

Heikki Hiilamo  
Olli Kangas  
Kristiina Manderbacka  
Päivi Mattila-Wiro  
Mikko Niemelä  
Lauri Vuorenkoski

# Hyvinvoinnin turvaamisen rajat

**NÄKÖALOJA TALOUSKRIISIIN  
JA HYVINVOINTIVALTION KEHITYKSEEN SUOMESSA**



Heikki Hiilamo  
Olli Kangas  
Kristiina Manderbacka  
Päivi Mattila-Wiro  
Mikko Niemelä  
Lauri Vuorenkoski

# Hyvinvoinnin turvaamisen rajat

NÄKÖALOJA TALOUSKRIISIIN  
JA HYVINVOINTIVALTION KEHITYKSEEN SUOMESSA

Kelan tutkimusosasto, Helsinki 2010

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto  
julkaisut@kela.fi  
www.kela.fi/tutkimus  
Taitto ja kansi: Maini Tulokas

ISBN 978-951-669-840-6 (nid.), 978-951-669-841-3 (pdf)

Painopaikka: Vammalan Kirjapaino Oy  
Sastamala 2010

# Sisältö

1 Johdanto .....	5
2 Oraakkelienv huomiot Suomen nykytilasta .....	7
3 Ydinryhmän arvio nykytilasta ja tulevaisuuden haasteista .....	10
3.1 Talous .....	10
3.2 Tulot, köyhyys ja sosiaaliturva .....	15
3.3 Terveys, terveydenhuolto ja terveydenhuollon talous .....	20
4 Kolme skenaariota .....	25
4.1 Hyvinvointivaltion talous .....	25
4.2 Sosiaaliturva .....	26
4.3 Terveydenhuolto .....	31
5 Loppupäätelmät .....	38
Lähteet .....	43
Kirjoittajat .....	48



## 1 Johdanto

1990-luvun alun lama vaikutti Suomeen voimakkaammin kuin muihin OECD-maihin. Lamaa seuranneina vuosina taloudellinen kasvu oli voimakasta, mutta pohjoismaisen hyvinvointivaltiotradition vastaisesti pienituloiset eivät hyötäneet 1994 ja 2008 välisenä aikana tapahtuneesta talouskasvusta muiden ryhmien tavoin. Niinpä 1990-luvun puolivälistä lähtien esimerkiksi tuloerot, köyhyys, lapsiköyhyys ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä ovat jatkuvasti kasvaneet.

Tässä kirjoituksessa kysytään, mitkä ovat ennakoitavissa olevat talouden sekä terveyden ja muun hyvinvoinnin kehityssuunnat Suomessa 2000-luvun globaalin talouden taantumien jälkeen. Erityisen kiinnostuksen kohteena on sen ennakoiminen, millainen on taloustilanteen kehitys vuoteen 2020 mennessä, millaisin rakentein palveluita tuolloin tuotetaan ja miten sosiaaliturvajärjestelmämme tuolloin toimii. Tarkoituksenamme on ollut ajatusten ja keskustelun herättämiseksi tuottaa kuvia seuraavan kymmenen vuoden kehityssuunnista, uhkakuvista ja mahdollisuuksista.

Tulevaisuuden ennakoimisen menetelmänä käytettiin skenaariotyöskentelyä, jossa pyrittiin ottamaan huomioon sellaiset kehitykseen vaikuttavat yhteiskunnalliset tekijät, joiden muutokset ovat vielä tällä hetkellä epävarmoja, sekä erilaisten politiikkavaihtoehtojen vaikutukset kehitykseen. Skenaariotyöskentely tehtiin ryhmätyönä, jossa tavoitteena oli yhteisen ymmärryksen muodostaminen keskeisistä yhteiskunnan hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Työskentelyyn osallistui kolme eri tahoa: ydinryhmä, kansalliset asiantuntijat sekä ulkopuoliset kansainväliset asiantuntijat (”oraakkelit”, ks. luku 5). Ydinryhmä valitsi skenaariotyöskentelyyn 12 kansallista asiantuntijaa talouden, terveyden ja muun hyvinvoinnin aloilta. Kolmea kansainvälistä asiantuntijaa pyydettiin ”oraakkeleiksi” arvioimaan kehityskulkuja ja uhkakuvia.

Työskentelytapana oli kaksipäiväinen seminaari, joka järjestettiin Kellassa 29.–30. lokakuuta 2009. Seminaarin ensimmäisenä päivänä järjestettiin neljä istuntoa, joissa valtion- ja kuntatalouden, sosiaalipolitiikan sekä terveystalouden suomalaiset asiantuntijat esittivät kukin 15 minuutin koosteen 1990-luvun laman jälkeisestä kehityksestä nykyhetken sekä arvioita tulevasta kehityksestä. Oraakkelit esittivät kunkin istunnon päätteeksi kysymyksiä suomalaisille asiantuntijoille. Toisena päivänä ydinryhmä kävi oraakkeliensa kanssa läpi edellisen päivän antia ja vastasi oraakkeliensa kysymyksiin suomalaisesta järjestelmästä. Seminaarin loppuun oraakkelit nostivat ydinryhmälle esiin niitä tekijöitä, jotka heidän näkemyksensä mukaan olisivat tärkeitä nykyisen laman seurauksia arvioitaessa.

Ydinryhmän jäseniä olivat tutkimusprofessori Heikki Hiilamo (Kela), osastopäällikkö Olli Kangas (Kela), tutkimuspäällikkö Kristiina Manderbacka (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos), ylitarkastaja Päivi Mattila-Wirolahti (sosiaali- ja terveysministeriö), erikoistutkija Mikko Niemelä (Kela) ja ke-

hittämispäällikkö Lauri Vuorenkoski (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos). Kansallisiksi asiantuntijoiksi seminaariin kutsuttiin kunta- ja valtion-talouden osalta johtaja Jaakko Kiander Palkansaajien tutkimuslaitoksesta, osastopäällikkö Mikko Kautto Eläketurvakeskuksesta, tutkimusjohtaja Rai-ja Volk (tuolloin) Pellervon taloudellisesta tutkimuslaitoksesta, tutkimus-koordinaattori Merja Kauhanen Palkansaajien tutkimuslaitoksesta, tutki-musprofessori Aki Kangasharju Valtion taloudellisesta tutkimuskeskuksesta sekä ylijohdaja Jukka Pekkarinen valtionvarainministeriöstä. Terveyserojen, terveystalouden käytön ja terveydenhuollon rahoituksen asiantuntijoiksi kutsuttiin professori Eero Lahelma Helsingin yliopistosta, professori Ilmo Keskimäki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta ja Tampereen yliopistos-ta ja tutkimuspäällikkö Jan Klavus Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta. Sosiaalipolitiikan asiantuntijoina toimivat erikoistutkija Pasi Moisio Ter-veyden ja hyvinvoinnin laitoksesta, professori Matti Tuomala Tampereen yliopistosta ja erikoistutkija Eva Österbacka Kelasta ja Suomen Akatemias-ta. Oraakkeleina toimivat taloustieteen professori Nina Smith Århusin yli-opistosta, professori Johan Fritzell Tukholman yliopiston sekä Karoliinisen instituutin yhteisestä Centre for Health Equity Studies -keskuksesta ja pro-fessori Karl Hinrichs Bremenin yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksesta.

Ydinryhmän työnjako loppuraportin kirjoittamisessa on ollut seuraa-va: kansainvälisten asiantuntijoiden huomiot ja koko kirjoituksen loppu-päätelmät on kirjoittanut Olli Kangas. Päivi Mattila-Wirola ja Heikki Hii-lamo ovat kirjoittaneet taloutta koskevat osiot, Kristiina Manderbacka ja Lauri Vuorenkoski terveyttä koskevat osiot ja Mikko Niemelä sosiaaliturvaa koskevat osiot. Kaikki kirjoittajat ovat kommentoineet koko kirjoituksen tekstiä. Kirjoitus rakentuu siten, että seuraavaksi esittelemme oraakkeleina toimineiden kansainvälisten asiantuntijoiden huomioita suomalaisen hy-vinvointivaltion tilasta, mahdollisuuksista ja uhkakuvista. Tämän jälkeen arvioimme lyhyesti talouden, sosiaaliturvan ja terveydenhuollon nykytilaa. Olemme käyttäneet asiantuntijoiden esitelmiä ja oraakkelien esiin nostamia seikkoja pohjana 1990-luvun laman ja sen jälkeisen kehityksen hah-mottamiseen. Kyse on kirjoittajien tulkinnoista, joista kuullut asiantuntijat eivät ole vastuussa. Saadun tiedon valossa olemme hahmotelleet kolme ta-lous-, terveystalouden- ja sosiaaliturvaskenaariota vuoteen 2020 mennessä. Raportti päättyy loppupäätelmiin.



## 2 Oraakkeliin huomiot Suomen nykytilasta

”Luulimme, että Suomi on pohjoismainen hyvinvointivaltio”, totesivat ulkomaiset asiantuntijat kommenttiensa aluksi. Suurin hämmästyks ja ihmettely liittyi suomalaisen yhteiskunnan voimakkaaseen jakaantumiseen sisä- ja ulkopuolisiin (*insider* vs. *outsider*). Tämä työmarkkinoihin perustuva jako on oraakkeliin mukaan nähtävissä niin sosiaalisissa tulonsiirroissa kuin useissa keskeisimmissä palvelujärjestelmissäkin – selvimpänä esimerkkinä terveyspalvelut, jotka jakaantuvat perusterveydenhuoltoon ja työpaikkaterveydenhuoltoon. Näiden yleistemojen kautta asiantuntijat kiinnittivät huomiota tuloerojen ja köyhyyden kasvuun, suuriin terveyseroihin, nuorten asemaan, sosiaalipoliittisten järjestelmien – ennen muuta perhepolitiikan – sukupuolivaikutuksiin sekä eläkepolitiikan tuleviin haasteisiin. Oman pohdintansa aiheuttivat myös sosiaaliturvajärjestelmän koordinaation ongelmat.

Ne suomalaiset, jotka eivät syystä tai toisesta ole mukana työmarkkinoilla, näyttävät syrjäytyvän niin terveydellisesti kuin taloudellisestikin. Suomen sosiaaliturvajärjestelmä takaa suhteellisen hyvät edut sisäpuolisille, mutta työmarkkinoiden ulkopuolisten toimeentulon turvaamiseksi tarkoitetut perusturvaetuudet ovat kansainvälisesti, pohjoismaisista vertailuista puhumattakaan, suhteellisen heikot. Lisäksi perusturvan varassa olevien määrä on Suomessa suurempi kuin muissa Pohjoismaissa. Tilanne näkyy kasvavina köyhyyslukuina ja eriarvoisuuden lisääntymisenä. Vaikka myös monissa muissa länsimaissa yhteiskunnallinen eriarvoisuus on lisääntynyt viimeisen kahden vuosikymmenen aikana, Suomessa lisääntyminen on ollut erityisen nopeaa. Suurelta osin tuloerojen kasvu liittyy Suomen veropoliittisiin ratkaisuihin ja sosiaalipoliittikkaan kohdistuneisiin leikkauksiin ja vasta toissijaisesti ylimmän tuloryhmän bruttoansioitten räjähdysmäiseen kasvuun. Asiantuntijat arvioivat, että mikäli Suomi haluaa vielä kuulua pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden ryhmään, tuloerojen kehitykseen on puututtava. Oma erityisongelmansa on sosiaaliturvaetuuksilla elävien suuri köyhyysriski, joka on Suomessa suurempi kuin esimerkiksi Tanskassa tai Ruotsissa.

Suomessa on kiinnitetty paljon huomiota sosiaalipoliittikan rahoituskelliseen kestävytyteen, ja huomattavasti vähemmälle huomiolle on jäänyt hyvinvointivaltion sosiaalinen kestävyys. Tässä voidaan havaita selkeä ero esimerkiksi suomalaisen Sata-komitean kannanottojen ja muutamaa vuotta aiemmin toimineen Tanskan hyvinvointikomitean välillä. Toki tanskalaisessa hyvinvointikomiteassakin kiinnitettiin paljon huomiota sosiaalipoliittikan rahoitukseen, mutta samalla tarkasteltiin hyvin yksityiskohtaisesti erilaisilla simulaatiomalleilla ehdotettujen toimenpiteitten tulonjaollisia ja sukupuolivaikutuksia. Tässä suhteessa Suomen Sata-komitea on ollut markkinavetoisempi ja sen toimintaa ovat ohjanneet Tanskan komiteaa voimakkaammin työmarkkinaosapuolten intressit. Sosiaalipoliittikka näyttätyy

Suomessa yleensä pelkkänä kustannustekijänä, eikä sen ole katsottu olevan merkittävä sosiaalisen ja inhimillisen pääoman varmistaja. Luonnonrikkauksiltaan köyhän maan tärkeimmäksi voimavaraksi voidaan kuitenkin arvioida terve ja hyvin koulutettu väestö, yhteiskunta, jossa jokaisella jäsenellä on oma paikkansa. Tämä ajatus ei kommentaattoreiden mielestä toteudu Suomessa. Sosioekonomiset terveyserot ovat selkeästi suuremmat kuin naapurimaassa Ruotsissa. Lisäksi terveydenhuoltojärjestelmä, joka toimii *insider-outsider*-jaon pohjalta, lisää terveyseroja entisestään. Terveyserojen kaventamista pidettiin yhtenä tärkeimpänä tulevaisuuden tehtävänä.

PISA-tutkimusten mukaan Suomen koulujärjestelmä toimii erittäin hyvin, mitä tulee oppimistuloksiin. Sen sijaan ongelmia on nuorten yleisessä hyvinvoinnissa ja suuressa työttömyydessä. Kommentaattorit totesivat, että yhteiskunnan on löydettävä työtä nuorille. Jokaisen alle 25-vuotiaan on heidän mielestään oltava joko töissä tai opiskelemassa. Esimerkiksi nuorisotyöttömyyden hoidosta tarjottiin malliksi Tanskan kokemuksia. Tanskassa huomattava nuorisotyöttömyys saatiin pudotettua vuodessa yhdeksi OECD-maiden pienimmistä nuorille suunnattujen työllistämisen- ja koulutustoimenpiteiden avulla.

Suomen perhepolitiikkaa pitkin hoitovapaineen poikkeaa muiden Pohjoismaiden käytännöistä. Asiantuntijat vastustivat voimakkaasti Suomessa esiin nostettua ajatusta perheverotuksesta. Perheverotukseen siirtyminen olisi heidän mielestään selkeä askel pois pohjoismaisesta hyvinvointivaltiomallista, jossa sekä naisille että miehille pyritään tarjoamaan yhtäläiset mahdollisuudet osallistua työelämään. Perheverotusmallin katsottiin olevan vahva kannustin huonompituloiselle, yleensä naiselle, työmarkkinoilta pois jäämiselle. Myös työn vastaanottamisen kynnyksessä kasvaisi. Lisäksi yhden palkansaajan malliin siirtyminen lisäisi köyhyysriskiä. Suomessa, kuten muissakin OECD-maissa, yhden tulonsaajan ansiot eivät riitä nostamaan useammasta hengestä koostuvaa kotitaloutta köyhyysrajan yläpuolelle. Omia ongelmiaan yhden elättäjän perhemallille asettavat myös yleistyneet avioerot: yksinhuoltajaäitien köyhyysriski ja riippuvuus sosiaaliturvasta kasvaisivat entisestään.

1990-luvun lamaan saakka suomalaisen eläkepolitiikan arvioidaan toimineen sangen hyvin. Eläkeläisten köyhyysriski pieneni, eläkkeiden taso oli suhteellisen hyvä ja menot olivat kohtuullisia muihin maihin verrattuna. Suomalaisen eläkepolitiikan ongelmiksi ja tulevaisuuden haasteiksi asiantuntijat nostivat toisaalta kansaneläkkeiden pienuuden ja toisaalta työeläkkeisiin sisältyvien eläkelupausten heikentymisen. Kansaneläkkeen pienuus johtaa eläkeläisköyhyyden kasvuun. Riittävän perusturvan merkitystä korostaa työsuhteitten haperuminen: erilaiset epätyypilliset työsuhteet, yrittäjyyden ja palkkatyön monimuotoiset yhdistelmät sekä työn ja ei-työn välisen rajan hämärtyminen. Kaikki nämä tekijät heikentävät kytkentää työperusteiseen, *insider*-eläketurvaan ja voivat saada aikaan perusturvan

tarpeen. Tulevien työeläkkeitten heikkenevä kompensatiotaso suhteessa katkonaisen työuran tehneiden eläkeläisen aiempaan palkkatasoon tulee nopeuttamaan yksilöllisten ja kollektiivisten eläkkeitten laajentumista. Myös Suomessa, jossa perinteisesti on ollut erittäin vähän yksityisiä eläkevakuutuksia, tultaneen näkemään yksityisvakuutusten ekspansio. Onko se yhtä voimakas kuin esimerkiksi Tanskassa, jää nähtäväksi ja riippuu tulevasta eläkepoliittisista ratkaisuista.

Yleisen *insider-outsider*-jaon lisäksi asiantuntijat moittivat suomalaisia sosiaalipoliittista järjestelmää liian hajanaiseksi. Hajanaisuus vaikeuttaa koordinaatiota ja mahdollistaa osa-optimoinnin. Koordinaatio-ongelmia on ensinnäkin yksityisten ja julkisten järjestelmien välillä. Toisekseen vahva kunnallinen itsehallinto (valtio–kunta-suhde) aiheuttaa omat pulmansa, mitkä näkyvät esimerkiksi terveydenhuollon ongelmina.

