

Marina Erhola
Marja Vaarama
Markku Pekurinen
Pia Maria Jonsson
Maijaliisa Junnila
Päivi Hämäläinen
Eeva Nykänen
Ismo Linnosmaa

SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi

RAPORTTI



SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakkoarviointi

Marina Erhola, Marja Vaarama, Markku Pekurinen,
Pia Maria Jonsson, Maijaliisa Junnila, Päivi Hämäläinen,
Eeva Nykänen, Ismo Linnosmaa



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-175-4 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-302-176-1 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-176-1>

Raportti 14 / 2014

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere 2014

Esipuhe

Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL) on pyydetty sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain vaikutuksista kaksivaiheinen ennakoarviointi. Ensimmäisen vaiheen alustava arvio valmistui samanaikaisesti järjestämislakityöryhmän esityksen kanssa 18.12.2013 ja lopullinen ennakoarviointi tämän raportin julkaisun myötä 21.3.2014.

Suuret yhteiskunnalliset muutokset koettelevat sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmien kestävyyttä kaikkialla maailmassa. Väestön ikääntyminen tuo mukanaan lisääntyvää sosiaali- ja terveystalouden tarvetta samalla kun sosiaali- ja terveydenhuollon ammattitaitoisesta työvoimasta syntyy pulaa. Pitkittyvä taantuma ja globalisaation luoma epävarmuus tulevan kasvun määrästä kärjistävät epäsuhtaa käytettävissä olevien voimavarojen ja kustannuskehityksen välillä.

Ilman vahvoja peruspalveluja kehitys on kestävämmällä pohjalla. Perusterveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoidon yhteen sovitettulla kokonaisuudella on ratkaiseva merkitys tulevaisuuden haasteisiin vastaamisessa. Pikaista uudistusta tarvitaan palvelujen tasavertaisen saatavuuden ja laadun takaamiseksi sekä julkisen talouden kestävyysvajeen umpeen kuromiseksi.

THL katsoo, että uudistuksen periaatteet ja lähtökohdat ovat oikeita. Lakiehdotus sisältää askeleita kohti nykyistä toimivampaa ja taloudellisempaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta. Laki mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisen integraation ja parantaa väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen mahdollisuuksia. Käytettävissä olevien kustannustietojen perusteella näyttää todennäköiseltä, että järjestämisvastuun antamisella vahvoille sote-alueille sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannusten kasvua pystyttäisiin jossain määrin hillitsemään.

Ehdotuksen eräät keskeiset linjaukset ja useat poikkeusperusteet heikentävät kuitenkin edellytyksiä saavuttaa uudistukselle asetetut tavoitteet. Kansainvälisesti katsoen Suomeen on edelleen jäämässä hyvin hajautunut järjestelmä. Mahdollisesti syntyvät perustason alueet vaikeuttavat alueellisesti kestävä ja kustannustehokkaan palvelujärjestelmän muotoutumista. Tällaisenaan lakiehdotus ei siis vielä turvaa edellytyksiä yhdenvertaiselle palvelujen saatavuudelle koko maassa.

Palvelujen järjestäminen riittävän suurten järjestäjätahojen toimesta antaa mahdollisuuden vastata joustavasti ikääntyvän väestön muuttuviin palvelutarpeisiin ja ylläpitää kansainvälisesti katsoen korkeatasoisia palveluja. Vahvat palvelujärjestäjät voivat siirtää voimavaroja joustavasti sosiaali- ja terveydenhuollon välillä sekä perus- ja erityistason palvelujen välillä – väestön tarpeiden mukaan. Tehty arviointityö vahvistaa käsitystä, että on todella tärkeää saattaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus ripeästi seuraavaan vaiheeseen.

THL kiittää lakiehdotuksen eri vaiheissa kuultavina olleita asiantuntijoita ja osoittaa erityisen kiitoksen tämän arviointiraportin valmisteluun osallistuneille lukuisille kunta- ja aluetason käytännön asiantuntijoille. Ilman THL:n tietovarantoja, monipuolista asiantuntijaosaamista sekä hyvää yhteistyötä sosiaali- ja terveysalan toimijoiden kanssa arvion laatiminen annetulla kireällä aikataululla ei olisi ollut mahdollista.

