kuntou-tuspalvelut, muu
3. sis. vanhusten laitoshuolto, kotipalvelut, omaishoidontuki, muu
4. sis.lasten päivähoito, yksityisen hoidon tuki, lasten ja nuorten laitoshuolto, kodinhoitoapu, muu

*) Sosiaalimenot voidaan jakaa toimeentuloturvaan ja palveluihin ja tässä yksinkertaistetussa kuvassa palveluista osa on nostettu edustamaan nimenomaisesti hyvinvointipalveluita. Hyvinvointipalvelujen määrittely ja rajaus on hankalaa joten aiheesta voisi perustellusti esittää myös toisenlaisia ja nyansoidumpia näkemyksiä. Asian hah-mottamista hankaloittaa se, että ainakaan kirjoittajan tiedossa ei ole yhdenkään viranomaistahon tai tutkimus-laitoksen tuottamaa kattavaa kuvaa, jossa kaikki rahoitus olisi koottu samaan malliin. Eri tahojen tilastoja on myös hankala yhdistää yhteismitallisiksi: laskennallinen valtionosuus sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustan-nuksiin on esimerkiksi hieman suurempi kuin STAKESin tilastossa käytetty valtion tilinpäätöksessä esitetty tasa-usten jälkeinen luku. Sosiaalimenot ja rahoitus 2007, STAKES 2009: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedot-teet/2009/Tro2_09.pdf ja kuntien valtionosuudet 2007, www.kunnat.net

TAULUKKO 1. HYVINVOINTIPALVELUJEN RAHOITUS KOHTEEN JA RAHOITTAJAN MUKAAN¹⁰

	Kunta (mukana VOS)	KELA	Työn- antaja	Yksityi- set lakisää- teiset vakuu- tukset	Yksilö (+vapaaehtoiset vakuutukset)
työterveyshuolto		50-60%	40-50 %		
yksityislääkäripal- velut		nimellisesti 60-75 %, käytännössä n. 30 %		x	70-100 % (es- teettinen kirur- gia)
matkakulut		sairausvakuutus		x	omavastuu 157,25e
lääkekulut	Sairaalat 16 % (0.41/2,5mrde)	Sairausvakuutus 46% (1,14/2,5mrde)		x	38 % (mukana käsikauppa) Mak- sukatto 615e/a
kuntoutus	Yli 65v., sosiaalihuollossa	Kela+ työeläkelaitokset			
vammaistuet, eläk- keensaajan hoitotuki		x			
päivähoito	Oma tai ostettu				Max 230e/kk/ lapsi
Kotihoidon tuki	Kuntalisä? 0-300?	x			
Yksityisen hoidon tuki					
Osittainen hoitoraha					
Omaishoidon tuki	Min. 300e/kk, k.a. n. 470e				työpanos
Vanhusten kotipalvelu	x				
Palveluasuminen	x	Asumistuki, hoitotuki			Asiakasmaksu
Vanhustentalo	x				Asiakasmaksu
Terveyskeskus vuode- osasto	x				Asiakasmaksu
päihdehuolto	x				

KÄYTTÄJÄT

Suomessa peritään asiakasmaksuja useista hyvinvointipalveluista. Päivähoidosta ja paikasta vanhustentalossa maksetaan suhteessa tuloihin, ja joissakin palveluissa maksut ovat taas samansuuruisia kaikille käyttäjille. Lääke- ja matkakuluille on asetettu katot, jotka luonnollisesti vaikuttavat eri tavalla eri tuloryhmissä. Korkealle asettuvat maksukatot terveydenhuolto- ja lääkemennoissa asettavat monet kotitaloudet jatkuvasti eriarvoiseen asemaan. Vuonna 2006 lääkekaton ylittäneitä oli 160 000, matkakulukaton ylittäneitä 34 000 ja terveydenhuollon maksukaton ylittäneitä arviolta 85 000.¹¹

Suomalaisen järjestelmän erikoisuutena suhteessa vaikka muihin Pohjoismaihin ovatkin korkeat terveydenhuollon asiakasmaksut. Kotitalouksien maksuosuus terveydenhuollon rahoituksessa oli kasvanut 1990-luvun alun noin 16 prosentista noin 19 prosenttiin vuoteen 2004 mennessä, ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä on Suomessa muuttunut kokonaisuudes-

¹⁰ Mukailtu Niemelä & Salminen 2006, 36-46.

¹¹ Helsingin Sanomat 3.11.2008.

saan regressiivisemmäksi¹². Asiakasmaksut ovat tasamuotoisina siis regressiivistä verotusta, joka kohdistuu erityisesti sairaisiin ja vähävaraisiin.

KUVA 2. TERVEYDENHUOLLON ASIAKASMAKSUT OECD-MAISSA 1

	Out-of-pocket payments % TEH	Private insurance % TEH
Australia	18,2	7,5
Austria	16,5	4,7
Belgium	20,9	4,9
Canada	14,5	12,6
Czech Republic	11,5	0,2
Denmark	14,3	1,5
Finland	18,7	2,2
Greece		
France	6,7	12,8
Germany	13,2	9,2
Hungary	22,6	1,3
Iceland	18	0
Ireland	12,4	8,4
Italy	20,2	0,9
Japan	15,1	2,6
Korea	35,9	3,4
Luxembourg	6,5	1,7
Mexico	52,4	3,4
Netherlands		
New Zealand		
Norway	15,6	
Poland	25,6	0,6
Portugal	22,8	4,1
Slovak Republic	25,9	
Spain	21,5	6
Sweden		
Switzerland	30,3	8,5
Turkey		
United Kingdom		
United States	12,8	36

Source OECD HEALTH DATA 2008, Dec. 08

Istuva sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikko linjasi Kuntalehden haastattelussa maksuista selkeästi: ”Totta kai maksuttomuus olisi hienoa, mutta se ei vain ole mahdollista”¹³. STM:n entinen ylijohtaja Kimmo Leppo taas tuskaili jäähyväisluennossaan vuonna 2007 miten kunta-

¹² Pekurinen & Puska ym. 2007, 35.

¹³ Kuntalehti 18/2008.

talouden ja valtiontalouden asiantuntijat ovat harhan vallassa, että maksuilla olisi olennainen vaikutus tulokertymään tai että niillä voisi ohjata kysyntää. Lepon mukaan ”maksujen ainoa vaikutus kysynnänohjaukseen on, että ne estävät tarpeenmukaisen hoidon saatavuutta”¹⁴. Myös terveystalouden huippuasiantuntija Markku Pekurinen näkee, että maksujen tuntuvallakaan korotuksella ei ole ”kunnallisten terveystalouden rahoituksen kannalta kovin suurta merkitystä”. Hänen mukaansa kehittyneissä maissa asiakasmaksuja käytetään ohjaamiseen ja kehitysmaissa rahoituksen turvaamiseen.¹⁵ Suomella on siis tehtävänä valinta, mihin viiteryhmään se haluaa tässä kysymyksessä kuulua.

Mielenkiintoinen kehitys hyvinvointipalveluiden rahoituksen kannalta on käyttäjien omavastuun lisääntyminen vapaaehtoisten vakuutusten muodossa. Moni tuntee lähipiiristään pienten lasten vanhempia, jotka ovat vakuuttaneet jälkikasvunsa sairauksien varalta. Tilastotietojen mukaan runsas joka kymmenes kannattaa vapaaehtoisen ja noin joka viides pakollisen hoitovakuutuksen luomista. Tuki yksityisille vakuutusille kertonee eri palvelutarpeiden ajallisesta läheisyydestä: iän lisääntyessä nykyisenkaltaisen rahoitusmallin kannatus kasvaa, kun taas nuoremmat ikäryhmät kannattavat useammin erilaisia hoitovakuutuksia. Korkeinta vapaaehtoisen hoitovakuutuksen kannatus on 18–24-vuotiaiden ryhmässä (miltei 40 %). Samassa ikäryhmässä myös yksityisen sairaanhoitovakuutuksen omaavien osuus on kaikkein korkein.¹⁶ Ollaanko individualisoituvassa yhteiskunnassa kulkemassa kohti omavastuun ja vakuutusten renessanssia?

KELA

Sairausvakuutuksen KELA-korvaus on suomalaisen järjestelmän toinen erikoisuus. Tällä järjestelmällä julkinen sektori kompensoi yksityisten terveystalouden käyttöä. Vuonna 2007 KELA maksoi yksityisistä terveystalouksista ja tuki työterveyshuollon palveluja kumpaakin noin 250 miljoonalla eurolla. Näistä korvauksista valtaosan vastaanottivat kolme suurinta yksityistä terveystaloutta. Tilanne koetaan ongelmallisena, koska edellä mainittujen terveydenhuolto- ja palvelujen markkinajohtajien omistus on ulkomaisten pääomasijoittajien käsissä. Olisiko tilanne parempi jos ne olisivat ”sinivalkoisen” pääoman omistuksessa?

KELA:n mukaan erikoislääkärin tai yleislääkärin palkkioista korvausta saaneiden osuus suurenee lähes lineaarisesti tulojen suuretessa. Kun korvausta saaneet ryhmitettiin viiteen luokkaan tulojen mukaan, suurimmassa, yli 35 000 euron vuosituloluokassa korvausta saaneita oli suhteessa keskimäärin kaksi kertaa niin paljon kuin pienimmässä, alle 6 500 euroa ansaitsevien tuloluokassa. Esimerkiksi työikäisistä naisista korvausta oli saanut 57 prosenttia suurimmassa tuloluokassa ja 22 prosenttia pienimmässä tuloluokassa.¹⁷ Eli vaikka sairausvakuutusmaksua maksavat kaikki, voivat korvauksesta hyötyä vain ne joilla on varaa maksaa todellisen kulun ja korvattavan osuuden erotus, käytännössä noin 70 prosenttia lääkärinpalkkiosta. Osa korvauksista on myös niin pieniä että niiden hallinnoimiskulut ovat maksettuja korvauksia suurempia.

