

JULKAISU

Hannes Manninen & Tapani Tölli

TOTTA VAI TARUA

**– Soteuudistuksen himmeli-, byrokratia- ja
kustannusten kasvuväitteet lukujen valossa –
mitä pitäisi tehdä?**

TOTTA VAI TARUA

- Soteuudistuksen himmeli-, byrokratia- ja kustannusten kasvuväitteet lukujen valossa -
mitä pitäisi tehdä?

Hannes Manninen & Tapani Tölli

TOTTA VAI TARUA

SOTEUUDISTUKSEN HIMMELI-, BYROKRATIA- JA KUSTANNUSTEN
KASVUVÄITTEET LUKUJEN VALOSSA - MITÄ PITÄISI TEHDÄ?

KAKS – Kunnallisan kehittämissäätiö

Kunnallisan kehittämissäätiön Julkaisu 65
2023

ISBN 978-952-349-119-9
ISSN 2489-9631

Sisällys

Saatteeksi	6
1 Miten tähän on tultu	7
1.1 Soteuudistuksen historiasta lyhyesti.....	7
2 Soteuudistuksen julkikuva ja selvityksen tarkoitus	9
2.1 Soteuudistuksesta käydyistä keskustelusta ja väitteistä	9
2.2 Selvityksen rajaus, ongelman asettelu ja tavoitteet	10
3 Luottamushenkilöorganisaatio ja henkilöstö	11
3.1 Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen (Pohde) aluekuvaus	11
3.2 Luottamushenkilöorganisaatiot ennen ja jälkeen uudistuksen.....	11
3.3 Johtaja-, päällikkö- ja esihenkilötaso ennen ja jälkeen uudistuksen	12
4 Sotekustannukset ja ennustettavuus.....	13
4.1 Kustannusten kehitys ennen uudistusta.....	13
4.2 Kustannusten ennustettavuus vuosille 2022–2024	15
4.3 Arvioidut alijäämät vuonna 2023 ja rahoituksen riittävyys tulevaisuudessa.....	15
5 Hyvinvointialueiden rahoituslaskelmien realistisuus.....	18
5.1 Hyvinvointialueiden vuoden 2023 rahoituksen oikeellisuus ja ajantasaisuus.....	18
5.2 Hyvinvointialueiden rahoituksen painelaskelma vuosille 2024–2027.....	19
6 Voidaanko kustannuksia leikata ja kasvua hidastaa	21
6.1 Leikkaus vai kasvun hidastaminen.....	21
6.2 Kustannustavoitteista päättäminen ja menettely tavoitteiden saavuttamiseksi.....	21
6.3 Henkilöstövoimavarat, ongelma vai ratkaisu sotekustannusten hillinnälle	22
6.4 Henkilöstövoimavarojen lisäys ei mahdu rahoitusraameihin	23
7 Johtopäätökset	25
Väite A.....	25
Väite B.....	26
Väite C.....	27
8 Suosituksia toimenpiteiksi	28
9 Verotusoikeus vai ei?	32

Saatteeksi

Soteuudistus on ollut viimeiset kymmenen vuotta ja on edelleenkin keskeinen puheenaihe. Eikä syyttä. Onhan se vuosisadan suurin uudistus hyvinvointiyhteiskuntamme palvelujen uudelleen järjestämisessä.

Kaikilla uudistuksilla on kannattajansa ja vastustajansa. Näin myös soten ja pelastustoimen osalta. Olemme toimineet vuosikymmeniä erilaisissa kunnallisissa tehtävissä sekä poliittisina toimijoina kunnissa, eduskunnassa kuin valtioneuvostossakin. Olemme olleet vaikuttamassa myös soteuudistuksen suuntaan sen eri vaiheissa. Emme kuitenkaan ole olleet eduskunnassa käsittelemässä nyt voimassa olevia sotea ja pelastustoimea koskevia lakiesityksiä.

Uudistuksen valmistelun venyminen yli vuosikymmenen mittaiseksi on ilmeisesti turhauttanut ja aiheuttanut mielestämme kohtuuttomia arvioita. Lähes kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmat on pantu uudistuksen syyksi, ja rapaa on tullut niskaan enemmän kuin lääkäri määrää.

Arvostelusta osa on varmaan aina aiheellista, mutta pääosa johtuu siitä, että asioista ei olla riittävän hyvin perillä. Siksi katsoimme aiheelliseksi tutkia asioita tarkemmin ja arvioida todellisten numeroiden ja lukujen pohjalta, miltä osin himmeli-, byrokratia- ja kustannusten kasvuväitteet ovat totta ja mitkä tarua.

Arviointiemme pohjalta ja rakkaudesta lajiin kuten sanotaan, olemme esittäneet suosituksia, millaisilla toimenpiteillä sote uudistuksen toimivuutta ja tuloksellisuutta voitaisiin parantaa sekä rahoitus- ja henkilöstöongelmia helpottaa.

Emme tietenkään kuvittele löytäneemme mitään viisasten kiveä, mutta toivomme, että edes jotkut esityksemme ja näkökulmat antaisivat lukijoille aihetta uudelleen ajatteluun tai selityksen johonkin mieltä askarruttavaan kysymykseen.

Esityksessämme on paljon lukuja, jotka voivat vaikeuttaa lukemista, mutta olemme halunneet niiden avulla perustella ja havainnollistaa kannanottojamme. Kaikki esittämämme kannanotot ja johtopäätökset ovat meidän omia mielipiteitämme. Niistä ei ole vastuussa enempää entiset kuin nykyisetkään taustayhteisömme. Kuka tahansa voi kuitenkin hyödyntää niitä, jos haluaa niin tehdä.

Kiitämme lämpimästi niitä henkilöitä, jotka ovat ystävällisesti auttaneet löytämään tarvittavaa tilastoaineistoa sekä Kunnallisalan kehittämissäätiötä esityksemme julkaisemisesta.

Kaupunkineuvos

Hannes Manninen

Valtiopäiväneuvos

Tapani Tölli

1 Miten tähän on tultu

1.1 Soteuudistuksen historiasta lyhyesti

Köyhäin- ja terveydenhoidon järjestäminen olivat tärkein syy nykymuotoisen kunnallishallinnon syntyyn 150 vuotta sitten. Nyt noiden sosiaali- ja terveystalvelujen sekä palo- ja pelastustoimen järjestämistä vastuu on lailla siirretty 1.1.2023 alkaen 21 hyvinvointialueen ja Helsingin kaupungin (omana alueena) vastuulle.

Kuntien toimiala on perinteisesti jaettu yleis- ja erityistoimialaan. Yleistoisimiala tarkoittaa, että kunta voi ottaa hoitaakseen tehtäviä, joita ei ole määrätty lailla muiden tehtäväksi. Hyvinvointialueilla ei ole yleistoisimialaa.

Sosiaali- ja terveystalvelut sekä pelastustoimi ovat kuuluneet erityistoimialaan, sillä ne on määrätty ajan kuluessa kauttaaltaan lailla kuntien tehtäväksi. Kunnat eivät saa enää uuden lain vuoksi (Helsinki poikkeuksena) rahoittaa sote- ja pelastustalveluja.

Sosiaali- ja terveystalveluja on uudistettu, kehitetty ja laajennettu lainsäädännöllä sekä ministeriöiden ja keskusvirastojen ohjauksella koko kuntahistorian ajan. Tässä selvityksessä muutoksia ei käsitellä tarkemmin.

Nykymuotoisen soteuudistuksen valmistelun katsotaan alkaneen 2000-luvun alkuvuosina. Konkreettisin oli Matti Vanhasen I hallituksen aikana vuonna 2007 säädetty ns. Paras-laki.

Sen tarkoituksena oli vapaaehtoisuuden pohjalta saada aikaan noin 20 000 suuruiseen asukas pohjaan perustuva yhteistoiminta-alue tai kunta vastaamaan sotetalveluista. Laki oli määrääkainen, mutta sen voimassaoloa - tosin osittain muutettuna - jatkettiin aina sotelakien hyväksymiseen saakka.

Paras-lain seurauksena syntyi uusia yhteistyöalueita ja suuri joukko kuntaliitoksia. Laki oli rakennettu niin, että se mahdollisti myös pienimuotoisen maakuntamallin, mutta sitä ei julkisesti mainostettu päähallituspuolueiden (kesk. ja SDP) poliittisten näkemyserojen vuoksi.

Paras-projektissa mukana olleina arvioimme tuolloin, että tällä mallilla selvittäisiin noin kymmenen vuotta. Seuraavaa vaihetta ei kuitenkaan saatu tuona aikana.

Kataisen hallituksen tarkoitus oli alun perin uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta osana kuntauudistusta. Tavoitteena oli muodostaa lähinnä seutujakoon perustuvat alle 80 kuntaa, joiden katsottiin olevan riittävän vahvoja järjestämään ja rahoittamaan sotetalvelut.

Kuntaministeri Virkkusen julkisuuteen lanseeraama tuleva kuntakartta kuitenkin kaatui ”kuntakapinaan”, johon keskustan ohella pakkoliitoksia vastustamaan ryhtyivät myös sosiaalidemokraattien ja osa kokoomuksenkin kuntavaikuttajista. Virkkusen esityksen toteuttamiseen olisi liittynyt myös perustuslaillisia ongelmia.

Kataisen/Stubbien hallitus halusi kuitenkin jatkaa uudistusta uudelta pohjalta. Yhteistyöhön pyydettiin silloinen oppositio mukaan. Keväällä 2014 perustettiin ministeri Susanna Huovisen johtama parlamentaarinen ohjausryhmä, joka sai tehtäväkseen valmistella uuden esityksen.

Tiiviin ja laajan työn jälkeen päästiin yhteisymmärrykseen, että uudistus toteutettaisiin viiden sote-alueen (yliopistolliset sairaanhoitopiirit) ja 19 tuottamisvastuualueen pohjalta. Lakiesitys tuli eduskuntaan joulukuussa 2014.

Perustuslakivaliokunta totesi kuitenkin helmikuussa, että lakiesitykseen tarvitaan perusteellisia muutoksia. Valiokunnan mielestä malli oli epädemokraattinen ja olisi mm. kaksinkertaistanut kuntien väliset veroprosenttien erot. Se olisi näin loukannut perustuslain suojaamaa kuntien asukkaiden itsehallintoa.

Vaalikausi oli päättymässä ja sosiaali- ja terveysvaliokunnan kiireellisesti tekemä uusi muotoilu maaliskuussa oli edelleen ongelmallinen perustuslain kanssa.

Uudet vaalit olivat tulossa eikä tarvittaviin muutoksiin ja korjauksiin ollut enää aikaa, joten hanke raukesi. Hankkeesta kuitenkin todettiin, että se kaatui, mutta kaatui eteenpäin.

Sipilän hallituksen ohjelmassa sovittiin, että sote-uudistus toteutetaan ensisijaisesti itsenäisiin alueisiin perustuvalla maakuntamallilla, johon liitettäisiin valtion keskus- ja aluehallinnon uudistus. Maakuntia olisi enintään 19.

Asiantuntijaselvityksessä terveydenhuollon näkökulmasta itsehallintoalueiden sopivaksi määräksi arvioitiin 9–12. Sipilän hallituksen linjauksen mukaan maakuntamalli toteutettaisiin 18 alueen pohjalta ja siihen liitettäisiin myös alue- ja keskushallinnon uudistus. Maakuntien liitot oli myös tarkoitus liittää uuteen itsehallintoalueeseen. Tavoitteena oli selkeyttää alueellista hallintoa.

Hallitus linjasi, että itsehallintoalueiden rahoitus tulisi ensisijaisesti valtion vastuulle.

Uudishanke eteni riitaisena, sillä kokoomus, joka halusi vähentää alueiden määrää, vaati yksityisille palveluntuottajille todella merkittävää roolia sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisessa.

Kun lopulta esitys saatiin eduskunnan käsittelyyn, ryhtyivät sosialidemokraatit käsityksemme mukaan osin kokoomuksen hiljaisella myötävaikutuksella jarruttamaan asiaa kaikin keinoin.

Vaalikausi oli jälleen lähestymässä loppuaan ja kun Sipilän hallituksen yksi keskeisistä tavoitteista ei ollut toteutunut, jätti pääministeri hallituksen eroanomuksen. Hallitus jatkoi vaalikauden loppuun toimitusministeriönä, joka voi hoitaa vain ns. juoksevat asiat. Näin uudistushanke kaatui jälleen ja jäi Rinne/Marinin hallituksen tehtäväksi.

Käsityksemme mukaan suurin syy hankkeen kaatumiseen olivat jo alun alkaen keskustan ja kokoomuksen ristiriitaiset näkemykset alueiden lukumäärästä ja yksityisten palveluntuottajien roolista. Timo Soinin johtamien perussuomalaisen/ sinisten kanssa sopu löytyi.

Kun kokoomuksen sisällä syntyi vakava ristiriita Helsingin pormestari Jan Vapaavuoren ja puheenjohtaja Petteri Orpon kannattajien välillä, niin kokoomus ei todellisuudessa hallituskauden lopulla edes halunnut uudistuksen toteutumista.

Rinne/Marinin hallituksen esityksestä säädettyjen lakien mukaan järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palveluista siirtyi 21:lle hyvinvointialueelle sekä Helsingin kaupungille ja HUS-yhtymälle 1.1.2023 lukien. Alueiden rahoitus tulee lähes kokonaan valtiolta. Omia tuloja hyvinvointialueilla ovat palvelumaksut.

2 Soteuudistuksen julkikuva ja selvityksen tarkoitus

2.1 Soteuudistuksesta käydyistä keskustelusta ja väitteistä

Sosiaalipalvelut ja julkinen terveydenhuolto ovat olleet ongelmissa 1990-luvulta alkaen. Syynä ovat pitkät jonot lääkärin vastaanotolle ja erikoissairaanhoidon. Pulaa on ollut erityisesti terveyskeskuslääkäreistä ensin alueellisesti ja myöhemmin koko maassa. Viime vuosina henkilöstövaje on koskenut myös ikäihmisten tehostettua palveluasumista ja kotisairaanhoidoa sekä kotipalvelua.