Helsingissä 21.3.2014

Juhani Eskola
pääjohtaja

Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiryhmä pyysi marraskuussa 2013 Terveyden ja hyvinvoinnin laitosta (THL) laatimaan valmisteluryhmälle alustavan ennakoarvion syntyvän lakiehdotuksen vaikutuksista liitettäväksi työryhmän loppuraporttiin. Arvioinnin tuloksena syntynyt alustava raportti luovutettiin peruspalveluministerille 19.12.2013. Arviointitoimeksiantoa täydennettiin tammikuussa 2014, jolloin STM toivoi, että ennakoarviointi kohdistetaan tuolloin jo lausunnolle lähetetyn lakiesitysluonnoksen ja sen mukaisen järjestämislain vaikutuksiin.

Tässä ennakoarvioinnin loppuraportissa ensimmäisen arviointivaiheen tarkastelua on laajennettu ja syvennetty etenkin taloudellisten ja hallinnollisten vaikutusten osalta. Lisäksi uutena asiakokonaisuutena lakiehdotusta käsitellään sosiaali- ja terveydenhuollon IT-kehityksen ja tietohallinnon näkökulmasta.

Raportissa arvioidaan järjestämislakiehdotuksen vaikutuksia ainoastaan sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta. Arviointi perustuu julkaistuun tutkimustietoon tai muutoin dokumentoituun kokemukseen kansallisista kokeiluista ja kansainvälisistä uudistuksista, asiantuntija-arviointeihin ja saatavilla oleviin kustannustietoihin.

Lakiehdotuksen tarkastelun perusteella THL:n ryhmä esittää seuraavat arviot:

- Järjestämislakiehdotuksen peruslähtökohta nykyistä vahvemmista sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjistä on oikea, mutta esitetyt muutokset eivät riitä takamaan asetettujen tavoitteiden toteutumista. Mikäli uudistus toteutetaan esitetystä muodosta, tuloksena on edelleen hyvin hajautunut järjestelmä, sillä järjestäjätahoja voi muodostua jopa viisikymmentä.
- Perustason alueet vaikeuttavat alueellisesti kestävän ja asianmukaisesti johdettavissa olevan palvelujärjestelmän muotoutumista merkittäväällä tavalla. Jos laki toteutuu ehdotetussa muodossa, vain runsaat puolet väestöstä tulee sekä vertikaalisen että horisontaalisen integraation piiriin.
- Poikkeusperusteiden laajamittainen soveltaminen kyseenalaistaa rakenneuudistuksen tavoitteiden toteutumisen. Keskeisin poikkeusperusteiden synnyttämä haaste on syntyvien perustason alueiden suuri määrä. Säädosvalmistelun alkuperäinen ajatus perustason alueista poikkeuksina pääsäännöstä ei ehdotuksen myötä toteudu. Sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohdista perustason alueille ei ole perusteita.
- Hallinnon toimivuuden kannalta ehdotus sisältää riskejä, jotka johtuvat syntyvän hallintorakenteen monitasoisuudesta. Tässä tilanteessa kokonaiskoordinaation aikaansaaminen on vaikeaa ja mahdollisuudet palvelujen integraatiota ja palvelurakennetta edistävälle alueelliselle ohjaukselle ovat puutteelliset. Nämä mahdolli-

Järjestämislakiuudistuksen jatkokäsittelyn suhteen THL:n arviointiryhmä esittää seuraavaa:

- Sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisen järjestämiskäytännön pirstaleisuus ja vastuutahojen ja alueellisten toimijoiden suuri tarve ohjaaville linjauksille puoltaa järjestämislakityöryhmän ehdotuksen suuntaisen lakiuudistuksen pikaista läpiviemistä ja toimeenpanoa. Uudistuksen pitkittymistä ei voi pitää hyvänä, sillä se haittaa vakavasti toiminnan pitkän aikavälin suunnittelua sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakenteiden ja toiminnan syvällistä uudistamista. Uudistusta tarvitaan kansalaisten palvelujen tasavertaisen saatavuuden ja laadun sekä julkisen talouden kestävyysvajeen umpeen kuomisen takia kiireesti.
- Ehdotusta pitää olennaisilta osiltaan parantaa vaarantamatta sen erityisen arvokasta osaa sosiaali- ja terveystalouden kokonaisintegraatiosta. Jatkovalmistelussa on syytä rajoittaa merkittävästi poikkeusperusteiden käyttöä. Muutoin on olemassa suuri riski, että ehdotettu uudistus, oikeasuuntaisuudesta huolimatta, lukitsee sosiaali- ja terveydenhuollon vuosiksi puolinaisiin ratkaisuihin.
- Jos hallituksen jatkotoimina järjestämislakiehdotusta muokataan uuteen suuntaan – esimerkiksi siirtäen erikoissairaanhoidon järjestämismääräyksiä nykyistä ehdotusta suuremmille alueille (ervoille), arviointiryhmä pitää erityisen tärkeänä sosiaali- ja terveystalouden välistä horisontaalista ja vertikaalista integraatiota. Tällöin perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestämismääräyksiä tulee sijoittaa samoille alueille kuin erikoissairaanhoidon järjestämismääräykset.
- Lakiehdotuksen jatkotyöstämisessä tulisi hyödyntää ehdotukseen sisältyvää mahdollisuutta laatia ns. kansallinen käsikirjoitus sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteista ja keinoista esimerkiksi kymmenen vuoden aikajänteellä. Parhaimmillaan käsikirjoitus sisältäisi suuntaviivat järjestämisen rakenteesta, rahoituksesta, keskeisten kansallisten tuotantorakenteiden turvaamisesta sekä uudistuksen toimeenpanosta.