Tässä tilanteessa tulisi kantaa aitoa huolta järjestelmän entistä selkeämmästä kahtiajakautumisesta vähävaraisten huonosti resursoituun julkiseen terveydenhuoltoon ja varakkaampien laadukkaisiin yksityisiin palveluihin. Vaikka sosiaali- ja terveystalouden kansanedustajien

¹⁴ <http://www.stm.fi/Resource.phx/ajank/puhe/leppo.htm>.

¹⁵ Pekurinen 2008, 88–89.

¹⁶ Vaarama & Moisio 2009, 23.

¹⁷ www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/14180252524AFA66C225736E0033... - 91k -.

keskuudessa tuntuu vallitsevan konsensus järjestelmän uudistustarpeesta, uudistusehdotukset törmäävät helposti vastarintaan tuottajien, niin yksityisten kuin julkisten, intressien ollessa vahvoja.¹⁸

Eriarvoisuus eri väestöryhmien välillä sosioekonomisesta taustasta tai asuinkunnasta johtuen on kasvanut, ja palveluihin käytettävät resurssit eivät ole riittäviä. Lääkäreitä on enemmän kuin koskaan aiemmin, mutta syrjäseudun terveysasemalle ei tunnu riittävän kuin vastavalmistunut reppulääkäri. Sosiaalibarometrin mukaan kuntien erot kyvyssä turvata asukkaiden sosiaalipalvelut ovat suurimmillaan 12 vuoteen. Noin 60 prosenttia sosiaalijohtajista arvioi mahdollisuutensa palvelujen turvaamiseen hyviksi, mutta lähes viidennes huonoiksi tai melko huonoiksi. Palvelujen alibudjetoinnista onkin siis tullut pysyvä toimintatapa osalle kunnista. Barometrissa 29 prosenttia sosiaalitoimista ja neljäsosa terveyskeskuksista kertoikin palvelujen tietoisesta alibudjetoinnista.¹⁹ Onko kyse vain rahan puutteesta vai voidaanko osa ongelmia johtaa itse rahoitus- ja tuotantojärjestelmän rakenteisiin?

Kunnat ja valtionosuudet

Kunnilla on siis keskeinen rooli hyvinvointipalveluiden takaajina ja toimittajina. Sosiaali- ja terveyssektorin osalta kunnat vastasivat itse noin 58 prosentista ja valtionosuuksilla katettiin 25 prosenttia menoista lopun tullessa toiminnan ja maksujen tuotoista²⁰. Neljäsosa SOTE:n käytettävistä resursseista on siis suoraa siirtoa valtiolta kunnille. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän keskeisin osa lienee valtiolta kunnille siirrettävien valtionosuuksien jakojärjestelmä. Valtionosuusjärjestelmä koostuu kuntien yleisestä valtionosuudesta, harkinnanvaraisesta avustuksesta ja tehtäväkohtaisista valtionosuuksista, joita myönnetään sosiaali- ja terveystoimen ja opetus- ja kulttuuritoimen hoitamiseen kunnille tai kuntayhtymille. Kuntien välisiä eroja tasataan kuntien verotulojen tasauksella; kaikille kunnille turvataan asukasta kohden verotuloja vähintään 90 prosenttia kuntien yhteenlasketuista laskennallisista veroista.

Suuri muutos hyvinvointipalveluiden rahoituksessa tapahtui 1990-luvun alussa. Uudistuksessa valtionosuusjärjestelmään sisältyvää taloudellista ohjausta purettiin siirtymällä laskennallisiin, asukaskohtaisiin valtionosuuksiin. Samanaikaisesti luovuttiin kuntien kantokykyluokista ja hankintoihin sekä virkoihin perustuvista korvamerkityistä prosenttiosuuksista.

Vanha järjestelmä takasi vahvan otteen keskushallinnolle kuntien ohjaamisessa, mutta aiheutti samalla rajanvetoriitoja uusien virkojen tai kaluston valtionapukelpoisuuden määrittelyssä. Kuntien kysymys kuului miten valtion keskushallinnossa voitaisiin tuntea paikallinen todellisuus paremmin ja osata allokoida resurssit tehokkaammin kuin kunnissa itsessään? Toisaalta vanhan järjestelmän korvamerkityt rahat pitivät huolta siitä, että SOTE:n tarkoitetuilla rahoilla ei rakennettu uutta monitoimiareenaa ja ammatilliseen opetukseen tarkoitettut rahat eivät päätyneet kunnan yleishallinnon kulujen katteeksi. Hajauttamisoppien mukaisesti uuden järjes-

¹⁸ Uutispäivä Demari 29.1.2009.

¹⁹ http://www.stkl.fi/tiedote_15.4.2008.html.

²⁰ www.kunnat.net.

telmän hyötyjen ajateltiin tulevan erityisesti fiksujen ja tehokkaiden kuntien hyödyksi. Sosiaalidemokraattien valiokuntaryhmä olisikin aikanaan järjestelmän käsittelyn yhteydessä halunnut antaa kunnille vielä enemmän autonomiaa.²¹ Valvonta kuntien menettelyjä kohtaan on puutteellista ja eri kuntien erilaiset käytännöt ja prioriteetit haastavat kansalaisten tasavertaisuuden. Meneillään oleva lääninhallitusten uudelleenorganisointi tuntuu kuitenkin johtavan vain erilaisten hallintohimmeliin, ei toiminnallisten edellytysten parantamiseen.

Valtionapujärjestelmän monimutkaisuus on muodostunut poliittisten päätöksentekijöiden ja virkamieskunnan parissa jo legendaksi: huhun mukaan järjestelmää kokonaisuutena ymmärtää vain yksi virkamies koko valtionhallinnossa. Jos toisen asteen koulutuksen valtionosuuksien laskemiseen tarvitaan logaritmitaulukkoa voitaneen rahanjakoa kutsua salatieteeksi. On mielenkiintoista pohtia minkälaisia päätöksiä eduskunnassa, saati kuntien valtuustoissa voidaan tehdä informaation rajoituessa luuloihin ja arvauksiin järjestelmän vaikutuksista. Monimutkaisuus epäilemättä palvelee tiettyjä, ja osittain ristikkäisiä etuja.

Korvamerkityistä rahoista luopumista on harmiteltu jälkepäin, vanhoista kannoista poiketen, myös sosialidemokraattien piirissä. Vaikka kuntien liikkumavaraa ja autonomiaa on lisätty, samalla kehitys on ollut negatiivista esimerkiksi perusterveydenhuollon resurssien kannalta. Valtion käsi ei ole voinut enää ohjata varoja ennaltaehkäisevään työhön vaan rahaa on valunut sinne missä sillä saadaan monen arvion perusteella vähiten aikaan. Julkista keskustelua hämmentää entisestään, että monelta on tuntunut unohtuvan uudistetun valtionosuusjärjestelmän keskeinen piirre. Siitä huolimatta, että tavaksi on tullut puhua sosiaali- ja terveydenhuollon tai opetustoimen valtionosuuksista, eivät nämä määritelmät koske kuin osuuksien laskentaperusteita. Mikään ei velvoita kuntia käyttämään saatua osuutta sen nimen mukaiseen kohteeseen.

OSA-OPTIMOINTI

Hyvinvointipalveluiden rahoittajien välille on ajan myötä syntynyt kustannusten pallottelua, joka tunnetaan osa-optimoinnin nimellä. Kunta saattaa siirtää sairaankuljetuksen kustannukset Kelan maksettaviksi vain potilaan hoitostatusta muuttamalla. Sama koskee sairaala- ja kotisairaalahoitossa olevien potilaiden lääkekuluja verrattuna avohoitopotilaiden kuluihin: ensin mainitut maksaa kunta sairaalan budjetin kautta ja jälkimmäiset taas potilas ja KELA:n sairausvakuutus.²² Osa-optimoinnin lisäksi kunta ei ole taloudellisessa ajattelussaan erityisen kaukonäköinen. Julkisesta keskustelusta on tuttu niin sanottujen keikkalääkäreiden tapa maksimoida omia ansioita ja minimoida mahdollisuudet virheisiin kirjoittamalla terveyskeskuksen päivystykseen saapuvalla potilaalle lähete suoraan erikoissairaanhoidon. Kun perusterveydenhuolto ei hoida potilasta asianmukaisella tasolla, nousee kunnan rahoitusosuus sairaanhoitopiirin menoista. Ja itse asiassa suhteessa paljon enemmän kuin jos vaivat hoidettaisiin asianmukaisella tasolla.

Toinen viime vuosilta tuttu esimerkki on vanhustenhuollosta. Kunnan olleessa kyvytön tuottamaan tarvittavaa määrää vanhustenhuollon paikkoja, pidetään vanhuksia hoidossa yliopistollisen keskussairaalan käytävillä. Hoito ei tule halvemmaksi, sillä sairaanhoitopiiri lähettää jokaisesta potilaasta laskun. Sakkoja lähetetään, myös jos sairaalasta kotiutuvalla ei löydy

²¹ Haastattelu Raimo Sailas 11.11.2008.