Asiantuntijoiden kommentoissa Suomen yhtenä pulmana pidettiin myös suuria sosioekonomisia terveyseroja, jotka eivät ole kaventuneet. Terveydenhuoltojärjestelmien kahtiajako vaikeuksissa sinnittelevään perusterveydenhuoltoon ja hyvin toimivaan työterveyshuoltoon ei ole omiaan pienentämään sosiaaliseen asemaan liittyviä terveyseroja.

Suomalaisten asiantuntijoiden esitykset nostivat kommentaattorien mieleen kaksi kysymystä. Mikä on Suomen kyky selvitä uudesta lamasta 1990-luvun suurlaman jälkeen, ja millä perspektiivillä suomalaiset asiantuntijat hahmottavat maan sosiaalipolitiikan tulevaisuutta ja mahdollisuuksia?

Vaikka Suomi taloudellisesti katsottuna toipuikin varsin nopeasti 1990-luvun syvästä lamasta, laman sosiaaliset seuraukset ovat paljon pidemmät. Suuri osa työvoimasta jäi pysyvästi työelämän ulkopuolelle. Työttömyysaste oli lähtötilanteessa eli vuonna 2008 korkeampi kuin 1990-luvun lamaan syöksyttäessä. Useisiin sosiaaliturvajärjestelmiin tehtiin leikkauksia. Tuloerot ovat nyt suuremmat ja köyhyys laajempaa kuin ennen 1990-luvun alun lamaa. Lisäksi julkisen sektorin kyky kohdata uusi kriisi on heikompi kuin aiemman laman aikana. Samoin kuin 1990-luvun taloudellinen kurimus jätti paljon pysyviä jälkiä, tulee tämä uusi lama jättämään omat pitkäkestoiset jälkensä, ulkomaiset oraakkelit totesivat. Kyseessä on eräänlainen *hysteresis*-ilmiö, jossa jokin sinänsä lyhytkestoinen tapahtuma jättää pitkäkestoisen jäljen. Asiantuntijaryhmä arvostelikin eräitä kansallisten asiantuntijoiden seminaariesityksiä siitä, että pitkäkestoiset vaikutukset unohdettiin ja lähdettiin siitä oletuksesta, että laman jälkeen kaikki palaa ennalleen. Toisaalta osassa esityksistä nähtiin ongelmaksi se, että näkökulma ei kantanut lamaa kauemmaksi. Laskelmat ja ennusteet oli tehty vahvasti lamakehyksessä, ja tulevaisuus hahmottui kenties synkempänä kuin se todellisuudessa on. Keskeistä asiantuntijoiden mukaan siis on se, miten laman lyhyt- ja pitkäkestoisia vaikutuksia painotetaan.

## 3 Ydinryhmän arvio nykytilasta ja tulevaisuuden haasteista

### 3.1 Talous

10 Pitkällä aikavälillä Suomen talouden kehitys on ollut suotuisaa. Bruttokansantuotteen (BKT) määrä ei sodanjälkeisessä Suomessa supistunut kertaa-  
kaan ennen 1990-lukua. Suomi nousi nopeasti rikkaiden teollisuusmaiden  
joukkoon ja kansalaisten aineellinen hyvinvointi kasvoi tasaisesti.<sup>1</sup>

Suotuisan talouden kehityksen historiaan mahtuu myös takaiskuja. Suomi on käynyt läpi kolme merkittävää talouden taantumaa viimeksi kuluneen 35 vuoden aikana. Ensimmäinen näistä koettiin vuosina 1975–1977, jolloin Suomi ajautui maksutasevaikeuksiin yhdistettynä ensimmäiseen öljykriisiin ja kotimaisen talouden ylikuumenemiseen. Taantumasta seurasi työttömyyden kasvu ja valuuttakriisi. Julkista rahoitusvajetta ei paikattu menoja supistamalla vaan veroja korottamalla.

Seuraava taantuma vuosina 1990–1993 alkoi kokonaistuotannon voimakkaalla supistumisella vuonna 1990 ja tätä pudotusta vauhdittaneella viennin laskulla. Tuotannon supistumisen seurauksena työttömyys nousi ennätyslukemiin. Työttömyyden kasvu taas heikensi julkisen talouden tasapainoa. Menot kasvoivat ja tulot laskivat, jolloin julkisen sektorin rahoitusasema heikkeni rajusti. Elvytyksen sijaan talouden tasapainoa haettiin leikkaamalla julkisia palveluita ja sosiaaliturvaa, kiristämällä verotusta sekä valuuttaa devalvoimalla.

Näitä kahta taantumaa on seurannut talouden nopea elpyminen ja työllisyyden toipuminen. Kasvukausi 1978–1989 alkoi viennin lisääntymisellä, jota tuki valuutan arvon alentaminen, palkkamaltili sekä kasvava kotimainen kysyntä. Lisäksi leikattiin veroja ja purettiin rahamarkkinoiden sääntelyä. BKT nousi noin 3,8 prosenttia vuosittain ja täystyöllisyys saavutettiin vuonna 1987. Suurta lamaa 1990-luvulla edelsi siis talouden voimakkaan kasvun kausi.<sup>2</sup>

Suuren laman jälkeinen kasvukausi vuosina 1994–2007 alkoi myös vientivetoisena. Talouden elpymistä edistivät devalvaatio, palkkamaltili sekä lopulta nouseva kotimainen kysyntä. Talouden kasvulla oli paljon samoja piirteitä kuin edellisellä kasvukaudella. Nokian menestyksellä oli myös tärkeä osansa vuosien 1994–2007 talouden kasvussa. BKT nousi kaikkiaan noin 3,7 prosentin vuosikeskiarvolla. Korkea työllisyyden taso saavutettiin vuonna 2008, mutta täystyöllisyyttä ei enää tavoitettu. Lamaa seurasi pitkä hiljainen kausi hyvinvointivaltion kehittämisessä: ensin viisi leikkausten ja sitten viisi etujen ja palveluiden jäädyttämisen vuotta. Talouskasvu toi mukanaan epätasa-arvon lisääntymisen, sillä kasvun hedelmät eivät jakautuneet tasaisesti.

---

1 Vartia ja Ylä-Anttila 1992.

2 Kiander ja Vartia 1998.

Työttömyys väheni yhtäjaksoisesti vuodesta 1995 aina vuoteen 2008. Työttömyyden väheneminen on näkynyt myös pitkäaikaistyöttömyydessä. Edes talouden taantumukset eivät ole tehneet runsaasta työttömyydestä Suomessa pysyvää olotilaa. Merkittävä poikkeus on kuitenkin se, ettei työllisyys palannut 1990-luvun laman jälkeen enää lamaa edeltävälle tasolle nopeasta talouskasvusta huolimatta.

Työllisyysaste nousi kasvukauden aikana suhteellisen tasaisesti ja oli Tilastokeskuksen mukaan noin 63 prosenttia vuonna 2008. Työpaikkojen määrän kasvu 1990-luvun laman jälkeen on ollut nopeaa. Näitä erinomaisia saavutuksia himmentää se, että monet uudet työpaikat ovat osa-aikaisia ja ne ovat syntyneet pienpalkka-aloille. On huomattava, että työpaikat ovat lisääntyneet merkittävästi vain maakuntien kasvukeskuksissa ja niiden ympäristökuksissa. Uudet työpaikat ovat lisäksi keskittyneet palvelualoille.<sup>3</sup>

## *Nykytila*

Elämme parhaillaan varovaista taantumien jälkeistä nousukautta, mutta talouskasvun voimakkuutta ja sen kestoa on mahdoton ennustaa. Syksyllä 2008 alkanut globaali taloustaantuma alkoi Yhdysvaltojen pankkikriisillä ja kansainvälisen kaupan pysähtymisellä. Nyt on entistäkin selvempää, että pienen kansantalouden menestys riippuu muun maailman kehityksestä. Voidaan jopa väittää, että ne tekijät, jotka saivat maassamme aikaan voimakkaan talouskasvun kymmenen viime vuoden aikana (kasvanut riippuvuus kansainvälisestä kaupasta), kääntyivät nyt meitä vastaan<sup>4</sup>. Taantumien seurauksena Suomen BKT:n kasvu jäi vuonna 2008 yhden prosentin tuntumaan, vaikka kasvu oli ollut kahtena edellisenä vuonna noin viiden prosentin luokkaa. Vuonna 2009 BKT supistui peräti kahdeksan prosenttia. Yhdysvalloissa ja Euroopassa on saatu merkkejä kasvun käynnistymisestä. Kreikan talousvaikeuksia seurannut kriisi saattaa kuitenkin edelleenkin heikentää Euroopan kasvunäkymiä.

Toisin kuin 1990-luvun alussa, Suomessa on Yhdysvaltojen ja monien muiden esimerkin mukaisesti valittu veronkiristysten ja budjettileikkauksen sijaan elvytyksen tie. Hallitus on lisäbudjeteissaan elvytyksen nimissä mm. aikaistanut investointeja ja kasvattanut velan määrää. Verojen alennuksia on pidetty tehottomina toimina elvytystä ajatellen.

Hallitus on myös päättänyt nostaa kunnallisveron perusvähennystä, minkä ajatellaan tuovan helpotusta erityisesti pienituloisten asemaan. Elvytystä on kuitenkin harjoitettu varovasti. Monet merkit viittaavat siihen, että kunnat ovat – osin valintana ja osin pakon sanelemana – päätymässä

3 Pehkonen 2007; Kiander ja Taimio 2009.

4 Pohjola 2009.

jälleen leikkauslinjalle. Toisin kuin 1990-luvun alussa, kunnat eivät ole silti ainakaan vielä vähentäneet rajusti henkilöstöä. Itse asiassa kuntien palkkakulut ovat lisääntyneet lamasta huolimatta aikaisemmin sovittujen palkan-  
korotusten vuoksi.

12 Joka tapauksessa elvytystä ja elvytyksen jälkeisen ajan tehokkaita toimia tarvittaneen vielä mm. sen vuoksi, että maailmanmarkkinoiden elpyminen näkyy Suomessa hitaammin kuin muissa EU-maissa<sup>5</sup>. Kreikan talouskriisi keväällä 2010 osoitti kuitenkin, että elvytyksen rajat tulevat jo vastaan joissain maissa.

Taantuma on toki synkentänyt työllisyystilastoja huomattavasti. Työlistien määrä on vähentynyt erityisen voimakkaasti teollisuudessa, rakennusalalla ja tukkukaupassa. Työllisyyttä on pyritty viime aikoina hoitamaan julkisilla investoinneilla ja työnantajien Kela-maksun poistolla. Näiden keinojen tehokkuudesta kiistellään. Vuoden 2009 talouden hidastumisen työttömyysvaikutus on ainakin toistaiseksi ollut yllättävän vähäinen. Vaikutus saattaa kuitenkin purkautua vuosina 2011 ja 2012 sitkeänä pitkäaikaistyöttömytenä.

### *Haasteet vuoteen 2020*

Taantumun ohella lisähaastetta työllisyyden hoidolle tuovat työikäisen väestön väheneminen – ikääntyminen – ja sen mahdollisesti mukanaan tuoma työvoimapula sekä ennustettu BKT:n kasvun hitaus tulevina vuosina. Työllisyyttä ei enää voida myöskään hoitaa devalvaatiolla, vaan keinovalikoimat koostuvat finanssi- sekä tulo- ja työvoimapolitiikan toimista.<sup>6</sup> Julkisen velan kasvu voi rajoittaa liikkumavaraa finanssipolitiikassa.

Väestön ikääntyminen luo myös haasteen julkisen talouden pitkän ajan kestävyydelle. Väestön ikääntyessä 65 vuotta täyttäneen väestön osuuden työikäiseen väestöön verrattuna odotetaan kasvavan runsaasti tulevien vuosikymmenten aikana. Itse asiassa näyttää siltä, että väestön ikääntyminen on meillä nopeampaa kuin osattiin aiemmin odottaa. Ikääntyvä väestö tulee viemään suurenevan osuuden julkisista menoista, ja on selvää, että julkinen rahoituspohja on suurten haasteiden edessä. Menojen noustessa julkinen talous voi kääntyä alijäämäiseksi, ja tämä nostaa paineita menojen karsimiseksi.

Väestön ikääntymisen ns. ensimmäinen aalto sijoittuu vuosiin 2010–2030, ja tämän jakson aikana eläkemenot kasvavat huomattavasti. Lakisääteiset kokonaiseläkemenot ovat nyt 11 prosenttia BKT:sta, suurimmillaan osuuden odotetaan nousevan noin 15 prosenttiin 2030-luvulla. Työikäisen

5 Haavio ym. 2009; Pohjola 2009.

6 Pehkonen 2007; Haavio ym. 2009; Kiander ja Taimio 2009.

väestön määrä supistuu 2030 luvun alkuun asti, jonka jälkeen se alkaa kasvaa. Onkin luultavaa, että 2040-luvun loppupuolelta lähtien eläkemenojen BKT-osuus vakiintuu noin 14 prosenttiin.<sup>7</sup>

Ikääntyvän väestön kasvu sekä eliniän odotteen nouseminen haastavat myös eläkejärjestelmämme ja eläkkeiden rahoituksen kestävyys. Eläkkeet antavat taloudellisen toimeentulon tällä hetkellä neljännekselle väestöstä, ja tämä osuus tulee kasvamaan.

Nyt vallitsevan finanssikriisin seurauksena eläkevarojen tuotto-oletus alenee lähitulevaisuuden osalta. Korkotason mataluuden vuoksi korkotulot jäävät pieniksi, osakkeiden ja muiden riskipitoisten sijoitusten osuus eläkelaitosten sijoitusjakaumassa on poikkeuksellisen pieni. Vuodelle 2010 reaalituotto-oletus on 3,4 prosenttia. Jotta eläkkeiden rahoitus saadaan turvattua, on pitkän aikavälin talouskehityksen oltava suotuisa. Työllisyysasteen pitäisi nousta runsaaseen 70 prosenttiin, eläkkeellesiirtymisiän odotteen pitäisi myös kasvaa ja ansiotason reaalikasvun parantua. Yksityisten eläkkeiden rooli työeläkejärjestelmän kestävydessä tulee myös olemaan merkittävä.<sup>8</sup>

Jos talouskasvu on suotuisa ja eläkkeiden rahoitus etenee odotetusti, tulevat eläkkeet ovat nykyisiä eläkkeitä suurempia. Tosin keskimääräisen eläkkeen taso suhteessa keskimääräiseen palkkatasoon alkaa laskea. Tämä johtaa keskusteluun reiluudesta ja oikeudenmukaisuudesta.

Suurten ikäluokkien vanheneminen aiheuttaa Suomessa rajumman hoivasuhteen muutoksen kuin missään muussa EU-maassa. Eläke-, ikääntymis-, hoiva- tai terveysteknologiapommin koosta ja luonteesta on erilaisia arvioita. Tarpeet kasvavat tulevaisuudessa, mutta pommia ei välttämättä tule, mikäli talouskasvu jatkuu noin 1,5 prosentin vuotuisella vauhdilla. Erilaiset mallit ja arviot rahoitusvajeesta selviytymisestä eivät kuitenkaan ole ottaneet huomioon sitä, että talouskasvu voisi päättyä niin rajusti ja äkillisesti kuin tapahtui vuonna 2009.

Toisaalta palvelutarpeiden on arveltu kasvavan kaikkein eniten yli 75-vuotiaiden ikäryhmässä, joka on tulevaisuudessa todennäköisesti toimintakyvyltään ja terveydeltään paljon paremmassa kunnossa kuin edelliset sukupolvet. Kauhukuvissa terveysteknologian kallistumisesta unohdetaan usein se, että uusi teknologia tuo usein myös selviä säästöjä nykyiseen verrattuna.

Hoivasuhteeseen liittyy olennaisesti myös alueellinen ulottuvuus. Väestö ikääntyy nopeasti kasvukeskuksissa, mutta samaan aikaan väestö kasvaa muuttoliikkeen ja syntyvyyden ansiosta. Harvaan asutulla seudulla väestö ikääntyy ja samanaikaisesti määrältään pienenee. Tämä synnyttää uusia tarpeita tasata alueellisia eroja. Hoivapalveluiden tuottamiseen liittyy

7 Elo ym. 2009; Kiander ja Taimio 2009.

8 Elo ym. 2009; Kiander ja Taimio 2009.

myös työvoiman riittävyden ongelma. Hoivapalveluita tuottavat työntekijät ovat keskimäärin melko ikääntyneitä, lisäksi edellä kuvattu ikääntymisen alueellottuvuus on havaittavissa myös työntekijöiden kohdalla. Tulevaisuudessa uusia työntekijöitä on mahdollista saada lisäämällä miesten osuutta hoivatyöntekijöistä ja/tai pidentämällä työuria.