Erikoissairanhoidossa pula kohdistuu paitsi lääkäreihin myös hoitohenkilöstöön. Näin siitä huolimatta, että lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa on palkattu jo 90-luvulta alkaen pääasiallisesti erikoissairaanhoidon perusterveydenhuollon kustannuksella. Julkisen terveydenhuollon rinnalle kehitetty työterveyshuolto sen sijaan on toiminut joustavasti.

Soteuudistuksen mainetta ja yleistä hyväksyttävyyttä rasittavat niin Kataisen/Stubbien kuin Sipilänkin hallitusten epäonnistumiset sen toteuttamisessa. Takkuista se oli Rinne/Marinin hallituksellakin. Se sai uudistuksen kuitenkin maaliin.

Uudistusta ovat olleet hallituksessa valmistelemissa vuorollaan kaikki merkittävät eduskuntapuolueet. Ensimmäinen yritys epäonnistumisen jälkeen oppositioon siirtyneenä moni puolue on muuttanut linjaansa. Useimmilla puolueilla ei ole ollut selkeää linjaa ja se on hämmentänyt kansalaisia.

Kaikki ovat olleet yhtä mieltä siitä, että entinen kuntapohjaisuuteen ja kuntayhtymiin perustuva järjestelmä ei pystynyt riittävästi vastaamaan nopeaa vauhtia kasvavaan ikääntyvän väestön hoivan ja hoidon tarpeeseen sekä teknologisen että digitalisoinnin kehityksen asettamiin haasteisiin.

Soteuudistuksen tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä varmistaa yhdenvertaiset, yhteen toimivat ja kustannusvaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut koko maassa. Tästäkin tavoitteesta ollaan yhtä mieltä.

Pitkittynyt valmistelu sekä siirtymisen yhteydessä päätetyt palvelulupaukset lääkäriin pääsystä (7 vrk) ja kiireettömien leikkausten jonotusaikojen lyhentämisestä ovat luoneet suuria odotuksia.

Some-keskusteluissa uudistus on julistettu epäonnistuneeksi, koska vuoden alussa palvelut eivät parantuneetkaan. Kaikki ongelmat (henkilöstövaje, pitkät jonot jne) on pantu keskustelussa soteuudistuksen syyksi. Kauhista on myös herättänyt sotekustannusten tapahtunut ja ennustettu nopea kasvu.

Uudistusta vastustavien poliitikkojen taholta ryhdyttiin väittämään, että uudistuksessa on luotu hallintohimmeleitä, jotka lisäävät kustannuksia. Samoin väitetään, että on perustettu valtavasti uusia korkeasti palkattuja, heidän mielestään tarpeettomia johtajan paikkoja.

Julkisuuteen saatetut arviot hyvinvointialueiden yhteensä 1,2 miljardin alijäämästä vuonna 2023 ovat synnyttäneet puheita tuhailusta ja kyvyttömyydestä sekä uudistuksen epäonnistumisesta.

2.2 Selvityksen rajausta, ongelman asettelu ja tavoitteet

Tässä selvityksessä ei käsitellä tarkemmin sinänsä tärkeää pelastustoimea, koska sen menot ja ongelmat ovat ennustettavampia ja helpommin hallittavissa. Pelastustoimen kustannukset ovat vain reilut 2 prosenttia hyvinvointialueen kokonaismenoista. Niiden osalta ei ole myöskään erimielisyyksiä aiheuttavia kiistakysymyksiä.

Julkisen keskustelun perusteella julkikuvaan liittyvät ongelmalliset väitteet voidaan tiivistää seuraavasti:

- A. Soteuudistus on himmeli, joka paisuttaa luottamushenkilöhallintoa sekä lisää korkeapalkkaisia johtajatehtäviä ja esimiehiä aiheuttaen näin suuria lisäkustannuksia!
- B. Soteuudistus on epäonnistunut, sillä menot ylittyvät useilla miljardeilla jo ensimmäisenä vuonna ja kasvavat nopeasti jatkossakin!
- C. Sotekustannusten kasvua on leikattava ja alijäämät katettava palveluja keskittämällä! Erityisesti vaaditaan hallintokustannusten leikkausta.

Tämän selvityksen tarkoituksena on todellisten lukujen ja tilastotietojen analysoinnin sekä tervejärkisen päättelyn avulla osoittaa, ovatko väitteet A, B ja C totta vai tarua.

Analyysin pohjalta esitämme suosituksia, mitä tulee tehdä, jotta soteuudistuksen todellisuus selkiytyisi ja miten se tarjoaisi hyvän kehyksen entistä laadukkaammalle ja kustannustehokkaammalle sosiaali- ja terveydenhoidolle.

3 Luottamushenkilöorganisaatio ja henkilöstö

3.1 Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen (Pohde) aluekuvaus

Pohteen alue on Pohjois-Pohjanmaan maakunta. Asukasluku 31.12.2022 oli 416 543 henkeä ja pinta-ala 45 851 neliökilometriä, josta maa-alueita 36 828 neliökilometriä. Alue on pinta-alaltaan laaja. Siihen kuuluu Oulun ja sen ympäristön tiheän asutuksen ohella myös harvaanasuttuja seutuja, joilla etäisyydet keskusten välillä ovat pitkiä. Väestö on maan keskiarvoa selvästi nuorempaa ja lapsiperheitä on keskimääräistä enemmän.

Alueen keskuspaikka on Oulu, jossa sijaitsee Oys eli Oulun yliopistollinen sairaala. Yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Pohteen lisäksi, Kainuun, Lapin ja Keskipohjanmaan hyvinvointialueet. Pohteen alueella erikoissairaanhoidon ja ympärivuorokautista päivystystä on Oulaskankaan ja Raahen sairaaloissa sekä Kuusamon terveyskeskuksessa.

3.2 Luottamushenkilöorganisaatiot ennen ja jälkeen uudistuksen

Koko maassa oli ennen uudistusta yhteensä 259 sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastusalan palvelujen järjestäjää. Niistä 27 toimi pelastusosalalla. Nyt uudistuksen jälkeen järjestäjiä on 21 ja Helsinki sekä HUS.

Pohteen alueella oli ennen uudistusta 21 (19 sosiaali- ja terveydenhuollon sekä 2 pelastusalan) järjestäjää ja uudistuksen jälkeen vain yksi.

Mitä tulee luottamushenkilöiden määrään niin keskeisissä vaikuttajatehtävissä eli valtuutettuna, hallituksen, tulevaisuuslautakunnan ja tarkastuslautakunnan jäsenenä on Pohteessa noin 120 ja aiemmissa organisaatioissa yhteensä yli 200.

Aluevaltuutettuja on 79 ja aluehallituksen jäseniä 13. Vastaavasti jo Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (PPSHP) oli 70 valtuutettua ja 11 hallituksen jäsentä sekä tarkastuslautakunta.

Kaikkiaan luottamushenkilöitä alueelliset neuvottelukunnat mukaan lukien Pohteessa on nyt 253 ja ennen uudistusta entisissä organisaatioissa oli yhteensä 399 henkeä eli vähennyttä on 136 luottamushenkilöä.

Kokouspalkkiot olivat vanhoissa organisaatioissa 27–115 €/kokous paitsi PPSHP 200 €/kokous ja Pohteessa ne ovat nyt 123 – 205 €/kokous.

Valmistelu/siirtymävaiheessa on pidetty Pohteessa 11 valtuuston ja 34 hallituksen kokousta. Toiminnan vakiintuessa kokousten määrä laskee käsityksemme mukaan alle puoleen.

Edellä oleva osoittaa, että himmeli ja byrokratia eivät ole lisääntyneet vaan toimielinten ja kokousten määrä on selkeästi vähentynyt ja rakenne selkeytynyt.

Kokouspalkkiot ovat kohonneet muilla kuin valtuutetuilla ja hallituksen jäsenillä selvästi. Tästä syystä, kun siirtymävaiheessa kokousten lukumäärä on tavanomaista huomattavasti suurempi, ovat kokouspalkkiot yhteensä aikaisempaa suuremmat. Uskomme, että toiminnan vakiintuessa ne tulevat laskemaan kutakuinkin aiemmalle tasolle.

3.3 Johtaja-, päällikkö- ja esihenkilötaso ennen ja jälkeen uudistuksen

Pohteen organisaatio syntyi 21 liittyneestä (poistuneesta) organisaatiosta, joista kaksi oli palo- ja pelastustoimialuetta. Poistuvia (lakkautettavia) kuntayhtymiä oli 5, joista suurin oli Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Kuntia, joista henkilöstöä siirtyi, oli 30. Yhteensä henkilöstöä siirtyi noin 18 500 henkilöä 36:sta eri organisaatiosta.

Henkilöstöä luovuttaneista organisaatioista kuntayhtymissä ja kunnissa oli esihenkilö- ja päällikkötehtävissä nimikkeinä mm. kuntayhtymän johtaja, henkilöstöjohtaja, talouspäällikkö, perusturvajohtaja ja sosiaalijohtaja.

Kuntien sotetehtäviä hoitavista henkilöistä olivat liikkeenluovutuksen piirissä ne, joiden työpanoksesta oli yli 50 % sotetehtäviä.

Jo valmisteluvaiheessa Pohteen mukaan oli selvää, että kaikille liikkeenluovutuksen piirissä oleville johtaja-, esimies- ja päällikkötehtävissä toimiville ei ole vastaavaa tehtävää Pohteen tavoiteorganisaatiossa.

Uudessa organisaatiossa oli tavoitteena vakanssipohjaisuus, toisin sanoen ensin on tehtävä/vakanssi ja siihen rekrytoidaan henkilö. Ei niin, että henkilölle "keksitään" tehtävä. Tämä johti siihen, että osa mm. kuntayhtymän johtajista ja kuntien sosiaali- ja terveysjohtajista hakeutui muihin tehtäviin. Rekrytointi johtotehtäviin on tapahtunut pääasiassa sisäisen haun kautta.

Alkuvuodesta 2023 Pohteessa on käyty irtisanomisperusteinen yhteistoiminta-menettely. Perusteena oli se, että organisaatiouudistuksen myötä johtaja-, esihenkilö-, päällikkö-, asiantuntija- ja sihteeritehtävissä työskenteleviä jäi sijoittumatta uuden organisaation mukaisiin tehtäviin.

Neuvottelujen tuloksena 78 henkilöä sijoittui tavoiteorganisaation mukaisiin uusiin tehtäviin, joista viisi olivat määräaikaista tehtäviä. Viisi henkilöä siirtyi liikkeenluovutuksella in-house yhtiön palvelukseen. Henkilöistä 13 ilmoitti jäävänsä eläkkeelle tai irtisanoutui. 19 henkilöä ilmoitti, ettei ota vastaan Pohteen tarjoamaa uutta tehtävää ja näiden henkilöiden osalta työnantajalle syntyi irtisanomisperuste.

Lisäksi syksyn 2022 jälkeen on 47 vastaavissa tehtävissä ollut henkilöä jäänyt eläkkeelle tai irtisanoutunut.

Kokonaisuudessaan yhteistoimintaneuvottelujen ja irtisanoutumisen/eläkkeelle siirtymisen perusteella Pohteella on runsaat 160 johtaja- ja päällikkö- sekä asiantuntijatasoisen henkilötyövuotta vähemmän kuin mitä olisi, jos nämä tehtävät olisi siirretty sellaisenaan hyvinvointialueen organisaatioon.

Pohteen mukaan on selvää, että nykyistä organisaatiota tullaan edelleen uudistamaan, sen rakennetta kehittämään, tiivistämään ja keventämään saatujen kokemusten perusteella. Toiminnassa tullaan korostamaan jatkossakin johtamisen osaamista ja vaikuttavuutta.

4 Sotekustannukset ja ennustettavuus

4.1 Kustannusten kehitys ennen uudistusta

Kunnat ja kuntayhtymät vastasivat sotepalvelujen järjestämisestä 1.1.2023 saakka.

Kuntien sotemenot kasvoivat 2000-luvulla nopeammin kuin virallinen peruspalveluindeksi mukainen laskelma olisi edellyttänyt. Seuraava taulukko osoittaa nettokäyttökustannusten nimellisen kasvun:

Taulukko 1. Soten nettokäyttökustannukset (mrd. €, nimellishinnoin)

Vuosi	2003	2011	2015	2019	2020	2022	2023
Mrd. €	9,6	14,9	17,8	19,2	19,9	21,4	22,7

Lähde: Tilastokeskus 2000–2020. Valtiokonttori 2001–.

Menot ovat kasvaneet vuodesta 2019 vuoteen 2023 eli 4 vuoden (hallituskausi) noin 3,5 miljardia euroa eli 18,2 % (4,5 %/v). Peruspalvelujen hintaindeksi kasvu oli 3,1 %/v eli selkeästi pienempi.

Indeksiin ylittäneet kustannukset (1,4 %/v) on maksettu kuntien kohonneilla verotuloilla, osassa kuntia jopa velalla. Hyvinvointialueilla kuntien joustovaraa ei enää ole, sillä käytettävissä on vain valtion määrittämä laskennallinen summa.

