

Olli Savela

Kuka maksaa sote-laskut?

Sote-hankkeen tavoitteeksi on asetettu leikata julkisen sektorin sote-menoja 3 miljardilla eurolla vuoteen 2029 mennessä eli vuonna 2029 sote-menot olisivat 3 miljardia euroa pienemmät kuin niiden muutoin ennustetaan olevan. Se tarkoittaa noin 15 prosentin leikkausta menoihin. Sosiaali- ja terveystoimen menot ovat runsaat puolet kuntien menoista, vuonna 2016 kuntasektorin sosiaali- ja terveystoimen toimintamenot ja investoinnit olivat yhteensä 21,4 miljardia euroa.

Sama tavoite on ilmaistu myös niin, että sote-menot saisivat kasvaa reaalisesti 0,9 prosenttia vuodessa sen sijaan, että niiden nyt ennustetaan kasvavan 2,4 prosenttia vuodessa. 2000-luvulla menot ovat kasvaneet tätäkin enemmän.

Väestön ikääntyessä 0,9 prosentin menokasvu tarkoittanee käytännössä tarvevakioitujen reaaliemenojen pientymistä. Esimerkiksi Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan 85 vuotta täyttäneiden määrän arvioidaan kasvavan vuodesta 2017 vuoteen 2029 keskimäärin 2,8 prosenttia vuodessa.

Säästötavoitetta pidetään yleisesti epärealistisena. Muun muassa professori Jussi Huttunen arvioi, että ”säästötavoite ei ole realistinen. Uskallan sanoa, että tällä järjestelmällä ei

päästä lähellekään tavoitetta. Mikäli kustannuksia halutaan vähentää, se joudutaan tekemään palveluja heikentämällä.” Professori Martti Kekomäki on samaa mieltä: ”Tavoite on epärealistinen ... Kilpailu estää tulevien toimijoiden välillä sellaisen yhteistyön, joka olisi tuonut kokonaisuutena säästöjä.” (*Helsingin Sanomat* 23.12.2016)

Entistä epärealistisemmaksi tavoite tuli siinä vaiheessa, kun Sipilän hallitus päätti niin sanotun valinnanvapauden liittämistä hankkeeseen. Sote-hankkeen alkuvaiheessa säästötavoite taisi olla koko hankkeen keskeisin tavoite. Nyt tärkeimmäksi tavoitteeksi näyttää muodostuneen sote-palveluiden yksityistäminen. Säästöjäkin tietysti edelleen tavoitellaan, mutta niiden toteutuminen on aiempaa epävarmempaa.

Palvelupisteitä lakkautetaan

Säästötavoite voisi toteutua lähinnä kahdella tavalla. Ensinnäkin keskittämällä palveluita ja karsimalla lähipalveluita. Sitra julkaisi maaliskuussa 2016 Oulun yliopistolla teettämänsä selvityksen, jossa laskettiin, miten palvelut voisi keskittää vuoteen 2025 mennessä niin, että asukkaiden etäisyydet palveluihin pitenisivät mahdollisimman vähän.

Selvityksen mukaan ympärivuorokautisten päivystyspisteiden lukumäärää voisi vähentää 48:sta (vuonna 2015) 34:än (vuonna 2025). Hallitus onkin jo vienyt eduskunnassa läpi ns. laajan päivystyksen keskittämisen nykyisestä 19 sairaalasta vain 12 sairaalaan.

Keskussairaaloiden lukumäärä vähenisi selvityksen mukaan 20:stä 16:en ja synnytyssairaaloiden määrä 26:sta 21:en. Terveysasemia vähennettäisiin 548:sta 329:än eli melkein puoleen. Eniten terveysasemia karsittaisiin Var-

sinais-Suomessa, missä 63 terveysasemasta jäisi jäljelle vain 24. Selvitys sisältää karttakuviot siitä, mitkä palvelupisteet jäisivät jäljelle.

On selvää, että jos tämä toteutuu, hyvin suurella väestönosalla, sadoilla tuhansilla ihmisillä, matka palveluihin pitenee. Näin tapahtuu erityisesti maaseudulla.

Keskittämistä on perusteltu myös lääketieteellisillä perusteilla. Esimerkiksi synnytyssairaaloiden palvelutason säilyttämisen sanotaan vaativan keskittämistä. Tällöin ei ole otettu huomioon riskialttiiden matkasynnytysten yleistymistä eikä sitä, että entistä useamman synnyttäjän pitää muuttaa hyvissä ajoin lähemmäksi sairaalaa, mikä aiheuttaa monenlaisia käytännön hankaluuksia ja lisämenoja.