14 Hyvinvointipalveluiden järjestäminen on kuntien vastuulla, mutta kyse ei ole muutamia poikkeuksia (tärkeimpänä lasten päivähoito) lukuun ottamatta subjektiivisten oikeuksien takaamisesta. Kunnat toteuttavatkin järjestämisvastuutaan eri tavoin, mikä on johtanut alueellisiin eroihin palveluiden tarjonnassa ja laadussa. Jo ennen lamaa kunnat ovat pyrkineet hillitsemään kustannuksia rakentamalla erilaisia tilaaja-tuottajamalleja. Kunnat ovat myös solmineet kumppanuussopimuksia ja muita kiinteämpiä yhteistyökuvioita hoivapalveluita tuottavien järjestöjen kanssa. Rahoitusvajetta on paikattu myös korottamalla palvelumaksuja ja omavastuuosuuksia. Seurauksena on ollut eriarvoisuuden kasvu. Pienituloisilla ja pitkäaikaissairailta on suuremmat tarpeet ja heikompi maksukyky, mutta silti samansuuruiset maksut kuin muilla.

Yritykset ja kolmas sektori voivat täydentää kuntien palveluita ja tarjota valinnanmahdollisuuksia. Kauhukuvia ikääntymiseen liittyvistä pommeista on käytetty perusteena palveluiden yksityistämiseksi. Yritysten osuus hoivapalveluiden tuottajista on kasvanut voimakkaasti vuodesta 1995 alkaen. Yksityistäminen ei ole aina tuonut toivottuja säästöjä. Hoivapalveluiden markkinoiden ongelmana on hinnoittelu. Markkinoita hallitsevat muutamat suuret toimijat, jotka pitävät hintoja korkealla. Kuntien vetäytyminen hyvinvointipalveluiden tuottamisesta pienentää yhtäältä henkilöstökuluja, mutta toisaalta luo paineita kuntien eläkevakuutusmaksujen korottamiselle – ja uusille henkilöstön vähennyksille.

Antti Lemmetyisen<sup>9</sup> mukaan sosiaalipalveluiden markkinoiden koko on noin kahdeksan ja terveystalveluiden noin 12 miljardia euroa. Muut kuin julkiset tahot tuottavat noin kolmasosan sosiaalipalveluista. Osuus voi kasvaa noin 40 prosenttiin lähivuosina eli vuoteen 2015 mennessä. Kolmas sektori ja yritykset vastaavat jo nyt lähes 90-prosenttisesti mielenterveyspalveluista, noin kahdesta kolmasosasta päihdehuollon asumispalveluista ja lastensuojelusta sekä reilusta viidenneksestä vanhustenhuollosta ja kehitysvammahuollosta. Yritysten rooli on vielä melko pieni muissa sosiaalipalveluissa kuin mielenterveyspalveluissa ja lastensuojelussa. Yritykset tuottavat sen sijaan huomattavan osan terveystalveluista. Niiden osuus on noin 60 prosenttia työterveyshuollosta ja noin 30 prosenttia avoterveydenhuollosta. Lemmetyinen myös arvioi molempien osuuksien kohoavan noin kymmenellä prosenttiyksiköllä vuoteen 2015 mennessä. Yritykset tuottavat noin

---

9 Lemmetyinen 2010.



viisi prosenttia sairaalapalveluista. Terveystuotannon rahoitusuudistuksessa on suuri vaikutus siihen, miten tämä osuus kehittyy tulevaisuudessa.

Kuntien rahoitusvajetta voidaan kattaa myös tuottavuutta parantamalla. Kyse on paitsi järjestelmien ja hoitokäytäntöjen uudistamisesta myös työnjaosta ja kannustimista. Tällä hetkellä palveluiden rahoitus (valtio) on eriytetty järjestämisvastuusta (kunnat) ja palveluiden tuottamisesta (kunnat, yritykset, kansalaisjärjestöt). Käytännössä parempaa tuottavuutta on haettu uudistamalla kunta- ja palvelurakennetta (Paras-hanke). Keskimääräinen kuntakoko (asukasluvun mediaani) on Suomessa edelleen vain 6 000 asukasta. Osa kunnista on lähtenyt Paras-hankkeeseen mukaan innokkaasti, osa penseästi. Tärkeä kysymys on, nopeuttaako talouskriisi tuottavuutta parantavia uudistuksia vai hidastaako se niitä.

Hyvinvointivaltion rahoituspohjan kestävyys on korkean työllisyysasteen ja lisääntyvän hyvinvointipalveluiden tuottavuuden varassa. Jos esimerkiksi keskimääräistä työuraa pidennetään yhdellä vuodella, tämä tuo positiivisia vaikutuksia niin työllisten määrään, BKT:n kasvuun kuin verotuloihinkin. Syynä on se, ettei työllisyys pysy vakiona, vaan muokkautuu työn tarjonnan mukaan. Toisin sanoen pidempään työelämässä viipyvät ikääntyvät työntekijät eivät syrjäytä nuoria tai työtä hakevia työttömiä työelämästä.

### 3.2 Tuloerot, köyhyys ja sosiaaliturva

#### *Tuloerot ja köyhyys*

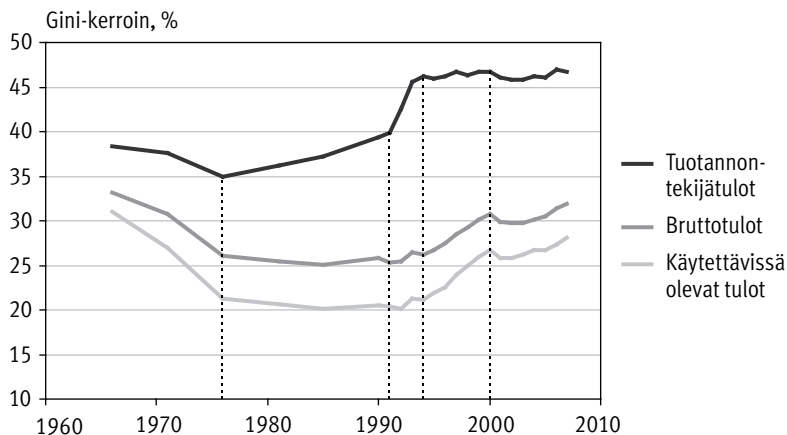
Tuloerojen kehitys Suomessa on jakautunut neljään eri vaiheeseen. 1960-luvun puolivälistä 1970-luvun puoliväliin tuloerot pienenevät kaikilla tulokäsitteillä mitattuna (kuvio 1, s. 16). Tämän jälkeen tulonjaon eriarvoisuus pieneni tasaisesti aina 1990-luvun alkuun asti. 1990-luvun alun taloudellisessa taantumassa tuotannontekijätulojen eriarvoisuus kasvoi, mutta käytettävissä olevilla tuloilla mitattuna ei tapahtunut muutoksia. Sen sijaan laman jälkeinen aika 1990-luvun puolivälistä alkaen on merkinnyt voimakasta käytettävissä olevilla tuloilla mitattujen tuloerojen kasvua. Vastaavasti tuotannontekijätuloilla mitattu eriarvoisuus on pysynyt vakaana. Erityisen huomionarvoista 1990-luvun lopun ja 2000-luvun kehityksessä on se, että tuotannontekijätulojen eriarvoisuuden pysyminen vakaana ja käytettävissä olevien tulojen eriarvoisuuden samanaikainen kasvu merkitsee tulonsiirtojärjestelmän, erityisesti verotuksen, uudelleenjakavan vaikutuksen merkittävää heikentymistä.<sup>10</sup>

Tämä kehitys näkyy myös silloin, kun tarkastellaan käytettävissä olevien tulojen kasvua eri tulokymmenyksissä eli tulodesiileissä eri ajankohtina

10 Riihelä ym. 2005, 1–2.

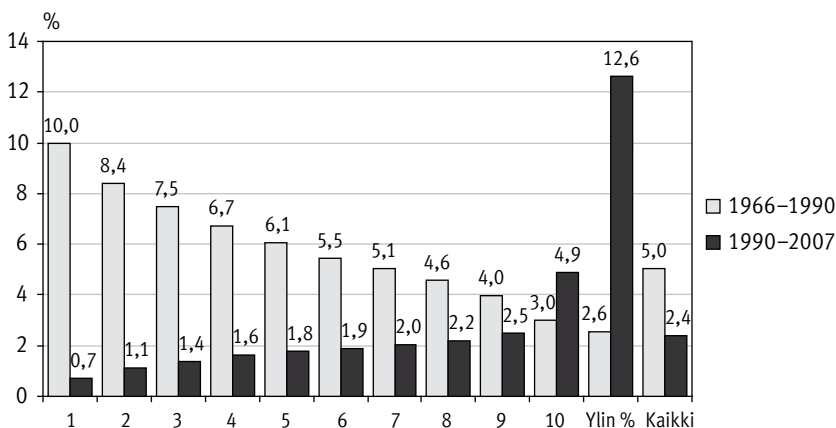
(kuvio 2): vuosien 1966 ja 1990 välisenä aikana alimpien tulodesiilien tulot kasvoivat selvästi nopeammin kuin ylempien tuloryhmien. Sen sijaan vuosien 1990 ja 2007 välisenä aikana tilanne on täysin päinvastainen: ylempien tuloryhmien tulot ovat kasvaneet selvästi nopeammin kuin alimpien tuloryhmien<sup>11</sup>. Erityisesti erottuvat kaikkein korkeimmissa tuloryhmissä olevat,

16 **Kuvio 1.** Tuloerojen kehitys eri tulokäsitteillä 1966-2007 (gini-kerroin, %).



Lähde: Riihelä ym. 2005, päivitetty (Tuomala 2009).

**Kuvio 2.** Käytettävissä olevien tulojen vuotuinen kasvu ajanjaksoilla 1966–1990 ja 1990–2007, %.



Lähde: Riihelä ym. 2005, päivitetty (Tuomala 2009).

11 Riihelä 2009; Tuomala 2009.

joiden tulojen kasvu on ollut selvästi suurempaa kuin muulla väestöllä. Näiden tuloryhmien tulojen kasvu perustuu pääosin pääomatulojen kasvuun. Tämä on puolestaan yhteydessä verotuksen uudelleenjakavan vaikutuksen heikentymiseen. Ylimmän tulodesiilin keskimääräinen veroaste onkin laskenut 1990-luvulta lähtien. Erityisen voimakasta keskimääräisen veroasteen lasku on ollut huipputuloisimmalla, ylimmällä prosentilla. Sen sijaan alimman tulodesiilin keskimääräisessä veroasteessa ei ole tapahtunut muutoksia. Ylimpien tuloryhmien ja koko väestön keskimääräisen veroasteen välinen ero on kaventunut selvästi<sup>12</sup>.

Tuloköyhyyden kehitys noudattelee pitkälti samaa linjaa tuloerojen kehityksen kanssa. Tuloköyhyys laski selvästi 1960-luvun puolivälistä 1980-luvulle. Tuloilla mitattu köyhyys ei myöskään kasvanut 1990-luvun laman aikana. Tuloköyhyys lähti kuitenkin käytettävissä olevilla tuloilla mitatun tuloerojen kasvun tapaan nousuun vasta 1990-luvun puolivälin jälkeen ja on jatkanut kasvuun myös 2000-luvulla.<sup>13</sup>

Uuteen kansantalouden taantumaan Suomi joutui näin ollen selvästi toisenlaisista lähtökohdista kuin 1990-luvun lamaan. Tuloerot ja tuloköyhyys ovat korkeammalla tasolla nyt kuin 1990-luvun alussa. Taloudellisten taantumien välitön vaikutus on yleensä taloudellista eriarvoisuutta tasaa-va. On todennäköistä, että ylimpien tuloluokkien tulojen kasvu pysähtyy hetkeksi finanssikriisin kohdistuessa pääomatuloihin. Taloudellisen taantumien välittömät vaikutukset ovat kuitenkin yleensä lyhyitä esimerkiksi ilman verotuksen progressiivisuuden merkittäviä muutoksia.

### *Lasten ja lapsiperheiden hyvinvointi ja köyhyyden ylisukupolvisuus*

Suomalaiset lapset voivat kansainvälisesti verraten hyvin koulutuksen, materiaalsen hyvinvoinnin, asumisen laadun, ympäristön sekä terveyden ja turvallisuuden näkökulmista katsottuna. Sen sijaan suomalaiset lapset ja nuoret pärjäävät heikosti, kun tarkastellaan itsemurhia, päihteiden käyttöä ja koulussa viihtymistä.<sup>14</sup>

Lasten ja lapsiperheiden hyvinvointi on keskeinen asia mahdollisuuksien tasa-arvon näkökulmasta. Lapsuudenkodin olosuhteilla on huomattava merkitys niihin mahdollisuuksiin, joita lapsella on elämässään. Taloudellisen huono-osaisuuden ylisukupolvisuus on Suomessa tutkimusten mukaan melko vähäistä<sup>15</sup>. Vanhempien tulojen merkitys heidän lastensa tuloihin on lisäksi vähentynyt pitkällä aikajänteellä. Yksi keskeisimmistä tekijöistä tämän taustalla on peruskoulutukseen liittyneet uudistukset

12 Riihelä ym. 2005; Riihelä 2009.

13 Niemelä 2003; Riihelä 2009.

14 Esim. UNICEF 2007; OECD 2009.

15 Österbacka 2004; Airio ym. 2005; Jäntti ym. 2006; Airio ja Niemelä 2009.

1970-luvulla<sup>16</sup>. Köyhyyden ylisukupolvisuuden osalta on vielä vaikea arvioida, missä määrin 1990-luvun köyhyyden kasvu muuttaa edellä mainittua kuvaa. Lapsiköyhyyden lisääntyminen 1990-luvun puolivälistä alkaen kuitenkin viittaa siihen, että perhetaustan merkitys korostuu tulevaisuudessa.

### *Toimeentuloturvan haasteet ja uudistukset*

Valtioneuvosto asetti 14. kesäkuuta 2007 sosiaaliturvan kokonaisuudistusta valmistelevan komitean (Sata-komitea). Komitean tavoitteena oli tehdä työn vastaanottaminen aina kannattavaksi, vähentää köyhyyttä, luoda riittävä sosiaaliturva erilaisiin elämäntilanteisiin, vähentää byrokratiaa, tehdä sosiaaliturvajärjestelmästä yksinkertaisempi ja selkeämpi, asettaa perusturvan taso sellaiseksi, että se ei anna tarvetta toimeentulotuen pitkäaikaiseen käyttöön, pidentää työuria ja luoda sosiaaliturvajärjestelmä taloudellisesti kestäväksi.

Komitean tammikuussa 2009 julkaisemien peruslinjausten<sup>17</sup> pohjalta osa sen esityksistä on edennyt lainsäädännöksi. Toimeentuloturvaan liittyvät ehdotukset, joiden toimeenpano ajoittuu vuosille 2009–2011, koskevat kuntoutusrahan vähimmäismäärää, takuueläkettä, perusturvaetuuksien indeksisidonnaisuutta, kunnallisveron perusvähennyksen korottamista, työttömyyspäivärahaan, sairauspäivärahaan ja tapaturmavakuutuksen päivärahaan vaikuttavia muutoksia, vuorotteluvapaan vakinaistamista sekä sairauspäivärahan ja opintotuen vakinaistamista.<sup>18</sup>

Komitean loppumietinnössä<sup>19</sup> tehtiin lisäksi toimeentuloturvaan koskevia ehdotuksia. Ensimmäinen ehdotus koski perusturvan riittävyyttä ja toimeentulotuen tarpeen vähentämistä. Edellä mainitut takuueläke ja perusturvaetuuksien indeksoiminen liittyvät tähän seikkaan. Mietinnössä todettiin, että vähimmäispäivärahojen taso on jäänyt jälkeen elinkustannusten ja ansiotason kehityksestä ja niiden korjaamiseksi on perusteltua tehdä reaalityön korotuksia. Komitea ei kuitenkaan antanut konkreettisia tasokorotusehdotuksia, vaan totesi, että julkisen talouden velkaantuminen

16 Pekkarinen ym. 2006.

17 Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009a.

18 Perusturvaetuuksien osalta kuntoutusrahan vähimmäismäärä korotetaan työmarkkinatuen tasolle. Takuueläke puolestaan koskee kaikkein pienimpien eläketulojen varassa elävien toimeentuloa. Takuueläke maksettaisiin niille eläkkeensaajille, joiden kokonaiseläke jää takuueläkkeen säädetyn tason alle. Täysimääräinen takuueläke olisi 685 euroa/kk (vuoden 2009 tasossa). Perusturvaetuuksien indeksoinnin tavoitteena on parantaa etuuksien ostovoiman säilymistä. Indeksisuojan ulkopuolella olevat perusturvaetuudet (sairauspäiväraha, vanhempainpäiväraha, kuntoutusraha, lapsilisät, kotihoidon tuki ja yksityisen hoidon tuki) tullaan sitomaan kuluttajahintojen muutosta kuvaavaan indeksiin. Kunnallisveron perusvähennyksen korottaminen puolestaan parantaa nettomääräisen perusturvan tasoa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009b, 22–24.

19 Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009b, 26–35.

vaikuttaa niiden tekemistä. Sen sijaan komitea ehdotti, että työttömien aktivointitoimiin tulisi kohdistaa toimenpiteitä.<sup>20</sup>

Komitean toinen ehdotus oli perusturvan tason riittävyden arvioinnin lakisäateistäminen, joka myös osittain täydentäisi perusturvaetuksien indeksisidonnaisuutta. Kolmas ehdotus liittyi puolestaan vähimmäismääräisen sairauspäivärahan omavastuuajan lyhentämiseen 55 päivästä 9 arkipäivään. Muutos vähentäisi samalla kyseiseen ryhmään kuuluvien tarvetta tukeutua toimeentulotukeen.