Sammandrag

Beredningsgruppen för lagen om ordnandet av social- och hälsovården, tillsatt av social- och hälsovårdsministeriet, bad i november 2013 Institutet för hälsa och välfärd (THL) att utarbeta en preliminär förhandsanalys av det kommande lagförslagets konsekvenser som bilaga till arbetsgruppens slutrapport. En preliminär rapport över denna analys överläts till omsorgsministern 19.12.2013. Uppdraget kompletterades i januari 2014, då social- och hälsovårdsministeriet bad att förhandsanalysen fokuseras på det utkast till lagförslag som i det skedet redan hade skickats på remiss och på den därav följande lagens effekter.

I denna slutrapport över förhandsanalysen behandlas den första utvärderingsfasen på ett bredare och djupare plan framför allt med avseende på de ekonomiska och administrativa effekterna. Som en ny helhet behandlas lagförslaget därtill ur perspektivet för social- och hälsovårdens IT-utveckling och informationsförvaltning.

I rapporten utvärderas lagförslagets effekter endast ur social- och hälsovårdens synvinkel. Analysen grundar sig på publicerade forskningsresultat eller på annat sätt dokumenterad erfarenhet av nationella experiment och internationella reformer, expertutlåtanden samt tillgängliga kostnadsuppgifter.

På basis av analysen av lagförslaget vill THL:s grupp framföra följande:

- Den grundläggande utgångspunkten för lagförslaget med starkare aktörer som ordnar social- och hälso tjänsterna är riktig, men de föreslagna ändringarna är inte tillräckliga för att de uppställda målen garanterat ska kunna uppnås. Om reformen genomförs i den föreslagna formen blir resultatet ett system som fortfarande är mycket splittrat, eftersom antalet organiserande instanser kan bli till och med 50.
- Områdena på basnivå kommer på ett betydande sätt att komplicera utformningen av ett regionalt hållbart servicesystem med adekvat ledarskap. Om lagen stiftas i den föreslagna formen kommer endast drygt hälften av befolkningen att omfattas av både den vertikala och den horisontella integrationen.
- En omfattande tillämpning av avvikelsegrunderna ifrågasätter strukturreformens måluppfyllelse. Den största utmaningen som uppstår till följd av avvikelser från huvudprinciperna är det stora antalet områden på basnivå. Den ursprungliga tanken under lagberedningen om att områden på basnivå ska utgöra ett undantag från huvudregeln realiserar inte genom det föreliggande förslaget. Under social- och hälsovårdens premisser finns det inga grunder för områden på basnivå.
- Med tanke på förvaltningens effektivitet innehåller förslaget risker som föranleds av att den kommande förvaltningsstrukturen består av många nivåer. Det är i det-

ta läge svårt att få till stånd en helhetssamordning, och möjligheterna att skapa en regional styrning som främjar integrationen av tjänster och servicestrukturen är bristfälliga. Dessa möjligheter kunde förbättras väsentligt om man slopar tanken på att bilda områden på basnivå och har en enda organiseringsansvarig nivå i landet.