Monet kunnat ovat aidosti ja syystä huolissaan palvelujen keskittämisestä. Keskittämisen uhka on johtanut siihen, että jotkut kunnat ovat tehneet pitkäaikaisia, jopa 10 – 15 vuoden pituisia sote-palveluiden kokonaisulkoistuksia säilyttääkseen palvelut oman kuntansa alueella. Tällaisia sopimuksia ovat pystyneet toteuttamaan vain alan muutamat suurimmat yritykset.

Ulkoistukset eivät ole johtaneet myöskään kustannusten laskuun. Esimerkiksi Mänttä-Vilppula ulkoisti sote-palvelunsa vuodesta 2013 alkaen Pihlajalinnalle, joka mainostaa kunnan säästäneen ratkaisulla. Todellisuudessa ennen ulkoistusta sosiaali- ja terveyspalveluiden nettomenot asukasta kohti olivat Mänttä-Vilppulassa noin 15 prosenttia korkeammat kuin Suomessa keskimäärin. Ulkoistuksen jälkeen ero on jopa hieman kasvanut.

Palvelupisteiden karsinnasta kertoo myös kunnissa yleinen huoli tyhjiksi jäävistä sote-kiinteistöistä. Ainakin ensimmäiset 3 - 4 vuotta maakunnat vuokraisivat kunnilta tarvitsemansa rakennukset. Tällöin ”turhat” kiinteistöt ja niitä varten otetut velat jäisivät rasittamaan kuntien talout-

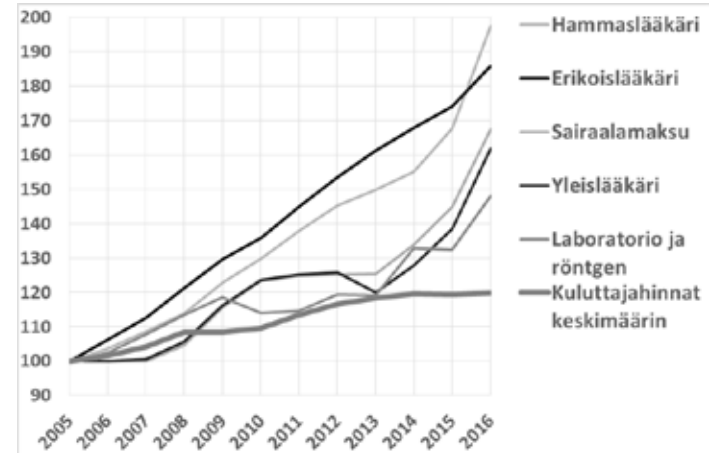
ta. Vuokrauksesta saattaa tulla myös pysyvä käytäntö. Konsulttiyhtiö Nordic Healthcare Group on arvioinut (*Kuntalehti* 13/2016), että avopalveluiden kiinteistöistä 5 – 15 prosenttia voisi jäädä käyttämättä seuraavan viiden vuoden aikana. Sote-käytöstä poistuvien kiinteistöjen pinta-ala on raportin mukaan arviolta 1,2 – 1,4 miljoonaa neliometriä ja sen laskennallinen arvo on 700 – 760 miljoonaa euroa.

Kuntien omistamien lakisääteisten kuntayhtymien, kuten sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien, omaisuus ja velat siirtyisivät korvauksetta maakunnille, kun kuntayhtymät lakkautetaan. Velkaa kuntayhtymillä ei juuri ole mutta mittava omaisuus kylläkin. Myös kuntien irtain omaisuus kuten sote-rakennusten kalusteet ja välineistö siirtyisivät maakunnille ilman, että niistä maksettaisiin korvausta kunnille. Tällaisen järjestelyn perustuslainmukaisuutta sopii epäillä. Joka tapauksessa kyse on mittavasta kuntien omaisuuden haltuunotosta.

Palvelupisteiden karsinta myös myönnetään aika yleisesti. Esimerkiksi Kuntaliiton pääekonomisti Minna Punakallio sanoi *Kuntalehdessä* (2/2016): ”Tasapainottaminen kolmella miljardilla edellyttää paitsi henkilöstösäästöjä niin myös voimakasta palveluverkon karsimista ja toimintatapojen uudistamista.”