Toimeentuloturva koskevien uudistusehdotusten lisäksi komitea teki kustannusten korvaamista koskevia esityksiä, joista keskeisin oli asumiskijärjestelmän vaiheittainen yksinkertaistaminen ja yhdenmukaistaminen. Kustannusten korvaamista koskeviin esityksiin sisältyivät lisäksi ehdotukset julkisesti tuetun asuntokannan tarkoituksenmukaisen käytön edistämisestä, hoitotuen ja omaishoidon tuen yhteensovittamisesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kehittamisestä. Komitea käsitteli lisäksi useita työllistämistoimenpiteitä ja teki ehdotuksia toimeentuloturvan kannustavuuden parantamisesta ja byrokraloukkujen vähentämisestä. Takuueläke on jo hyväksytty. Sen sijaan komitean muiden ehdotusten toteutuminen on vielä suurelta osin epävarmaa.

Lapsiperheiden taloudellisen aseman parantaminen on saanut 2000-luvulla melko paljon huomiota poliittisessa keskustelussa<sup>21</sup>. Kaikkein köyhimpien lapsiperheiden taloudellisen aseman parantaminen on ollut tavoitteena esimerkiksi niin sanottujen köyhyyspakettien yhteydessä. Lisäksi pääministeri Matti Vanhasen II:n hallituksen ohjelmaan kirjattiin erillinen Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma, jonka tavoitteena on ehkäistä ja vähentää pahoinvointia ja syrjäytymistä.

Poliittisesta keskustelusta huolimatta teot ovat jääneet vähäisiksi. Suomalaista köyhyyden vastaista politiikkaa ovat luonnehtineet 2000-luvulla köyhyyspakettien kaltaiset yksittäiset toimet, joissa etuuksia on korotettu melko pienessä mittakaavassa<sup>22</sup>. Köyhyyden ylisukupolvisuutta vähentävät toimet tulisi nähdä kuitenkin laajasti. Toimeentuloturvaetuksien lisäksi tarvitaan muun muassa toimiva palvelujärjestelmä. Kokonaisuudessaan köyhyyden ylisukupolvisuudessa on kyse monisäikeisestä asiasta, jonka esittämiseen tarvitaan kattavaa sosiaali-, koulutus- ja työmarkkinapolitiikan yhteispeliä, ja ennen kaikkea ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä.

20 Ehdotuksen mukaan peruspäivärahan ja työmarkkinatuen korotusosaa (ns. aktivointilisää) nostettaisiin vajaalla kahdella eurolla.

21 Hämäläinen ja Kangas 2010.

22 Kuivalainen ja Niemelä 2010.

### 3.3 Terveys, terveydenhuolto ja terveydenhuollon talous

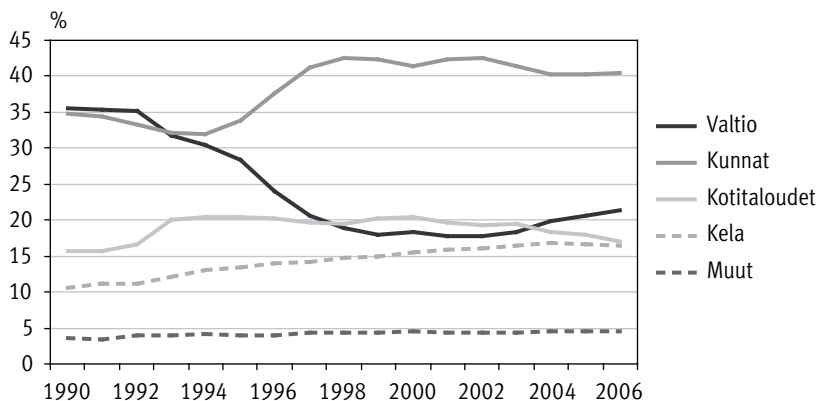
#### *Terveydenhuollon talous*

20

1990-luvun lama vaikutti terveydenhuollon rahoitusrakenteeseen siten, että kotitalouksien maksuosuus kasvoi. 1990-luvun lopulla asiakasmaksuilla rahoitettiin aiempaa suurempi osa terveydenhuollosta ja maksut kohdistuivat aiempaa tuntuvammin alempiin tuloryhmiin<sup>23</sup>. Asiakasmaksujen osuus kääntyi kuitenkin laskuun 2000-luvulla, ja vuoteen 2006 mennessä rahoitusosuudet olivat vastaavat kuin ennen 1990-luvun alun lamaa. Laman jälkeen työttömyys väheni hitaasti ja terveydenhuollon rahoitustaso kasvoi varsin maltillisesti; 2000-luvun alun jälkeen kasvuvauhti on ollut aiempaa rivakampaa. Edellistä, 1990-luvun alun lamaa edeltävä terveydenhuollon rahoitustaso saavutettiin 2000-luvun alussa.

Ennen 1990-luvun alun lamaa ja valtionosuusuudistusta valtion ja kuntien osuus terveydenhuollon menoista oli melkein samansuuruinen (n. 35 %) ja kotitalouksien maksuosuus noin 16 prosenttia. Vuosikymmenen aikana tapahtui kuitenkin nopea muutos, kun terveydenhuollon rahoitusvastuu siirtyi merkittävältä osaltaan kunnille. 1990-luvun lopulla kuntien maksuosuus oli jo yli 40 prosenttia, kun vastaavasti valtion maksuosuus oli alle 20 prosenttia. Laman myötä tehdyt leikkaukset johtivat kotitalouksien maksuosuuden kasvuun (joka oli enimmillään yli 20 %). (Kuvio 3.)

**Kuvio 3.** Terveydenhuoltomenojen rahoitus vuosina 1990-2006. Rahoittajien osuus terveydenhuoltomenoista, %.



Lähde: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.

Terveydenhuollon rahoituksen progressiivisuus onkin laman jälkeen vähentynyt, ja nykyään rahoituksen jakauma on jo hieman regressiivinen eli alempien tuloluokkien suhteellinen rahoitusosuus on suurempi kuin ylempien. Erityisesti tähän on vaikuttanut käyttäjämaksujen regressiivisyyden lisääntyminen. Laman jälkeen yksityisen rahoituksen osuus terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta on kasvanut. Regressiivisyyttä on lisännyt julkisen rahoituksen painopisteen siirtyminen valtion rahoituksesta kunnalliseen rahoitukseen. Regressiivisyyteen tämä johtaa siksi, että valtion verotus on huomattavasti progressiivisempaa kuin kunnallinen verotus.

### *Terveyserojen kehitys*

Väestön terveydessä on Suomessa samoin kuin muissa länsimaissa todettu systemaattisia ja sitkeitä väestöryhmittäisiä eroja<sup>24</sup>. Erityisesti erot näyttävät kytkeytyvän sosiaalisiin rakenteisiin eli työn, vallan sekä tulojen ja varallisuuden jakautumiseen yhteiskunnassa – vähäinen koulutus, alempiin sosiaaliluokkiin kuuluminen ja heikko työmarkkina-asema näyttävät muodostavan vakavan terveysriskin. Joillakin terveydentilan osoittimilla, kuten kuolleisuudessa, erot näyttävät viime aikoina jopa kasvaneen<sup>25</sup>. Miehillä elinajanodotteen erot kasvoivat 1980-luvun alkupuolelta 2000-luvun alkupuolelle, vaikka elinajanodote kasvoi kaikissa ryhmissä. 2000-luvun alkupuolella erojen kasvu hidastui tai pysähtyi. Erot näyttävät ainakin joidenkin terveyden osoittimien kohdalla läpäisevän koko sosiaalisen hierarkian.

Kansainvälisessä vertailussa rakenteellisiin ja taloudellisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat terveyseroihin, kuuluvat globaali eriarvoisuus, hyvinvointivaltiomallit, luokka- ja työmarkkinarakenteet sekä tulojakaumat. Institutionaalisia tekijöitä taas ovat perhe, verkostot ja sosiaalinen pääoma sekä terveydenhuolto. Yksilötasolla kyse on elämäntyylistä ja terveyskäyttäytymisestä sekä persoonallisuuden piirteistä.

Terveyseroja ei voida pitää eettisesti hyväksyttävänä. Myös kansanterveyden näkökulmasta voitaisiin saavuttaa suuria terveyshyötyjä, jos sosiaalisessa hierarkiassa alempana olevien terveyttä voitaisiin parantaa vastaamaan parempiosaisten terveyttä. Keinovalikoimaan tulisi kuulua ainakin yhteiskuntapoliittisia toimia, jotka kohdistuvat riittävän tulotason varmistamiseen, koulutukseen ja työttömyyden sekä heikkojen asuinolojen vähentämiseen. Lisäksi tarvitaan toimia, jotka vahvistavat edellytyksiä terveellisiin elintapoihin erityisesti kaikkein heikoimmassa asemassa olevilla ja terveyspalvelujen saatavuutta kaikille väestöryhmille<sup>26</sup>.

24 Palosuo ym. 2007.

25 Valkonen ym. 2007.

26 Commission on Social ... 2008.

### *Terveyspalvelujen käytön väestöryhmittäiset erot*

Suomen terveydenhuollossa on rakenteellisia piirteitä, jotka tukevat palvelujen yhdenvertaista saatavuutta kaikille väestöryhmille. Näitä ovat terveydenhuoltojärjestelmän kattavuus ja pakollinen sairausvakuutus sekä terveyspalvelujen resurssien ja rahoituksen tasaus kuntien välillä valtionosuusjärjestelmän avulla. Järjestelmässä on kuitenkin myös monia rakenteellisia piirteitä, jotka heikentävät palvelujen yhdenvertaista saatavuutta. Avopalveluissa potilaan maksuosuus on suuri sairausvakuutuskorvauksesta huolimatta. Työterveyshuollon palvelut ovat muita ryhmiä kattavammat korkeammassa sosiaalisessa asemassa olevilla ja rajoittuvat vain työelämässä mukana oleviin. Avopalveluissa havaitut erot heijastuvat myös lähetekäytäntöjen kautta sairaalapalvelujen käyttöön.

Avopalvelujen käytössä onkin Suomessa osoitettu olevan varsin suuria tuloryhmittäisiä eroja, kun palvelujen tarve on otettu huomioon. OECD:n 2000-luvun alussa tekemän tutkimuksen mukaan avohoidon lääkäripalvelujen käyttö jakautui Suomessa tarkastelluista maista eniten suurituloisia suosivasti<sup>27</sup>. Kun palvelujen käytön jakaumaa tarkastellaan sektoreittain koko väestöllä, todetaan suurituloisia suosiva jakautuma juuri työterveydenhuollossa ja yksityispalvelujen käytössä<sup>28</sup>. Eroja näyttää myös esiintyvän eri osissa järjestelmää<sup>29</sup>. Muutokset tuloryhmittäisessä jakaumassa ovat 1980-luvun jälkeen olleet pieniä. Hammashoitopalvelujen käyttö kokonaan ja yksityisten hammaspalvelujen käyttö jakautuivat 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa suurituloisia suosivasti, kun tarve otetaan huomioon. Terveyskeskushammaslääkärissä käynnit taas ovat jakautuneet pienituloisia suosivasti.<sup>30</sup> Eriarvoisuus pieneni jonkin verran 1990-luvun puolivälissä terveyskeskushammaslääkärissä käyntien suhteellisen osuuden lisääntyessä.

Sairaalapalvelujen käyttö jakautui 1990-luvun puolivälissä samansuuntaisesti kuin sairastavuus, mutta hoidon laadussa oli eroja<sup>31</sup>. Ylempien sosiaaliryhmien sairaalahoitajaksot olivat alempien hoitajaksoja useammin kirurgisia, ja erot kasvoivat laman aikana. Tämä ei vastanne tarve-eroja. Samansuuntaisia eroja on todettu myös sepelvaltimotaudin hoidossa<sup>32</sup>. Ainakin joissakin elektiiivisissä kirurgisissa toimenpiteissä erot vähenivät 2000-luvun alkupuolelle mennessä toimenpiteiden määrän kasvun myötä<sup>33</sup>. Terveydenhuollon arvioinnin epäsuorana indikaattorina käytetyssä vältettävissä olevassa kuolleisuudessa – eli kuolemissa, joita ei pitäisi ta-

27 van Doorslaer ym. 2004.

28 Häkkinen ja Alha 2006.

29 Koponen ja Alha 2006.

30 Manderbacka ym. 2006.

31 Keskimäki 2003.

32 Keskimäki ym. 2004; Hetemaa ym. 2006.

33 Manderbacka ym. 2009.



pahtua, jos terveydenhuolto on oikea-aikaista ja vaikuttavaa – todetaan samansuuntainen kehitys kuin kuolleisuudessa yleensä. Vältettävissä oleva kuolleisuus on vähentynyt jopa enemmän kuin kokonaiskuolleisuus, mutta samanaikaisesti sosiaaliryhmien väliset suhteelliset erot ovat jatkuvasti kasvaneet nopeammin kuin erot kokonaiskuolleisuudessa<sup>34</sup>. Kasvu oli erityisen selvää 1990-luvun lopulla.

Kuntoutuksen jakautumisesta on tutkimustietoja erittäin vähän, mutta ainakin joidenkin kuntoutuksen muotojen käytössä näyttäisi olevan ylempiä ryhmiä suosivia eroja<sup>35</sup>. Mielenterveyspalvelujen käytön jakautumista on vaikea arvioida, sillä tutkimustietoa on vähän ja mielenterveysongelmat ja sosiaalinen asema kietoutuvat toisiinsa monimutkaisin kytköksin. Hoitava psykoterapia muuttui 1990-luvulta lähtien pääosin yksityissektorin toiminnaksi, jonka kustannuksia tuetaan Kelan kuntoutuksena. Sen yhtenä myöntämisperusteena on työkyvyn ylläpitäminen, mikä sulkee työvoiman ulkopuolella olevia pois tuen piiristä. Kelan myöntämä tuki rajaa myös terapian kestoa ja intensiteettiä, jolloin pitkäkestoinen tai intensiivinen terapia jää suurelta osin potilaan itsensä maksettavaksi. Sairaalapalvelujen käytössä on raportoitu huomattavia sosioekonomisia eroja, mutta niiden tarpeenmukaisuudesta ei ole tutkimustietoa<sup>36</sup>. Alemmilla ryhmillä oli muita enemmän sairaalajaksoja, mutta heidän hoitonsa tapahtui enenevässä määrin muilla kuin psykiatrian erikoisalalla.

### *Terveydenhuollon uudistukset*

Terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmän muutos osui samaan aikaan 1990-luvun laman kanssa. Järjestelmän muutosta oli valmisteltu 1980-luvun lopulta alkaen, mutta taloustilanne ei kuitenkaan vaikuttanut muutoksen toteuttamiseen tai sen sisältöön. Muutos vahvisti kuntien asemaa, hajautti päätöksentekoa ja heikensi keskusjohdon ohjausmahdollisuuksia. Niinpä reformi antoi kunnille valinnanvapautta siinä, miten palvelujärjestelmää sopeutettiin taloustilanteeseen.

Samanaikaisesti terveyspalvelujen tarjonnassa tapahtui muutoksia. Akuutteihin somaattisiin tauteihin liittyvät sairaalapalvelut kasvoivat ja vanhusten kotihoito, päihteiden käyttäjien palvelut ja psykiatrinen hoito vähenivät huomattavasti. Laman aikana yksityissektorin tarjoamat palvelut vähenivät ja sairaaloiden tuottavuus kasvoi, keskimääräiset hoitajakset lyhenivät, teknologia kehittyi ja sairaalahoitopaikkoja vähennettiin (erityisesti psykiatrian alalla). Joillakin sektoreilla palvelujen universaali kattavuus heikkeni. Käyttäjämaksujen osuus terveydenhuollon rahoituksesta

34 McCallum ym. 2010.

35 Rissanen ym. 1999; Suoyrjö ym. 2007.

36 Ostamo ym. 2005.

kasvoi samanaikaisesti. Terveysthuollon on arvioitu selvinneen kohtuullisen muuttumattomana 1990-luvun lamasta eikä sen rakenteessa tapahtunut muutoksia, mutta universalismin katsotaan heikentyneen joidenkin asiakasryhmien osalta<sup>37</sup>. Lama ja valtionosuusjärjestelmän muutos heikensivät valtion ohjausmahdollisuuksia ja terveyskeskusjärjestelmän vakautta ja lopulta johtivat sarjaan paikallisia ja valtakunnallisia sosiaali- ja terveydenhuollon reformeja.

24

Terveydenhuollossa on 1990-luvun laman jälkeen tehty lukuisia reformeja ja uusia palvelujen järjestämistapoja on tuotu perusterveydenhuollon palveluihin. Tällaisia ovat palvelujen ulkoistaminen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistäminen, sosiaali- ja terveyspalvelujen integroiminen kunnissa sekä tilaaja-tuottajamallien käyttöönotto. Vuonna 2004 otettiin käyttöön palveluseteli pitkäaikaiseen hoitoon ja kotihoitoon, ja sen käyttöä laajennettiin vuonna 2009 koskemaan kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluita. Vuonna 2005 otettiin käyttöön hoitotakuu, jonka tarkoituksena on varmistaa palveluihin pääsy tietyissä aikarajoissa. Käynnissä on kuntien palvelurakennemuutos, jossa kuntien palveluita pyritään yhdistämään suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Lisäksi käynnissä on monia ohjelmia, kuten Terveysthuollon edistämisen politiikkaohjelma, Terveysthuollon kaventamisen ohjelma ja Mieli 2009 -mielenterveysohjelma, ja uutta terveydenhuoltotilaa valmistellaan.