²² Pekurinen 2008, 85.

jatkohoitopaikkaa esimerkiksi terveystieteiden keskuksista. Kuntaliiton laskelmien mukaan kunnilta meni vuonna 2007 26 miljoonaa euroa siirtoviivemaksuihin.²³

Toiminnan kokonaistaloudellinen järjestäytyminen kuitenkin unohtuu, kun keskustelu kilpistyy kunnanvaltuustojen juupas-eipäs väittelyksi sairaanhoitopiirin laskutusperusteista ja erikoissairaanhoidon uhkaavasta kustannuskehityksestä. Valtionosuusjärjestelmään ei ota huomioon kuntien alueella asuvien terveydenhuoltoonsa muuta kautta saamaa julkista rahoitusta ja kannustaa näin ollen ajattelemaan kokonaisuuden sijaan vain omia välittömiä kustannuksia.²⁴ Nykyiset laskutavat luovat myös käsityksen, että ennaltaehkäisevät toimenpiteet laskevat kunnan tuottavuutta. Näin sijoituksista tulevaisuuteen tulee pelkkä menoera, sillä kunnilla ei ole osaamista tehdä laskelmia pidemmällä aikavälillä tai koskien vaihtoehtoisia kustannussäästöjä muualla.

VALTIONOSUUSJÄRJESTELMÄ

Valtionosuusjärjestelmän kriteereiden tehokkuudesta ja tarkoituksenmukaisuudesta on tehty ajan mittaan tutkimusta ja osa siitä on kanavoitunut muutoksina järjestelmään. VATT:n hiljattain julkaistun tutkimuksen mukaan opetuksessa järjestelmä ylikompensoi haja-asutusalueita ja ruotsinkielisten lasten määrän merkitystä, kun se samalla alikompensoi vieraskielisen opetuksen kustannuksia suurissa kaupungeissa ja kannustaa kuntia lisäämään vammaisoppilaiden määrää²⁵. Kuten jo todettu, samalla kun järjestelmä sorsii joitain, suosii se toisia. Eikä edellä mainitun tutkimuksen rivien välistä ole vaikea lukea tiettyjen ryhmien menestyksellisen edunvalvonnan tuloksia.

Valtionosuuskertoimet ja pienten kuntien usein epäedullinen ikärakenne johtavat ongelmien lisääntyessä osuuksien kasvuun. Nykyjärjestelmän paradoksi onkin, että mitä enemmän valtion rahoitusta lisätään, sitä enemmän tuetaan pieniä kuntia, joiden taloudellinen pohja on heikko ja elinkelpoisuus itsenäisinä yksikköinä huono. Nykyjärjestelmä ei siis edistä kuntarakenteen eheytymistä eikä parempien, tehokkaampien palveluiden tuotantoa. Tästä syystä tuntuu erikoiselta kuunnella kulloinkin hallitusvastuussa tai oppositiossa istuvien puolueiden avauksia, joissa vaaditaan hyvinvointipalveluihin tarvittavien lisäresurssien kanavoimista nykyisenkaltaisen valtionapujärjestelmän kautta. Rahoitusjärjestelmän taudit eivät parane laasteilla, ja tästä syystä olisi tähdättävä uudenaikaiseen tehokkaampaan malliin.

Valtionosuusjärjestelmää lähdettiin uudistamaan erityisen työryhmän toimesta ja VATT:n laajan tutkimuksen perusteella. Ajatuksena oli siirtyä ns. yhden putken malliin. Ministeri Kiviniemen työryhmä sai jatkoaikaa työlleen syksyyn 2009 asti.²⁶ Uudistus saatiin päätökseen 2009 lopulla, mutta yllätyksettömästi typistettynä ja nykyisen järjestelmän valtionosuuden määrätymisperusteet säilyvät lähes nykyisellään. Vuoden 2010 alusta toteutettavassa valtionosuus-uudistuksessa nykyiset sektorikohtaiset valtionosuudet keskitetään valtionvarainministeriöön. Uuteen järjestelmään sisältyy uusi erityisen harvan asutuksen, saaristoisuuden ja saamelaisten kotiseutualueen kunnille saamenkielisen väestön osuuden perusteella maksettava lisätty valtionosuus. Uudistus lisää valtionosuuksia noin 30 miljoonaa euroa, joka rahoitetaan vähentämällä kaikkien kuntien yleistä valtionosuutta noin 6 euroa asukasta kohden.²⁷

²³ *Helsingin Sanomat* 17.11.2008.

²⁴ *Pekurinen* 2008, 86.

²⁵ *Lehtonen ym.* 2008a, 65-66.

²⁶ *Kuntalehti* 2/2009

²⁷ http://www.vm.fi/vm/fi/03_tiedotteet_ja_puheet/01_tiedotteet/20091001Kuntie/name.jsp

Pystymättä tarkemmin arvioimaan VATT:n ehdottamien kriteereiden taloustieteellistä oikeellisuutta, järjestelmän toimivuuden kannalta tulisi pöytä kuitenkin puhdistaa täysin ja maksatusperusteet uudistaa ilman erityisiä poliittisia allokaatiointressejä. Optimaaliseen tuloksen saavuttamiseksi tämä kaikki olisi tehtävä rawls'laisen tietämättömyyden verhon takana.

Tällainen toimintatapa on kuitenkin menneisyydessä osoittautunut mahdottomaksi ja uudistuksia on totuttu jopa ylimmällä poliittisella tasolla katsomaan aina tiettyjen alueiden ja kuntien linssien läpi. Valtionosuusjärjestelmän tulisi tulevaisuudessa kannustaa kuntia pois tulo-riippuvuudesta, eli kehittämään omaa tulopohjaa ja muodostamaan elinkelpoisia yksiköitä. Tämän lisäksi sen tulisi palkita ja kannustaa panostuksia ennaltaehkäisyyn osuuteen hyvinvointipalveluissa.

Professori Markku Pekurisen terveydenhuoltoa käsittelevän uudistusehdotuksen mukaisesti kunnille maksettavan valtion rahoituksen tulisi koostua kahdesta osasta, järjestämisosasta ja vaikuttavuusosasta. Järjestämisosa ottaisi huomioon muun kunnan asukkaiden saaman julkisen rahoituksen ja vaikuttavuusosa ohjaisi kuntien palvelujärjestelmän kehitystä kansallisella tasolla asetettujen terveystaloudellisten tavoitteiden suuntaan ja kannustaisi toimijoita uudistamaan terveydenhuoltoa.²⁸

Erityisen tärkeää olisi, että valtionosuusjärjestelmä varmistaisi sellaisten erityisryhmien palvelut, jotka eivät pärjää kisassa kunnan sisäisestä resurssienjaosta. Kuntapäätäjät ovat puun ja kuoren välissä havitellessaan uudelleenvalintaa: vanhusten palvelutalot, päihteiden väärinkäyttäjät ja lastensuojelu voivat joskus jäädä jäähallien jalkoihin. Ja erityisen vaikeaa on yrittää hahmottaa rahoituksen kokonaistaloudellisuutta koko julkisen sektorin näkökulmasta: se mikä menee KELA:n kassasta, ei mene kunnan pussista.

VAIHTOEHTONA KUNTIEN VEROPOHJAN VAHVISTAMINEN

Artikkelin alussa todettiin, että hyvinvointipalvelujen julkinen rahoitus ja sen riittävyys on loppukädessä poliittinen päätös ja arvovalinta. Kun keskeinen osa valtion ja kuntien tuloista muodostuu veroista, lienee hyvä nopeasti miettiä verotukseen liittyviä uhkia ja mahdollisuuksia. Taloustieteessä vertikaalinen rahoitusvaje viittaa ongelmaan, että paikallistason toimijat, tässä tapauksessa kunnat pystyvät harvoin omilla verotuloillaan kattamaan tarjoamiensa palveluiden kustannukset ja tästä syystä rahaa allokoidaan keskushallinnolta ”alaspäin” kuntiin edellä mainittujen valtionosuuksien muodossa. Erilaiset valtionosuudet onkin totuttu näkemään ratkaisuna vertikaaliseen rahoitusvajeseen, mutta taloustieteellinen tutkimus näkee ensisijaisena vaihtoehtona kuntien rahoituspohjan vahvistamiseksi uusien veropohjien tuomisen niiden ulottuville. VATT:n valtionosuusselvitys toteaa: ”Vasta viimeisenä keinona tulisi käyttää valtionosuuksia rahoitusvajeen täyttämiseksi”²⁹. Suomessa paikallistason rahoituslähteistä verojen osuus onkin alhaisempi kuin kaikissa muissa Pohjoismaissa, Suomessa kunnat saavat tuloistaan 45 prosenttia veroina luvun ollessa Ruotsissa 53 ja Islannissa jopa 73 prosenttia.³⁰ Mutta millä keinoin ja minkälaisin veroin kuntien rahoituspohjaa tulisi vahvistaa?

Kuntien tuloista vuonna 2007 yhteensä 47 prosenttia oli veroja ja niistä kunnallisvero tuotti 41, yhteisövero 4 ja kiinteistövero 2 prosenttia³¹.

²⁸ Pekurinen & Puska ym. 2007, 35.

²⁹ Lehtonen ym. 2008b, 13.

³⁰ Pylkkänen .2009

³¹ www.kunnat.net

Keskustelua kunnallisveron nostosta käydään monessa kunnassa ja nostopaineita on tulevaisuudessa entisestään enemmän. Yhteisövero on herkkä markkinoiden heilahtelulle ja kiinteistöveron tuotto tällä hetkellä varsin pieni. Voitaisiinko yhtenä ratkaisuna pitää pääomaverojen tuomista myös kuntien ulottuville?