Asiakasmaksuja nostetaan

Toinen tapa saada säästöjä julkisiin menoihin ovat asiakasmaksujen korotukset, joita hallituksen mukaan on tulossa lisää. Terveyspalvelujen asiakasmaksut ovat viime vuosina nousseet huomattavasti yleistä hintatasoa nopeammin. Kun yleinen hintataso on vuoden 2005 jälkeen noussut noin 20 prosenttia, ovat terveyspalveluiden hinnat kohonneet 50 – 100 prosenttia.



Kuvio 1. Terveyspalveluiden ja yleisen hintatason kehitys, 2005 = 100. Lähde: Kuluttajahintaindeksi, Tilastokeskus

Erityisesti hammaslääkäreiden ja muiden erikoislääkäreiden taksat ovat kohonneet 2000-luvulla. Osittain tähän on vaikuttanut se, että Kelan maksukorvausten osuus on pienentynyt, jolloin asiakkaalle on jäänyt isompi maksuosuus.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakasmaksuja korotettiin useimmissa kunnissa hallituksen esityksen mukaisesti vuonna 2016 ”normaalin” indeksikorotuksen lisäksi 27,5 prosenttia, yhteensä siis noin 30 prosenttia. Esimerkiksi terveyskeskusmaksu on nyt yleisesti 20,90 euroa. Oheisessa kuviossa voi havaita yleislääkäreiden taksojen alentuneen vuonna 2013. Tämä johtui pelkästään siitä, että Helsingin kaupunki luopui silloin terveyskeskusmaksusta. Muissa kunnissa terveyskeskusmaksu säilyi. Todennäköisesti se palaa myös Helsinkiin, koska maakunnan alueella maksujen pitää olla kaikkialla samat.

Maksujen korotuksista kärsivät eniten paljon sairastavat, jotka eivät ole työterveyshuollon piirissä tai joilla ei ole yksityisiä terveysvakuutuksia. Pienituloisille terveysmenot ovat huomattavasti suurempi rasite kuin suurituloisille.

Terveysmenoista vain lääkkeiden hinnat ovat 2000-luvulla laskeneet muun muassa lääkekaton ja rinnakkaislääkkeiden käyttöönoton takia, mutta lääkkeidenkin hinnat ovat kohonneet vuoden 2012 jälkeen. Vuonna 2017 lääkekorvauksiin tehdään 134 miljoonan euron leikkaus, mikä toteutetaan korottamalla erityisesti diabeteslääkkeiden omavastuita.

Kuntien rahat valtion kautta maakunnille

Maakunnat tulevat saamaan rahansa valtiolta, joka siten pääsee säätelemään rahoitusta ja toimintaa tarkasti. Maakuntien rahoituslakiin aiotaan kirjata menorajoittimet, joiden mukaan menot saavat kasvaa enintään puoli prosenttia enemmän kuin ansiotasoindeksistä, kuluttajahintaindeksistä ja työnantajan sosiaalivakuutusmaksuista koostuva maakuntaindeksi. Tämä tarjoaa erityisesti valtiovarainministeriölle tilaisuuden karsia sosiaali- ja terveysmenoja. Kunnat eivät voi enää päättää itsenäisesti sote-menoistaan ja palveluistaan. Tässä mielessä sote-hanke on vallan kaappaus kunnilta valtiolle. Päätösvaltaa keskitetään rankasti.

Rahoituksen jakautuminen maakuntien kesken määräytyisi pääasiassa ikärakenteen ja hoitotarpeen perusteella. Tällöin jotkut maakunnat hyötyisivät nykyiseen tilanteeseen verrattuna ja jotkut häviäisivät. Käytännössä rahoituksen karsinta johtaisi siihen, että kaikki maakunnat häviäisivät.

Mielenkiintoinen tilanne syntyy, jos maakunnan rahat alkavat marras-joulukuussa olla lopussa. Mitä silloin tehdään? Siirretäänkö vähemmän kiireellinen hoito seuraavaan vuoteen vai turvautuvatko maakunnat lyhytaikaisiin lainoihin ja säästävät seuraavana vuonna? Pitkäaikaisia lainoja maakunnille ei sallita.

Maakunnille ei ole tulossa verotusoikeutta ainakaan alkuvaiheessa. Hallitus kavahtaa uuden veron käyttöönottoa peläten veroasteen nousua. Maakuntien aito itsehallinto jää toteutumatta, niistä tulee vain valtionhallinnon jatkeita.