Sotemenoista suurin osuus on terveydenhuoltomenoilla, joten sen kehitystä on syytä tarkastella erikseen. Käyttömenot (julkinen ja yksityinen rahoitus) kasvoivat 2000-luvulla vuoden 2020 hinnoin eli reaalisesti seuraavasti:

Taulukko 2. Terveydenhuollon käyttömenot (Mrd. €, vuoden 2020 hinnoin)

Toiminto	2003	2007	2011	2015	2019	2020
Erikoissairaanhoito	5,5	5,9	6,7	7,2	8,1	8,4
Ikääntyneiden ja vammaisten pitkäaik.hoito + kotihoito*	2,2	2,8	3,2	3,8	4,0	4,2
Perusterveydenhuolto **	3,0	3,3	3,3	2,9	2,9	3,1
Lääkkeet ja muut lääk.kulutustav.	1,3	1,6	1,9	2,1	2,6	2,8
Sair.vak. korvaama yksit. terveydenhuolto	0,8	0,9	1,0	1,1	1,1	1,1
Muu terveydenhuolto	2,9	3,3	3,4	3,4	3,3	3,3
Yhteensä	15,7	17,8	19,5	20,6	22,1	22,9

*Pl. perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon pitkäaikaishoito Ml. kotihoito vuodesta 2015.

**Pl. työterveys-, opiskelu- ja suun terveydenhuolto. Ml. kotisairaanhoito vuoteen 2014 asti.

Lähde: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos THL, Suomi lukuina.

Edellä olevasta tilastosta voi vetää seuraavat johtopäätökset:

1. Perusterveydenhuollon käyttökustannukset ovat vuosina 2003–2020 pysyneet reaalisesti samalla tasolla eli kasvaneet keskimäärin vain inflaation verran.
2. Erikoissairaanhoidon käyttökustannukset ovat kasvaneet 2,9 miljardia (52,3 %) kustannusten nousua enemmän.
3. Suhteellisesti kaikkein eniten eli 1,5 miljardia (115,4 %) ovat kasvaneet lääkkeiden ja muiden kulutustarvikkeiden reaaliset kustannukset.
4. Ikääntyneiden pitkäaikainen hoito ja kotihoito on myös kasvanut melkein kaksinkertaiseksi kustannusten nousua enemmän eli 2,0 miljardia (91 %).

Kasvuluvut kuvaavat terveydenhuollon nykytilaa, jossa perusterveydenhuolto on kärsinyt erikoissairaanhoidon ja ikääntyneiden laitoshoidon viedessä lähes kaikki lisääntyneet henkilöresurssit ja taloudelliset voimavarat.

Liian usein unohdetaan, että uudet kalliit lääkkeet ja terveysteknologian kehitys lisäävät voimakkaasti terveydenhuollon kustannuksia. Tätä ei ole juurikaan huomioitu käytettävissä peruspalvelu/hyvinvointialueindekseissä.

Soteuudistusta arvioitaessa on huomioitava, että vuosi 2021 on taitekohta, jonka jälkeen korona, nopeasti kiihtynyt inflaatio, useiden keskussairaaloitten kallis uudisrakentaminen sekä sotatoimet Ukrainassa muuttivat oleellisesti sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia.

Vuosina 2003–2020 peruspalvelujen hintaindeksi oli keskimäärin 2,26 %. Vuonna 2021 se oli 2,9 % ja 3,7 % vuonna 2022 ja arviolta 5,0 % vuonna 2023. Vahvistettu hyvinvointialueindeksi on vain 2,53 % vuodelle 2024.

Keskeisimmät kustannuksiin vaikuttavat indeksit ja niiden ennusteet ovat seuraavat:

Taulukko 3. Indeksien vuosimuutokset prosenttia:

Indeksi	2020	2021	2022*	2023*	2024*	2025*	2026*	2027*
Kuluttajaindeksi	0,3	2,2	7,1	5,5	2,5	1,6	2,0	2,0
Palkkaindeksi (kaikki)	1,9	2,4	2,5	4,6	3,8	3,1	3,0	3,0
Peruspalv.hintaindeksi	1,1	2,9	3,7	5,0	3,0	2,9	3,6	3,6
Hyvinvointialueindeksi					2,53	2,91	2,87	2,7

*Ennuste. Peruspalvelujen hintaindeksissä on huomioitu lomarahojen palautuminen 2020.

Lähde: Tilastokeskus, ennusteet VM

Hyvinvointialuehintaindeksi muodostuu seuraavista osatekijöistä:

Osatekijä	Painoarvo
Yleinen ansiotasoindeksi	60 %
Kuluttajahintaindeksi	30 %
Työnantajan sosiaaliturvamaksut	10 %

Edellä oleva tarkastelu osoittaa, että hyvinvointialueindeksi ei kuvaa terveydenhuollon todellista kustannuskehitystä. Se on laskelmien mukaan jopa alempi kuin kuntien peruspalveluindeksi. Esimerkiksi työnantajamaksujen alentuminen työttömyyden vähentymisen vuoksi vaikuttaa hyvinvointialueindeksissä 10 prosentin painoarvolla kaikkiin muihinkin terveydenhuollon menoihin.

Tilanteessa, jossa kuluttajahintaindeksi kasvoi 2,2 %:sta vuodessa 7,1 %:iin ja terveydenhuollon meno- ja tulo rakenne oli normaalista poikkeava koronan, lakon ja terveysalan yleistä tasoa korkeamman palkkaratkaisun vuoksi, on täysin luonnollista, että kuntien talousarviot vuodelle 2022 olivat alimitoitettuja.

Talousarvioiden laatiminen ensimmäistä kertaa hyvinvointialueille vuodeksi 2023 poikkesi samoista syistä todellisesta kustannuskehityksestä. Valtion, hyvinvointialueiden ja soteuudistuksen syyllistäminen virhearvioista on täysin perusteetonta, sillä kukaan ei ole pystynyt ennakoimaan näitä muutoksia vuosia aiemmin.

4.2 Kustannusten ennustettavuus vuosille 2022–2024

Lopulliset kunnista ja kuntayhtymistä hyvinvointialueelle siirtyvät nettokustannukset selviävät vasta vuoden lopulla. Tilanteen 10.10.2023 mukaan tilinpäätösoikaisujen ja tarkistusten jälkeen siirtyvät nettokustannukset ovat sosiaali- ja terveys 21,4 Mrd. ja pelastustoimi 0,5 miljardia eli yhteensä 21,9 Mrd. euroa.

Kuluvan vuoden kokonaisrahoitus on laskelmien mukaan maksettava kertakorvaus (noin 680 milj.) ja tilinpäätös- sekä muut oikaisut huomioiden sote 22,7 ja pelastus 0,5 eli yhteensä 23,2 Mrd euroa.

Vuoden 2024 rahoitus on palvelutarvekerroin (283 milj.), uudet tehtävät (11,7 milj.), yliopistollinen sairaalalisä (130 milj.) ja hyvinvointialueindeksilisiä 2,53 % (581 milj.) sekä pelastustoimen tarkistus (12 milj.) huomioiden 24,1 Mrd. euroa.

Pohteen osuus rahoituksesta on 10.10. 2023 tehdyn päivityksen mukaan 1,73 Mrd. vuonna 2023 ja 1,8 Mrd. vuonna 2024. Rahoituksen kasvu ensi vuodelle on siten 76 865 856 €. Pohteen rahoitus vuonna 2024 on 4340 €/asukas valtakunnan keskiarvon ollessa 4352 €.

4.3 Arvioidut alijäämät vuonna 2023 ja rahoituksen riittävyys tulevaisuudessa

Hyvinvointialueiden talousarviot vuodelle 2023 olivat alijäämäisiä paitsi Pohjois-Savon hyvinvointialue. Alijäämä koko maan tasolla oli 894 041 725 euroa. Tilinpäätösennusteen 4.10.2023 mukaan Pohjois-Savon alueen 2,6 miljoonan ylijäämä oli muuttunut 48,5 miljoonan alijäämäksi ja alueiden alijäämä koko maan tasolla oli 1,0 miljardia HUS mukaan luettuna.

Kokonaiskuva tilanteesta on seuraava:

Taulukko 4. Hyvinvointialueiden vuoden 2023 tilikauden yli-/alijäämät

Hyvinvointialue	Talousarvio 2023	Korjattu tilinpäätösennuste*	Asukkaita	Ali-/ylijäämät	Palvelutarveindeksi	
	euroa		Korjattu tilinpäätösennuste/€/asukas		2030	2040
Etelä-Karjalan	-33 294 249	-28 640 688	125 353	-228	109	109
Etelä-Pohjanmaan	-32 475 200	-28 897 504	190 774	-151	104	112
Etelä-Savon	-29 297 000	-40 390 854	130 451	-310	101	104
Helsingin ja Uud.HUS	-0	-66 199 900				
Helsinki	-3 330 132	-18 460 535	664 028	-28	114	128
Itä-Uudenmaan	-27 483 742	-23 582 988	98 972	-238	115	132
Kainuun	-28 997 364	-24 981 524	70 521	-354	100	103
Kanta-Hämeen	-32 732 000	-51 461 947	169 537	-304	108	118
Keski-Pohjanmaan	-8 191 051	-1 355 043	67 805	-20	107	116
Keski-Suomen	-44 000 345	-39 239 984	272 437	-144	108	118
Keski-Uudenmaan	-65 745 141	-53 645 380	203 192	-264	119	140
Kymenlaakson	-89 938 493	-52 202 950	159 488	-327	101	105
Lapin	-43 147 851	-35 921 890	175 795	-204	106	114
Länsi-Uudenmaan	-70 601 108	-67 055 049	486 346	-138	119	137
Pirkanmaan	-63 504 194	-81 184 710	532 671	-152	113	127
Pohjanmaan	-23 332 297	-47 181 271	176 323	-258	107	115
Pohjois-Karjalan	-11 868 916	-27 787 799	162 540	-171	104	111
Pohjois-Pohjanmaan	-55 901 798	-37 728 067	416 543	-91	112	126
Pohjois-Savon	2 661 772	-48 511 351	247 689	-196	107	116
Päijät-Hämeen	-11 779 011	-46 913 671	204 528	-229	108	117
Satakunnan	-59 183 491	-54 998 644	212 556	-259	105	110
Vantaan + Keravan	-63 318 814	-64 586 271	280 495	-230	121	140
Varsinais-Suomen	-98 581 300	-105 075 677	485 567	-216	111	124
Yhteensä, pl. HUS	-894 041 725	-979 803 797	5 533 611	-117	110	122
Yhteensä, ml. HUS	-894 041 725	-1 046 003 697	5 533 611	-189		

Lähde: VM/KAO/vs,4.10.2003.

*Alueiden itse raportoimat tilinpäätösennusteet, joihin on korjattu VM:n toimesta uusimman (31.8.2023) laskelman mukainen valtionrahoitus (valtion rahoituksen korjaus + 145 milj. € suhteessa Tp-ennusteisiin).

Pohteen talousarvio 2023 oli 56 milj. alijäämäinen, mutta oikaistu tilinpäätösennuste lokakuussa oli 37,7 miljoonaa. Toisilla alueilla alijäämä on kasvanut ja toisilla pienentynyt. Eroja alueiden välillä kuvaa ennustettu alijäämä euroa/asukas. Menoennusteet taulukossa perustuvat tilanteeseen 30.6.2023 ja tulot tilanteeseen 4.10. Menot ovat voineet lisääntyä merkittävästikin ilman, että tulot kasvavat.

Pohteelta saadun tiedon mukaan menot ovat kasvaneet niin, että nyt arvioitu alijäämä onkin lähes 60 miljoonaa, jolloin se olisi noin 144 euroa/asukas. Vastaavia muutoksia on ilmennyt muillakin alueilla, joten lukuihin on suhtauduttava suuntaa antavina. Todellinen tilanne selviää vasta vuoden vaihteen jälkeen.

Hyvinvointialueiden rahoitusjärjestelmä toimii tulevina vuosina niin, että vuonna 2025 suoritetaan kustannusten jälkikäteistarkistus. Sillä katetaan vuoden 2023 alijäämät, jotta rahoitus ei irtaannu todellisesta kustannuskehityksestä.

Julkisen talouden suunnitelmassa vuoden 2023 alijäämäksi koko maan tasolla on arvioitu 673 miljoonaa, joka korotettuna vuoden 2025 tasoon olisi 726 miljoonaa ja maksettaisiin vuonna 2025 hyvinvointialueille rahoituslain määräytymistekijöiden perusteella. Varattu määräraha on viimeisimpien tietojen perusteella riittämätön ja selkeästi alimitoitettu.

Palvelutarpeen kasvuksi väestörakenteen muutoksen vuoksi koko maan tasolla arvioidaan keskimäärin noin 1 %/v, Pohteen vastaava luku on noin 1,28 %/v. Siirtymäkautena 2024-2029 määrärahoja korotetaan lisäksi 0,2 prosenttiyksikköä vuosittain kattamaan uudistuksesta arvioituja pysyviä muutuskustannuksia.

Palvelutarpeen kasvua hyvinvointialueittain kuvaa taulukossa 4 palvelutarveindeksi vuonna 2030 ja 2040, kun indeksi vuonna 2020 on 100. Luvut perustuvat THL:n ja Tilastokeskuksen laskelmiin.

Taulukko osoittaa, että alueilla, joilla on tällä hetkellä nuori väestörakenne, palvelutarpeet kasvavat tulevaisuudessa nopeimmin. Näitä ovat esimerkiksi Vantaan/Keravan, Keski-Uudenmaan ja Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueet. Lähes yhtä suuri väestörakenteen muutoksesta aiheutuva palvelutarpeen kasvu on myös Pohteen alueella.

Sen sijaan Kainuun, Etelä-Savon ja Kymenlaakson hyvinvointialueilla palvelutarve säilyi vuoteen 2030 saakka kutakuinkin nykyisellään.

Vuodesta 2025 lähtien palvelutarpeen kasvun rahoituksesta huomioidaan kuitenkin vain 80 %. Tällä pyritään kannustamaan tuottavuuden parantamiseen. Perustuslain ja rahoituslain nojalla hyvinvointialueille on kuitenkin hätätilanteessa oikeus saada lisärahoitusta, jos asukkaiden lakisääteisiä palveluja ei voida muutoin turvata.