Pääomatulojen kasvu on pitkän aikavälin selkeä trendi, sillä jokaisen verojärjestelmän luonnollisena taipumuksena on, että tulot ohjautuvat verotettaviksi alhaisimman verotason piiriin. Pääomatulojen alhainen verotaso, 28 prosenttia, ja lukuisat vähennysmahdollisuudet ovat siirtäneet ja siirtävät tuloja ansiotulojen verotuksen parista pääomatulojen puolelle vastatoimenpiteistä huolimatta. Näistä vähennyksistä merkittävin lienee listaamattomien yhtiöiden korkea verottoman osingon enimmäismäärä, jopa 90 000 euroa verovelvollista kohden.

Kunnallisvero on kuntien tärkein rahoitusmuoto ja koska kunnallisveroa ei peritä pääomatuloista, on myös kuntien rahoituspohja tässä kehityksessä uhattuna. Nykyisessä järjestelmässä on hyvinkin mahdollista, että kunnan asukas joka nauttii miljoonaosinkoja, ei maksa lainkaan kunnallisveroa. Myös suurilla palkkatuloilla, mutta tulojen painoutuessa pääomatuloihin, jää efektiivinen kunnallisveroprosentti helposti parin prosenttiyksikön pintaan kuntien keskimääräisen nimellisveroprosentin ollessa 18,59³². Näin siis vaikka suurituloisen autoilee kaduilla ja lähettää lapsensa kouluun eli käyttää palveluja muiden asukkaiden tavoin.

Vallitseva taloustilanne on osoittanut kuntien verotulojen suhdanneherkkyyden. Tämä johtuu osittain verojärjestelmän arkkiongelmista eli liian kapeasta veropohjasta ja osittain liian alhaisista tasoista, esimerkkinä kiinteistöverot. Jos haluttaisiin korostaa kuntien autonomiaa ja vähentää niiden riippuvuutta valtionosuuksista, olisi välttämätöntä laajentaa niiden veropohjaa. Ja tästä syystä osuutta pääomaverosta tulee tarkastella potentiaalisena osana tulevaisuuden kuntien veropohjaa. Kunnan kannalta luonnollisia sille pääomaverosta tuloutettavia osaluokkia ovat kunnan alueeseen liittyvät toiminnot eli tulolähteet, jotka sijaitsevat tai toimivat kunnan alueella: yksityisen yhtiön osinkotulot, metsän tuoton pääomatulo sekä vuokratulot. Viimeisimpien saatavilla olevien vuoden 2007 verotietojen mukaan pääomatuloista veronalaisia osinkoja oli 1,2 miljardia euroa. Bruttomääräisesti tulonsaajat saivat osinkoja pääomatulona noin 3 miljardia. Näistä osingoista 1,1 miljardia oli peräisin listatuista ja 1,7 miljardia listaamattomista yhtiöistä. Vuokratuloja tulonsaajat saivat noin 1,1 miljardia euroa ja metsätalouden pääomatulot nousivat 1,2 miljardiin. Yhteensä näiden kolmen veromuodon alaiset tulot olivat näin ollen noin 4,2 miljardia ja niistä kertyi veroa noin 1,2 miljardia euroa.³³ Tämän verotulon jakaminen kunnan ja valtion kesken puoliksi nostaisi kuntien verotuloja siis 600 miljoonaa euroa. Ja tuottoa voisi myös perustellusti lisätä alentamalla yksityisen yhtiön omistamalla maksettavien verovapaiden osinkojen määräytymisperustetta.³⁴

Asiaan on kiinnittänyt huomiota myös Hetemäen veroryhmässä istuva Helsingin kauppa- ja korkeakoulun professori Heikki Niskakangas. Niskakangas mukaan kaikkein suurituloisimmat omistajatyöntekijät ottavat usein työnsä tuloksen verovapaina osinkoina ja osinkotuloilla elävät maksavat olennaisesti vähemmän veroa kuin ansiotuloilla elävät: ”Nykyjärjestelmässä saattaa syntyä tilanteita, joissa yhtiön jakama voitto ei tule verotetuksi yhtiössä eikä osakkaan kädessä.” Niskakangas mukaan suurimmassa osassa Eurooppaa vastaavia verovapauksia ei ole.³⁵

32 http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;60;498;132449;142987;143886&voucher=9A8A5CEC-8A54-4051-B7B4-CA3A7E727FE7.

33 www.tilastokeskus.fi/til/.../2007/tvt_2007_2009-03-02_fi.pdf

34 Peruste on 9 % omista pääomista, mutta taso voitaisiin muuttaa vastaamaan esim. 12kk euribor + 2 %. Kirjoitushetkellä tämä tarkoittaisi verottoman osuuden jotakuinkin puolittamista eli kohtuullista kasvupotentiaalia verotuloihin.

35 STT 23.9.2009 Heikki Niskakangas puhui Keskuskauppakamarin järjestämässä Suuressa veropäivässä Finlandia-talossa.

Myöskään kiinteistöveron tuotto ei vastaa kuntien menokasvua tai korreloi kiinteistöjen reaaliarvoja. Tämä johtuu verojen määräytymisen pohjana olevan arvon ja markkina-arvon suuresta erosta. Keskimääräiset kiinteistöveroprosentit vuonna 2008 vaihtelivat vakituisen asuinrakennuksen 0,29 (minimi 0,22) aina voimalaitoksista perittävään 2,47 prosenttiin, yleisen kiinteistöveron keskiarvon ollessa 0,74.³⁶ Asuntojen arvo on Tilastokeskuksen kansallisva-rallisuustietojen mukaan 2/3 osaa kaikkien kiinteistöjen arvosta, ja vuonna 2004 niiden arvon arvioitiin olevan yhteensä noin 270 miljardia.³⁷ Vuodesta 2004 kiinteistöjen arvonnousu on ollut noin 20 prosenttiyksikköä eli asuinhuoneistojen arvo ennen 2008 loppuvuoden notkahdusta vastasi näin ollen 340 miljardia euroa. Tästä johdettava koko kiinteistömäärän arvo olisi näin ollen 510 miljardia. Verotuksen lähtökohtana oleva kiinteistöjen yhteenlaskettu arvo on kuitenkin noin 100 miljardia euroa.³⁸

Kyseisenä vuonna kiinteistöveron kokonaistuoton ollessa noin 850 miljoonaa tulee näiden laskujen mukaan efektiiviseksi kiinteistöveron tasoksi 0,167 prosenttia, joka on huomattavasti alle jopa kevyimmillä tasoilla verotetun vakituisen asumisen tason. Painotetun kiinteistöveroprosentin eli noin 0,45 tason mukaan koko kiinteistöomaisuuden todellisen arvon tuottaman veron tulisi olla noin 2,3 miljardia edellä mainitun 850 miljoonan euron sijaan. Koska verotusarvot eivät koskaan pysy reaalihintojen perässä, voisi kiinteistöveron korotuksen aloittaa pakollisten vähimmäistasojen kaksinkertaistuttamisella. Jo tämä lisäisi kuntien saaman veron määrää noin 850 miljoonalla. Yhteenlaskettuna pääomaveron osittamisen kanssa tuottaisivat nämä uudistukset noin 1,3 miljardia euroa eli 8 prosentin lisäyksen kuntien verotuloihin.

Allokoidaan verotuloja sitten suoraan kunnille tai valtionosuusjärjestelmän kautta, tulisi sen olla tarkoituksenmukaisuuskysymys. Sen sijaan kuntien talouden kestävydestä ja julkistalouden tulopohjasta huolehtiminen tai niiden rapauttaminen kestävämmillä veroratkaisuilla on mitä suurimmassa määrin poliittinen arvovalinta.

Rahoituksen suhde palveluiden tuotantoon

Rahoitusjärjestelmä itsessään voi parantaa tai heikentää tuottavuuden kasvua joko tukemalla tai estämällä tarpeellisia uudistuksia ja muutoksia palveluiden tuotantjärjestelmissä. Vastuun toiminnoista ja rahoituksesta jakaantuessa monelle taholle ei vastuuta palvelujärjestelmien kehittämistä ja koordinoinnista kokonaisuutena ole oikeastaan kenelläkään. Erityisesti terveydenhuoltojärjestelmän osalta valtionapujärjestelmän uudistusta on pidetty epäonnistuneena. Työntekijäresurssien saaminen terveyskeskuksiin missä tarve on suurin, on osoittautunut erittäin haasteelliseksi koulutetun henkilökunnan valuessa yksityisten toimijoiden palvelukseen niin paremman palkan kuin omaan työhön vaikuttamisen kannustamana. Ehkä heikentynyt

³⁶ http://www.kunnat.net/k_peruustasivuu.asp?path=1;29;374;36984;11320;41179;41301.

³⁷ Säylä 2008.

³⁸ Verohallituksen 2009 syksyllä annetut uudet ohjeet varojen arvostamisesta yhdenmukaisesti koko maassa herättivät paljon keskustelua kiinteistöjen verotusarvoista, mutta koskee vain perintö- ja lahjaverotusta: http://www.pax.fi/?path_=5.39482&article=8678&main=VERO_MAIN

taloustilanne tuo väliaikaista helpotusta terveydenhuollon henkilökunnan saatavuuteen, mutta pitkällä aikavälillä julkinen sektori ei voi rakentaa kilpailukykyään laman varaan. Tilanne ei Suomessa ole ainutlaatuinen, sillä myös Ruotsissa perusterveydenhuollon kehittäminen on ”jäänyt erikoissairaanhoidon jalkoihin”.³⁹ Kustannusten kasvaessa hoito-, hoiva- ja etuusjärjestelmien integrointitarve lisääntyy, mutta kunnallisen itsehallinnon takaama palvelujärjestelmien sirpaleisuus yhdistettynä monikanavaisen rahoitusmalliin on toistaiseksi osoittautunut haasteelliseksi järjestelmän kokonaisvaltaisen kehittämisen kannalta.