Kunnilta siirtyisi rahoitusta maakunnille 17,7 miljardia euroa vuositasolla. Kunnat menettävät neljällä tavalla: kunnallisveroprosentteja alennetaan, kuntien osuutta yhteisöverosta pienennetään, kuntien valtionosuudet sosiaali- ja terveyspalveluihin leikataan ja kunnat menettävät asiakasmaksutulot. Keskimäärin kuntien tulomenetyksen pitäisi vastata menojen vähennyksiä, mutta käytännössä joillekin kunnille jää jäljelle jäävien tehtävien hoitoon nykyistä vähemmän rahaa ja joillekin kunnille ehkä nykyistä enemmän. Kuntien peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmä on tarkoitus uudistaa samassa yhteydessä.

Kunnallisveroa aiotaan alentaa kaikissa kunnissa nykyäkin 12,3 prosenttiyksikköä vuonna 2019 (yhteensä 11,34 miljardia euroa). Tuona vuonna kunnat eivät saa päättää itse veroprosentistaan. Samalla kuntien osuutta yhteisöveron tuotosta alennetaan 500 miljoonalla eurolla eli kolmasosalla. Kuntien valtionosuudet vähenevät 5,9 miljardia euroa eli kahdella kolmasosalla. Sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakasmaksujen tuotot ovat noin 1,5 miljardia euroa vuodessa.

Valtio keräisi kunnallisveron keventymistä vastaavan summan kiristämällä valtion ansiotuloveroa. Valtion tuloveroasteikon alaraja laskisi nykyisestä 16 900 eurosta 3 100

euroon. Väitetään, että uudistuksen seurauksena kenenkään kokonaisverot eivät juuri muuttuisi. Erikseen luvataan, että työn verotus ei kasvaisi lainkaan, joten ilmeisesti eläkkeiden, työttömyyskorvausten yms. verotus saattaa kiristyäkin. Joka tapauksessa päätösvalta isosta osasta verotusta siirtyisi nykyiseltä 311 kunnalta valtiolle. Silloin verotusta on helpompi säädellä VM:n tahdon mukaisesti. Riskinä on edelleen myös, että sote-menoja aletaan rahoittaa korottamalla arvonlisäveroa, jota pienituloiset maksavat suhteellisesti enemmän.

Julkiset palvelut yhtiötettävä

Sote-palveluiden järjestäjinä toimisivat maakuntien liikelaitokset, mutta tuottajia ne olisivat vain osittain. Lähinnä ne tuottaisivat sosiaalipalveluita, päivystystä ja osan erikoissairaanhoidosta. Maakunnilla olisi palvelujen yhtiöittämisvelvollisuus silloin, kun maakunta hoitaa sote-tehtäviä kilpailutilanteessa markkinoilla tai palvelut ovat valinnanvapauden piirissä. Käytännössä siis suurin osa maakunnille siirtyvistä sote-palveluista tulisi yhtiötettäväksi. Kyseessä olisi tilaaja-tuottajamalli. Palvelujen tuottajia olisivat yksityiset yritykset, järjestöt ja maakuntien omistamat osakeyhtiöt.

Yhtiöittämistä on perusteltu sillä, että muutoin yritykset eivät voisi kilpailla tasaveroisesti julkisen palvelutuotannon kanssa. Yritysten mielestä ne ovat huonommassa asemassa, koska niiden pitää maksaa yhteisöveroa ja niillä on konkurssiriski. Yhtiöimätön julkinen toiminta ei maksa yhteisöveroa eikä se voi mennä konkurssiin. Tällöin unohdetaan, että julkinen toiminta ei tietenkään maksa veroa, koska sen tarkoituksenaan ei ole tuottaa voittoa. Yritykset

taas tähtäävät voittoon ja on vain kohtuullista, että voitosta maksetaan veroa.

Se, että julkinen toiminta ei voi mennä konkurssiin, on erinomainen asia. Se takaa toiminnan jatkuvuuden. Nyt ilmeisesti tähdätään siihen, että maakuntien yhtiöt todellakin voisivat mennä konkurssiin, jolloin markkinat olisivat kokonaan yritysten vallassa. Maakuntien niukka rahoitus voi tätä edistää.

Julkisten palvelujen yhtiöittäminen on puhtaasti ideologinen päätös. Yhtiöittämiseen liittyy toinenkin ongelma eli päätöksenteon siirtyminen pois julkisesta kontrollista yhtiösalaisuuden piiriin. Vaikka tähän on luvattu puuttua, merkitsee yhtiöittäminen joka tapauksessa päätösvallan siirtymistä entistä pienemmälle joukolle.