Hyvinvointialueiden tämänhetkisen tilanteen valossa, nyt kaavailtu rahoitus vv. 2023-2027 ei tule riittämään. Sitä kuvaa hyvin Pohteen vuoden 2024 talousarvioehdotus, joka olisi ilman sopeutusta noin 150 milj. euroa alijäämäinen.

Pohteen viranhaltijat ovat esittäneet perusteellisen säästötoimenpideohjelman, johon kuuluu merkittäviä rakenne- ja toimintatapojen muutosehdotuksia, joiden säästöt olisivat yhteensä vajaat 100 miljoonaa. Pohteen aluevaltuusto hyväksyi 21.11.2023 noin 90 miljoonan säästöohjelman.

Lainanottovaltuuden ehtojen täyttämiseksi säästöohjelman tulisi olla tätäkin suurempi. Hyvinvointialueiden nykyisessä rahoitustilanteessa ja uusien sairaaloiden rakennustöiden ollessa kesken lainanotto-oikeuden ehdot ovat mielestämme tietyiltä osin epäonnistuneita ja vaatisivat uudelleen harkintaa.

Ongelmat ovat vastaavia muillakin alueilla, sillä Pohde on vuonna 2023 arviolta keskimääräistä paremmassa tilanteessa alijäämäennusteen osalta.

Vaikka hyvinvointialueet ovat ryhtyneet tekemään voimakkaita säästöohjelmia, niin huomioiden nykyiset alijäämäennusteet, sote-kustannusten kasvun historia ja siihen sisäänrakennettu nousudynamiikka katsomme, että lähivuosien rahoitusraameissa pysyminen ei ole mahdollista.

5 Hyvinvointialueiden rahoituslaskelmien realistisuus

5.1 Hyvinvointialueiden vuoden 2023 rahoituksen oikeellisuus ja ajantasaisuus

Valtion vuoden 2003 talousarviossa arvioitiin kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille siirtyvien soten ja pelastustoimen nettokustannuksiksi 21,9 Mrd.

Tämän hetken tietojen mukaan siirtolaskelmien tarkistamisesta johtuen kuntien peruspalvelujen valtionosuuksista on siirrettävä hyvinvointialueiden rahoitukseen 160 milj. euroa, koska kuntien ja kuntayhtymien sotemenot olivat ennakoarviota suuremmat ja ylitystä vastaavat valtionosuudet on maksettava hyvinvointialueelle.

Vastaavasti kunnilta siirrettävät verotulot (veroprosentin lasku 12,64 % sekä yhden kolmasosan alennus kunnan yhteisövero-osuudesta) lisäsi valtion tuloja noin 509 milj. euroa arvioitua enemmän. Tämä verolaskelman summa 509 milj. sekä valtionosuus 160 milj. eli yhteensä noin 670 milj. siirretään vuodesta 2024 alkaen hyvinvointialueiden rahoitukseen.

Vuoden 2023 menorahoitusta korjataan erikseen vastaamaan kuntien vastuulta siirtyneitä soten ja pelastustoimen nettokustannuksia. Korjauksista on maksettu enakkoon 150 milj. euroa (vuoden 2003 I lisätalousarvio) ja kertakorvauksen loppuosa noin 531 milj. euroa maksetaan alueille tammikuussa 2024. Se kuitenkin kirjataan alueiden tuloksi vuodelle 2023. Edellä kuvattujen sote-siirtolaskelmaan liittyvien tarkistusten yhteisvaikutus on noin 1,2 Mrd. euroa.

Valtion vuoden 2024 talousarvioesityksessä (s.290) hallinnonalojen määrärahaesityksissä todetaan seuraavaa:

Taulukko 5.

	Tilinpäätös 1000 €	Varsinainen talousarvio	Eesitys	Muutos 1000 €	%
	2022	2023	2024	2023-2024	
Hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän rahoitus					
30. Hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän rahoitus	2 063 332	20 635 122	24 655 314	4 020 192	19

Tämä taulukko 5 lienee suurin syy siihen, että julkisuudessa on väitetty uudistuksen täysin epäonnistuneen ja siihen tuhlattun mahdollisesti veronmaksajien varoja. Tarkemmin talousarviota tutkimalla ja edellä oleva huomioiden havaitaankin, että vaikka talousarvion luvut sinänsä ovat totta, niin siinä toteutuu vanha sananlasku: ” valhe, emävalhe ja tilasto”.

Todellisuudessa selitys muutokselle on seuraava:

1. Hyvinvointialueiden maksuvalmiuden turvaamiseksi valtion vuoden 2022 talousarvioon/tilinpäätökseen sisältyy ennakkona vuoden 2023 soterahoituksesta maksettu 1,9 Mrd. euroa.
2. Vuoden 2024 talousarvioon sisältyy 0.53 Mrd. kertakorvausta, joka kirjataan ja kuuluu hyvinvointialueiden vuoden 2023 rahoitukseen.

Kun edellä olevat ja muut tarkistukset huomioidaan niin oikea vuoden 2023 rahoituspohja on 23.1 Mrd. € ja talousarvioesitys vuodelle 2024 on 24.1 Mrd. euroa.

Todellisuudessa määrärahan kasvu vuodelle 2024 on noin 1 Mrd. euroa eli 4,3 %. Kun alijäämä vuonna 2023 on ilmeisesti yli miljardi euroa niin vuoden 2024 rahoituskehys tulee osoittautumaan alimitoitetuksi siitä huolimatta, että hyvinvointialueet ovat ryhtyneet voimallisiin säästötoimiin.

Inflaation taso, terveydenhuollon palkankorotusten (palkkaharmonisointi ja palkkarakenneohjelma) keskimääräistä huomattavasti korkeampi taso ja palvelutarpeen kasvu huomioiden kustannusten nousu on hyvin kohtuullinen. Kun alijäämä 2023 on arviolta vähintään 1 miljardi euroa, niin todellisuudessa hyvinvointialueiden vuoden 2023 tilinpäätöksissä menot on jo vuodelle 2024 esitetyn rahoituksen tasolla.

Rahoituksen ajantasaisuus on muun muassa korkeasta inflaatiosta johtuen ongelmallista, jos ja kun tulevatkin vuodet ovat mitä ilmeisimmin alijäämäisiä. Soterahoituslakiin on kirjattu tätä varten jälkikäteistarkastelu, ensimmäisen kerran vuodelle 2025.

Tilinpäätöksistä johtuen ajoitus on kaksi vuotta jäljessä, jonka vuoksi pahimmassa tapauksessa alueilla vyöryy koko ajan jopa useamman miljardin vajuus, joka vie kipeästi kaivattuja voimavaroja jatkuvasti tarvittavalta kehittämistyöltä.

5.2 Hyvinvointialueiden rahoituksen painelaskelma vuosille 2024–2027

Koko Suomen (Manner-Suomen) hyvinvointialueiden nettorahoitus vuonna 2023 on edellä mainitut korjaukset huomioiden 24,1 Mrd. euroa. Siitä Pohteen osuus on 1,7 Mrd. euroa. Rahoitusraamin kasvu vuodelle 2024 on koko Suomessa noin 163 €/asukas ja Pohteen alueella 184 €/asukas.

Hyvinvointialueiden rahoitusta tarkistetaan vuodesta 2024 alkaen vuosittain ottamalla huomioon uusien tehtävien aiheuttamat kustannukset, palvelutarpeen kasvu vuodesta 2025 alkaen 80-prosenttisesti ja hyvinvointialueindeksin muutos sekä jälkikäteistarkistus ensimmäisen kerran vuonna 2025.

Hyvinvointialueindeksin muutos ei seuraa todellisia kustannuksia. Sen ennustetaan olevan tarkasteluvuosina 2,53 %, 2,91, 2,87 ja 2,7 %. Palvelutarveindeksi on aluekohtainen ja alkuvuosina keskimäärin noin 1 %. Lisäksi raamiin lisätään vuosittain noin 0,2 prosenttia lähinnä muutoskustannuslisänä.

Jälkikäteistarkasteluun on varattu vuodesta 2025 alkaen valtion budjetissa 1 Mrd. euroa. Se kuitenkin määräytyy sen mukaan, kuinka paljon todelliset kustannukset eroavat tarkistetuista laskennallisista kustannuksista.

Painelaskelman (10.10.2023) mukaan nettomenot Manner-Suomessa ja Pohteen alueella ovat seuraavat:

Taulukko 6. Nettomenot Manner-Suomessa ja Pohteen alueella

Vuosi	2024	2025	2026	2027	2028	2029
	miljardia euroa					
Koko maa	24,1	25,8	26,8	27,7	28,9	30,0
Pohde	1,81	1,95	2,04	2,12	2,22	2,31

Lähde: VM/KA0 10.10.2023

Painelaskelman mukaan menokasvu on suurin vuodelle 2025, koko maassa 1,7 Mrd.€ ja Pohteen alueella 141 milj. Pienin menokasvu koko maassa 0,9 Mrd. vuodelle 2006 ja Pohteen alueella 82 milj. euroa vuodelle 2027. Suurin kasvu vuonna 2025 johtuu arvioidusta noin 1 Mrd. euron jälkikäteistarkistuksesta.

Hyvinvointialueiden menoista omat henkilöstömenot ovat Pohteella noin puolet eli lähes miljardi euroa. Henkilöstömenoja sisältyy myös vuokratyövoima- ja ostopalveluihin. Palkkakustannuksilla onkin ratkaiseva merkitys talouden hallinnassa ja tasapainottamisessa.

Neljän prosentin palkankorotus lisää Pohteen omia henkilöstömenoja noin 40 miljoonalla eurolla, joten se yhdessä osto- ja vuokratyövoimaan sisältyvien henkilöstömenojen kanssa vie talouden kasvuvaramasta vuosittain noin puolet.

Rahoituksen lähivuosien ongelmat johtuvat suurelta osin vuodelle 2023 arvioidun rahoituksen riittämättömyydestä. Miksi arviot pettivät näin merkittävästi?

Monissa arvioissa on syytetty kuntia alibudjetointia, mutta käsityksemme mukaan sen merkitys on marginaalinen. Keskeisiä syitä ovat käsityksemme mukaan seuraavat asiat.

1. Kuntien terveydenhuollon nettomenot vuonna 2021 olivat koronan takia poikkeavat, koska valtio korvasi täysimääräisesti koronasta aiheutuvat kulut. Samaan aikaan tavanomaiset menot pienenevät, koska ei kiireellisiä leikkauksia ja muita hoitoja jouduttiin lykkäämään henkilöstöpulan vuoksi. Henkilöstöä oli siirretty koronan hoitoon. Näistä syistä soten nettomenot kasvoivat vain noin prosentin vuonna 2021.
2. Vuoden 2023 hyvinvointialueiden määrärahat oli budjetoitava ennen kuin kuntien ja kuntayhtymien vuoden 2022 sotemenojen toteutumasta oli tietoa. Kukaan ei pystynyt ennustamaan niin voimakasta inflaatiota, että kuluttajahintaindeksi nousi 7,1 %. Nousu jatkui myös 2023 hiukan vaimentuneena. Todellisuudessa kuntien sotemenot kasvoivat 2022 kaikkiaan noin 7 prosenttia.
3. Vuoden 2023 soten määrärahamitoitusta arvioitaessa edellä mainittujen asioiden lisäksi sovittiin terveydenhuoltohenkilöstön osalta yleistä linjaa huomattavasti korkeammista palkankorotuksista ja korot nousivat nopeasti.

Edellä mainitut syyt ovat sellaisia, joita eivät kunnat/kuntayhtymät, hyvinvointialueet /valtio eivätkä ennustelaitokset sekä yritykset mukaan lukien pystyneet riittävän ajoissa ennustamaan.

Hyvinvointialueindeksi ei nyky muodossaan mielestämme tunnista riittävästi todellista kustannusnousua, jonka vuoksi lähivuosina ankarista säästötoimenpiteistä huolimatta suunnitellut rahoitusraamit eivät tule riittämään.

6 Voidaanko kustannuksia leikata ja kasvua hidastaa

6.1 Leikkaus vai kasvun hidastaminen

Soten rahoituskeskustelussa on kiistelty siitä, onko hallituksen päätös alentaa sotekustannuksia 1,4 miljardilla eurolla leikkaus vai kasvun hidastamista. Leikkauksesta ja kasvun hidastamisesta on tehty puoluepoliittisia termejä.

Leikkaus voidaan kuitenkin määritellä yksiselitteisesti ilman puoluepoliittista väritystä seuraavasti:

Leikkaus on toimenpide, jolla muutetaan lailla tai muulla säädöksellä päätettyä asiantilaa niin, että sen seurauksena etuus tai muu oikeushyvä heikkenee aiempaan verrattuna.

Perustelu, jonka mukaan säästö ei ole leikkaus, koska käytettävä rahamäärä ei pienene vaan kasvaa edelleen, on kestävä. Jos tällainen perustelu hyväksytään, niin esimerkiksi eläkeindeksin alentaminen ei ole leikkaus, koska eläkkeensaajan eläkkeen määrä euroissa ei pienene vaan se kasvaa edelleen. Mahtaisikohan löytyä sellainen eläkeläinen, jonka oikeustaju hyväksyisi, että kyseessä ei ole leikkaus.

Hallituksen sotepäätöksissä vuoden 2024 rahoitukseksi leikkauksia ovat esimerkiksi lastensuojelun jälkihoidon ikärajan laskeminen 25 vuodesta 23 vuoteen ja ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan mitoituksen (0,7) lykkääminen. Näiden kustannusvaikutus on yhteensä – 101 miljoonaa euroa.