On vaikea arvioida, mitä vaikutuksia käynnissä olevilla uudistuksilla on palvelujen yhdenvertaiselle saatavuudelle. Palvelurakennemuutoksen seuraukset eivät ole vielä nähtävissä. Käynnissä ja suunnitteilla olevien uudistusten seuraukset näyttävät oikeudenmukaisuusperspektiivistä ristiriitaisilta. Perusterveydenhuollon vahvistaminen lisänee yhdenvertaista saatavuutta, mutta valinnanvapauden ja asiakastyytyväisyyden korostaminen ja palvelujen monimuotoistaminen vaikuttanevat vastakkaiseen suuntaan.<sup>38</sup> Perusterveydenhuollon palvelukyvyyn heikkenemisen voidaan arvioida lisäävän yksityisten terveysvakuutusten määrää ja yksityis palvelujen käyttöä. Siihen, miten palvelujen saatavuus ja yhdenvertaisuus kehittyvät, vaikuttavat osaltaan veropoliittiset päätökset ja se, millaisia palvelujen järjestämistapoja ja millaista palvelujen rahoitusrakennetta päätetään toteuttaa. Kolme mahdollista terveyspalvelujen tulevaisuudenkuvaa on rakennettu nämä tekijät huomioon ottaen: rahoitus voi kasvaa, heikentyä hieman tai heikentyä voimakkaasti, palvelujen järjestämistavat ja -vastuut voidaan toteuttaa eri tavoin ja palvelujen rahoituspohjaakin voidaan muuttaa.

---

37 Simpura ym. 2001.

38 Larivaara ym. 2009.

## 4 Kolme skenaariota

### 4.1 Hyvinvointivaltion talous

Hyvinvointivaltion tehtävä on ristiriitainen. Hyvinvointivaltion tarjoamien tulonsiirtojen ja palveluiden kysyntä on suurinta silloin, kun talouskasvu on niukkaa tai sitä ei ole lainkaan. Samaan aikaan hyvinvointivaltion mahdollisuudet korkeatasoisten tulonsiirtojen ja palveluiden tarjoamiseen ovat tällöin heikoimmat niukkojen verotulojen vuoksi. Ristiriita voidaan ratkaista velan avulla: ottamalla velkaa julkinen valta pehmentää taantumaa aiheuttamia tulonmenetyksiä ja palvelutarpeiden kasvua – ilman että veroja korotettaisiin välittömästi. Velkaa on kuitenkin lyhennettävä hyvinä aikoina.

Pienessä avoimessa taloudessa kasvu riippuu monella tavalla ulkoisista tekijöistä – varsinkin kun otetaan huomioon se, että korkotasosta ja valuuttakurssista päätetään maan rajojen ulkopuolella. Itsenäiseen päätösvaltaan kuuluva merkittävin tekijä on julkisen talouden menojen ja tulojen suhde, toisin sanoen suhtautuminen hyvinvointivaltion laajuuteen (kustannuksiin), verotuksen tasoon ja julkiseen velkaan. Tässä yhteydessä on otettava huomioon kulloinkin vallitseva verotuksen ja julkisen velan taso. Suomessa veroja on alennettu, mutta julkisen talouden vaje (tulojen ja menojen erotus) on kasvanut ja kasvaa edelleen näköpiirissä olevassa tulevaisuudessa.

Hyvinvointivaltion resursseja vuoteen 2020 mennessä voidaan hahmottaa seuraavalla yksinkertaistetulla nelikentällä:

		Verojen korotus	
		EI	KYLLÄ
Velan pienentäminen	EI	Kuihtuminen	Kehittäminen
	KYLLÄ	Alasajo	Kuihtuminen

Nelikentän taustaoletuksena on, että talous kasvaa melko tasaisesti. Erittäin nopea talouskasvu (yhdistettynä työllisyysasteen nousuun ja hyvinvointipalveluiden tuottavuuden parantamiseen) sekä vastaavasti erittäin hidaskasvu tai negatiivinen talouskasvu muuttavat edellä kuvattua asetelmaa. Myös korkotasolle on vaikutusta resursseihin. Korkeiden verojen nopea nousu vaikeuttaa hyvinvointivaltion kehittämistä.

Hahmotamme melko tasaisen talouskasvun oloissa kolme tulevaisuuden skenaariota hyvinvointivaltiolle: alasajo, kuihtuminen ja kehittäminen. Koska palvelujärjestelmän kehitys vaikuttaa erityisesti kuntien talouteen, skenaarioiden painopisteinä ovat finanssipolitiikan lisäksi myös palvelujen tuottamistavat. Tulonsiirtoja tarkastellaan tarkemmin luvussa 4.2.

## 1. Hyvinvointivaltion alasajo

Verotusta ei kiristetä. Julkista velkaa pyritään hillitsemään tai supistamaan nopeasti leikkaamalla hyvinvointivaltion tulonsiirtoja ja palveluita. Hoivavastuuta siirretään kolmannelle sektorille ja kotitalouksille. Yksityinen ja julkinen palvelutuotanto eriytyvät entistäkin selvemmin. Alueelliset erot kärjistyvät. Julkisia palveluita tuotetaan lopuksi lähinnä vain niille, joilla ei ole varaa hankkia palveluita yksityisiltä markkinoilta. Yksityisen palvelutuotannon osuus nousee voimakkaasti ja se työllistää aikaisempaa selvästi suuremman osan työvoimasta.

## 2. Hyvinvointivaltion kuihtuminen

Veroja ei koroteta eikä julkisen talouden velkaa pyritä saamaan hallintaan nopeasti – tai vaihtoehtoisesti veroja korotetaan, mutta tulot käytetään velan nopeaan takaisinmaksuun. Julkisia menoja ei leikata, mutta ei myöskään kasvateta. Inflaatio heikentää tulonsiirtoja, julkiset palvelut pysyvät ennallaan tai heikentyvät jonkin verran. Palvelutaso heikkenee ajan myötä selvästi suhteessa yksityisen sektorin tarjoamiin palveluihin. Alueelliset erot jatkavat kasvuaan. Hyvinvointipalveluiden tuottavuuden kasvu tapahtuu ennen muuta yksityisessä palvelutuotannossa. Työllisyysasteen parantuminen voi luoda mahdollisuuksia verojen keventämiselle.

## 3. Hyvinvointivaltion kehittäminen

Veroja korotetaan ja julkisen talouden velkaantumista siedetään hyvinvointivaltion kehittämiseksi. Julkisia menoja kasvatetaan ja suunnataan siten, että työllisyysaste nousee ja hyvinvointipalveluiden tuottavuus paranee. Nämä tavoitteet otetaan huomioon myös verojen korottamisessa. Velkaantuminen pysähtyy, kun työllisyysaste nousee ja väestön ikääntymisen aiheuttamat kustannuspaineet saadaan hallintaan. Alueelliset erot supistuvat. Tällöin myös verotusta voidaan uudelleen keventää.

### 4.2 Sosiaaliturva

Sata-komitea linjasi mietinnössään, että sen ehdotukset ovat pitkän linjan ehdotuksia ulottuen 2010-luvun loppuun. Seuraavaksi esitettävät kolme skenaariota pohjautuvat Sata-komitean työhön siten, että ensimmäisessä skenaariossa komitean tasokorotusehdotuksia ei toteuteta lainkaan. Toisen skenaarion oletuksena on, että komitean ehdotuksia toteutetaan, mutta vain niukasti niin sanottuina köyhyyspaketteina. Kolmannessa skenaari-

riossa komitean ehdotukset toteutetaan ja niitä tuetaan veropolitiikalla. Kaikkiin skenaarioihin vaikuttaa lisäksi työllistämistoimenpiteiden, erityisesti heikossa työmarkkina-asemassa olevien työllistämisen onnistuminen. (Taulukko 1, s. 28–29.)

## 1. Kuihtuva perusturva ja heikkenevä ansioturva

27

Taloudellisen laskusuhdanteen taittuessa hitaaseen taloudelliseen kasvuun työttömyys pysyy edelleen melko runsaana. Lisäksi työllisyys pysyy ennallaan tai sen kasvu on vain vähäistä. Julkisen talouden kestävyysvajeen ratkaisemiseksi ei tehdä veronkorotuksia. Työllisyyden ja kannustimien nimissä tuloverotusta päinvastoin kevennetään. Toimenpiteet julkisen talouden tasapainottamiseksi kohdistuvat julkisiin menoihin. Toimeentuloturvaetuuksiin ei tehdä tasokorotuksia. Indeksikorotuksia voidaan tehdä, mutta myös niitä saatetaan jäädyttää tai leikata. Mahdolliset leikkaukset kohdistuvat ennen kaikkea tulonsiirtojärjestelmään eli sosiaaliturvaetuuksien tasoon ja niiden saantiehtoihin. Palveluiden osalta luotetaan uusien palveluntuottamistapojen kykyyn tehostaa tuottavuutta.

Ansioturvasta huolehtineet työmarkkinaosapuolet eivät ole yksimielisiä ansioturvan kehityksestä. Työmarkkinaosapuolet eivät enää pysty aiempaan tapaan sopimaan keskeisistä uudistuksista. Globaalit markkinat ovat siirtäneet voimatasapainoa työnantajaleirin hyväksi. 1950-luvun lopun työttömyysvakuutusuudistuksesta alkanut ja työeläkeratkaisuissa vahvistunut korporatistinen ja kansallinen sosiaalipolitiikan hallintatapa ei enää toimi. Kansallisuus ei enää ole globaaleissa oloissa toimivien työnantajien intressin mukaista. Globaalit työnantajat edellyttävät sosiaaliturvamaksujen alentamista tai ainakin nousupaineitten leikkaamista, mikä sekkin merkitsee ansiosidonnaisten etujen leikkaamista. Työnantajat suosivat yrityskohtaisia kollektiivisia vakuutuksia. Toisaalla taas kansalaiset itse varautuvat heikkenevään sosiaaliturvaan yksilöllisten vakuutusten kautta. Tämän kaiken seurauksena niin kollektiiviset kuin yksilöllisetkin vakuutukset lisääntyvät selvästi. Hyvinvointivaltion legitimitetti joutuu kyseenalaiseksi kansalaisten jakautuessa yhä selvemmin yhtäältä lakisääteisten etujen ja palveluiden käyttäjiin ja toisaalta niiden maksajiin.

Edellä kuvatun kehityksen tuloksena toimeentuloturvan vähimmäisetuuksien taso jää selvästi jälkeen ansiotason ja -turvan kehityksestä. Työttömyysturvassa korostuvat voimakkaasti vastikkeellisuus ja aktivointitoimenpiteet. Toimeentulotuen tarve kasvaa, koska työttömyyden perusturvan ja asumistuen taso on alhainen. Köyhyysaste nousee, sillä syyperusteiset sosiaaliturvaedut eivät riitä köyhyysrajan yläpuolelle. Eläkkeistä kansaneläkkeet jäävät muun perusturvan ohella reaalisesti jälkeen ansiotason ja -turvan kehityksestä. Juuri voimaan tullutta takuueläkettä ei myöskään koroteta riittävästi. Kustannus- ja kannustinsyistä myös työeläkkeitä leikataan.

**Taulukko 1.** Sosiaaliturvan skenaariot.

<b>Malli</b>	<b>Miten malliin päädytään?</b>	<b>Poliittiset toimenpiteet</b>	<b>Perusturvan ja ansioturvan välinen suhde</b>
1. Kiihtyvä perusturva ja heikentyvä ansioturva	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Työttömyys pysyy suurehkona ja työllisyys pysyy ennallaan tai parantuu vain vähän</li> <li>– Veronkorotuksia ei tehdä rahoituksen turvaamiseksi</li> <li>– Tuloverot laskevat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Perusturvaetuuksiin ei tehdä tasokorotuksia (pl. indeksikorotukset)</li> <li>– Mahdolliset leikkaukset kohdistuvat tulonsiirtoihin, ei palveluihin</li> <li>– Työmarkkinaosapuolet eivät ole yksimielisiä ansioturvan kehityksestä</li> <li>– Elinkeinoelämän keskusliitto suosii yrityskohtaisia kollektiivisiä vakuutuksia</li> <li>– Yksilölliset ja kollektiiviset vakuutukset lisääntyvät</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Perusturvan taso jää jälkeen ansiotason kehityksestä</li> <li>– Perusturvan taso jää jälkeen ansioturvan tasosta</li> </ul>
2. Köyhyyspolitiikka turvaverkon paikkaajana	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Työttömyys laskee hitaasti ja työllisyys pysyy ennallaan tai parantuu vain vähän</li> <li>– Verotus kiristyy jonkin verran mutta on lievempää kuin muissa Pohjoismaissa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Satunnaisia ”köyhyyspaketteja” lähinnä eläkkeisiin ja lapsiperhe-etuuksiin</li> <li>– Ansioturvan kohtalaisesta kehityksestä huolehtivat työmarkkinaosapuolet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Perusturvan taso jää jälkeen ansiotason kehityksestä</li> <li>– Ansio- ja perusturvan tason välinen ero kasvaa</li> </ul>
3. Riittävä sosiaaliturva kaikille	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Työttömyys laskee ja työllisyystoimet purevat</li> <li>– Verotukseen tehdyt ratkaisut suosivat pientuloisia</li> <li>– Verotus kiristyy samalle tasolle kuin Tanskassa ja Ruotsissa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Perusturvaetuuksiin tehdään systemaattinen tasokorotus</li> <li>– Ansioturvaa kehitetään yhdessä perusturvaan tehtyjen parannusten kanssa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Perusturvan taso kehittyy ansiotason kehityksen mukaisesti</li> <li>– Perus- ja ansioturva kehittyvät tasapainoisesti, mutta niiden välinen ero kaventuu</li> </ul>

Jatkoa taulukkoon 1.

<b>Työttömyysturva ja toimeentulotuki</b>	<b>Eläkkeet</b>	<b>Tuotokset</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Työttömyysturvassa korostuvat vastikkeellisuus ja aktivointitoimenpiteet</li> <li>– Toimeentulotuen tarve suuri, koska a) työttömyyden perusturvan taso alhainen, b) asumistuen taso alhainen, c) syyperusteiset edut eivät riitä köyhyydestä irtautumiseen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kansaneläkkeet jäävät reaalisesti jälkeen ansiotason kehityksestä</li> <li>– Takuueläkettä ei koroteta riittävästi</li> <li>– Työeläkkeitä leikataan kustannus- ja kannustinsyistä</li> <li>– Yksityiset työeläkkeet ja työmarkkinavakuutukset yleistyvät</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Köyhyys lisääntyy</li> <li>– Tuloerot kasvavat</li> <li>– Perusturvan varassa elävien köyhyys syvenee</li> <li>– Ansioturva torjuu entistä heikommin köyhyyttä</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Työttömyysturvassa korostuvat vastikkeellisuus ja aktivointitoimenpiteet</li> <li>– Toimeentulotuen tarve suuri, koska a) työttömyyden perusturvan taso alhainen, b) asumistuen taso alhainen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kansaneläkkeissä korotukset kohdistuvat takuueläkkeisiin, jonka merkitys korostuu</li> <li>– Peruseläketurvassa painopiste siirtyy kohti tiukempaa tarve- tai tuloharkintaa</li> <li>– Työeläkkeisiin marginaalisia huononnuksia, joita kompensoidaan yksilöllisillä vakuutuksilla ja työmarkkinavakuutuksilla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Köyhyys ja tuloerot pysyvät samalla tasolla tai laskevat hitaasti</li> <li>– Perusturvan varassa elävien köyhyysriski on suuri</li> <li>– Ansioturva torjuu köyhyyttä ja takaa kohtuullisen toimeentulon tason säilymisen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Työttömyysturvan ja toimeentulotuen tarve pienenee vähenevän työttömyyden myötä</li> <li>– Toimeentulotuen tarvetta pienentää entisestään syyperusteisiin perusturvaetuuksiin tehdyt parannukset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kansaneläkkeitä nostetaan tuntuvasti</li> <li>– Työeläkkeet kehittyvät tasapainoisesti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Köyhyys ja tuloerot pienenevät</li> <li>– Sosiaaliturva torjuu köyhyyttä ja takaa kohtuullisen perustoimeentulon ja toimeentulon tason säilymisen</li> <li>– Syyperusteiset edut ovat riittävät</li> </ul>

Tämä johtaa myös köyhyden ja tuloerojen kasvuun. Erityisen selkeästi häviäjiä ovat perusturvan varassa elävät, joiden köyhyys syvenee. Myös ansioturva torjuu entistä heikommin köyhyyttä. Suurimpia voittajia ovat ne, jotka säilyttävät vakaan aseman työmarkkinoilla. Heidän ansiokehityksensä on positiivinen ja heidän käytettävissä olevat tulonsa tulevat nousemaan muun muassa tuloveronkevennysten johdosta.