Vapaus valita asiakkaat?

Maakunnan liikelaitos myöntäisi asiakaseteleitä (palveluseteleitä), joilla asiakas voisi ostaa palvelut valitsemaltaan sosiaali- ja terveyskeskukselta. Niitä voisivat perustaa maakunnan yhtiö, yksityinen yritys tai järjestö. Pääosin toteutettaisiin niin sanottua valinnan vapautta, jossa asiakas sitoutuu vähintään vuodeksi käyttämään yhden sote-keskuksen palveluita. Maakunnan liikelaitos voisi myös hankkia palveluita ostopalveluina yksityisiltä yrityksiltä kuten kunnat nykyään. Maakunta päättää, mitkä palvelujen tuottajat ovat kelvollisia järjestelmän piiriin.

Lakiluonnoksen mukaan asiakaseteleihin pitäisi käyttää mahdollisimman suuri osa liikelaitoksen budjetista, vähintään 15 prosenttia. Asiakaseteleihin päälle potilas voisi laittaa omaa rahaa, jos haluaa lisäpalveluja. Tämä suosii hyvätuoloisia, joilla on siihen varaa. Erilaisia palvelusetelimalleja

kokeillaan vuosina 2017 – 2018 viidellä eri alueella.

Toinen vaihtoehto olisi niin sanottu henkilökohtainen budjetti, jota maakunnalla olisi velvollisuus tarjota iäkkäille ja vammaisille henkilöille, joilla on pitkäaikaista, jatkuvaa ja laaja-alaista palvelujen, tuen ja avun tarvetta. Budjetin suuruus on auki.

Palvelujärjestelmästä tulisi kaiken kaikkiaan hyvin pirstoutunut ja monimutkainen. Sosiaali- ja terveystieteiden emeritusprofessori Juhani Lehto kirjoittaa: ”Syntyisi siis useita erillisiä palvelumarkkinoita, joista yksityiset yritykset voisivat valita itselleen sopivimmat. Julkiselle sektorille jäisi se, mikä ei yksityisiä kiinnosta ja velvollisuus muodostaa palasista asiakkaiden tarvitsema kokonaisuus. Yksityiset yritykset saisivat vaihtoehtoisia ansaintamahdollisuuksia valitakseen. Julkinen sektori kantaisi vastuun kokonaisuudesta sekä asiakkaiden että koko järjestelmän tasolla.”

Avainkysymykseksi nousee, miten palvelujen tuottajille maksettava korvaus määräytyisi. Lakiluonnoksen mukaan vähintään neljän viidesosan siitä tulee perustua asiakkaiden ikään, sukupuoleen ja työssäkäyntiin (kapitaatiokorvaus asiakkaiksi kirjautuneiden lukumäärän mukaan). Työikäisestä maksettaisiin arvatenkin pienempi korvaus ja eläkeikäisestä suurempi korvaus. Korvaus voisi olla miesasiakkaasta eri suuruinen kuin naisasiakkaasta. Enintään viidesosa korvauksesta voisi perustua esimerkiksi suoritteisiin eli käynteihin ja tehtyihin toimenpiteisiin.

Epäilemättä yritykset alkaisivat haalia asiakkaikseen terveitä, nuoria ja helppohoitoisia ihmisiä. Vaikka lakiin kirjattaneen velvollisuus hoitaa kaikki asiakkaiksi kirjautuneet, jäisi yrityksille varmasti keinoja päästä eroon hankalista potilaista. Järjestelmässä on joka tapauksessa riski sekä ylihoitosta että alihoidosta. Jos suoritteista saa liian suuren korvauksen, se kannustaa turhiin hoitoihin. Jos korvaus

taas on pieni, voidaan jättää hoitamatta tai siirtää potilas muiden vastuulle. Korvausjärjestelmää on erittäin vaikea säätää sellaiseksi, että tällaista riskiä ei olisi.

Valinnanvapaus myös lisäisi merkittävästi julkisen sektorin menoja. Onhan selvää, että nykyiset yksityisten palveluiden käyttäjät ostaisivat heti vuodesta 2019 alkaen samat palvelut maakuntien tarjoamilla asiakaseteleillä eivätkä enää itse maksaisi kuin pienen osan kuluista. Heidän maksumensa siis alenisivat huomattavasti. Vuonna 2015 asiakkaat maksoivat itse yli 800 miljoonaa euroa Kelan osittain korvaamista yksityispalveluista (yksityislääkärit, yksityinen hammashoito, yksityinen tutkimus ja hoito). Kyseessä on siten todella huomattava julkisen sektorin menojen lisäys, kun tavoitteena piti olla säästöt. Yksityislääkäreitä käyttävät pääasiassa hyväosaiset, joilla on siihen varaa, joten uudistus tosiaan suosisi hyvätuloisia.