TILAAJA-TUOTTAJA JA PALVELUSETELI

Palveluiden tuotantoon on viime vuosina tuotu kaksi kvasi-markkinamallia: tilaaja-tuottaja-malli ja palvelusetelimalli. Näitä malleja käytetään suomalaisissa kunnissa erilaisina yhdistelminä tai vaihtelevasti jopa puhtaina versioina. Tilaaja-tuottaja-malli toimii kuntaorganisaation sisällä, suunnattuna sen ulkopuolelle tai kilpailuttamalla kunnan omaa tuotantoa ulkopuolisen tuotannon kanssa. Kunnista saatujen kokemusten mukaan tilaajan ja tuottajan aito erottaminen ja mallista huomattavien tehokkuussäästöjen löytäminen edellyttää palvelujen tuotteistamista, kehittyntä kustannuslaskentaa eli sisäisten tuotantokustannusten pilkkomista läpinäkyviin osiin ja erityisesti kunnista puuttuvaa hankintaosaamista. Tehokas laadunvalvonta sekä organisaatorakenteen, johtamisen ja ohjauksen uudistaminen on osoittautunut pseudomarkkinamalleja hyödyntävissä kunnissa haasteelliseksi.⁴⁰

Tilaaja-tuottaja-mallin suurimmat ansiot lienevätkin sisäisten kustannusten ja prosessien valottajana, ei todellisen kilpailun kautta huimia tehoja luovana mallina. Kuntien välisen tuotantokustannusten vertailu ei ole myöskään erityisen helppoa, laskentametodit eroavat kunnasta toiseen ja tietojärjestelmien hajanainen kehittäminen on ollut omiaan lihottamaan ainoastaan muutaman päättäjiä tehokkaasti kestinneen järjestelmätoimittajan taseita. Potilastietojärjestelmien yhteensovittaminen voisi jatkossa tuoda suuria tuottavuushyötyjä, kun tietoja ei tarvitsisi kirjata useisiin eri tietojärjestelmiin vaan tiedot välittyisivät järjestelmästä toiseen.⁴¹ Eli vaikka kunnat tekevät hyvää työtä tuotteistamalla palvelujaan, vertailuissa tietoja voi käyttää vain harvoin, koska tuotteistus tehdään eri tavoin.⁴²

Palvelusetelimalleja on erityisesti poliittisessa oikeistossa perusteltu kilpailun kautta tehostuvalla tuotannolla ja käyttäjälähtöisyydellä: Palvelujen laatua ja toiminnan tehokkuutta voidaan parantaa avaamalla asiakkaille valinnanmahdollisuus eri palveluntuottajien välillä. Puh-taan konsumerismin on uskottu voimistavan yksilöitä ja parantavan palvelujen tasoa kilpailun kautta. Kuitenkin samalla on ummistettu silmät hankittavien hyödykkeiden eroilta: Saludopaketti on pitkälti standardisoitu tuote, jonka vertailuun riittää aamun lehdestä tarkistettu yksikköhinta ja hatarampikin muisti, mutta kotisairaanhoidon vuosisopimus on dementikolle jo monimutkaisempi harjoitus⁴³. Hankintaosaaminen erikoistuu niin kunnissa kuin yrityksissä jatkuvasti, ja onkin hyvä kysyä ovatko palvelusetelit tapa voimistaa palvelun ostajia, vai sittenkin myyjiä?

Ratkaisu koko järjestelmän tuottavuuden parantamiseksi löytyy muualta kuin tilaaja-tuottaja-laatikkoleikeistä tai kilpailutusvastuun sysäämisestä käyttäjälle. Tuottavuuden mittaami-

³⁹ Mikkola 2008, 71.

⁴⁰ Brunila ym. 2003, 46–47.

⁴¹ Aaltonen & Järviö 2009, 55.

⁴² Hujanen ym. 2008.

⁴³ Mikkola 2008, 65.

nessa on päästävä mittamaan todellista vaikuttavuutta. Toimivilla vaikuttavuusmittareilla, joita käytetään aidosti päätöksenteon pohjana, julkinen rahoitus kohdistuu sinne missä sen vaikutus on suurin. Toisaalta parhaiden käytäntöjen levittäminen onnistuu vain yhteismitallisella vertailutiedolla. Tarpeellisen datan tuottaminen, eli julkisen tuotannon tuottavuuden ja kokonaistaloudellisuuden mittaaminen tutkimustulosten valossa tulisikin olla niin työntekijöiden edunvalvontaorganisaatioiden kuin tuotantoa rahoittavien kuntien yhteinen intressi.

UUDISTUMISKYKY

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin organisaatiouudistuksen synnyttämä keskustelu on hyvä esimerkki julkisen organisaation uudistamisen hankaluuksista. HUS:n tapauksessa sairaanhoitopiirin johto katsoo valvovansa organisaation omistajien etua esittämällä uudelleenjärjestelyjä ja järkeistystoimenpiteitä eli katsoo toimintaa kokonaistaloudellisuuden näkökulmasta. Organisaatiossa toimiva terveydenhuollon asiantuntijayhteisö taas kokee kykenevänsä tehokkaampaan itsesäätelyyn ilman ulkopuolista ohjausta. Se on vuosien varrella tottunut käyttämään lähes suvereenia ohjausvaltaa poliittisia päättäjiä kohtaan ja konfliktitilanteessa niin valittu johto kuin poliittiset päättäjät ovat selkään vasten kun julkisuudessa esitetään asiantuntijaväite: ”vaarannatte uudistuksilla potilaiden turvallisuuden”.

Tilannetta kuvaa surkukupaisalla tavalla lääkärilehden keskustelu⁴⁴, jossa johtava kirurgi ihmettelee miten vain HUS:n kaltaisessa organisaatiossa uudistuksia voidaan edes yrittää ajaa läpi ilman henkilökunnan tukea. Hänen mukaansa yksityisessä yrityksessä johdon olisi vastavassa tilanteessa jo pitänyt erota. Jos asiaa analysoi normaalissa markkinatalousviitekehityksessä, herättää kirurgin kysymys ihmetystä. Miten asia olisi hoidettu yksityisessä terveydenhuoltokonsernissa? Toimiva johto saa useimmiten yrityksen omistajilta suvereenit valtuudet yrityksen prosessien uudistamiseksi ja tehokkuuden lisäämiseksi. Henkilökunta napisee uudistuksista ja saavutettujen etujen karsimisesta, mutta toimiva johto vastaa toimenpiteistä omistajille, ei työntekijöille. Jos johtava kirurgi ei sovellu uuteen organisaatioon, hän voi vapaasti pakata tavaransa. Tosiasia on, että hän lähtee ennen kuin työtään tekevä toimitusjohtaja. Toisaalta on selvää, että kaikissa uudistuksissa on lähdettävä dialogista työntekijöiden ja johdon välillä, muuten reformista tulee helposti kriisi. Ylipormestari Jussi Pajunen ruoti HUS:n uudistusta kampaan etutaistelua: ”Valtaryhmittymien julkisuuteen tuoduissa lausunnoissa minua on erityisesti häirinnyt se, että sanoja asiakas tai potilas on joutunut hakemaan suurennuslasilla”⁴⁵.

Esimerkki osoittaa että käytännössä prosessien uudistaminen on julkisissa organisaatioissa huomattavasti yksityisiä hankalampaa. Tilaaja-tuottaja-mallit ja muut kvasimarkkinatoteutukset eivät näytä tuottavan niitä asiakaslähtöisyyden, kokonaistaloudellisuuden ja laadun parantamisen vaateita, joita terveydenhuolto- ja itse asiassa koko hyvinvointipalvelujärjestelmälle asetetaan. Jos HUS on esimerkki järjestelmän omaehtoisesta uudistumiskyvystä ja demokraattisesti valittujen päätöksentekijöiden kyvystä ohjata sitä muutoksessa, jatkuu hyvinvointipalveluiden tuottavimpien osien valuminen markkinoiden tuotettaviksi. Tässä kehityksessä 10–15 vuoden kuluttua julkisesta terveydenhuollosta on jäljellä kenties keskussairaalaan liittyvä ydin ja muilta osin se toimii puhtaana kilpailutusorganisaationa. Keskiluokan jäädessä vaille asianmukaisia palveluita maksumoraali murentuu ja yksityiset sairausvakuutukset korvaavat verorahoituksen.

⁴⁴ *Lääkärilehti* 47/2008:4074.

⁴⁵ *Kuntalehti* 2/2009.

Jos muutosta ei kunnissa ja sairaanhoitopiireissä saada aikaan omaehtoisesti, täytyy katse kääntää muunlaisten välittäjäorganisaatioiden luomiseen ja muutokseen aidon kilpailun kautta. Onko puhtaiden markkinamekanismien tuominen tuotantoon itse asiassa ainoa tapa toteuttaa tarvittavat uudistukset ja säilyttää rahoitus vielä tulevaisuudessa julkisena?