## **2. Köyhyyspolitiikka turvaverkon paikkaajana**

Työttömyysaste laskee vain hitaasti talouden kasvusta huolimatta. Samanaikaisesti työllisyyden kasvu on hidasta. Verotusta kiristetään julkisen talouden tasapainottamiseksi. Verotus on kuitenkin edelleen alempaa kuin muissa Pohjoismaissa. Perusturvan tason riittävydestä pyritään huolehtimaan budjettiin tehtävillä niin sanotuilla köyhyyspaketeilla, jotka ovat luonteeltaan yksinkertaisia ja pienehköjä tasokorotuksia vähimmäismääriin päivärahoihin. Korotuksissa suositaan pienituloisia lapsiperheitä ja eläkeläisiä. Työmarkkinaosapuolet huolehtivat ansioturvan kohtalaisesta kehityksestä.

Köyhyyspakettien riittämättömyydestä johtuen perusturvan taso jää jälkeen ansiotason ja -turvan kehityksestä. Näin ollen ansio- ja perusturvan välinen ero kasvaa. Työttömyysturvassa korostuvat vastikkeellisuus ja aktivointitoimenpiteet. Toimeentulotuen tarve on edelleen suuri, koska sillä paikataan muiden perusturvaetuuksien puutteita, erityisesti työttömyyden perusturvan ja asumistuen tason alhaista tasoa. Eläkkeiden osalta köyhyyspaketteihin liittyvät tasokorotukset kohdistuvat takuueläkkeeseen. Samanaikaisesti peruseläketurvan tarve- ja tuloharkinnan merkitys kasvaa. Työeläkkeissä yksilöllisten ja kollektiivisten vakuutusten rooli kasvaa.

Köyhyydessä ja taloudellisessa eriarvoisuudessa ei välttämättä tapahdu suuria muutoksia suuntaan tai toiseen. Perusturvan varassa olevien köyhyyseriski on suuri. Sen sijaan ansioturva torjuu köyhyyttä ja takaa kohtuullisen toimeentulon tason säilymisen.

## **3. Riittävä sosiaaliturva kaikille**

Taloudellinen laskusuhde kääntyy nopeaan taloudelliseen kasvuun. Kasvun myötä työttömyys vähenee. Verotusta kiristetään siten, että se on pohjoismaisella tasolla. Veroratkaisut suosivat pienituloisia. Sosiaaliturvan tasoa pyritään kauttaaltaan parantamaan.

Perusturvaetuuksiin tehdään systemaattinen tasokorotus ja ansioturva kehitetään yhdessä perusturvaan tehtyjen parannusten kanssa. Tällöin perus- ja ansioturvan välinen ero kaventuu. Työttömyyden vähentyessä työttömyysturvan ja toimeentulotuen tarve pienenee. Toimeentulotuen



tarvetta pienentää entisestään syyperusteisten perusturvaetuuksien tasoon tehdyt parannukset. Eläkkeistä kansaneläkkeiden tasoa nostetaan tuntuvasi muiden sosiaaliturvan tasokorotusten ohessa. Myös työeläkkeet kehittyvät tasapainoisesti.

Kokonaisuudessaan toimeentuloturvaetuuksiin ja verotukseen tehdyt muutokset merkitsevät taloudellisen eriarvoisuuden pienentymistä ja köyhyyden vähenemistä. Aktiivi-ikäisen väestön työllisyys ja riittävällä tasolla oleva sosiaaliturva torjuvat köyhyyttä ja takaavat vähintään kohtuullisen toimeentulon tason.

### 4.3 Terveysturva

Kolme skenaariota terveysturvan tulevaisuudesta voidaan otsikoida seuraavasti: kuihtuva julkinen terveysturva, kahden kerroksen palvelut ja riittävät terveysturvat kaikille 2.0. Ne on rakennettu rahoituksen mahdollisten muutosten, palvelujen järjestämistapojen ja -vastuiden erilaisten toteuttamismahdollisuuksien sekä palvelujen rahoitusperustan mahdollisten muutosten pohjalta. (Taulukko 2, s. 32–33.)

#### 1. Kuihtuva julkinen terveysturva

Verotulojen vähentyessä kunnilla on enenevässä määrin vaikeuksia järjestää hyvinvointipalvelut ja terveysturvan rahoitus heikkenee. Verotusta kevennetään myös kansainvälisen verokilpailun myötä. Työterveysturva ja yksityisten terveysturvan avopalvelujen rahoitus säilyvät erillään niukkenevästä kuntataloudesta. Palvelujen järjestämistä vastuu säilyy kunnilla, joiden koko kasvaa jonkin verran kunta- ja palvelurakennemuutosten myötä. Kun kunnalliset palvelut säilyvät pääosin verovaroin rahoitettuna, ainoa mahdollisuus lisätä perusterveysturvan rahoitusta on kasvattaa käyttäjämaksuja. Yksityisten palveluiden käytön suuret omavastuuosuudet säilyvät.

Järjestelmä on periaatteessa universalistinen ja kaikilla asukkailla on oikeus palvelujen käyttöön tarpeidensa mukaan. Palvelujen järjestämistapojen rakenne kuitenkin tuottaa entistä suurempia alueellisia ja väestöryhmittäisiä eroja perusterveysturvan palvelujen saatavuudessa ja hinnassa. Terveysturvan avopalveluiden osalta varakas väestö on siirtynyt pois näivettyneestä kunnallisesta järjestelmästä ja käyttää yksityisen sektorin palveluita. Palveluiden saatavuudessa ja laadussa ero julkisen ja yksityisten palveluiden välillä on kasvanut. Toisin kuin avopalveluissa, sairaalapalveluiden saatavuus on verraten hyvä, ja suuri osa väestöstä käyttää edelleen julkisia sairaalapalveluita. Sairaalapalveluissakin väestöryhmittäiset erot saatavuudessa kasvavat, kun erot perusterveysturvaan pääsyssä

**Taulukko 2.** Terveystuotannon skenaariot.

<b>Malli</b>	<b>Miten malliin päädytään?</b>	<b>Rahoituslähde</b>	<b>Palvelujen tuotantotapa</b>
1. Kuittava julkinen terveydenhuolto	Rahoituksen rapautuessa sairaanhoitopiirit pysyvät vahvoina toimijoina ja perusterveydenhuolto heikkenee	Verovaroin, käyttäjämaksut perusterveydenhuollossa, omavastuuosuus säilyy yksityispalveluissa	Tuotanto monimuotoistuu edelleen
2. Kahden kerroksen palvelut	Verotulojen vähentyessä julkisten palvelujen tuottamisedellytykset heikkenevät ja palvelut eriytetään kahteen järjestelmään, verorahoitteiseen ja vakuutus pohjaiseen	Yksityinen vakuutus, joka kattaa kaikki palvelut ja toisaalta mahdollisuus verovaroin järjestettyihin palveluihin säilytetään (niille, joilla ei resursseja yksityiseen vakuutukseen)	Tuotanto monimuotoistuu voimakkaasti, järjestämistä vastuussa olevat tahot valitsevat itse, mistä palvelut ostavat tai miten tuottavat, yksityiset tuottajat – myös kansainvälinen tuotanto – lisääntyvät
3. Riittävät terveyspalvelut kaikille 2.0	Rahoitusta päätetään kasvattaa voimakkaasti ja palvelun järjestäjien määrää rajoittaa (10–20), myös yhden toimijan malli on mahdollinen	Verovaroin, käyttäjämaksut samansuuruiset perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa	Tuotanto pääosin julkisten palveluntuottajien varassa, yksityisten palvelujen ostoa kasvaa rajatusti, työterveys huolto mukaan palveluntuottajiin, tilaajana pääosin julkinen toimija

heijastuvat sairaalapalvelujen käyttöön lähetekäytäntöjen kautta. Alueellinen eriarvoisuus kasvaa, kun yksityisiä palveluita ei ole samassa mitassa saatavilla kaikilla paikkakunnilla, erityisesti pienillä ja syrjäisillä paikkakunnilla. Myös kuntien väliset erot omien palveluiden tuottamisessa ovat suuret.

Varakkaan väestönosan siirtyminen enenevässä määrin yksityisten avopalvelujen käyttöön ja työterveyspalvelujen säilyessä ennallaan kunnallisen sektorin työ muuttuu nykyistä raskaammaksi eikä se enää houkuttele henkilöstöä kuten aikaisemmin. Julkisella puolella henkilöstö suuntautuu enenevästi erikoissairaanhoidon ja riittävän henkilöstön saaminen julkisiin avopalveluihin vaikeutuu.

Asukkaiden vaikutusmahdollisuudet toteutuvat kunnallisen demokration kautta, mutta käytännössä asukkaiden vaikutusmahdollisuudet ovat

Jatkoa taulukkoon 2.

<b>Järjestämisvastuu</b>	<b>Universalismi/Oikeudenmukaisuus</b>	<b>Ohjattavuus</b>	<b>Asiakkaiden valinnanvapaus ja mahdollisuus vaikuttaa palveluihin</b>
Säilyy kunnilla ja sairaanhoitopiireillä	Periaatteessa universalistinen järjestelmä, mutta järjestämistapojen kolmikantaisuus uusintaa eriarvoisuutta perusterveydenhuoltoon pääsyyssä	Malli on heikosti ohjattavissa ja pirstaleinen	Periaatteessa vaikutusmahdollisuudet kunnallisen demokratian kautta, mutta käytännössä erikoissairaanhoidossa vaikutusmahdollisuudet pienet, valinnanvapaus riippuu työmarkkina-asetuksesta ja maksukyvyistä
Kunnat ja yksityiset vakuutuslaitokset, myös kansainvälisiä toimijoita	Universalismi heikenee, alueellisesti palvelujen yhdenvertainen saatavuus vähenee, vakuutusten kattavuuden mahdolliset erot lisäävät sosioekonomisia eroja palvelujen saatavuudessa	Mallin ohjattavuus on olematon ja malli pirstaleinen	Valinnanvapaus kasvaa merkittävästi (ainakin osalla asiakkaista), vapaus vakuutuksen tarjoajan valinnassa toteutuu maksukyvyyn mukaan, vaikutusmahdollisuudet toteutuvat lähinnä vakuutuslainsäädäntöön vaikuttamisessa valtiollisen demokratian kautta
Suuremmille perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistäville toimijoille (10–20) tai yhdelle kansalliselle toimijalle	Vahva universalistinen malli, perusterveydenhuolto tehostuu ja kolmikantavainen mallin eriarvoistava vaikutus vähenee, alueellinen tasa-arvo paranee	Malli on ohjattavuudeltaan hyvä ja sen kiinteys kasvaa	Valinnanvapaus voi kasvaa, jos palveluntuottajan voi valita alueen sisällä; vaikutusmahdollisuudet heikenevät, kun järjestämisvastuussa olevien tahojen koko kasvaa ja malli etääntyy kunnallisesta demokratiasta; muunlaisia kansalaisvaikuttamisen kanavia kehitettävä

erityisesti erikoissairaanhoidon osalta pienet. Valinnanvapaus on suuri niillä asiakkailla, joilla on käytettävissään kaikki kolme palvelujen tuotantokanavaa työmarkkina-asetuksensa ja maksukykynsä ansiosta.

Uusi teknologia ja lääkekulujen kasvu suuntaavat palvelutarjontaa. Sairaanhoitopiirit säilyttävät asemansa voimakkaina toimijoina suhteessa kuntiin, ja erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuus ja käyttö säilyy ennallaan tai voi kasvaa. Tätä kehitystä tukee se, että nykyisen kaltainen rahoitus- ja järjestämisvastuun erottaminen säilyy erikoissairaanhoidossa. Sairaanhoitopiireillä on järjestämisvastuu, mutta kunnilla rahoitusvastuu, jolloin rahoittajan kontrolli toimintaan on heikompa kuin perusterveydenhuollon puolella. Niinpä rahoituksen heikkeneminen heijastuu erityisesti kunnallisiin perusterveydenhuollon palveluihin, joissa joudutaan

tekemään leikkauksia, ennalta ehkäiseviä palveluita karsitaan ja asiakkaita pyritään ohjaamaan yksityisiin palveluihin esimerkiksi alihinnoitelluilla palveluseteleillä. Erityisesti pienten kuntien asema on heikko. Kunnallisen avopuolen palvelujen rapistuessa kansalaiset ottavat lisääntyvässä määrin yksityisiä vapaaehtoisia sairauskuluvakuutuksia nimenomaan yksityisten avopalveluiden menoja tasaamaan. Sairausvakuutuksen korvausosuus ei ole parantunut. Nämä vakuutukset eivät kuitenkaan ole köyhimmän väestönosan saatavilla ja niihin liittyy mittavia hallintokustannuksia. Myös työnantajat alkavat tarjota nykyistä useammin yksityisiä vakuutuksia työntekijöilleen luontoisetuna.

Yksityisten avopalvelujen ja vanhuspalvelujen kysyntä kasvaa, kun kansalaiset siirtyvät yhä enemmän käyttämään suoraan yksityisiä palveluita. Niiden kysyntä kasvaa myös ulkoistamisten ja palvelusetelien käytön kasvun myötä. Palvelutuotanto monimuotoistuu edelleen myös siksi, että kunnilla on lukuisia erilaisia tapoja järjestää julkisten palvelujen tuotanto. Myös sairaanhoitopiirin yhteistyö kangertelee. Yrityksistä huolimatta ei Suomeen pystytä luomaan yhtenäistä uutta terveyspalveluiden rakennetta, vaan kunnat uudistavat rakenteitaan omaehtoisesti ilman kansallisen tason koordinaatiota. Rakenteeltaan malli on näistä syistä pirstaleinen ja sen ohjattavuus valtakunnan tasolla on heikko.

## 2. Kahden kerroksen palvelut

Verotulojen vähentyessä julkisten palvelujen tuottamisedellytykset heikenevät. Jotta julkisten palveluiden kurjistuminen voitaisiin jotenkin välttää, päädytään luomaan kaksi erillistä järjestelmää palveluiden rahoittamiseksi ja järjestämiseksi. Näistä ensimmäinen on vakuutus pohjainen ja toinen verorahoitteinen. Ensin mainittu järjestelmä toimii yksityisten vakuutusten pohjalta, joita asukkaat voivat ottaa itselleen tai heidän työnantajansa tarjota työntekijöilleen luontoisetuna. Järjestelmä kattaa kaikki terveyspalvelut ennalta ehkäisevistä avopalveluista erikoissairaanhoidon. Valtio tukee jossakin määrin näitä vakuutuksia myös taloudellisesti, esimerkiksi verohelpotuksin. Myös kansainväliset toimijat voivat osallistua kilpailuun asiakkaista. Vakuutuslaitokset tarjoavat eritasoisia vakuutuksia kansalaisten mieltymysten ja maksuhalukkuuden mukaan. On olemassa esimerkiksi ns. perustason vain lakisääteiset minimiedellytykset täyttäviä vakuutuksia ja toisaalta kalliita vakuutuksia, jotka kattavat kaiken saatavilla olevan teknologian käytön. Kuntien rahoittamat julkiset palvelut kohdennetaan niille, joilla ei ole resursseja hankkia yksityistä vakuutusta. Tässä mallissa palvelujen järjestämisvastuu hajautuu yksityisille vakuutuslaitoksille ja kunnille.

Universalismin periaatteesta on luovuttu terveyspalveluiden osalta. Koko kansalle ei ole enää yhtä yhtenäistä järjestelmää. Alueellinen eriar-

voisuus kasvaa, ja palvelut heikkenevät erityisesti syrjäseuduilla ja pienissä kunnissa, joissa palveluntarjoajia on vähän ja kilpailu vähäistä. Koska vakuutuslaitokset voivat valita asiakkaansa, haavoittuvat ryhmät ja kalushoitoisia tauteja sairastavat sekä monisairaant henkilöt jäävät julkisen terveydenhuollon vastuulle. Julkisesta palvelujärjestelmästä tulee raskas ja työntekijöiden kiinnostus palvelualaan vähenee. Niinpä julkiselle puolelle on vaikea saada riittävästi henkilökuntaa. Kun kunnalliset palvelut on suunnattu vain osalle kuntalaisista, kannuste niiden kehittämiseen ja riittävään resursointiin heikkenee.

Valinnanvapaus kasvaa merkittävästi niiden asiakkaiden osalta, jotka voivat maksukykynsä ansiosta valita oman vakuutuksensa vapaasti. Niillä asiakkailla, joilla valintaan ei ole resursseja tai jotka eivät yksityisiä vakuutusenantajia houkuttele, ei valinnanvapautta juuri ole. Asiakkaiden vaikutusmahdollisuudet palvelujen tuotantoon toteutuvat vakuutusenantajan valinnan kautta, muita vaikutusmahdollisuuksia tuskin on.

Mallin ohjattavuus on vähäinen, vaikka vakuutusten osalta voidaan määritellä, mitä palveluita vakuutusten on vähintään katettava. Malli on myös erittäin pirstaleinen ja palvelujen järjestämistavat vaihtelevat suuresti.

Palvelujen tuotanto monimuotoistuu voimakkaasti, koska järjestämistä vastuussa olevat tahot voivat itse valita, mistä palvelut ostavat ja miten ne tuottavat. Lailla on säädetty yksityisten terveysvakuutusten minimitaso. Kunnalliset palveluntarjoajat voivat osallistua kilpailuun palvelujen tarjonnasta. Yksityiset palvelut kasvavat voimakkaasti ja monikansallisten palveluntuottajien määrä lisääntyy.