Huomionarvoista on, että uudessa järjestelmässä työterveys säilyisi ainakin toistaiseksi ennallaan. Näin yksi nykyisen järjestelmän eriarvoistava piirre säilyisi edelleen.

Ruotsissa eriarvoisuus on kasvanut

Ruotsissa valinnan vapautta on sovellettu perusterveydenhuollossa vuodesta 2010. Ruotsissa terveydenhuollon järjestävät Suomen maakuntia vastaavat maakäräjät. Jokainen maakäräjä päättää itse, miten se korvaa palvelujen tuottamisen niiden järjestäjille. Kriteereinä ovat olleet lähinnä suoritteet ja väestövastuun laajuus. Tämä on johtanut alueellisten erojen kasvuun.

Suomen Valtiontalouden tarkastusvirastoa vastaava Rikskontrollens totesi arviossaan vuonna 2014, että yksityisten terveysasemien määrä ja palvelujen saatavuus ovat lisää-

tyneet tiheästi asutuilla seuduilla, mikä on suosinut hyvätuoloisia alueita ja vähän sairastavia sosioekonomisia ryhmiä, joiden palveluiden kysyntä on kasvanut. Riksrevisionen totesikin, että järjestelmässä on perustavanlaatuinen ristiriita. Palveluja määrittää kysyntä eikä todellinen tarve, minkä seurauksena eriarvoisuus on kasvanut.

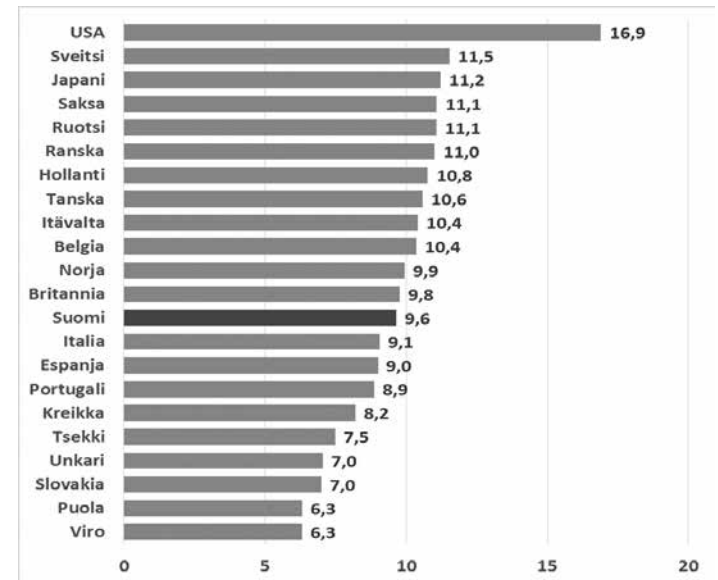
On hyvin luontevaa olettaa, että Suomessa kävisi samoin. Yritykset ovat luonnollisesti kiinnostuneempia väkirikkaita hyvätuloisten alueista.

Muitakin ongelmia Ruotsissa on ilmennyt. Yksityisillä ja julkisilla palvelujen tuottajilla on erilaiset tietojärjestelmät, mikä on lisännyt hajanaisuutta. Yksityisillä on vähemmän henkilöstöä ja heistä harvempi on kokoaikainen. Kustannusten kasvu on myös jatkunut entiseen malliin.

Suomessa on nyt hyvä ja halpa terveydenhoito

Suomessa terveydenhoitomenot ovat kansainvälisessä vertailussa alhaiset. Terveydenhoitomenot (julkiset ja yksityiset menot yhteensä) olivat vuonna 2015 vain 9,6

Laadultaan ja kustannustehokkuudeltaan suomalainen terveydenhoito on todettu hyväksi kansainvälisissä vertailuissa, vaikka puutteitakin on. OECD:n Health at a Glance 2015-katsauksen mukaan Suomen terveydenhuollon laatu on OECD-maiden huippua useilla hoidon mittareilla tarkasteltuna. Tosin palveluihin pääsyssä on ongelmia.