Kiistely siitä, onko kyseessä leikkaus vai kasvun hidastaminen on sinänsä tarpeeton ja lähinnä akateeminen kysymys, sillä pääasia on, että kaikille kansalaisille voidaan turvata perustuslain ja sotelakien mukaiset riittävät terveystaloudelliset ja sosiaalinen hyvinvointi.

6.2 Kustannustavoitteista päättäminen ja menettely tavoitteiden saavuttamiseksi

Keskustelussa on syytetty liian hätäisestä ja huonosta valmistelusta, joka aiheuttaa paljon lisäkustannuksia. Todellisuudessa uudistusta on valmisteltu liian pitkään, sillä vanhan sanonnan mukaan, ”kun asia pitkittyy, niin se mutkistuu”. Ja juuri näinhän sotien osalta on käynyt.

Valmistelijat ovat myös ennustaneet, että siirtymävaihe on pitkä ja julkista taloutta vahvistavia säästöjä ei ole saavutettavissa tällä vuosikymmenellä.

Paljon on syytetty siitä, että kyseessä on vain hallinnonuudistus ja kymmeniä ellei satoja erilaisia tietojärjestelmiä jää edelleen. Tällöin on unohdettu, että toiminnallisia muutoksia varten on oltava tiedossa puitteet, joissa toimintatavat uudistetaan. Tietojärjestelmien yhtenäistäminen on myös aikaa vaativa ja kallis tehtävä. Tietysti perusratkaisuksi oli erilaisia vaihtoehtoja, mutta kun valinta on tehty, niin on turha haikailla niitä enää tässä vaiheessa.

Nyt on vältettävä äkkiratkaisuja. Sen sijaan hyvinvointialueille on taattava työrauha, jonka puitteissa alueet kehittävät organisaatioonsa tarvittavia rakennemuutoksia ja uusia toimintatapoja yhdessä ja erikseen.

Alueet ovat keskenään erilaisia maantieteellisten olosuhteiden ja ennen kaikkea nykyisen ja tulevan väestörakenteensa vuoksi.

Alueille pitää asettaa kunnianhimoiset kustannustavoitteet, mutta samalla on otettava huomioon mm. seuraavat seikat:

1. Jos tavoitteet ovat epärealistisia, sillä tulee olemaan organisaation toimintaa ”lamauttava vaikutus” eikä saavuteta parasta lopputulosta.
2. Perustuslain säädökset ja epärealistisen tiukat budjettiraamat voivat joutua ristiriitaan, koska järjestelmässä ei ole enää kuntien ”joustovaraa”, joka aiemmin pelasti kuntayhtymät ylityksiltä. Se kaikki purkautui perusterveydenhuollon ”kuihtumisena” ja lukuisten kuntien veroprosenttien nousuna, osalla myös lisävelkaantumisenä.
3. Hyvinvointialueilla on merkittäviä kustannuksia, joihin ne eivät voi itse suoraan vaikuttaa kuten energian, veden ja lääkkeiden hintoihin sekä korkoihin.

Paras tulos on saavutettavissa ennakkoluulottomilla toimintatapojen muutoksilla, innovoinnilla ja hyvällä yhteistoiminnalla valtion ja alueiden kesken.

6.3 Henkilöstövoimavarat, ongelma vai ratkaisu sotekustannusten hillinnälle

Sotekeskustelussa henkilöstöpula on ollut vakava huolenaihe. Tällä hetkellä se koskettaa jo kaikkia henkilöstöryhmiä jossakin osassa Suomea. Keskiössä ovat olleet kuitenkin terveyskeskuslääkärit ja eri alojen erikoislääkärit (psykiatrit, silmälääkärit), sairaanhoitajat, lähihoitajat, psykologit ja sosiaalityöntekijät.

Suomessa asuu noin 22 000 työikäistä lääkäriä, joista puolet toimii julkisessa erikoissairaanhoidossa, 20 % terveyskeskuksissa ja 30 % yksityisessä terveydenhuollossa. Kaikkiaan neljännes (25 %) työskentelee osa-aikaisina. Lääkäreitä oli 6 000 enemmän vuonna 2020 kuin 2000-luvun alussa.

Lääkäriliitto (Peppiina Saastamoinen) on tehnyt selvityksen terveyskeskusten lääkäritilanteesta 5.10.2022. Sen mukaan terveyskeskuksissa oli 4 074 lääkärin tehtävää, joissa työssä olevia viranhaltijoita oli 1990,5 eli alle puolet, sijaisia tai ei sijaistarvetta 1 116,5 tehtävää, ostopalvelu/ulkoistaminen 642 tehtävän osalta.

Lääkärivajeeksi terveyskeskuksissa arvioitiin 325 eli 8 prosenttia. Vaje vaihteli paljon, sillä suurin se oli Pohjois-Karjalassa 35 %, Etelä-Karjalassa 25 ja Itä-Savossa 20. Kaikkiaan vaje oli alle 10 % kymmenessä sairaanhoitopiirissä, joista vajetta ei ollut neljässä piirissä.

Terveyskeskuslääkäreiden tehtävien määrä on pysynyt lähes samana vuodesta 2016 alkaen. Lääkärivajekin on pysynyt samana vuoteen 2020 saakka. Se on kasvanut jonkin verran kahtena viime vuotena. Lääkäreiden suhteellinen määrä on alentunut terveyskeskuksissa vuoden 2019 25 prosentista 20 prosenttiin vuonna 2022.

Sairaanhoitajia työskenteli vuonna 2019 noin 73 400 ja 76 600 vuonna 2021. Sairaanhoitajien vajeeksi vuonna 2021 arvioitiin 8 000 ja nyt yli 16 000 henkilöä.

Lähihoitajia oli vuonna 2020 työssä vajaat 80 000 ja vajeeksi vuonna 2021 arvioitiin alle tuhat ja nyt 8 800. Lähihoitajia otetaan koulutukseen vuosittain noin 10 000, mutta työmarkkinoille heistä tulee vain muutamia tuhansia.

Sosiaalityöntekijöitä on kaikkiaan 7 200, joista kunnissa 4700 ja lisää tarvittaisiin 4 300. Koulutusta yliopistoissa on lisätty.

Laillistettuja psykologeja 6500, joista työssä 5 000. Kunnissa heitä on 3700 ja lisätarve 1 800. Määrän arvioidaan lisääntyvän noin 150 henkilöllä vuodessa.

Kansainvälisesti psykologien ja sosiaalityöntekijöiden määrä Suomessa on kohtuullinen, mutta he eivät hakeudu julkiselle puolelle.

Ratkaisua henkilöstöpulaan on pyritty hakemaan jo vuosia. Lääkäriopintoihin otettavaa määrää on nostettu 750 opiskelijaan/vuosi. Sen lisäksi ulkomailla valmistuu vuosittain noin 300, joista suurin osa palaa Suomeen. Uusia lääkäreitä tulee työmarkkinoille noin 1 000 vuodessa.

Sairaanhoitaja ja lähihoitajaksi opiskelevien paikkoja on lisätty, mutta ensisijaisten hakijoiden määrä on vähentynyt. Aloittajien määrän kasvusta huolimatta valmistuvien määrä ei ole kasvanut samassa suhteessa. Erityisesti lähihoitajista suuri osa on jatkanut opintoja tai työllistynyt muille aloille.

Puute pätevistä sosiaalityöntekijöistä johtuu mielestämme ennen kaikkea siitä, että pätevyysvaatimukset on nostettu ”liian korkealle”.

6.4 Henkilöstövoimavarojen lisäys ei mahdu rahoitusraameihin

Nykyisellä toimintarakenteilla ja -tavoilla hyvinvointialueiden palvelutarve vaatii merkittäviä lisäyksiä henkilöstövoimavaroihin. Tarvetta lisäävät voimaantulevat henkilöstömitoitukset sekä ennen kaikkea väestön ikääntyminen pidemmällä tähtäyksellä.

Palvelutarveindeksi kasvaa erityisen voimakkaasti ikääntyneiden laitoshoidon osalta kuten ennen uudistustakin on tapahtunut (Taulukko 2). Erityisen voimakasta kasvu on nykyisin ikärakenteeltaan nuorten hyvinvointialueiden osalta. Seuraavassa muutamia esimerkkejä, kun tarveindeksi on 100 vuonna 2020.

Taulukko 7.

Hyvinvointialue	Tarveindeksi/vuonna		Kasvu %	
	2030	2040	2020–2030	2030–2040
Vantaa/Kerava	161	223	61	39
Keski-Uusimaa	161	233	61	45
Länsi-Uusimaa	157	218	57	38
Pohjois-Pohjanmaa	148	205	44	42
Itä-Uusimaa	144	205	44	42

Taulukossa ovat ne hyvinvointialueet, joissa palvelutarve ikääntyneiden laitoshoidon osalta yli kaksinkertaistuu vuoteen 2040 mennessä. Pienin indeksi vuonna 2040 on 147 Etelä-Karjalassa ja maan keskiarvoindeksi 183.

Sotekustannusten kasvun hillitsemiseksi ja kannustavuuden lisäämiseksi palvelutarpeen kasvusta otetaan vuodesta 2025 lähtien rahoituksessa huomioon vain 80 %. Käsitteemme mukaan rahoituslakia on muutettava tältä osin alueiden liian voimakkaan eriytymisen vuoksi.

Merkillepantavaa on terveydenhuollon eri toimintojen kustannusrakenteen voimakas muutos. Kun edellä oleva tarveindeksi lähes kaksinkertaistuu vuoteen 2040 mennessä koko

maankin tasolla, niin perusterveyden kasvu on vain reilut 20 % ja viime vuosikymmeninä nopeasti kasvanut erikoissairaanhoidon indeksin kasvu on vain 7 % ja joillakin hyvinvointialueilla tarve jopa alenee (eniten Etelä-Savossa 6 %).

Henkilöstöpulan ratkaisemiseksi koulutusta lisätään ja työperäistä maahanmuuttoa pyritään edistämään. Lisäväkeä ehkä saadaan mutta, onko hyvinvointialueilla vara palkata heitä rahoitusraamien puitteissa? Mielestämme ei ole, koska henkilöstökustannukset muodostavat ostopalveluineen yli puolet kaikista kustannuksista.

Terveydenhuolto on ala, jossa kysyntä on periaatteessa rajaton. Ongelmia ei voi ratkaista vain lisäämällä rahaa ja henkilöstövoimavaroja. Tämän vuoksi kysyntää on mahdollisuuksien mukaan rajoitettava tarjonnalla. Sen toteuttaminen vaatii kuitenkin suunnitelmallisuutta ja aikaa.

Nykytilanteessa on myös kysyttävä, kuinka kustannustehokasta meidän terveydenhuoltomme on ollut? Olemmeko antaneet korkeasti koulutetuille ammattihenkilöille tehtäviä, jotka eivät vaadi heidän ammattitaitoaan. Vaikka suoriteperuste ei ole terveydenhuollossa hyvä mittari, niin seuraavan taulukon pitäisi antaa aiheutta pohdintaan.

Taulukko 8. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon suoritteita vuosina 2000–2020

Terveyskeskus	2000	2010	2018	2019	2020
	Tuhatta käyntiä tai jaksoa				
Avohoitokäynnit*	25 131	27 191	/ 25 138	23 804	20 935
Lääkärikäynnit	10 350	7 129	/ 6 444	5 949	4 664
Muut	14 780	18 796	/ 18 694	17 855	16 271
Erikoissairaanhoido					
Avohoitokäynnit**	5 693	7 858	10 495	11 268	11 666
Päiväkirurgiset hoitojaksot	219	287	426	457	445
Vuodeosastojen hoitojaksot	962	816	734	731	662

*Pl. hammashuolto, työterveyshuolto, kotihoito ja kotipalvelu

**Sisältää käynnit julkisessa erikoissairaanhoidossa

/ viivan eri puolilla olevat tiedot eivät ole täysin vertailukelpoisia

Lähde: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL, Suomi lukuina

Taulukon perusteella näyttää siltä, että henkilöstön ja potilaiden kohtaaminen erityisesti perusterveydenhuollossa on selvästi vähentynyt kokonaisuudessaan myös työntekijää kohden. Osasyys on varmaan korona, mutta syyt sekä keinot asian korjaamiseen on selvitettävä.

Lyhyellä aikavälillä rahoitusraameja on korotettava ja henkilöstöä joudutaan palkkaamaan lisää, mutta pidemmällä tähtäyksellä tarvitaan panostamista muihin asioihin. Muutoin menokasvu ei pysy hallinnassa. Näistä toimenpiteistä tarkemmin johtopäätös/suositusosiossa.

7 Johtopäätökset

Esittämiemme lukujen ja taulukoiden sekä niistä tehtyjen havaintojen perusteella johtopäätöksemme selvityksen kohdassa 2.2. esitettyihin väittämiin ovat seuraavat:

Väite A.

Soteuudistus on himmeli, joka paisuttaa luottamushenkilöhallintoa sekä lisää korkeapalkkaisia johtajatehtäviä ja esihenkilöitä aiheuttaen näin suuria lisäkustannuksia!

Todellisen kuvan saamiseksi uutta hallintoa on verrattava aikaisempaan alueellisesti hajanaiseen ja määrältään moninkertaisiin organisaatioihin.

Valtakunnallisesti palvelujen järjestäjien lukumäärä on alentunut 259:stä (232 sote- ja 27 pelastusalalla) 21 hyvinvointialueeseen ja Helsinki (omana hyvinvointialueena) sekä HUS-yhtymään.

Esimerkkinä käytetyllä Pohteen alueella järjestäjien lukumäärä on alentunut 21:stä (19 sote- ja 2 pelastusalalla) yhteen järjestäjään. Luottamushenkilöiden määrä on selkeästi alentunut, vaikka se ei ollut välttämättä tavoitteenakaan.