### 3. Riittävät terveyspalvelut kaikille 2.0

Julkisen terveydenhuollon rapautumisen uhatessa päätetään kansallisella tasolla vahvistaa terveydenhuollon rahoitusta ja uudistaa rahoitusjärjestelmää vastaamaan paremmin modernin terveydenhuollon tarpeita. Tavoitteena on laadukas, yhtenäinen, kaikkia kansalaisia palveleva järjestelmä. Julkisen terveydenhuollon järjestämistä vastuu keskitetään 10–20 alueorganisaatiolle, jotka ovat alueen kuntien yhteisiä kuntayhtymiä. Järjestelmä voidaan myös keskittää yhden toimijan, Kelan, hoidettavaksi. Organisaatioiden rahoitus tulee tarveperusteisesti valtiolta ja asukasmäärään perustuen kunnilta.

Järjestelmässä ei ole enää erillisiä rahoituskanavia julkisiin, yksityisiin ja työterveyshuollon sairaanhoitopalveluihin. Samat periaatteet asiakasmaksuista, palveluiden saatavuudesta ja laadusta koskevat kaikkia kansalaisia. Lakisääteiset työterveyshuollon palvelut (työperäisiä sairauksia ehkäisevät palvelut) järjestetään kuten aiemminkin.

Malli on vahvasti universalistinen ja lisää palvelujen saatavuuden ja käytön tasa-arvoa, koska palvelujen kolmikanavaisuus erilaisine potilaan

maksuosuuksineen ja jonotusaikoineen poistuu. Palveluiden saatavuuden ja asiakasmaksujen suhteen kansalaiset eivät ole enää eri asemassa asuinpaikasta, tulotasosta tai työmarkkina-asemasta riippuen. Perus- ja erikoistason terveyspalvelujen ja sosiaalipalvelujen integraatio parantaa hoitoketjuja. Malli lisää myös alueellista tasa-arvoa.

36 Mallin ohjattavuus paranee toimijoiden vähentyessä ja sen kiinteys kasvaa. Palvelujen monimuotoistuminen on hitaampaa kuin muissa maaleissa. Asiakkaiden valinnanvapaus voi kasvaa, jos palvelunsa saa valita alueen sisällä vapaasti. Vaikutusmahdollisuudet heikkenevät jonkin verran palvelujen siirtyessä isommille toimijoille ja etääntyessä kunnallisesta päätöksenteosta. Muunlaisia vaikuttamiskanavia on tarpeen kehittää. Esimerkiksi käyttäjäryhmien, kuten kansalaispaneelien, osallisuusfoorumien ja asukkaiden, antamaa palautetta voidaan hyödyntää palvelujen suunnittelussa ja resurssien ohjauksessa<sup>39</sup>.

Alueorganisaatiot ovat riittävän suuria, jotta ne voivat vastata kattavasti terveydenhuollon rahoituksesta kokonaisuutena. Tämä koskee niin perusterveydenhuoltoa, erikoissairaanhoidoa, kuntoutusta, lääkekorvauksia, matkakorvauksia, sairauspäivärahoja kuin työterveyshuollon rahoitustakin. Näin saadaan vähennettyä osaoptimoinnin aiheuttamaa tehotomuutta, jolloin terveydenhuollon käytettävissä olevat rajalliset resurssit riittävät enempään. Alueorganisaatiot vastaavat myös terveydenhuoltoon liittyvien sosiaalipalveluiden järjestämisestä.

Jotta niukat resurssit riittäisivät laadukkaiden palveluiden järjestämiseksi kaikille kansalaisille, järjestelmän tehokkuuteen kiinnitetään erityistä huomiota. Uudessa järjestelmässä terveydenhuollon rajalliset resurssit kohdistetaan tarpeenmukaisuuden, kustannusvaikuttavuuden ja oikeudenmukaisuuden periaatteiden mukaisesti. Päätökset järjestettävistä palveluista ja niiden tasosta tehdään avoimesti ja keskitetysti kansallisella tasolla yhteisesti hyväksytyjen periaatteiden mukaisesti (kansallisen tason yhtenäiset hoitolinjaukset).

Palveluiden tuottaminen on jossakin määrin erotettu rahoitus- ja järjestämisvastuusta. Palveluiden tuottajina toimivat alueorganisaatioiden lisäksi kunnat, yksityiset tuottajat ja työterveyshuollon yksiköt. Palveluita tuottavat suuret ja pienet yksiköt, julkisesti ja yksityisesti, miten alueorganisaatiot sen kulloinkin arvioivat olevan järkevintä. Tuottajat ovat sopimussuhteessa alueorganisaatioon. Sopimuksissa painotetaan taloudellisia kannusteita terveyshyödyn tuottamiseksi. Asukkaat voisivat valita peruspalveluiden tuottajansa niiden tuottajien joukosta, joilla on sopimussuhde alueorganisaatioon. Näitä voisivat olla esimerkiksi kunnalliset terveysasemat, yksityiset lääkärikeskukset ja jopa työterveyshuollon yksiköt. Julkisen terveydenhuollon resurssien kasvaessa, palvelujen toimivuuden parantues-

---

39 Tritter 2009.

sa ja palvelujen monipuolistuessa erikoissairaanhoidon suuntaan julkiset palvelut houkuttelevat työntekijöitä entistä enemmän.

Vaativat erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan nykyisen kaltaisilla erityisvastuualueilla, jotka ovat alueorganisaatioiden omistamia yhtymiä. Ne tuottavat sellaiset palvelut, joihin alueorganisaatioiden väestöpohja on liian pieni.

## 5 Loppupäätelmät

Tämän kokeilevan tutkimusprojektin tavoitteena oli hahmottaa suomalaisen hyvinvointivaltion tulevaisuutta soveltaen menetelmää, jota antiikin Kreikassa käytettiin ratkomaan erilaisia ongelmia ja ennustamaan tulevaisuutta. Kreikkalaiset vaelsivat Delfoin oraakkelin luo, kertoivat asiansa, ja saamansa tiedon perusteella Pythia antoi suuntaviivat tulevaan. Me emme vaeltaneen Apollonin temppelille, vaan kutsuimme Kelaan Delfoin malliin kolme ulkomaista asiantuntijaa antamaan arvionsa suomalaisen yhteiskunnan tulevasta suunnasta. Kukin heistä on oman alansa kansainvälinen huippuasiantuntija. Ruotsalainen Johan Fritzell on yhteiskunnallisen eriarvoisuuden tutkija. Hän on laajasti perehtynyt tulonjaollisen eriarvoisuuden, köyhyyden, sosiaalisen syrjäytymisen ja terveyserojen välisiin yhteyksiin. Saksalainen, Bremenin yliopiston sosiaalipoliitiikan professori Karl Hinrichs puolestaan on tutkinut tulonsiirtojärjestelmien, ennen muuta eläkepolitiikan, kehittymistä, institutionaalisia muutoksia ja vaikutuksia eri OECD-maissa. Århusin yliopiston taloustieteen professori Nina Smithin erikoisalaa ovat työmarkkinakysymykset ja ennen muuta työmarkkinoilla tapahtuva segregaatio. Hän toimi muutama vuosi sitten myös Tanskan tulevaisuutta luotaavan hyvinvointikomission jäsenenä.

Näille kolmelle ”oraakkelille” suomalaiset kunta- ja valtiontalouden sekä sosiaali- ja terveyspolitiikan asiantuntijat kuvasivat suomalaisen yhteiskunnan tilaa, kehitystrendejä ja tulevaisuuden haasteita. Tämän ”delfoilaisen” kokeilun kantavana ajatuksena oli, että saamansa tiedon pohjalta ulkomaiset vieraat pystyisivät hahmottamaan keskeisiä tulevaisuuden suuntaviivoja Suomelle.

Samoin kuin Delfoissa, paljon jäi kysyjän ja tiedonantajan varaan. Näiltä osin käytetty menetelmä jakaa oraakkelin ennusteiden heikkoudet: lausunnot riippuvat alkuasetuksista, eli siitä, mitä asioita kuvataan ja miten niitä kuvataan. Niin ikään kuulija tulkitsee lausuntoja omista lähtökohdistaan. Kovin luotettava tulevaisuuden ennustamistapa oraakkelimenetelmä ei ole – jos mikään toinenkaan menetelmä on. Tulevaisuus on monitulkintainen ja riippuu taloudellisista ja poliittisista reunaehdoista ja usein myös puhtaasti sattumista. Eri tahojen näkemyksiä tulevaisuudesta on toisinaan vaikea erottaa näiden tahojen omista tavoitteista, intresseistä ja ideologioista. Nykytilan analyysi on luonnollisesti tarkempi, ja asiantuntijoiden kommentit ajankohtaisesta suomalaisesta yhteiskuntapolitiikasta ovat sinällään tärkeitä. Oraakkelit voivat nähdä tulevaisuudessa jotain sellaista, mitä suomalaisten itsensä on vaikea hahmottaa.

Eräs oraakkeliin keskeinen nykyiseen suomalaiseen hyvinvointivaltioon liittyvä ihmettelyn aihe oli sosiaalipoliittisen järjestelmän pirstaleisuus. On järjestelmiä, jotka ovat lakisääteisiä, mutta jotka hoidetaan kokonaan yksityisen sektorin kautta (työtapaturvamakuutus); on työmarkkinapartnereitten hallinnoimia järjestelmiä (työeläkkeet); on lukuisia yksi-



tyisen ja julkisen sekamuotoja (työttömyysvakuutus, työterveyshuolto tai yksityislääkäriissäkäyntien julkinen subventio). Toinen ihmettelyn aihe oli se, että useissa tulonsiirroissa ja palveluissa näkyy selkeä jako työmarkkinoiden sisäpuolisiin ja ulkopuolisiin. Edelliselle ryhmälle tulonsiirrot ja palvelut – lähinnä terveyspalvelut – ovat kansainvälisenkin mittapuun mukaan verrattain hyvät. Sen sijaan työmarkkinoitten ulkopuolisten sosiaaliturva on jäänyt jälkeen, eikä enää kaikin osin ole samalla tasolla kuin muissa Pohjoismaissa. Suomi on liukumassa hiljalleen eroon muista Pohjoismaista.

Edellä sanottu näkyy tulonjaollisen eriarvoisuuden ja köyhyyden kasvuna. Suomessa köyhyys – tai jos halutaan käyttää poliittisesti vähemmän latautunutta termiä ”pienituloisuus” – on trendinomaisesti lisääntynyt. Vuonna 1990 köyhiä oli noin kahdeksan prosenttia. 2007 luku oli jo yli 13 prosenttia. Vastaavana aikana lapsiköyhyys oli lähes kolminkertaistunut (viisi prosenttia vuonna 1990 ja 13 prosenttia vuonna 2008). Samalla köyhyysvaje on kasvanut: vuonna 1990 pienituloisten kotitalouksien tulot jäivät keskimäärin noin 14 prosenttia köyhyysrajan alle. 2000-luvun lopulla luku oli kivunnut jo 17 prosenttiin.<sup>40</sup> Kyseessä on laaja ja pitkäkestoinen prosessi. Siksi tuloerojen kasvua on vaikea pysäyttää. Sata-komitean suositusten toimeenpano olisi askel oikeaan suuntaan. Oraakkeleitten mukaan köyhyyden vastainen toiminta vaatii voimakasta poliittista sitoutumista. Tämä edellyttää perusturvaetuksien tason korjaamista mutta myös aktiivointia. Jämäkämpää otetta vaadittiin ennen muuta nuorten syrjäytymiskiirteen katkaisemiseksi. Tanskalaispainotteinen ohje kuului: ”Nuorten tulee olla joko opiskelemassa tai töissä!”

Voidaan tietysti kysyä, mitä haittaa on siitä, jos köyhyys lisääntyy, jos yhteiskunta samalla muuttuu avoimemmaksi ja tämän avoimuuden myötä ihmisten mahdollisuudet raivata tiensä ulos köyhyydestä parantuvat. Näin tuskin tapahtuu. Tulonjaollisen eriarvoisuuden on nimittäin todettu liittyvän yhtäältä pitkäaikaiseen ja jopa ylisukupolviseseen köyhyteen ja sosiaaliseen syrjäytymiseen. Maissa, joissa köyhyysluvut ovat suuret, myös köyhyyden pysyvyys ja ylisukupolvisuus ovat ongelmia. Toisaalta vaikka Suomessakin vanhempien koulutus, tulot ja sosiaalinen asema vaikuttavat lasten koulutustasoon, tuloihin ja sosiaaliseen asemaan, tuo vaikutus on ollut pienempi kuin vaikkapa Yhdysvalloissa, Englannissa tai Manner-Euroopan maissa. Sukupolvien välisen tuloliikkuvuuden suhteen Suomi yhdessä muitten Pohjoismaitten kanssa on ollut suhteellisen avoin yhteiskunta ja tarjonnut sosiaalisen liikkuvuuden väyliä. Vaarana on, että tuloerojen kasvu jäykistää liikkuvuuden ja yhteiskunnasta tulee aiempaa suuremmissa määrin luokkayhteiskunta. Kansainvälinen tutkimusnäyttö viittaa siihen, että mitä suuremmat suhteelliset tuloerot ovat, sitä suurempi on myös ter-

40 Tilastokeskus 2010.

veydellinen eriarvoisuus<sup>41</sup>. Ottaen huomioon viimeisten vuosikymmenten aikaiset yhteiskuntapoliittiset kehitystrendit, tämä on todennäköinen kehityskulku myös Suomessa.

40

Suomalaisen yhteiskunnan keskeisimpiä tulevaisuuden haasteita on, miten pienentää sosiaaliseen asemaan liittyviä terveyseroja, jotka ovat kansainvälisesti katsottuna verrattain suuria. Ratkaisu liittyy terveyspalveluiden organisoimiseen: kuntapohjaisen terveydenhoitojärjestelmän ongelmien ratkaisemiseen, riittävän suurten ja kestävien riskipoolien luomiseen ja rahoituksen turvaamiseen. Keskustelussa ääripäitä on edustanut kiinnittyminen vanhaan kuntapohjaiseen malliin ja siirtyminen yhteen, valtakunnalliseen terveysrahastomalliin. Erilaisia välimuotoja edustavat maakunnalliset tai sairaanhoitopiireihin liittyvät mallit, joissa valtakunnallisten tai kunnallisten riskipoolien sijaan olisi viidestä neljäänkymmeneen riskinkantajaa. Ehdotukset riskipoolien lukumäärästä liikkuvat 1:n ja 40:n välillä. Voidaan arvioida, että 40 poolia on riskien tasoittamisen kannalta liian suuri määrä ja yhteen riskipooliin päätyminen voi olla poliittisesti liian kiistanalaista. Riskipoolien kokoa tullaan varmasti tulevaisuudessa kasvattamaan, mutta nähtäväksi jää, onko poliittisilla päätöksentekijöillä valmiuksia lähteä riskipoolien vahvistamiseen riittävässä määrin.

Toisaalta kysymys on myös siitä, pystytäänkö markkinapohjaisia terveyspalveluita, joiden merkitys tulee lisääntymään 2010-luvun Suomessa, ohjaamaan niin, että varallisuuteen ja sosiaaliseen asemaan liittyvät erot eivät entisestään laajenisi. Riskipoolien määrällä ja alueellisella jakaantumisella on oma vaikutuksensa myös tähän.

Vaikka rakenteelliset ratkaisut ovatkin tärkeitä, ne eivät yksin riitä. Terveydellisen eriarvoisuuden kaventaminen on nimittäin yhteydessä väestön terveyskäyttäytymiseen. Keskeinen kysymys on, miten edistää kansalaisten terveyskäyttäytymistä. Mitkään terveydenhuollon hallinnollisiin tai rahoitusratkaisuihin liittyvät reformit eivät yksin riitä kuromaansosioekonomisia eroja umpeen. Vaikka terveyskäyttäytyminen liittyy yksilöllisiin elämänvalintoihin, valinnat eivät synny ympäristöstä riippumatta. Julkisen terveydenhuollon olisi tarpeen kehittää entistä monipuolisempia keinoja väestön eri osaryhmien tavoittamiseen ja ennalta ehkäisevän työn tehostamiseen. Toisaalta toimia tarvitaan myös muilla politiikan sektoreilla. WHO:n terveyden sosiaalisia determinanteja tarkastellen työryhmän mukaan keinovalikoimaan tulisi kuulua ainakin yhteiskuntapoliittisia toimia, jotka liittyvät riittävän tulotason varmistamiseen, koulutukseen ja työttömyyden sekä heikkojen asuinolojen vähentämiseen, sekä toimia, jotka vahvistavat edellytyksiä terveellisempiin elintapoihin erityisesti kaikkein heikoimmassa asemassa olevilla<sup>42</sup>.

41 Marmot 2004; Wilkinson ja Pickett 2009.

42 Commission on Social ... 2008.

Ottaen huomioon väestön ikääntymisen suomalaisen hyvinvointivaltion suurin koetinkivi on työvoimaosuuden nostaminen. Tulonsiirto- ja palvelujärjestelmän ylläpitäminen vaatisi nykyistä noin 10 prosenttiyksikköä suurempaa työvoimaosuutta. Työvoimaosuuden kohentaminen yli 75 prosentin edellyttää työurien pidentämistä ja työssäolon lisäämistä kaikissa ikäluokissa. Työmarkkinoille tulon nopeuttaminen ja eläkeiän nostaminen tavalla tai toisella – joko vuoden 2005 eläkeuudistuksen superkarttumaa porkkanana käyttäen tai työmarkkinaosapuolten yhteisellä sopimuksella – on välttämätöntä. Elleivät nämä keinot tuota tulosta, hallitus tulee tekemään asiasta yksipuolisen poliittisen päätöksen. Mikäli näin käy, kyseessä on historiallinen muutos neljä vuosikymmentä kestäneeseen eläkepolitiikan työmarkkinallisuuteen. Eläkepolitiikan työmarkkinaohjaus tekee tilaa poliittiselle ohjaukselle. Samaan suuntaan viittaa myös työmarkkinoitten toimintatavan muutokset, siirtyminen keskusjärjestötasolta alemman tason neuvottelujärjestelmiin ja sopimuksiin.