- Lagreformen gör det möjligt att genom informationsförvaltning stöda en ny typ av integration mellan social- och hälsovården och mellan primärvården och den specialiserade sjukvården samt samordningen av denna integration. För att säkerställa en framgångsrik reform är det viktigt att ytterligare analysera ansvarsfördelningen i anslutning till informationsförvaltningen mellan de aktörer som ordnar tjänster och servicegivarna och att säkerställa tillräckliga faktiska befogenheter att styra en sådan integration. Detta är en utmaning särskilt i områden där nuvarande oenhetliga lösningar måste ändras i och med lagreformen.
- De kostnadsuppgifter som finns till förfogande ger vid handen att ett system där social- och hälsovårdstjänsterna ordnas av social- och hälsovårdsområden kommer att bromsa höjningen av nettokostnaderna för social- och hälsovården. Även de samarbetsområden som bildats i enlighet med ramlagen för kommun- och servicestrukturen kan i viss mån ha stävjat nettokostnadsökningen. Effekten är dock betydligt mindre jämfört med om organiseringsansvaret överförs på ett social- och hälsovårdsområde.
- Ett system där social- och hälsovårdstjänsterna ordnas av social- och hälsovårdsområden kan bromsa höjningen av nettokostnaderna för social- och hälsovården med uppskattningsvis 190–450 miljoner euro per år. Uppskattningen är dock förknippad med betydande osäkerhetsfaktorer.
- Aspekter på tjänsternas tillgänglighet och kvalitet talar för att tjänsterna ska ordnas av ett mindre antal stora aktörer i stället för flera små. Lagen erbjuder en möjlighet att förbättra servicekvaliteten, eftersom det finns mer resurser och kompetens att tillgå i större områden. Å andra sidan möjliggör lagförslaget även i fortsättningen relativt små organiseringsaktörer, vilket kan begränsa en utveckling i rätt riktning.
- Bortsett från övervakningen fastställs inga slutliga mekanismer för den nationella styrningen i lagförslaget trots att det finns ett uppenbart behov av sådana mekanismer. Mekanismerna i ett utvecklingsprogram såsom Kaste kan i sin nuvarande form inte tillräckligt effektivt möta den nationella systemstyrningens behov. Bristerna i den nationella enhetliga uppföljningen inom social- och hälsovården försvagar förutsättningarna att utveckla och styra servicesystemet.

Med avseende på den fortsatta behandlingen av lagreformen framför THL:s analysgrupp följande:

- Social- och hälsovårdens nuvarande organisationsstruktur är splittrad, och de ansvariga instanserna och lokala aktörerna har ett stort behov av vägledande riktlinjer. Detta talar för ett snabbt genomdrivande och verkställande av en lagreform i den riktning som beredningsgruppen för lagen om ordnandet av social- och hälsovården föreslår. En fördröjning av reformen kan inte anses vara bra, eftersom den skulle medföra ett allvarligt hinder för en långsiktig planering av verksamheten och även hindra en djupgående reform av servicesystemets strukturer och funktioner inom social- och hälsovården. En sådan reform behöver genomföras i brådskande ordning för att garantera alla medborgare lika tillgång till högklassiga tjänster och minska hållbarhetsgapet i de offentliga finanserna.
- Förslaget bör till väsentliga delar förbättras utan att den ytterst viktiga delen om helhetsintegrationen av social- och hälsovårdstjänsterna äventyras. I den fortsatta beredningen är det skäl att i avgörande grad begränsa möjligheten att tillämpa avvikelsegrunder. Annars är risken stor att den föreslagna reformen, hur rätt riktad den än är, i flera år framåt låser in social- och hälsovården i halvdana lösningar.
- Om lagförslaget ändras som en vidare åtgärd från regeringens sida, till exempel så att organiseringsansvaret för den specialiserade sjukvården överförs till större områden än vad som avses i det nuvarande förslaget, anser analysgruppen att det är ytterst viktigt att social- och hälsovårdstjänsterna integreras horisontellt och vertikalt. I så fall bör organiseringsansvaret för primärvården och socialservicen överföras till samma områden som ansvarar för ordnandet av den specialiserade sjukvården.
- I samband med den fortsatta beredningen av lagförslaget bör man utnyttja den möjlighet som förslaget ger att utarbeta ett s.k. nationellt manuskript, som ska innehålla målen och metoderna för reformen av social- och hälsovården på till exempel tio års sikt. I idealfallet skulle manuskriptet innefatta strukturella riktlinjer för ordnandet av social- och hälsovården samt finansiering, säkerställande av viktiga nationella produktionsstrukturer och verkställighet av reformen.