Julkisten sote- ja pelastuspalvelujen järjestämisen ja tuottamisen organisaatio on yksinkertaistunut sekä selkeytynyt. Siksi hyvinvointialueiden hallinnon himmeliksi nimittämiseksi ei ole minkäänlaisia asiallisia perusteita. Se on täysin keksitty puoluepoliittinen/ideologinen lyömäase uudistuksen halventamiseksi.

Korkeapalkkaisten johtajatehtävien ja esihenkilöiden määrästä ennen ja jälkeen uudistuksen meillä ei ole ollut käytettävissä valtakunnallisia lukuja. Pohteen alueen osalta olemme selvittäneet asiaa yksityiskohtaisemmin luvun 3 kohdassa 3.3.

Yhteenvetona voi todeta, että Pohteen alueella laaditun tavoiteorganisaation käyttöönotolla ja irtisanomisperusteisen yhteistoimintamenettelyn tuloksena palveluksessa on loppuvuonna yli 160 johtaja-, päällikkö- ja asiantuntijatasen henkilötyövuotta vähemmän kuin olisi, jos kaikki siirtyneet tehtävät olisi sijoitettu sellaisenaan hyvinvointialueen organisaatioon. Kustannussäästö on arviolta lähes 20 miljoonaa euroa vuositasona.

Virheellistä mielikuvaa on vahvistettu uudistuksen vastustajien ja valitettavan monen tiedotusvälineenkin ansaitsemistarkoituksessa laaditut kohjutut aloittavien hyvinvointialueiden ylimmän johdon suurilla palkkoilla.

On selvää, että johdon palkkaukseen vaikuttaa organisaation koko. Suuruus on suhteellinen käsite ja riippuu siitä, mihin tai keneen verrataan.

Hyvinvointialueiden välillä voi olla eroja palkattujen johtotason henkilöiden määrässä. Ne eivät kuitenkaan johdu uudistuksesta itsestään vaan sen toteutustavasta. Siksi tämäkin osa väitteestä on mielestämme enemmän tarua kuin totta.

Väite B.

Soteuudistus on epäonnistunut, sillä menot ylittivät useilla miljardeilla jo ensimmäisenä vuonna ja kasvavat nopeasti jatkossakin!

Soteuudistuksen rahoituskohu johtuu suurelta osin vuoden 2023 perusrahoituksen riittämättömyydestä sekä valtion talousarvion ja hyvinvointialueiden talousarvioiden /tilinpäätösten eritahtisuudesta.

Vuoden 2023 rahoituksen riittämättömyyden perussyy oli vaikeus ennustaa kunnilta siirtyvien sotetehtävien todelliset kustannukset vuodelta 2022. Siirtymäkauden arvaamattomia tekijöitä olivat mm. korona, sota Ukrainassa ja ennen näkemättömän korkea inflaatio.

Kunnat eivät myöskään enää panostaneet odottaessa uudistusta vuodesta toiseen. Suurempi syy kuin kuntien haluttomuus vuoden 2022 menokasvun hidastumiseen on kuitenkin se, että koronan, ylityökiellon ja lakon vuoksi henkilöstöä ei ollut käytettävissä juuri muuhun kuin kiireelliseen hoitoon.

Hallitusneuvottelujen ja valtion vuoden 2024 talousarvion yhteydessä hämmästyttä herätti, kun vuoden 2024 budjettiin tarvittiin noin 3,5 Mrd suurempi summa kuin vuoden 2023 talousarviossa oli. Kyse oli kuitenkin suurelta osin budjettitekniikasta.

Hyvinvointialueiden maksuvalmiuden turvaamiseksi Marinin hallitus oli budjetoitunut ja maksanut 1,9 Mrd € jo vuoden 2022 talousarviossa vuodelle 2023 kuuluvia menoja. Lisäksi vuoden 2024 talousarviossa on yli 500 miljoonaa euroa kertakorvauksena maksettavia menoja, jotka tulee kirjata hyvinvointialueilla vuoden 2023 tuloksi.

Kun edellä olevat oikaisut huomioidaan, niin todellisuudessa vuoden 2024 valtion talousarvioon budjetoidut menot ovat vain vajaan miljardin vuoden 2023 todellisia määrärahoja suuremmat.

Tiedämme jo nyt, että valtion vuoden 2024 talousarviossa hyvinvointialueille varatut määrärahat eivät tule riittämään. Vuodelle 2023 ennustetut sote-alijäämät yhteensä noin 1,2 Mrd merkitsee sitä, että hyvinvointialueiden todelliset nettokustannukset vuonna 2023 ovat suuremmat kuin valtion vuoden 2024 talousarvioon varatut rahat.

Sotemenot kasvavat muita menoja nopeammin myös tulevana vuosina. Suurimmat syyt ovat väestön nopea ikäänntyminen, lääkehoidon ja hoitoteknologian kallistuminen sekä henkilöstömitoitusten kiristymisen. Hyvinvointialueet eivät pysty korvaamaan niitä kokonaan tuottavuuden kasvulla.

Kustannusten kasvun syynä ei ole kuitenkaan uudistus vaan edellä mainitut asiat. Tilanne näyttäytyy ongelmallisena, koska kunnat eivät toimi enää joustovarana ja laskujen maksajina kuten aiemmin.

Selkeästi uudistuksesta johtuva pysyvä kustannusten kasvu on palkkaharmonisointi, joka on arvioijasta riippuen 150–400 miljoonaa euroa vuositasolla. Sillä toteutetaan kaikkien hyväksymää periaatetta, samasta työstä kaikille sama palkka.

Edellä esitetty huomioiden soteuudistus ei ole mielestämme epäonnistunut. Sen toimeenpanon yhteydessä ei ole pystytty arvioimaan kaikkia odottamattomia kustannuksiin vaikuttavia tekijöitä. Useimmat niistä ovat sellaisia, että kukaan muukaan ei ole pystynyt ennakoimaan niitä riittävän ajoissa. Todellisuudessa kustannusten nousu on melko hyvin linjassa sotemenojen historiallisen kasvun kanssa.

Väite C.

Sotekustannusten kasvua on leikattava ja alijäämät katettava palveluja keskittämällä! Erityisesti vaaditaan hallintokustannusten leikkauksia.

Mielestämme on selvää, että kustannuksia on pyrittävä leikkaamaan/hillitsemään kuitenkin niin, että perustuslain säännökset täyttyvät. Yhtä selvää on, että alijäämiä ei pystytä kattamaan palveluja keskittämällä, sillä se johtaa entistä erikoissairaanhoidopainotteisempaan hoitoon. Suuntauksen tulisi kuitenkin olla päinvastainen kohti perusterveydenhuollon vahvistamista.

Hyvinvointialueiden vuoden 2023 alijäämiä vertailtaessa on vaikea löytää yhteistä tekijää, joka vaikuttaisi alijäämän suuruuteen. Pienen alijäämän alueita on asukasluvultaan pieniä (Keski-Pohjanmaa, Pohjois-Karjala) ja suuria (Helsinki, Pirkanmaa, Pohjois-Pohjanmaa).

Suuren alijäämän hyvinvointialueet ovat pieniä (Kainuu) ja suurehkoja Pohjois-Savo ja Keski-Suomi). Suurimmat alijäämät ovat Lapin ja Etelä-Savon alueilla, joita yhdistää se, että niissä on kaksi keskussairaala ja vanhusvoittoinen ikärakenne.

Jos alueita yhdistetään, niin palkkaharmonisointi on edessä uudestaan ja monet muutkin siirtymävaiheen ylimääräiset kustannukset, joten sieltäkään ei löydy ainakaan kattavaa ratkaisua.

Keskittämisen ongelmana on myös se, että pitkien etäisyyksien alueella eivät läheskään kaikki hoivatyössä olevat henkilöt voi seurata mukana ja henkilöstöpula vain pahenee.

Vertailussa kiinnittää huomiota se, että pienistä alijäämän alueista Keski-Pohjanmaan ja Pohjois-Karjalan alueilla erikoissairaanhoido ja terveyskeskukset sekä sosiaalitoimi on integroitu jo vuosia aiemmin. Näin ollen siellä on voitu kehittää toimintoja kuten muillakin hyvinvointialueilla pitää tehdä tulevina vuosina. Siksi hyvinvointialueet tarvitsevat nyt työrauhaa.

Olisiko taloudellisin ratkaisu, että keskitys koskisi vain erityisen vaativia toimintoja ja muita erikoissairaanhoidon palveluja tarjottaisiin ainakin suuremmilla hyvinvointialueilla useammassa toimipaikassa. Tämä voidaan toteuttaa ilman, että alueita yhdistellään tai alueista tehtäisiin liian yliopisto/keskussairaalavetoisia.

Terveyskeskuksia ja toimipisteitä voidaan myös säilyttää entistä useammassa kunnassa, kun luokitellaan niille palveluiltaan erilaisia tehtäviä. Nämä yksiköt voivat edesauttaa myös etälääkäritoimintaa.

Hallinto- ja muiden tukipalvelujen kustannusten leikkaaminen on lähtökohtaisesti oikea tavoite. Kuitenkin on muistettava, että niiden määrä on säilytettävä tasolla, joka pystyy pitämään kokonaisuuden hallinnassa ja kehittämistyön käynnissä. Hallintokustannusten osuus kokonaiskustannuksista ei ole kuitenkaan niin suuri, että niiden leikkaus ei tuo kuitenkaan yksistään ratkaisua ongelmiin kuten monet kuvittelevat.

Johtopäätöksemme on, että alueita yhdistämällä ja toimintoja voimakkaasti keskittämällä alijäämiä ei pystytä kattamaan eikä ongelmia ratkaisemaan. Osaratkaisuna niitäkin joudutaan silti käyttämään.

8 Suosituksia toimenpiteiksi

Maamme terveydenhuoltojärjestelmän yhtenä ongelmana on pidetty monikanava-rahoitusta. Julkisen terveydenhuollon lisäksi merkittävä osuus kokonaisuudessa on osittain julkisrahoitteinen työterveyshuolto sekä Kelan kautta maksettavat lääkäri- ja muut terveydenhuollon korvaukset.

Tätä ongelmaa ei ole pystytty ratkaisemaan pikemminkin päinvastoin, sillä Orpon hallitus päätti korottaa Kelan maksamia korvauksia kustannusvaikutukseltaan 500 miljoonalla eurolla.

Monikanavarahoitus on etenkin työterveyshuollon osalta niin ongelmallinen ja ”pyhänä pidetty” ettei sen enempi käsittely ole tässä yhteydessä tarpeellista.

Edellä esittämiemme tilastojen ja analyysien perusteella on kiistämätöntä, että hyvinvointialueet eivät pysty nykyisen rahoitusmallin puitteissa kokonaan kattamaan rahoitusvajettaan toimintaansa tehostamalla. Siksi on tehtävä pikaisesti vaikuttavia toimenpiteitä ja pidemmällä tähtäyksellä vaikuttavia toimenpiteitä kustannusten hillitsemiseksi. Muutoin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen suhde vääristyy entisestään.

Orpon hallitus on kuitenkin ilmoittanut, että se säilyttää hyvinvointialueiden rahoitusmallin ennallaan vuosina 2023–2025. Hallitus on ilmoittanut sitoutuvansa tavoitteeseen, jossa kustannusten kasvua hillitään vuoden 2023 julkisen talouden perusuraan verrattuna 1,4 miljardilla eurolla vuoteen 2027 mennessä ja yhteensä 3 miljardilla eurolla vuoteen 2031 mennessä kansalaisten perustuslailliset oikeudet huomioiden.

Pidämme yllä olevaa valtiovarainministeriön hyvinvointialueiden rahoitusmallin kehittämisen valmisteluryhmän asettamispäätökseen 3.11.2023 kirjattua tavoitetta epärealistisena.

Tilanteen helpottamiseksi teemme seuraavat ehdotukset:

Nopeavaikutteisia toimenpide-ehdotuksia hyvinvointialueita koskevan lainsäädännön muuttamiseksi:

1. Hyvinvointialueindeksin muuttaminen

Nykyinen hyvinvointialueindeksi kuvaa erittäin heikosti sosiaali- ja terveydenhuollon kustannustekijöiden todellista muutosta. Ongelma korostuu erityisesti korkean inflaation aikana, kuten juuri nyt uudistuksen siirtymävaiheessa.

Hyvinvointialuejohtajien verkoston arvion mukaan hyvinvointialueindeksi kattaa arviolta vain noin 17 % hyvinvointialueiden kustannustason todellisesta muutoksesta.

Indeksirakenteen muutos tulee valmistella niin, että se tulisi voimaan viimeistään 1.1.2025 ja sitä käyttäen voitaisiin laskea vuoden 2024 lisätalousarvioon tarvittava lisämäärärahatarve.

Indeksin muuttaminen todellisuutta vastaavaksi alentaisi merkittävästi tai jopa poistaisi jälkikäteistarkistuksen määrärahatarpeen. Menot ja tulot kirjautuisivat kuitenkin ainakin pääosin samalle vuodelle. Samalla se säästäisi hyvinvointialueiden lyhytaikaisista lainoista aiheutuvia korkomenoja. Muutos ei periaatteessa lisäisi kokonaiskustannuksia vaan ainoastaan niiden vuosittaisia ajoituksia.

Osittain korvaava vaihtoehto lyhyellä aikavälillä tälle olisi esimerkiksi 85-prosenttinen ennakkomaksu arvioidusta jälkikäteistarkistuksen määrästä.

2. Asiakkaiden matkakulujen korvausten siirto Kelalta hyvinvointialueille

Toimivassa järjestelmässä ei saa olla mahdollisuutta toimintojen/kustannusten osioimintoihin. Kun menoissa säästetään, esimerkiksi harvennetaan palveluverkkoa, niin siitä aiheutuvat lisäkustannukset toisaalla on kohdennettava toimijalle, koska molempien kulujen alkuperäinen maksaja on sama eli tässä tapauksessa valtio. Tällöin säästö päätös perustuu tai ainakin pitäisi perustua järkevään kokonaisharkintaan. Tämäkään ehdotus ei aiheuta valtiolle lisäkustannuksia.