Turhan vähälle huomiolle on jäänyt Markku Lehdon kunnianhimoinen yritys hahmotella tulevaisuuden hyvinvointipalveluiden rahoitus- ja tuotantomallia eli asiakasyhteisö-mallia. Malli vaatisi kattavamman esittelyn kuin tässä on mahdollista sille antaa, mutta lyhykäisyydessään idea on seuraavanlainen: julkinen valta säätelee sosiaaliturvan sisällön ja hoitotakuu on voimassa, mutta kansalaiset hankkivat terveydenhuoltonsa haluamaltaan asiakasyhteisöltä, joka hankkii sen markkinoilla toimivilta palvelujen tuottajilta. Malli on itse asiassa Kelan esittämän terveystakuusmallin sukulainen. Erotus on, että asiakasyhteisöjä on useita ja rahoitus ei ole kanavoitu kuntien kautta. Lehto esittää vaihtoehdon, jossa käyttäjä (asiakas) voisi minimissään valita kolmen asiakkaiden omistaman yhteisön välillä, jotka vastaisivat tällä hetkellä kunnille kuuluvasta terveydenhuollon (ja miksei sosiaalipalveluidenkin) järjestämistehtävästä.

Asiakasmaksut määräytyvät sosiaaliturvamaksun lailla prosentteina asiakkaiden tuloista. Jokaisen asiakkaan osalta asiakasyhteisölle kuitenkin taataan vähimmäistulo, jonka valtio maksaa jos käyttäjän tuloista määräytyvä maksu ei riitä vähimmäistasoon. Tämä tasaa asiakkaiden valikoitumisesta seuraavaa riskiä, koska yhteisön on otettava asiakkaakseen jokainen asiakkaaksi haluava, myös sellainen, joka ilmiselvästi on tappiollinen. Hollannin mallin mukaisesti jokaisen suomalaisen on valittava yksi yhteisö eli rahoitusvastuusta ei voi luistella.⁴⁶ Tässä artikkelissa ei ole tilan tai kirjoittajan asiantuntemuksen puolesta mahdollista esitellä kaikkien ehdotettujen eri mallien vaikutuksia, mutta hyvinvointipalvelujen kehittämiseen tulevaisuudessa olisi hyvä suhtautua yhtä ennakkoluulottomasti ja samalla innovatiivisuudella kuin niitä luotaessa. Avausten alasampuminen on helppoa, mutta ei pitkällä aikavälillä riitä ratkaisuksi.

TYÖNTEKIJÄSTÄ OSAKAS, AINAKIN HENKISESTI

Ilman tarkempaa tutkimusta voi todeta, että julkisesti tuotetut terveydenhuoltopalvelut voivat olla yhtä ja enemmän kustannustehokkaita kuin yksityiset tai kolmannen sektorin tuottamat. Julkisten hyvinvointipalveluiden tuottajilla on työssään myös selkeä eetos, johon usein viitataan. Toisaalta samanaikaisesti olisi varsin alentuvaa väittää, ettei samaa eetosta voisi löytyä kolmannen tai yksityisen sektorin tuottajilta. Suuri ongelma lienee, että muutokseen on julkisissa organisaatioissa oltu menossa etukenon sijaan selkä edellä ja kuvitelmalla, että kaikki muutos on kilpajuoksua kurjuuteen.

Moni reformi on epäilemättä tuonut lisää tarpeettoman tuntuista hallinnollista työtä ja kiristänyt vyötä tuotannossa. Tulevaisuudessa palveluita tuottavilla tuleekin olla vaikutusvaltaa niin toimintatapojen kuin työmetodien kehittämiseen. Tuoreen väitöksen mukaan vaikutusmahdollisuudet työaikoihin ja mahdollisuudet uralla etenemiseen sekä erikoistumiseen ovat palkan lisäksi keskeisiä kriteereitä vaikutettaessa terveydenhuollon henkilökunnan työmotivaatioon ja hyvinvointiin⁴⁷.

Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä tuottaa niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon palvelut. Kuntayhtymässä on vakituista hoitohenkilökuntaa riittävästi eikä keikkalääkäreitä ole tarvittu. Lääkäreiden työskentelyyn on luotu kymmenen erilaista mallia ja niin työtyytyväisyys kuin palvelujen laatu on hyvällä tasolla, ja terveystieteiden asia-

⁴⁶ Lehto 2006.

⁴⁷ Kankaanranta 2008.

kastytyväisyydessä Forssa on Suomen huippuja. Lehtihaastattelussa yhtymää johtava Markku Puro kiteyttää kuitenkin yhden jäljelle jäävistä ongelmista: ”Me emme voi palkita tarpeeksi työntekijöitä hyvästä työstä. Siinä asiassa jääme jälkeen yksityisen puolen toimijoista.”⁴⁸

Ruotsissa julkisella sektorilla harjoitetaan paljon paikallista ja tuottavuuden kasvua palkitsevaa sopimista. Miksei näin voisi olla Suomessa? Relevanteilla, vaikuttavuuteen, ei minuuttitai kappalemääräiseen tuotokseen, perustuvilla laatumittareilla arvioitavissa julkisissa organisaatioissa voitaisiin siirtyä myös palkitsemaan innovaatioista ja tuloksista. Vertailukelvottoman tiedon ja nippelimittareiden valossa julkinen tuotanto on näyttäytynyt ja tulee näyttäytymään tehottomana. Tässä tilanteessa harjoitettu tuotantomallien ja järjestelmien siilipuolustus, ei ainostaan ole syönyt tuottavuuden kasvua, mutta ennen kaikkea ihmisten ammattiyhpeyttä.

STM:n ylilääkäri Timo Aronkytö on ehdottanut lääkäreiden sitouttamista terveyskeskusiin osaomistajina ja voittoa tuottamattomien ”public-private-non-profit” -yritysten synnyttämistä uudeksi terveydenhuollon tuotanto-organisaatioiksi⁴⁹. Kumpikin ehdotus kuulostaa tutkimisen arvoiselta, mutta tutkimusprojektin kesto ei voi olla vuosikymmen. Siihen ei ole niin rahoittajalla kuin käyttäjälläkään varaa.

LÄHDETÄÄN KÄYTTÄJÄSTÄ

Kasvava yksilökeskeisyys ja siitä kumpuava käyttäjälähtöisyyden kaipuu on ollut osalle vasemmistoa hankalasti käsiteltävä trendi. Kuitenkin käyttäjälähtöisyyttä tulisi pitää hyvinvointipalvelujen uudistamisessa laadun ja tehokkuuden parantamisen ytimenä⁵⁰. Nykyiset palvelujen järjestämis- ja tuottamisrakenteet ovat liiaksi sidoksissa yksittäiseen kuntaan ja sen tuotantoon. Tämä haastaa niin aidon kokonaistaloudellisen ajattelun kuin parhaiden käytäntöjen tehokkaan leviämisen.

Tulevaisuuden hyvinvointipalveluja suunniteltaessa olisikin organisaatio- ja tuotanto-keskeisestä ajattelutavasta siirryttävä ajattelemaan käyttäjän tarpeita tehokkuuden, laadun ja kokonaistaloudellisuuden lisäksi. Kuten Iso-Britannian Labourin Progress Policy Group vapaasti käännettynä asian ilmaisee: ”Ei ole kyse siitä, että ihmiset haluaisivat koulujen tai sairaaloiden olevan supermarketteja yksija tai kauppahalleja kojuineen. Ihmiset eivät halua puhdasta palvelujen ja rahan vaihtamiseen perustuvaa suhdetta. He haluavat henkilökohtaisen suhteen. He haluavat tulla kohdelluksi kuin yksilöinä, eivät pelkkinä numeroina”⁵¹.

Aiemmin kriittisesti esitelty palveluseteli saattaa kuitenkin tietyissä tapauksissa vastata sekä asiakaslähtöisyyden että rahoituksen kysymyksiin. Vanhusten hoivapalveluissa seteleiden päälle maksettava omavastuu kasvattaa väestöryhmien välisiä eroja mahdollistamalla varakkaammalle kalliimman hoidon. Toisaalta on kiistatonta, että suuret ikäluokat ovat varakkaampia ja parempikuntoisia kuin mikään aiempi vanhusryhmä. Ruotsissa Nackan kunnassa vanhustenhuollon palveluseteli kattaa arvioidun hoidon tarpeesta riippuen hoitopaikan aina 5400 euroon asti, mutta vain kunnan etukäteen valitsemisissa ja kilpailuttamisissa palvelutaloissa. Helsingissä seteli on taas maksimissaan 1500 euroa kuukaudessa⁵². Eli toteutuksissa ja niiden tuloksissa on eroja. Osmo Soininvaara on ehdottanut Nackan toteutusta vastaavaa palveluseteliä, joka olisi sidottu vanhuksen palvelun tarpeeseen, ja jolla voisi maksaa esimerkiksi palveluta-

⁴⁸ *Kansan Uutiset* 13.2.2009.

⁴⁹ *Kuntalehti* 2/2009.

⁵⁰ *Le Grand* 2007.

⁵¹ *Progress Public Service Reform Policy Group* 2008, 7.

⁵² *Mikkola* 2008, 69.

lon menoja tai omaishoitajan tukea. Soininvaaran ehdotuksessa kunnille jää velvollisuus taata palvelujen saatavuus, joten alueellisten erojen tulisi kaventua ja ihmisten yhdenvertaisuuden parantua nykytilanteeseen nähden⁵³.