Eläkepolitiikassa todennäköisin skenaario on se, että painopistettä siirretään kansaneläkkeestä takuueläkkeeseen, mikä on tehokkaasti kohdennettua sosiaalipolitiikkaa. Tämä eläkepolitiikan trendi liittyy siihen laajaan kehityskulkuun, jossa universaalisista eduista siirrytään kohti köyhyyspolitiikkaa. Aikaa myöten takuueläke korvaa kansaneläkkeen. Työeläkepuolella taas järjestelmän ylläpidon haasteet liittyvät eläkemaksuihin. Onko mahdollisuutta ja halukkuutta nostaa työeläkevakuutusmaksuja järjestelmän ylläpitoon tarvittavalla tavalla? Työnantajien maksuhalukkuus näyttää ehtyneen. Lisäksi se sosiaalipolitiikan työmarkkinallinen hallintatapa, joka alkoi vuoden 1959 työttömyysvakuutuksesta ja jota työeläkelait ja keskitetyt työmarkkinaratkaisut vahvistivat, osoittaa ehtymisen merkkejä. Suomalaiset yritykset toimivat globaaleilla markkinoilla ja kansallisvaltio ei ole samalla tavalla toimintaa määrittävä yksikkö kuin aikaisemmin. Työntekijäpuolella taas kansallisvaltion rajat ylittävä toiminta ei ole samalla tavalla mahdollista. Epäsuhta lisää työnantajan valtaa suhteessa työntekijäpuoleen. Tämä tulee heijastumaan myös sosiaaliturvassa.

Maksuihin ja eläketasoihin liittyvät epävarmuudet luovat kiihokkeita vaihtoehtoiisiin varautumistapoihin. 1990-luvun alusta 2000-luvun loppuun mennessä yksilöllisten eläkevakuutusten määrä kasvoi runsaasta 100 000 vakuutuksesta noin 800 000 vakuutukseen. Yksilöllinen varautuminen vanhuuteen tulee varmasti laajentumaan. Laajentuminen tapahtuu joko yksilöllisten eläkevakuutusten tai muiden pitkäaikaissäätämismuotojen kautta. Myös työnantajan hankkimat ryhmäeläkevakuutukset tulevat todennäköisesti yleistymään, Suomessa vahvistuu kolmen pilarin malli: entistä tulosidonnaisemmat peruseläkkeet, anteliaisuustasoltaan entistä kitsaammat työeläkkeet (korotettuine eläkeikineen), laajentuva työnantaja-kohtainen kollektiivinen turva ja voimistuva yksilöllinen eläkesäästäminen.

Kaiken kaikkiaan hyvinvointivaltion kuihtumisskenaario lienee lähempänä realismia kuin laajentuva hyvinvointivaltio. Joihinkin etuuksiin

voi tulla parannuksia, mutta ne rahoitetaan muissa etuuksissa tapahtuvilla leikkauksilla. Mahdolliset veronkorotukset tullaan käyttämään velkojen maksuun ja tuleviin rasitteisiin varautumiseen, ei sosiaalisten etujen nykyisen tason parantamiseen. Rahoituspolitiikassa erilaisten käyttäjämaksujen rooli tulee kasvamaan. Käyttäjämaksut tarjoavat kunnille kaikkein helpoimman tavan budjetin tasapainottamiseen.

42

Ennustukset ovat aina epävarmoja ja moniselitteisiä. Kerrotaan, että kuningas Kroisos kysyi Delfoin oraakkelilta, olisiko sotaonni hänen puolellaan sodassa Meediaa vastaan. Pythia ennusti: ”jos ylität rajan, tuhoat suuren valtakunnan”. Ennustuksen innoittamana Kroisos ryhtyi sotaan – ja tuhosi kuningaskuntansa.

Historiallisesti katsottuna Suomessa on ollut kahdenlaisia ennustuksia, jotka ovat varoittaneet ylittämästä rajaa. Ensimmäistä näkökulmaa voisi kutsua ”talous ei kestä” -ennusteeksi. Näissä ennusteissa on korostettu taloudellisia ehtoja. Jo yli sata vuotta sitten varoitettiin liialliseksi paisuneesta julkisesta taloudesta, verojen kireydestä ja talouselämän liian kovista rasituksista, jotka vaikeuttavat ulkomaista kilpailua. Tulevien taloudellisten ja demografisten haasteitten edessä sosiaaliturvaa on ennusteen mukaan leikattava, eikä parannuksista voida puhuakaan. Myös 1950-luvun talousoppineitten ja valtiovarainministereitten synkät väestöennusteet, vaatimukset julkisen sektorin leikkaustarpeesta ja ulkomaisen kilpailun kovenemisestä tuntuvat erittäin ajankohtaisilta. Toisen ääripään muodostavat ne ennusteet ja se ”kurjuuden kierre” -diskurssi, joissa on varoitettu tuloerojen, sosiaalisen eriarvoisuuden ja köyhyyden lisääntymisestä. Tämän ennusteen mukaan maa on ollut jatkuvasti matkalla kohti laajenevaa kurjuutta, sosiaalista ja taloudellista eriarvoisuutta ja yhteiskunnallista perikatoa: julkisen sektorin tehostustoimet ovat pahamaineista uusliberalismia, eläkkeiden leikkaus johtaa köyhäinhuoltoyhteiskuntaan ja työttömyysturvan heikennykset syöksevät perheet perikatoon.

Tulevaisuutta menneisyyden valossa katsoessa lohdullista on, että sen kummemmin ”talous ei kestä” - kuin ”kurjuuden kierre” -näkemysten synkimmät ennusteet eivät ole toteutuneet. Rajoja ei ilmeisesti ole ylitetty. Tulevaisuus näyttää, ylitetäänkö rajat, ja mikä valtakunta tuolloin tuhoutuu vai tuhoutuuko mikään. Oraakkeleiden ennustukset ovat aina hämääriä ja tulkinnanvaraisia.

## Lähteet

Airio I, Moisio P, Niemelä M. The intergenerational transmission of poverty in Finland in the 1990s. *European Journal of Social Security* 2005; 7 (3): 251–267.

Airio I, Niemelä M. Perhetaustan yhteys aikuisiän köyhyyteen Suomessa 1995–2005. *Sociologia* 2009; 46 (1): 3–19.

43

Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organisation, 2008. Saatavissa: <[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html)>. Luettu 22.4.2010.

Doorslaer E van, Masseria C, OECD Health Equity Research Group Members. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Paris: OECD, Health Working Papers 14, 2004.

Elo K, Klaavo T, Risku I, Sihvonen H. Lakisääteiset eläkkeet. Pitkän aikavälin laskelmat 2009. Helsinki: Eläketurvakeskus, Raportteja 4, 2009.

Haavio M, Kontulainen J, Kortelainen M. Talouskriisi, finanssikriisi ja enustaminen. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 2009; 105 (3): 324–330.

Hetema T, Manderbacka K, Reunanen A, Koskinen S, Keskimäki I. Socio-economic inequities in invasive cardiac procedures among patients with incident angina pectoris or myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Public Health* 2006; 34 (3): 116–123.

Häkkinen U, Alha P, toim. Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Helsinki: Kansanterveyslaitos, Julkaisuja B10, 2006.

Hämäläinen U, Kangas O, toim. Perhepiirissä. Helsinki: Kela, 2010.

Jäntti M, Bratsberg B, Roed K, ym. American exceptionalism in a new light. A comparison of intergenerational earnings mobility in the Nordic countries, the United Kingdom and the United States. Bonn: Institute for the Study of Labour (IZA), Discussion paper 1938, 2006.

Kapiainen S, Klavus J. Terveystuollon rahoituksen progressiivisuus ja toimeentulo vaikutukset Suomessa 1990–2001. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 2007; 103 (3): 351–363.

Keskimäki I. How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care? *Social Science and Medicine* 2003; 56 (7): 1517–1530.

Keskimäki I, Aalto A, Häkkinen U, ym. Sepelvaltimotauti ja eriarvoisuus. Kyselytutkimus sepelvaltimotautia sairastavien oireilusta, hoidosta ja elämäntavoista. Helsinki: Gummerus, 2004.

44

Kiander J, Taimio H. Ikääntyminen, julkisen talouden menopaineet ja hyvinvointivaltion kestävyys. Julkaisussa: Taimio H, toim. Kurssin muutos: Kestävään kasvuun ja hyvinvointiin. Helsinki: Työväen Sivistysliitto, 2009: 72–95.

Kiander J, Vartia P. Suuri lama. Suomen 1990-luvun kriisi ja talouspoliittinen keskustelu. Helsinki: Elinkeinoelämän Tutkimuslaitos, Taloustieto, 1998.

Koponen P, Alha P. Terveystarkastukset, seulontatutkimukset ja terveyden edistäminen. Julkaisussa: Häkkinen U, Alha P, toim. Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Helsinki: Kansanterveyslaitos, Julkaisuja B10, 2006: 22–31.

Kuivalainen S, Niemelä M. From universalism to selectivism. The ideational turn of the anti-poverty policies in Finland. *Journal of European Social Policy* 2010; 20 (3): 263–276.

Larivaara M, Manderbacka K, Keskimäki I. Terveystarkastusten uudistukset ja oikeudenmukaisuus. Julkaisussa: Taimio H, toim. Kurssin muutos. Kestävään kasvuun ja hyvinvointiin. Helsinki: Työväen Sivistysliitto, 2009: 241–258.

Lemmetyinen A. Esitelmä. Helsingin Diakonissalaitoksen Säätiön johtaja Antti Lemmetyinen, Helsinki, 10.5.2010.

Manderbacka K, Arffman M, Leyland A, McCallum A, Keskimäki I. Change and persistence in healthcare inequities. Access to elective surgery in Finland in 1992–2003. *Scandinavian Journal of Public Health* 2009; 37 (2): 131–138.

Manderbacka K, Gissler M, Husman K, ym. Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä. Julkaisussa: Teperi J, Vuorenkoski L, Manderbacka K, Ollila E, Keskimäki I, toim. Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes, 2006: 42–63.

Marmot M. Status syndrome. How your social standing directly affects your health? London: Bloomsbury, 2004.

McCallum A, Manderbacka K, Arffman M, Turunen H, Leyland A, Keskimäki I. Socioeconomic differences in mortality amenable to health care in Finland in 1992–2003. Julkaisematon käsikirjoitus, 2010.

Niemelä M. Pienituloisuuden ja pienimenoisuuden välisen suhteen kehitystrendit Suomessa 1966–2001. Kansantaloudellinen aikakauskirja 2003; 99 (3): 215–226.

OECD. Doing better for the children. Paris: OECD, 2009.

Ostamo A, Aro H, Keskimäki I, Henriksson M, Lönnqvist J. Koulutustaso ja psykiatristen sairaalapalvelujen käyttö. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2005; 42 (4): 266–280.

Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, ym., toim. Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 23, 2007.

Pehkonen J. Lähivuosien työllisyyspolitiikka. Kansantaloudellinen aikakauskirja 2007; 103 (2): 139–143.

Pekkarinen T, Pekkala S, Uusitalo R. Educational policy and intergenerational income mobility. Evidence from the Finnish comprehensive school reform. Uppsala: The Institute for Labour Market Policy Evaluation, Working paper 13, 2006.

Pohjola M. Taantumasta rakennemuutokseen. Kansantaloudellinen aikakauskirja 2009; 105 (3): 267–270.

Riihelä M. Essays on income inequality, poverty and the evolution of top income shares. Helsinki: Government Institute for Economic Research, Publications 52, 2009.

Riihelä M, Sullström R, Tuomala M. Trends in top income shares in Finland. Helsinki: Government Institute for Economic Research, Discussion papers 371, 2005.

Rissanen P, Aalto A, Nordberg M, Keskimäki I, Hakola R, Puolanne M. Kuntoutuspalvelujen kysyntään ja käyttöön vaikuttavat tekijät astmapotilailla. Julkaisussa: Kinnunen J, Meriläinen P, Vehviläinen-Julkunen K, Nyberg T, toim. Terveystieteiden monialainen tutkimus ja yliopistokoulutus.

Suunnistuspoluilta tiedon valtateille. Professori Sirkka Sinkkoselle omistettu juhlakirja. Kuopio: Kuopion yliopisto, 1999: 361–376.

46

Simpura J, Blomster P, Heikkilä M, ym. The survival of the Finnish health care and social service system during the economic depression of the 1990s. Julkaisussa: Kalela J, Kiander J, Kivikuru U, Loikkanen HA, Simpura J, toim. Down from the heavens, up from the ashes. The Finnish economic crisis of the 1990s in the light of economic and social research. Helsinki: Government Institute for Economic Research, 2001.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (Sata) esitys sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen keskeisistä linjauksista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 10, 2009a.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (Sata) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 62, 2009b.

Suoyrjö H, Hinkka K, Kivimäki M, Klaukka T, Pentti J, Vahtera J. Allocation of rehabilitation measures provided by the Social Insurance Institution in Finland. A register linkage study. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2007; 39 (3): 198–204.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Suomen virallinen tilasto, Terveys 2010, Tilastoraportti 12, 2010.

Tilastokeskus. Tulonjakotilasto 2008, pienituloisuus (ennakko). Helsinki: Tilastokeskus, 2010.

Tritter J. Vallankumous vai hidias muutos – miten ymmärtää kansalaisten ja potilaiden osallistumista? Julkaisussa: Koivusalo M, Ollila E, Alanko A, toim. Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus, 2009: 210–226.

Tuomala M. Income inequality in Finland. Past and future. Helsinki: Kela, esitys Sosiaalipolitiikan tulevaisuusseminaarissa, 29.10.2009.

UNICEF. Child poverty in perspective. An overview of child well-being in rich countries. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, Report Card 7, 2007.



Valkonen T, Martikainen P, Remes H. Sosiaaliryhmien väliset elinajan-  
odote-erot ovat pysyneet suurina 2000-luvulla. Suomen Lääkärilehti 2007;  
62: 3891–3896.

Vartia P, Ylä-Anttila P. Kansantalous 2017. Helsinki: Elinkeinoelämän tut-  
kimuslaitos, Sitra, 1992.

Wilkinson R, Pickett K. The spirit level. Why more equal societies almost  
always do better. London: Penguin Books, 2009.

Österbacka E. It runs in the family. Empirical analysis of family background  
and economic status. Turku: Åbo Academy University Press, 2004.

## Kirjoittajat

Heikki Hiilamo, VTT, FT, dosentti  
tutkimusprofessori, Kelan tutkimusosasto  
etunimi.sukunimi@kela.fi

48

Olli Kangas, VTT, dosentti  
tutkimusprofessori, osastopäällikkö, Kelan tutkimusosasto  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Kristiina Manderbacka, VTT, dosentti  
tutkimuspäällikkö, THL, Palvelujärjestelmän tutkimus  
etunimi.sukunimi@thl.fi

Päivi Mattila-Wiro, KTT  
ylitarkastaja, sosiaali- ja terveysministeriö  
etunimi.sukunimi@stm.fi

Mikko Niemelä, VTT, dosentti  
erikoistutkija, Kelan tutkimusosasto  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Lauri Vuorenkoski, LT  
kehittämispäällikkö, THL, Palvelujärjestelmäosasto  
etunimi.sukunimi@thl.fi



Miten syksyllä 2008 alkanut globaali talouskriisi vaikuttaa pitkällä aikavälillä suomalaisen hyvinvointivaltioon? Jos olisimme antiikin Kreikassa, voisimme mennä Delfoin oraakkelin luo Apollonin temppeliin ja esittää tämän kysymyksen ennuspapittarelle.

Eräänä lokakuun päivänä 2009 Kelan tiloihin kokoontui joukko suomalaisia hyvinvointivaltion huippuasiantuntijoita. He kertoivat julkisen talouden, kansalaisten toimeentulon ja terveyden näkökulmista kolmelle ”professori-oraakelille” eli tanskalaiselle Nina Smithille, ruotsalaiselle Johan Fritzellille ja saksalaiselle Karl Hinrichsille Suomen kokemuksista edellisestä, 1990-alun lamasta, sen jälkeisestä kehityksestä sekä omista tulevaisuuden arvioistaan. Seuraavana päivänä oraakkelit lausivat ennustuksensa, joka paljastetaan tässä raportissa.



## **KELAN TUTKIMUSOSASTO**

[julkaisut@kela.fi](mailto:julkaisut@kela.fi)

[www.kela.fi/tutkimus](http://www.kela.fi/tutkimus)

[www.fpa.fi/forskning](http://www.fpa.fi/forskning)

[www.kela.fi/research](http://www.kela.fi/research)

ISBN 978-951-669-840-6 (nid.)

978-951-669-841-3 (pdf)