Kuvio 2. Terveydenhoitomenot *suhteessa bruttokansantuotteen* vuonna 2015, %

Rahoitusratkaisu: pääomat verolle

Suomen julkinen talous on viime vuosina ollut selvästi alijäämäinen ja velkaa on jouduttu lisäämään. Vallitseva politiikka on tarjonnut ratkaisuksi lähinnä menoleikkauksia. Käyttökelpoisempi keino olisi tulojen lisääminen.

EU:n tilastojen mukaan Suomessa pääomaan (sekä itse omaisuuteen että siitä saatuihin tuottoihin) kohdistuvien verojen osuus kaikista veroista on huomattavasti pienempi kuin EU-maissa keskimäärin. Vuonna 2014 niiden osuus oli Suomessa 15,0 prosenttia, kun osuus EU-maissa keskimäärin oli 21,2 prosenttia. Ero tarkoittaa käytännössä 5,5

miljardia euroa vuodessa. Vastaavasti työhön ja kulutukseen kohdistuvien verojen osuus oli Suomessa suurempi.

Esimerkiksi henkilöverotuksessa pääomatuloja verotetaan Suomessa kevyesti verrattuna ansiotuloihin. Tämä luo merkittävää eriarvoisuutta kansalaisten kesken eikä verotuksen kohdentumista koeta oikeudenmukaiseksi.

Pääomatuloista maksetaan veroa vain valtiolle, ei lainkaan kunnille. Hyvinvointipalveluita tuottavat Suomessa kunnat, joten pelkästään pääomatuloja saavat eivät osallistu kunnallisverotuksen kautta palvelujen rahoitukseen.

Pääomatuloja pitäisi alkaa verottaa henkilöverotuksessa samoilla perusteilla kuin ansiotuloja. Tällöin henkilön ansio- ja pääomatulot laskettaisiin yhteen ja niistä perittäisiin normaali valtion tulovero ja kunnallisvero.

Ansio- ja pääomatulojen verotus on ollut Suomessa eriytetty vuodesta 1993 alkaen. Suomalaisten pääomatulot henkilöverotuksessa olivat verohallinnon mukaan 11,7 miljardia euroa vuonna 2015. Tästä puuttuvat vielä korkotulot, osa verovapaista pääomatuloista sekä verottajalta piilotetut pääomatulot. Suurimmat pääomatuloerät olivat myyntivoitot (4,7 miljardia euroa) ja osingot (4,3 miljardia euroa).

Pääomatuloihin kohdistuu 30 prosentin tasavero (30 000 euroa ylittävältä osalta 34 prosenttia). Käytännössä verotus on yleensä tätä kevyempää, koska esimerkiksi osinkotulot eivät ole kokonaan veronalaisia. Pörssiyhtiöiden jakamasta osingosta vain 85 prosenttia on veronalaista eli todellinen vero on 25,5 prosenttia ja isojenkin osinkotulojen osalta enimmillään 28,9 prosenttia.

Muiden kuin pörssiyhtiöiden osalta veronalaiseksi katsotaan vain 25 prosenttia osingoista aina 150 000 euroon asti, jos osinko vastaa enintään 8 prosentin tuottoa osakkeen matemaattisesta arvosta laskettuna. Tällöin todellinen vero on vain 7,5 prosenttia aina 120 000 euroon asti.

Jos taas osinkoa on jaettu enemmän kuin 8 prosenttia osakkeen matemaattisesta arvosta, verotetaan yli menevä osuus ansiotulona, mutta siitä vain 75 prosenttia on veronalaista, joten verotus on tässäkin tapauksessa kevyempää kuin ansiotulojen verotus.

Myös myyntivoitoista saa verotuksessa vähentää hankintameno-olettaman perusteella usein enemmän kuin todelliset hankintakulut ovat olleet.

Paljonko ansio- ja pääomatulojen verotuksen yhdistäminen tuottaisi? Eduskunnan tietopalvelu on laskenut tällaisen uudistuksen vaikutukset. Sen mukaan mekaanisesti laskien julkisen sektorin verotulot kasvaisivat nykyisestä 1 795 – 1 870 miljoonaa euroa vuodessa: kuntien verotulot kasvaisivat noin 2 miljardia euroa ja valtion verotulot vähenisivät noin 200 miljoonaa euroa. Pienten pääomatulojen verotus kevenisi, jos henkilön muut tulot jäivät alle keskituloisen palkansaajan tulojen. Vastaavasti suurten pääomatulojen verotus kiristyisi. Kokonaisuutena tuloerot pienenisivät.