Vaarama on tutkinut mitkä tekijät vaikuttavat vanhusten pitkäaikaiseen laitoshoittoon siirtymiseen. Tekijöistä koettu yksinäisyys viisinkertaisti ja puutteellinen asuminen kolminkertaisti todennäköisyyden joutua laitoshoittoon. Kun toimintakykyongelmista ehdottomasti suurimpia ovat raskaat kotityöt ja ulkona asiointi⁵⁴, niin tuntuu oudolta, että muualta maailmasta tutut kevyemmät palvelukonseptit eivät tunnu suuremmissa mittakaavassa löytäneen tietään Suomeen. Kolmannen sektorin toimijat epäilemättä tarjoavat vanhuksille virikkeellistä yhteistoimintaa, ja ”mahdollisimman monen luukun” -periaatteen mukaisesti kunnalta saa taksisetelin kaupassa ja kelalta lääkärissä käymiseen, mutta kuka korjaisi ikääntyneen katon tai asentaisi nettiyhteyden? Bostonissa toimiva Beacon Hill Village -järjestö on jo kohta vuosikymmenen tarjonnut kaikki nämä palvelut ja liikuntaa ym. virikkeitä pooliajattelulla yksinäiselle noin 450 euron ja pariskunnalle 650 euron vuosimaksua vastaan, vähävaraisten maksaessa mahdollisuuksiensa mukaan⁵⁵. On selvää, että tiukentunut kilpailulainsäädäntö asettaa tiukat rajat kolmannen sektorin toiminnalle ja sitä kautta hyvinvointipalveluiden joustavalle monimuotoiselle tuotannolle, mutta paljon voidaan varmasti saavuttaa nykyisenkin lainsäädännön puitteissa.

Onko entistä laajempi omarahoitus tulevaisuutta myös Suomessa, kun vaurastuneet suuret ikäluokat ovat siirtyneet eläkkeelle ja julkinen rahoitus kriisiytynyt? OECD-vertailuissa, joissa Suomi asettuu vertailun kohteeksi muiden kuin mannereurooppalaisten maiden kanssa näyttäyty selkeänä, että varallisuutta ei Suomessa pureta vanhuusiän kulutukseen samalla tavalla kuten kuin esimerkiksi Britanniassa ja Irlannissa.⁵⁶ Meillä ei ole tapana realisoida arvokkaita asuntoja ja ostaa niillä eläkeajan hoitovakuutuksia, mutta onko kestävää tai mahdollista, että pienentyvistä julkisista verokertymistä rahoitetaan myös varallisuutta keränneelle keskiluokalle koko vanhuusiän turva?

Järjestelmän rahoitusta uudistettaessa on pohdittava myös tulisiko käyttäjän osallistumisvelvollisuutta lisätä, sillä esimerkiksi omaisuustuloja ei oteta huomioon määriteltäessä vanhusentalon maksuja. Olisiko omavastuun lisääminen vasemmistolle ongelma tilanteissa, joissa sillä ei ole tulonjakoon regressiivistä vaikutusta tai se ei heikennä vähävaraisten palvelutasoa? Ja jos niin, olisiko se sitä käytännössä vai ideologisella tasolla? Vai onko vanhustenpalvelujen käyttäjien omavastuuosuuksien lisääminen sukupolvikysymys? Ja aivan kuten Vaarama summaa: ”Ikääntyneet huomioonottava palvelurakennemuutos edellyttää tietoon perustuvia suunnitelmia ja toimia, jotka lähtevät ikäihmisten ja heidän perheidensä, ei järjestelmän tarpeista”. Vain käyttäjälähtöiselle järjestelmälle voidaan saada tulevaisuudessa sen käyttäjien tuki, oli sen rahoitusmalli mikä tahansa.

53 Vanhukset hoidokeista asiakkaiksi, Suomen Kuvalehti 7, 13.2.2009.

54 Vaarama, Marja Unohtiko palvelurakennemuutos vanhukset? Esitelmä 13.6.2007. www.ouka.fi/liitteet/Nayta_Liite.asp?ID=33&Liite=Vaarama.pdf.

55 <http://www.beaconhillvillage.org/membership.html>, ks. myös HS 23.5.2007.

56 Vanne 2009, 40.

Lopuksi

Jakautuvat kuntien ja valtion välinen rahoitusvastuu ja verotusoikeudet tulevaisuudessa miten tahansa, on selvää, että ihminen tulee nähdä kokonaisuutena ja hoidon ja hoivan kustannukset ottaa huomioon koko elinkaaren ajalta. Lienee selvää, että veropohjien laajentamista tai verotasojen nostoa vastustavat kaikki edunvalvontaorganisaatiot esittäen toinen toistaan epätieteellisempiä perusteluja siitä miten kaikki verotus on pahasta.⁵⁷ Tämä edellyttää joko monikanavaisen rahoitusmallin purkamista ja rahoituksen keskittämistä yhdelle maksajalle tai sellaisten mekanismien luomista järjestelmään, jotka pakottavat eri rahoittajat katsomaan julkista rahoitusta kokonaisuutena, ei nollassummapelinä. Markku Pekurisen vaikuttavuus- ja järjestämisvaltionosuus ovat oiva esimerkki palkita kuntaa kokonaistaloudellisuudesta palveluiden tarjoamisessa ja kyvystä keskitetysti ohjata kuntien prioriteetteja ”porkkanoilla” korva-merkintöjen ja raskaan valvonnan sijaan.

Niin rahoittajalla, tuottajalla kuin käyttäjällä tulee olla sisäänrakennettuja kannustimia toimia niin, että kokonaistaloudellisuus ja laatu otetaan huomioon entistä paremmin. Asiakasmaksujen ja erilaisten kulukattojen tulee olla tasolla, jolla ne eivät estä palveluiden käyttöä tai lisää ihmisten eriarvoisuutta. Samalla on pohdittava rahoituksen kestävyyttä ja omavastuita kansalaisten lisääntyvän varallisuuden näkökulmasta. On radikaalisti lisättävä julkisen sektorin hyvinvointipalvelujen henkilökunnan mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhönsä ja palveluiden kehittämiseen, ja palkittava työstä vaikuttavuuden parantamiseksi. Käyttäjän näkökulma ja mahdollisuus valita itselleen sopivia palveluita hänelle määritellyn tarpeen piirissä on otettava tosissaan ja annettava mahdollisuuksia myös äänestää jaloillaan.

Palveluiden rahoitukseen ja tuotantoon tulee suhtautua tarkoituksenmukaisuusnäkökulmasta ideologioiden sijaan. Voittoa tuottamattomat yritykset sopivat julkisen sektorin tuotantometodiksi Suomessa siinä missä muuallakin. Rahoitustakin tulee tarkastella laajasti, siitä lopuksi esimerkki:

Ikääntyminen ja sen kustannukset ovat hyvinvointipalvelujärjestelmän tulevaisuuden keskeisimpiä kysymyksiä. Valtion asuntorahasto ARA ilmoitti lisänneensä erityisryhmien asumisen tukea vuonna 2009 noin 60 miljoonaan euroon, ja tästä suurimman potin saivat vanhukset. Tuen avulla rakennetaan tai peruskorjataan yhteensä 1500 vanhusten vuokra-asuntoa eri puolille maata⁵⁸. Tarve on kuitenkin monikertainen.

Kunnat ovat vastuussa ikääntyvistä asukkaistaan, mutta samalla on ymmärrettävää, että kuntakonsernien harteille ei monessa tapauksessa mahdu enempää velkataakkaa palvelutalojen rakentamiseksi. Jatkuvasti kasvava vanhusten palveluasumistarve olisi kuitenkin monin verroin kustannustehokkaampaa toteuttaa omana työnä tai erilaisten yleishyödyllisten toimijoiden⁵⁹ toimesta kuin, että tarvittavien seinien puuttuessa kunta maksaa yksityisille palveluntuottajille huimia kuukausikorvauksia.

57 *Tarkoituksenmukaisuudessaan yksisilmäisimmät esitykset tuottaa järjestään kaikkien veronmaksajien edunvalvojana esiintyvä pamflettitehdas Veronmaksajien Keskusliitto. Lisää veronmaksajien analyysien tasosta esimerkiksi Virén, Matti. Verot Valtion maksettaviksi, Yhteiskuntapolitiikka 73(2008):2:195.*

58 *Kokonainen kortteli ikäihmisille, Helsingin Sanomat, 8.2.2009.*

59 *Ks. esim. Yrjö ja Hanna-säätiö: <http://www.yrjohanna.fi>.*

Kunta-asunnot Oy:n tytäryhtiö Hopeakodit Oy toimii kuntien kumppanina erityisryhmien asumispalvelujen tuottamisessa. Mallissa Hopeakodit Oy rakennuttaa kiinteistön omistukseensa keskittyen omaan ydinosaamiseensa eli kiinteistön rakennuttamiseen, omistamiseen ja koko elinkaaren kunnossapitoon kun kunta taas keskittyy vuokralaisena omaan ydinosaamiseensa ja velvollisuuteensa eli asumis- ja tukipalvelujen tuottamiseen. Kohteiden suunnittelu tehdään yhteistyössä kunnan ja palvelun tuottajan kanssa ja palvelut tuottaa joko kunta itse tai ulkopuolinen palveluntuottaja.⁶⁰ Eikö näin voitaisi toimia vielä laajemmassa mittakaavassa? Jos valtio voi sijoittaa Aalto -yliopiston peruspääomaksi 500 miljoonaa euroa, eikö mistään löydy rahaa sijoitettavaksi suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan tulevaisuudessa keskeisimmän ja nopeimmin kasvavan palveluntarpeen eli vanhusten palveluasumisen seinien rahoitukseen? Kunnat tarvitsisivat luotettavan ja tasaista, mutta matalaa tuottoa hakevan kumppanin. Oliko ARA:sta siihen?