3. Alijäämien kattamisvaatimuksen soveltaminen vuodesta 2025 alkaen

Hyvinvointialueiden rahoitusta koskevia tilastoja analysoitaessa ja huomioiden kuntien vuoden 2023 arvioidut vahvasti ylijäämäiset tilinpäätökset, on kiistatonta, että hyvinvointialueille vuodelle 2023 siirretty alimitoitettu perusrahoitus on yksi keskeisistä syistä alkuvuosien alijäämiin.

Tämän vuoksi pidämme perusteltuna Hyvinvointialuejohtajien verkoston (H23) esitystä, että hyvinvointialueiden alijäämän kattamisvaatimusta sovelletaan ensimmäisen kerran vasta vuodesta 2025 alkaen. Tällöin hyvinvointialueen tulee kattaa vuosien 2023 ja 2024 alijäämät sekä vuosina 2025–2027 mahdollisesti kertyvät alijäämät vuoden 2027 loppuun mennessä.

Alijäämän kattamiseen ehdotettu muutos ei lisäisi valtion rahoituksen kokonaismäärää vuosina 2023–2027, mutta se antaisi hyvinvointialueille lisäaikaa ratkaista ongelmia ja tasapainottaa taloutta vaurioittamatta kohtuuttomasti palvelujärjestelmää. Sen avulla voitaisiin etsiä ratkaisua myös pitkäaikaisen lainanotto-oikeutta koskevaan ongelmaan.

Esitystä puoltaa myös se, että vuoden 2026 lopussa on selkeämpi kuva hyvinvointialueiden rahoituksen kokonaistilanteesta tehtäviä päätöksiä varten.

4. Digitaalisten terveyskeskusten perustaminen/etälääkäritoiminta

Pohteen alueella maakunnan eteläosassa on aloitettu digitaalinen terveyskeskustoiminta, josta kokemukset ovat myönteisiä. Niiden perustaminen eri alueille mahdollistaisi perusterveydenhuollon tilanteen tehostamisen ja säästäisi voimavaroja.

Etälääkäritoimintaa pitää kehittää edelleen ja liittää siihen mahdollisuuksien mukaan myös tekoäly. Kun nykyisin älysormuksissa on jo käytössä monia elintoimintoihin liittyviä asioita, voisi kuvitella, että hälytysrannekkeiden tilalle kehitettävillä älykelloilla voisi seurata kustannustehokkaasti kotihoidossa olevien asiakkaiden vointia.

5. Omalääkäritoiminta ja yrittäjämuotoisen terveyskeskuslääkäritoiminnan kokeilu

Omalääkäritoiminnasta on myönteisiä kokemuksia jo ennen soteuudistusta. Käsityksemme mukaan se soveltuisi parhaiten alueille, joilla lääkärien vaihtuvuus ei olisi kovin suurta.

Yrittäjämuotoisen yleislääkäritoiminnan kokeilu voisi tuoda uutta dynamiikkaa perusterveydenhuoltoon.

Pidemmän aikavälin toimenpide-ehdotuksia/kommentointia kehittämistyöryhmän toimeksiantoon:

Valtiovarainministeriön 3.11.2023 asettaman kehittämistyöryhmän toimeksiannossa hallitusohjelman linjauksia toteuttavat lainsäädäntömuutokset ja esitysten antamiset on jaksotettu vuosille 2024–2026. Jaksottaminen on välttämätöntä sekä lainsäädäntöä valmistelevien henkilöiden työtaakan että perusteellisen valmistelun kannalta.

Toimeksiannossa esitetään jälkikäteistarkistusta koskevat muutosehdotukset annettavaksi eduskunnalle vuoden 2024 kevädistuntokaudella ja sovellettavaksi vuonna 2024 jälkikäteistarkistuksessa vuonna 2026.

Tarkoituksena on luoda jälkikäteistarkasteluun kannustavuuden lisäämiseksi omavastuuosuus siten, että se olisi vuoden 2024 osalta esimerkiksi 5 % ja nousisi asteittain 30 prosenttiin vuonna 2029 alkaen. Prosentit tarkentuisivat valmistelun aikana.

Rahoitusmallin tarve- ja olosuhdetekijöitä ja hyvinvointikerrointa koskevat esitykset tulisi antaa eduskunnalle alkukevästä 2025 ja ne tulisivat samoin voimaan vuonna 2026.

Hallitusohjelman kustannusten hillintää toteuttavat toimet tulee valmistella vuoden 2025 aikana siten, että eduskunta hyväksyisi ne keväällä 2026 ja tulevat voimaan 1.1.2027.

Mielestämme ministeriön kehittämistyöryhmää tulisi täydentää Hyvinvointialuejohtajien verkoston esityksen mukaan hyvinvointialueiden edustajalla, ellei jäsenenä niin pysyvänä asiantuntijana.

6. Kommentti jälkikäteistarkistuksen muutoksen toimeksiantoon

Periaatteessa jälkikäteistarkistuksen omavastuuosuuden käyttöönotto on järkevä lähestymistapa kannustavuuden näkökulmasta. Ongelma on kuitenkin pääosin ratkaistu, jos hyvinvointialueindeksi korjataan edes lähelle todellisuutta edellä esittämällämme tavalla.

Keinotekoista ratkaisua, jossa jälkikäteistarkistussumma pidetään tietoisesti suurena ja sille määrätään omavastuuosuus, emme pidä hyväksyttävänä.

Toinen tärkeä huomioitava seikka on, että omavastuuosuuden suuruutta harkittaessa on otettava huomioon, että palvelutarveindeksin mukaisista kustannuslisäyksistä otetaan huomioon vain 80 prosenttia vuodesta 2025 alkaen.

Tällä seikalla on paljon suurempi kannustavuutta lisäävä tekijä ja se koskee ennen kaikkea tällä hetkellä nuoren väestörakenteen omaavia hyvinvointialueita. Siksi on tärkeää koordinoita nämä tekijät lainvalmistelun yhteydessä.

Tarve- ja olosuhdetekijöitä arvioitaessa toivomme tutkittavan, missä määrin työterveydenhuollon piirissä olevan väestön suhteellinen osuus sekä yksityislääkäritoiminnan tarjonta vaikuttavat hyvinvointialueen palvelutarpeeseen ja sitä kautta kustannuksiin.

Vuoden 2027 alusta voimaantulevia säästötoimia koskevista muutoksista lainsäädäntöön olisi hyvä saada parlamentaarinen sopu. Muutoin hallitusohjelman mahdollisesti vaihtuessa voimme olla taas uusien muutosten edessä eikä se ole hyvä rahoituksen vakauden ja jatkuvuuden kannalta.

Muita toimenpide-ehdotuksia:

7. Työryhmän asettaminen terveydenhuoltoa koskevien normien ja määräysten tarkistamiseksi

Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi asettaa asiantuntijatyöryhmä, jonka tehtävänä olisi käydä läpi terveydenhuollon nykyiset turvallisuusmääräykset esimerkiksi pienempien leikkausten ja synnytysten (pl. riskisynnytykset) osalta sekä työnjako lääkäreiden, sairaanhoitajien, lähihoitajien ja hoiva-avustajien välillä.

Professiot alalla ovat tunnetusti vahvoja, mutta olisiko kokonaisuusturvallisuus ja taloudellisuus sekä muiden pohjoismaiden määräykset huomioden mahdollista joustaa?

8. Henkilöstöpulan ratkaisukeinoja harkintaan

Sotealueilla on suuri pula muun muassa sosiaalialan henkilöstöstä erityisesti lastensuojelussa. Tiedämme hyvin, että yliopistokoulutus antaa valmiuksia tehtävien hoitoon. Kun päteviä vaaditun tutkinnon suorittaneita ei ole riittävästi, on harkittava poikkeavia keinoja.

Maassamme on aiemminkin järjestetty mm. opettajapulan aikana poikkeus- ja pätevoittämiskoulutusta, joiden perusteella on myönnetty pätevyksiä tai erivapauksia.

Meillä ei ole asiantuntemusta esittää yksityiskohtaisia normeja enempää tämän kuin 7. kohdankaan osalta, mutta asiantuntijoita löytyy, jos heidät vain pannaan töihin.

9. Lainanottovaltuusmenettelyn arviointi

Hyvinvointialueiden lainanottovaltuuksista päättäminen ja niiden ehdot ovat hyvinvointialueiden toiminnan alkuvaiheessa ongelmallisia.

Ymmärrämme hyvin, että koska valtio vastaa pääosin koko hyvinvointialueiden rahoituksesta niin se haluaa kontrolloida myös hyvinvointialueiden velkaantumista.

Hyvinvointialueiden lainat edellyttävät valtion takauksen ollakseen riskittömiä lainan myöntäjien kannalta, koska alueilla ei ole verotusoikeutta. Näin lainojen korko saadaan myös alemmaksi.

Hyvinvointialueiden lainojen takaisinmaksukykyä arvioitaessa laskennallinen lainanlyhennys saadaan lain mukaan jakamalla kokonaislainamäärä kymmenellä ja se on mielestämme korkea kynnyks. Erityisen ongelmallinen se on niille alueille, joissa on juuri valmistunut nykyaikainen sairaala tai joissa rakennustyö on vielä kesken.

Erikoissairaalamerkostohan rakennettiin aikoinaan pääosin reilun vuosikymmenen kuluessa ja niiden uudelleen rakentaminen on ajankohtainen lähes samanaikaisesti.

Normaalisti myös kunnissa käytössä olevassa liikekirjanpidossa investointeihin otetut lainat tulevat maksuun kasvaneina poistoina. Hyvinvointialueiden osalta näin ei ole.

Toivomme, että valtio ottaisi uudelleen arvioitavaksi lainanottovaltuuksia koskevan hyvinvointialueiden lainojen takaisinmaksukykyyn arvioinnin laskentakaavan.

9 Verotusoikeus vai ei?

Mahdollinen verotusoikeus on ollut esillä ja valmistelussa soteuudistuksen yhteydessä. Kysymykseen ei ole tarvetta paneutua yksityiskohtaisesti tämän raportin yhteydessä. Sen sijaan periaatetasolla esitämme mielipiteemme.

Periaatteessa kannatamme pienimuotoista 1–3 prosenttiyksikön verotusoikeutta hyvinvointialueille. Se on olennainen osa itsehallinnon käsitettä ja antaisi myös edes hiukan joustovaraa nykyiseen järjestelmään oman rahoituksen muodossa. Verolla pitäisi olla alaraja 1 prosentti ja yläraja 3 prosenttia.

Katsomme, että aivan lähivuosina verotusoikeuden toteuttaminen ei ole järkevää eikä mahdollista. Syynä on se, että kuntien veroprosenttien erot ovat suhteellisesti nousseet yli kaksinkertaisiksi uudistuksen yhteydessä. Jos rinnalle luodaan hyvinvointialueiden myös erisuuruiset veroprosentit, joutuvat kansalaiset verotuksellisesti niin eriarvoiseen asemaan, että sitä käsityksemme mukaan on mahdotonta toteuttaa perustuslain yhdenvertaisuutta koskevan säädöksen puitteissa.

Niin hyvinvointialueiden kuin kuntienkin rahoituksen osalta eletään siirtymäkautta. Kuntien rahoitusrakennelma on nykyisellään vain keinotekoinen tekninen rakennelma, joka oli pakko luoda uudistuksen yhteydessä, jotta kuntien keskinäinen rahoitusasema ei muuttuisi kohtuuttomasti ja jotta myöskään kenenkään henkilön verotus ei nousisi. Verotulojen tasaustakaan ei tehdä nykyisin kuntien kesken vaan sen maksaa valtio.

Edessä on vuosien työ, jonka tuloksena tulee olla todellinen kuntien palvelujen rahoitusjärjestelmä, joka antaa kaikille kunnille mahdollisuudet hoitaa niille kuuluvat tehtävät kohtuullisella veroprosentilla.