Eduskunnan tietopalvelun mukaan ”käytännössä verokertymää kuitenkin pienentäisi ainakin yrittäjäomistajien mahdollisuus tulomuunteluun toiseen suuntaan, joka näkyisi yhteisöverokertymässä”. Toisin sanoen yrittäjäomistajat ottaisivat tällaisen uudistuksen jälkeen tulonsa palkkana eikä osinkona, jolloin yrityksen verotettava voitto ja yhteisövero pienenisivät. Tämän vaikutus ei ole kovin montaa sataa miljoonaa euroa. ”Lisäksi reformilla olisi todennäköisesti myös muita dynaamisia vaikutuksia, joiden yhteisvaikutusta verokertymään on vaikea ennakoida” (Kontula & Hämäläinen).

Joka tapauksessa uudistus tuottaisi verotuloja lisää yli miljardi euroa vuodessa.

Myös varallisuutta verotetaan Suomessa kevyesti. Varal-

lisuusvero poistettiin vuonna 2016. Jo aiemmin oli poistettu pörssikauppojen varainsiirtovero. Perintö- ja lahjaverotus on kevyttä. Yhtiövero on vain 20 prosenttia, kun se EU-maissa on keskimäärin noin 26 prosenttia. Näistä löytyisi merkittävää rahoitusta julkisiin menoihin.

Lähteitä

Helsingin Sanomat

Kelan tilastollinen vuosikirja 2015, taulukko 71, kela.fi/tilastojulkaisut

Kontula Anna & Hämäläinen Taneli: *Varjotalous Suomenkin asia*, Helsinki 2014 http://www.vasemmistofoorumi.fi/wp-content/uploads/2014/11/varjotalous_taitto_netti.pdf

Kuntalehti

Lankila Tiina, Kotavaara Ossi, Antikainen Harri, Hakkarainen Tommi, Rusanen Jarmo: *Sosiaali- ja terveyspalveluverkon kehityskuva 2025 – Paikkatieto- ja saavutettavuusperusteinen tarkastelu*, https://www.sitra.fi/julkaisut/Muut/Sosiaali_ ja_ terveyspalveluverkon_kehityskuva_2025.pdf

OECD Health at a Glance 2015, oecd.org/health

OECD Health Statistics 2016

Sosiaali- ja terveyspolitiikan emeritusprofessori Juhani Lehto: *Johtaako valinnanvapaus sote-kaaokseen? kansanuutiset.fi/3651698*

Taxation trends in the European union, https://ec.europa.eu/taxation_customs/business/economic-analysis-taxation/taxation-trends-eu-union_en

Tilastokeskus, *kuluttajahintaindeksi*, <http://tilastokeskus.fi/til/khi/index.html>

Tilastokeskus, *väestöennuste 2015*, <http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/index.html>

Verohallinnon tietokantataulukot: [http://www.vero.fi/fi-FI/Tietoa_Verohallinnosta/Tilastoja_ ja_ tutkimuksia/Tilastotietokanta\(39115\)](http://www.vero.fi/fi-FI/Tietoa_Verohallinnosta/Tilastoja_ ja_ tutkimuksia/Tilastotietokanta(39115))

www.riksrevisionen.se/PageFiles/20716/RIR_2014_22_vardval_Anpassad_2.pdf

Liisa Taskinen

Sote-palvelujen uudistamista tarvitaan – ei terveyskeskusten myymistä

WHO:n määritelmän mukaan terveys on fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia, ei vain sairauden poissaoloa.

Suomessa terveydenhoito on korkealuokkaista ja kustannuksiltaan kansainvälistä keskitasoa. Suurin osa koko sairaan- ja terveydenhuollosta on kuntien vastuulla. Perusterveydenhoidon – terveyskeskukset – järjestää kunta joko yksin tai kuntayhtymissä naapurikuntien kanssa. Erikoissairaanhoidon tarjoavat kuntien omistamat sairaanhoitopiirit. Kuntia on tällä hetkellä yli 300.

Kunnallinen terveydenhoito alkoi vuonna 1882, kun Viitasaari palkkasi Suomen ensimmäisen kunnanlääkärin. 1960-luvun alussa kunnanlääkäreitä oli 445. Kunnanlääkäriaikaa kesti 90 vuotta. Sitä hallittiin ja toteutettiin paikallisina päätösin. 1972 voimaan tullut Kansanterveyslaki muutti kunnanlääkärit terveyskeskuslääkäreiksi. Lain mukaan kansanterveystyöllä tarkoitettiin yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja sairaan-