Terveydenhuoltojärjestelmistä löytyy erilaista kokonaistutkimusta ja puhdasta terveystaloustieteen kustannusanalyysiä, joista on helppo päätellä esimerkiksi tulonjaollisia vaikutuksia. Tämä helpottaa tulevien järjestelmämuutosten arviointia. Sosiaali- ja terveyspalvelut muodostavat, tai niiden pitäisi muodostaa saumaton kokonaisuus ihmisen hyvinvoinnin varmistamiseksi, mutta tutkimuksen runsaus ei päde muihin hyvinvointipalveluihin. On huutava tarve kokonaisvaltaiselle tutkimukselle ja mallinnukselle sosiaali- ja terveyssektorin arvioimisesta yhtenä kokonaisuutena ja yhdestä rahoituslähteestä.

Nähdäänkö kansanterveyden edistämistä Suomessa ylipäätään enää keskeisenä tapana vähentää väestöryhmien välisiä eroja ja kustannusten kasvua ja tulisiko myös eduskunta sitouttaa tutkimusta koskevien johtopäätösten käsittelyyn kuten muualla Euroopassa?⁶¹ Terveydenhuoltolain tuloksia voidaan arvioida vasta vuosien päästä, mutta muiden hyvinvointipalveluiden kohdalla voitaisiin jatkokehittäminen aloittaa jo nyt. Tutkimusten osalta akateemisen maailman tulee samalla muistaa, että poliittinen päätöksentekijä tarvitsee työnsä pohjaksi yksiselitteisiä ohjeita ja valmiiksi pureskeltuja kokonaisuuksia, ei koukerokielistä sillisalaattia järjestelmän eri osasten toimintavajeista.

Perustuslaki edellyttää, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Tämänhetkinen todellisuus puhuu kuitenkin tavoitteen toteutumista vastaan. Julkinen valta on näin ollen tienhaarassa. Jos se antaa tilanteen jatkua ennallaan eli hyvinvointipalveluiden jakautua kahden kerroksen käyttäjiin ja väestön tasavertaisuuden heiketä entisestään, tulee myös järjestelmän rahoitus luisumaan keskipitkällä aikavälillä julkisesta yksityiseksi. Julkisten palvelujen rapautuessa murenee veronmaksuraali ja yksityiset vakuutukset yleistyvät kasvattaen kokonaiskustannuksia muualta maailmasta tuttuun tyyliin.

Ratkaisut on tehtävä ennen suurten ikäluokkien siirtymistä paljon hoitoa vaativaan vaiheeseen. Poliittisen päätöksentekijän on kerättävä rohkeutensa ja otettava takaisin sille kuuluva asema ja vastuu järjestelmän ohjaamisesta. Jos pohjoismaisen hyvinvointivaltion keskeisimpien väestön hyvinvointia ja tasa-arvoa ylläpitävien järjestelmien annetaan rapautua, on kyse niin kansallismaisuuden hukkaamisesta kuin kokonaisten kansankerrosten heitteillejätöstä.

60 <http://www.kunta-asunnot.fi/Erityisryhmille.asp>.

61 Palosuo ym. 2006, 157.

Lähteet

KIRJALLISET LÄHTEET:

- Aaltonen, Juho & Järviö Maija-Liisa 2009.** Kyselytutkimus valituille terveyskeskuksille: vastausten yhteys arvioituun tehottomuuteen. Teoksessa Klavus, J. (toim.) Terveystaloustiede 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 4/2009. 51–55.
- Brunila A., Jokinen, H., Kerola H., Mäkitalo R. & Putkonen C. 2003.** Hyvinvointipalvelujen turvaaminen, Taloudelliset ja talouspoliittiset katsaukset 4/2003. Valtiovarainministeriö.
- Hujanen T., Kapiainen S., Tuominen U. & Pekurinen M. 2008.** Terveystalouden yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. Stakes Työpapereita 3/2008. Stakes.
- Kankaanranta, Terhi 2008.** Factors influencing physicians' and nurses' labour supply, Tampereen yliopisto.
- Kiander, J. 2009** Ikääntyminen, julkisen talouden menopaineet ja hyvinvointivaltion poliittinen kestävyys. Teoksessa Vaarama Marja (toim.), Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyuden alaryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian raportteja 3/2009. 97–117.
- Korkman, S., Lassila, J., Määttänen, N. & Valkonen, T. 2007.** Hyvinvointivaltion rahoitus – Riittävätkö rahat, kuka maksaa? Elinkeinoelämän Tutkimuslaitos. Taloustieto oy.
- Laine V., Sinko P. & Vihriälä V. 2009.** Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009. Valtioneuvoston kanslia.
- Le Grand, Julien 2007.** The other Invisible Hand, Princeton University Press.
- Lehto, Markku 2006,** Pelastusrenkaan paikkaus. Kunnallissalan Kehittämissäätiö (KAKS).
- Lehtonen, S., Moisio, A. & Lyytikäinen, T. 2008a.** Kuntien valtionosuuskriteerit tarkastelussa: Esi- ja perusopetus, päivähoito, kirjastot ja kulttuuritoimi, VATT-keskustelualoitteita 451. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- Lehtonen S., Moisio A. & Lyytikäinen T. 2008b.** Kuntien Valtionosuusjärjestelmä: Vaihtoehtoja uudistusten toteuttamiseksi, VATT-tutkimuksia 141. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- Mikkola, Hennamari 2008.** Hoidon ja hoivan markkinasektori. Teoksessa Ilmakunnas, Seija (toim.) Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin. Uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. VATT-julkaisuja 48. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. 55–80.
- Niemelä, H. & Salminen, K. 2006.** Suomalainen Sosiaaliturva. Kansaneläkelaitos, Eläketurvakeskus, Työeläkevakuuttajat ja Sosiaali- ja terveysministeriö.
- OECD Health Data 2008. December 2008.**
- Palosuo H., Sihto M., Koskinen S., Lahelma E., Prättälä R., Keskimäki I. & Manderbacka K. 2006.** Sosioekonomiset terveyserot ja terveyspolitiikka Suomessa, Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Yhteiskuntapolitiikka 71(2006). 154–166.
- Parkkinen, Pekka 2008.** Kunnat kovilla. Talous ja Yhteiskunta 3/2008. 24–28.
- Pekurinen, Markku 2008.** Terveystalouden rahoituksen kehittäminen. Teoksessa Ilmakunnas, Seija (toim.) Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin. Uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. VATT-julkaisuja 48. Valtion

taloudellinen tutkimuskeskus. 81–96.

Pekurinen, M., Puska, P. ym. 2007. Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007. Valtioneuvoston kanslia.

Progress Public Service Reform Policy Group 2008. From Public Sector to Public Service: Putting Citizens in Control. Labours Progressives. Luettavissa <http://clients.squareeye.com/uploads/prog/documents/publicsectorto.pdf>

Pylkkänen, Elina 2009. Kuntien ja valtion väliset verotussuhteet. Valtiovarainministeriö. Luettavissa: http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/012_veroryhma/06_esitysaineisto/Kuntien_ja_valtion_valiset_verotussuhteet_Pylkkanen_03062009_muistio.pdf

Säylä, Markku 2008. Asunto omaksi työllä, velalla ja perimällä. Tilastokeskuksen Hyvinvointikatsaus 1/2008. Luettavissa http://www.stat.fi/artikkelit/2008/art_2008-03-12_001.html

Vaarama M. & Moisio, P. 2009. Hyvinvointivaltiomallin legitimitetti. Teoksessa Vaarama Marja (toim.), Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyuden alaryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian raportteja 3/2009. Valtioneuvoston kanslia. 20–29.

Vanne, R. 2009. Ikäryhmien ja sukupolvien taloudelliset suhteet väestön ikääntyessä. Teoksessa Vaarama Marja (toim.), Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyuden alaryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian raportteja 3/2009. Valtioneuvoston kanslia. 30–47.

Virén, Matti 2008. Verot Valtion maksettaviksi, Yhteiskuntapolitiikka 73(2008):2.193–195.

LEHDET:

Helsingin Sanomat 23.5.2007

Helsingin Sanomat 3.11.2008

Helsingin Sanomat 17.11.2008

Kokonainen kortteli ikäihmisille. Helsingin Sanomat, 8.2.2009

Kansan Uutiset 13.2.2009

Kuntalehti 18/2008

Kuntalehti 2/2009

Lääkärilehti 47/2008

Vanhukset hoidokeista asiakkaiksi. Suomen Kuvalehti 7, 13.2.2009

Uutispäivä Demari 29.1.2009

STT 23.9.2009

Kuntaliiton kuntatalous-tiedote 2/2009

ESITELMÄT JA HAASTATTELUT:

Vaarama, Marja Unohtiko palvelurakennemuutos vanhukset? Esitelmä 13.6.2007 www.ouka.fi/liitteet/Nayta_Liite.asp?ID=33&Liite=Vaarama.pdf

Haastattelu Raimo Sailas 11.11.2008

INTERNET-LÄHTEET:

<http://www.stm.fi/Resource.phx/ajank/puhee/leppo.htx>

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/14180252524AFA66C225736E0033...> - 91k -

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/sosmenot.htm>

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/terveydenhuoltomenojen+rahoitus.htm>

http://www.stkl.fi/tiedote_15.4.2008.html

http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;60;498;132449;142987;143886&voucher=9A8A5CEC-8A54-4051-B7B4-CA3A7E727FE7

http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;374;36984;11320;41179;41301

http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;347;93748;385;150142

www.tilastokeskus.fi/til/.../2007/tvt_2007_2009-03-02_fi.pdf

<http://www.beaconhillvillage.org/membership.html>

<http://www.yrjojahanna.fi>

<http://www.kunta-asunnot.fi/Erityisryhmille.asp>

http://www.vm.fi/vm/fi/03_tiedotteet_ja_puheet/01_tiedotteet/20091001Kuntie/name.jsp

http://www.tax.fi/?path=5,39,482&article=8678&domain=VERO_MAIN