Taulukot ja lähteet

Taulukko 1	Soten nettokäyttökustannukset (Mrd. €, nimellishinnoin). Lähde Tilastokeskus 2000-2020. Valtiokonttori 2001.	13
Taulukko 2	Terveydenhuollon käyttömenot (Mrd. €, vuoden 2020 hinnoin). Lähde: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos THL, Suomi lukuina.	13
Taulukko 3	Indeksien vuosimuutokset prosenttia. Lähde: Tilastokeskus, ennusteet VM.	14
Taulukko 4	Hyvinvointialueiden vuoden 2023 tilikauden yli-/alijäämät. Lähde: VM/KAO/vs,4.10.2023.	16
Taulukko 5	Valtion vuoden 2024 talousarvion määrärahaesitykset. Lähde: Vuoden 2024 talousarvioesitys s. 290.	18
Taulukko 6	Nettomenot Manner-Suomessa ja Pohteen alueella. Lähde: VM/KAO 10.10.2023	20
Taulukko 7	Hyvinvointialueiden palvelutarpeen suurimmat kasvut. Lähde: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos THL, Suomi lukuina.	23
Taulukko 8	Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon suoritteita vuosina 2000-2020. Lähde: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos THL. Suomi lukuina.	24

Kunnallisan kehittämissäätiön Julkaisut-sarjassa ovat ilmestyneet

1 Sami Borg & Sari Pikkala
KUNTAVAALITRENDIT (2017)

2 Toim. Soile Pohjonen & Marika Noso
KANSALAINEN KESKIÖN! NÄKÖKULMIA SOTE-UUDISTUKSEEN (2017)

3 Markku Lehto
MIKSI HANKE EI ONNISTUNUT – VAI ONNISTUIKO SE? (2017)

4 Tapio Häyhtiö
OSALLISUUTTA SOTE-PALVELUIHIN PALVELUMUOTOILEIMALLA? (2017)

5 Veera Värtinen
TUTKIJAT JA SOSIAALISEN MEDIAN KÄYTTÖ (2017)

6 Esko Hussi, Esa Mäkinieniemi & Erkki Vauramo
IKÄÄNTYVÄ VÄESTÖ JA TOIMINTAKYVYN YLLÄPITO (2017)

7 Matti Wiberg (toim.)
FAKTAT JA POLITIIKKA (2017)

8 Antti Mykkänen
VALTUUTETTUIJEN ILMAPUNTARI 2017- KUNNAT, MAAKUNNAT JA YHTEISTYÖ (2017)

9 Sanna Laulainen, Helena Taskinen, Jere Rajaniemi, Erja Rappe, Päivi Topo & Sari Rissanen
KUMPPANUUDELLA KUNTOON–KUNTIEN JA JÄRJESTÖJEN YHTEISTYÖ IÄKKÄIDEN TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ (2017)

10 Auli Valli-Lintu
SOTE- JA KUNTARAKENTEEN PITKÄ KUJANJUOKSU (2017)

11 Esa Ahonen, Maire Ahopelto, Matti Heikkinen, Marjo Huovinen-Tervo & Eeva Mäntymäki
NÄIN TEHDÄÄN SAUMATON SOTE-KAINUUN HILJAINEN TIETO 2003–2017 (2017)

12 Anneli Hujala & Johanna Lammintakanen
PALJON SOTE-PALVELUJA TARVITSEVAT IHMISET KESKIÖN (2018)

13 Anita Kangas
AKTIIVISET OSALLISTUJAT – KUNTALAISET KULTTUURI- JA LIIKUNTAPALVELUJEN KEHITTÄJINÄ (2018)

14 Juha Talvitie
100 VUOTTA KAAVOITUSTA – MUUTTUVA MAANKÄYTTÖ (2018)

15 Erkki Vauramo, Seppo Ranta, Jonna Taegen & Ira Verma
SOTE-PALVELUT MUUTTUVAT UUDISTUKSESTA HUOLIMATTA - KONSORTION TYÖN TULOKSET 2015–2017 JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET (2018)

16 Kaija Saranto, Eija Kivekäs, Sari Palojoki, Ulla-Mari Kinnunen, Olli Sjöblom & Reima Suomi
TIEDONKULUN VAIKUTUS SOTE-PALVELUJEN MAINEESEEN (2018)

17 Jasmin Penttinen
ARVIO KUNTIEN KOTISIVUISTA (2018)

- 18 Tomi Venho
KABINETIN PUOLELLA
SÄÄTIÖT JA PUOLUERAHOITUS SUOMESSA (2018)
- 19 Niina Laine, Paula Timonen, Anne Halmetoja, Suvi Hakoinen, Heini Kari & Hanna Kortejärvi
HOIVAYKSIÖISSÄ LÄÄKEHUOLLON JA -HOIDON PITÄISI OLLA JOUKKUEPELIÄ (2018)
- 20 Roosa Talvitie, Hannu Rantanen & Eeva Hämäläinen
KUNNAN ROOLI TURVALLISUUDESSA KOROSTUU (2018)
- 21 Raitio Katja, Sevón Eija & Rönkä Anna
DIGITAALINEN OPPIMISPELI VAUVAPOLKU: VANHEMMUUTEEN VALMISTAUTUMISTA
PELILLISEN OPPIMISEN KEINAIN (2019)
- 22 Hannes Manninen & Tapani Tölli
HELSINKI VS. MUU SUOMI – VASTAKKAINASETTELUSTA YHTEISYMMÄRRYKSEEN (2019)
- 23 Timo Aro, Susanna Haanpää ja Anna Laiho
YRITYSDYNAMIIKKA KUNTIEN ELINVOIMATEKIJÄNÄ (2019)
- 24 Jyri Manninen, Anna Karttunen, Matti Meriläinen, Anna Jetsu &
Anna-Kaisa Vartiainen
HYVINVOINTIA JA SOSIAALISTA PÄÄOMAA – KANSALAIPOISTON MERKITYS KUNNALLE JA
ALUEELLE (2019)
- 25 Jorma Niemelä
JÄRJESTÖT SOTE-SUOMEA RAKENTAMASSA (2019)
- 26 Sakari Möttönen
SOTE-UUDISTAMISEN ANATOMIA. YHTEISKUNTAPOLIITTISIA NÄKEMYKSIÄ SOSIAALI- JA
TERVEYDENHUOLLON REFORMISTA (2019)
- 27 Auli Valli-Lintu
SOTE- JA KUNTARAKENTEEN PITKÄ KUJANJUOKSU – OSA II (2019)
- 28 Jukka Pellinen, Vesa Voutilainen, Kari Sippola, Toni Mättö ja Antti Rautiainen
RISKIEN HALLINNAN KÄYTÄNNÖT SUOMEN SUURIMMISSA KAUPUNKIKONSER-NEISSA (2019)
- 29 Erkki Vauramo
SOTE - PYRAMIDISTA PALVELUVERKKOON. IKÄÄNTYMINEN JA NIUKKA TULEVAISUUS (2019)
- 30 Mimmu Alanko, Marja Kankaanranta & Saana Mehtälä
DIGITAALISET PORTFOLIOT SUOMALAISESSA VARHAISKASVATUKSESSA (2020)
- 31 Pekka Kettunen
KUNTIEN MAAHANMUUTTOPALVELUT: HAASTEITA VAI HYVIÄ KÄYTÄNTEITÄ (2020)
- 32 Anne Kallio
KUNTIEN TYÖLLISTYMISPALVELUT – ELINVOIMAN VAHVISTAMISTA VAI SOSIAALIPALVELUA?
(2020)
- 33 Arto Haveri
TULEVAISUUDEN KUNTAJOHTAMINEN (2020)
- 34 Taina Peltonen
KOULUTUSVIENNI – KUNTIEN UUSI PALVELUTUOTE? (2020)
- 35 Olli-Pekka Ryytänen, Erkki Vauramo, Teemu Malmi & Ville Koikkalainen
SOTE JA IKÄÄNTYMISEN ONGELMAT – SELVIÄMISPOLUN ETSINTÄÄ (2020)

36 Marja Keväjärvi, Maria Lindholm & Arto Reiman
ETTÄ JOKU NÄKEE MUT – OMAISHOITAJAN HYVINVOINTI JA TARPEET
(2020)

37 Antti Mykkänen
KUNTADEMOKRATIA – VALTUUTETTUKYSELY 2020 (2021)

38 Fredriika Jakola & Eeva-Liisa Prokkola
VOIDAANKO RAKENNERAHASTOILLA VAIKUTTAA? KUNTIEN NÄKÖKULMA
(2021)

39 Toni Ryyänen, Torsti Hyyryläinen & Ryo Umeda
DIGITAALISET ALUSTA EKOSYSTEEMIT JA KUNTIEN ELINVOIMA –
TAPAUSTUTKIMUS JAPANISTA (2021)

40 Riikka Lämsä, Mia Niemi & Marjaana Seppänen
KOTI SAIRAALANA – ONNISTUNEEN KOTISAIRAALATOIMINNAN
EDELLYTYKSET (2021)

41 Juha Hämäläinen
SOSIAALISESTI KESTÄVÄ YHTEISKUNTA – LÄHTÖKOHTIA, SUUNTA VIIVOJA,
REUNA EHTOJA (2021)

42 Tiina Mäkelä & Marja Kankaanranta
COVID-19-PANDEMIAN VAIKUTUKSET TULEVAISUUDEN
OPPIMISYMPÄRISTÖIHIN (2021)

43 Tuomas Zacheus, Mira Kalalahti, Janne Varjo & Samira Harjula
YHTEISTYÖ NUORTEN OPINTO- JA URAOHJAUKSESSA (2021)

44 Hanna Wass, Timo M. Kauppinen, Paula Saikkonen & Heikki Hiilamo
KENEN HYVINVOINNISTA PUOLUEET VÄLITTÄVÄT? (2021)

45 Esa Ahonen, Maire Ahopelto, Matti Heikkinen, Marjo Huovinen-Tervo,
Terho Pekkala & Eija Tolonen (toim.)
SOTE-SOPAN KEITTOKIRJA – SOTE-UUDISTUKSEN TAUSTATEKIJÄT JA
KÄÄNNEKOHDAT (2021)

46 Ilmo Parvinen, Olli-Pekka Ryyänen & Erkki Vauramo
TEESEJÄ SOTEKESKUSTELUUN (2021)

47 Ilmo Parvinen
SUOMEN TERVEYDENHUOLTO 2036 kansalaiskeskeisenä ja valtiovastuisena
(2021)

48 Mari Kangasniemi, Helena-Leino-Kilpi, Tanja Moilanen, Oili
Papinaho, Helena Siipi, Sakari Suominen & Riitta Suhonen
HOIDON LAIMINLYÖNNIT IKÄÄNTYNEIDEN YMPÄRIVUOROKAUTISESSA PALVELUSSA –
itse määräämisoikeus ja ihmisarvoinen hoito (2021)

49 Auli Valli-Lintu
SOTE- JA KUNTARAKENTEEN PITKÄ KUJANJUOKSU - SOTEN
UUSI ALKU, OSA III (2021)

50 Anna-Maija Pyykönen, Johanna Lammintakanen & Aini Pehkonen
SYRJIIKÖ DIGITALISOINTI IHMISIÄ SOSIAALIPALVELUISSA? (2022)

51 Satu Ojala, Markku Sippola & Paul Jonker-Hoffrén

JULKISALOJEN PALKKANEUVOTTELUT MÄÄRITTÄVÄT KOKO PALVELUJÄRJESTELMÄN
TULEVAISUUTTA
(2022)

52 Antti Mykkänen
SUOMALAISEN KUNTAJOHTAMISEN TILA JA TULEVAISUUS 2022 (2022)

53 Samuli Aho & Jari Kaivo-oja
KUNTASUKU-PROJEKTI: SUOMEN KUNTIEN LAPSI-, VANHUS- JA VÄESTÖLLISEN
HUOLTOSUHTEEEN TARKASTELUA MAAKUNTATASOLLA KÄYTTÖTALOUDEN NÄKÖKULMASTA
AJANJAKSOLLA 2015–2019 (2022)

54 Linnéa Henriksson ja Janette Huttunen
KUNNALLISET VAIKUTTAMISELIMET JA VAIKUTUSVALLAN MONET PUOLET –TUTKIMUS
NUORISOVALTUUSTOJEN, VANHUSNEUVOSTOJEN JA VAMMAISNEUVOSTOJEN
VAIKUTUSVALLASTA (2022)

55 Marita Rautiainen ja Suvi Konsti-Laakso
TASEEN ROINASTA STRATEGIAKSI: STRATEGINEN OMISTAJUUS KUNNISSA (2022)

56 Leena Forma, Mari Aaltonen, Pia Teräväinen ja Jutta Pulkki
MIKÄ MAKSAA JA KUKA MAKSAA? IKÄÄNTYNEIDEN HOIDON KUSTANNUKSET JA RAHOITUS -
PILOTTITUTKIMUS
(2023)

57 Lotta-Maria Sinervo, Meri Pulkkinen, Katri Yrjölä ja Harri Laihonen
KESTÄVÄ KUNTATALOUS: RAPORTOINNISTA KESTÄVYYDEN JOHTAMISEEN
(2023)

58 Raimo Ikonen, Timo Kietäväinen, Markku Lehto ja Rauno Lämsä
RAKENTEET KUNTOON – EHDOTUKSIA JULKISEN HALLINNO REMONTTIIN
(2023)

59 Olli-Pekka Ryyänen & Erkki Vauramo
HYVINVOINTIALUEIDEN SEURAAVA ASKEL
(2023)

60 Sami Borg
MAAKUNNAT VERTAILUSSA - TAUSTARAPORTTI MAAKUNTIEN RAKENNETEKIJÖISTÄ JA KAKSIN
MAAKUNTAPUNTAREISTA
(2023)

61 Ira Verma SOTE-TILOJEN KÄYTTÖTARKOITUKSEN MUUTOS – KÄYTÖSTÄ POISTUVIEN TILOJEN
KEHITTÄMINEN RESURSSIVIISAASTI (2023)

62 Akseli Tiensuu & Anni Jäntti HYVINVOINTIALUEIDEN VAIKUTTAMISTOIMIELIMET
KANSALAISSOSALLISTUMISEN KANAVINA (2023)

63 Timo Aro, Rasmus Aro, Tuomas Hanhela ja Eero Laesterä ALUEIDEN VÄLISET ELINVOIMA-,
VETOVOIMA- JA PITOVOIMAEROT (2023)

64 Sami Borg KUNTAJOHTAJAT KUNTIEN JA HYVINVOINTIALUEIDEN YHTEISTYÖSTÄ (2023)

65 Hannes Manninen & Tapani Tölli TOTTA VAI TARUA – Soteuudistuksen himmeli-, byrokraatia- ja
kustannusten kasvuväitteet lukujen valossa – mitä pitäisi tehdä? (2023)

Hannes Manninen & Tapani Tölli

**TOTTA VAI TARUA – Soteuudistuksen himmeli-,
byrokrania- ja kustannusten kasvuväitteet lukujen
valossa – mitä pitäisi tehdä?**

Mihin perustuvat väitteet soteuudistuksen hallintohimmeleistä ja ennen näkemättömästä kustannusten miljardikasvusta? Onko sotehallinto paisunut vai keventynyt? Mitä pitäisi tehdä?

Näihin kysymyksiin antavat vastauksiaan lukujen valossa suomalaisen kunta- ja yhteiskuntapolitiikan vahvat tuntijat, kaupunkineuvos Hannes Manninen ja valtiopäiväneuvos Tapani Tölli.