Sisällys

Esipuhe
Tiivistelmä
Sammandrag

1	TAUSTA	13
1.1	Toimeksianto	13
1.2	Arvioinnin viitekehys	14
1.2.1	Vaikutusten ennakoarviointi prosessina	14
1.2.2	Arvioinnin ulottuvuuksia	16
1.3	Arvioinnin kohde: Sote-järjestämislain keskeiset tavoitteet	16
1.4	Arviointimenetelmistä	18
2	LAKIEHDOTUKSEN ENNAKOITAVIA VAIKUTUKSIA	21
2.1	Järjestämisvastuullisten organisaatioiden lukumäärä	21
2.1.1	Nykytila	24
2.1.2	Lakiehdotuksen mahdollistamat muutokset	25
2.2	Hallinnollisia vaikutuksia	30
2.2.1	Järjestämisvastuun jakautuminen	30
2.2.2	Päätöksentekotasot ja niiden keskinäiset suhteet	32
2.2.3	Hallinnolliset uudelleenjärjestelyt	32
2.2.4	Johtopäätöksiä	34
2.3	Uudistuksen toimeenpano ja toimivuus käytännön toimijoiden näkökulmasta	34
2.3.1	Uudistuksen selkeys ja toimeenpantavuus	35
2.3.2	Uudistuksen vaikutuksia eri vaihtoehdoissa	36
2.4	Rakenteellinen ja toiminnallinen integraatio	40
2.4.1	Rakenteellinen integraatio	40
2.4.2	Toiminnallinen integraatio	42
2.4.3	Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation arvioitu toteutuminen sote- ja perustason alueilla joidenkin palvelujen näkökulmasta	44
2.5	Palvelujen rahoitus	51
2.6	Lakiehdotuksen taloudelliset vaikutukset	52
2.6.1	Asetelma	53
2.6.2	Vaikutukset nettokustannuksiin sosiaali- ja terveysalueilla	55
2.6.3	Vaikutukset nettokustannuksiin perustason alueilla (Paras puitelain mukaisilla yhteistoiminta-alueilla)	58
2.6.4	Arvioita valtakunnan tason kustannusvaikutuksista	59
2.7	Vaikutukset palvelujen saatavuuteen ja laatuun	60
2.7.1	Järjestäjätahojen koko ja palvelujen laatu	62
2.7.2	Näyttöön ja hyviin käytäntöihin perustuva sosiaali- ja terveydenhuolto	63

2.8 Kansallinen ohjattavuus ja ohjauksen mekanismit	64
2.9 Järjestämislakiluonnos ja tietohallinto.	67
2.9.1 Lakiluonnoksessa olevat tiedonhallintaa koskevat esitykset ja nykytila.	68
2.9.2. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon nykytila alueilla ja sen tarkastelu suhteessa palvelujen järjestämistä ja rekisterinpitoa koskeviin muutosesityksiin	73
2.9.3 Johtopäätökset	78
3 KOKONAISARVIO LAKIEHDOTUKSEN TAVOITTEIDEN TOTEUTUMISESTA JA TOIMEENPANTAVUUDESTA	81
4 JOHTOPÄÄTÖKSET	84
Lähdekirjallisuutta	90
LIITTEET	
Liite 1. Toimeksianto 1	
Liite 2. Toimeksianto 2	
Liite 3. Luonnoskarttoja mahdollisista sosiaali- ja terveysalueista ja perustason alueista. THL	
Liite 4. Tuomola, Seppo: Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiehdotuksen hallintorakennetta ja kustannustehokkuutta koskevien vaikutusten arviointi. Arviointiraportti 2.3.2014.	
Liite 5. Haastattelututkimuksen taustamateriaalia. THL	
Liite 6. IT-kehityksen arvio alueittain. THL	
Liite 7. Tietojärjestelmien kehitys kartoilla. THL	

1 TAUSTA

1.1 Toimeksianto

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettama sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (sote-laki) valmisteluryhmä antoi 20.11.2013 Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) toimeksi laatia valmisteluryhmälle ja uudistuksen jatkovalmisteluun kaksi arviota uudistuksen vaikutuksista: 1) alustavan arvion sote-järjestämislain vaikutuksista liitettäväksi työryhmän loppuraporttiin sekä 2) yksityiskohtaisen vaikutusarvion valmisteluryhmän esittämän järjestämislakiehdotuksen mukaisesta palvelurakenteesta eduskunnalle annettavaa hallituksen esitystä varten (liite 1). Jälkimmäistä osaa toimeksiannosta täydennettiin tammikuussa 2014, jolloin STM toivoi, että arviointi tehdään lausunnolla jo olevan HE-luonnoksen ja sen mukaisen järjestämislain vaikutuksista (liite 2).

Jo sote-järjestämislain virkamiesvalmistelun tukena oli laajapohjainen lakityöryhmä, jossa säädöshankkeen vaikutuksia tunnistettiin sekä työryhmän toimesta että kuulemalla valmisteluelimen ulkopuolisia asiantuntijoita. THL:n toteuttama lakiluonnoksen vaikutusten kaksivaiheinen ennakoarviointi on ollut jatkumoa tälle työlle.

THL:n pääjohtaja nimesi 22.11.2013 asiantuntijaryhmän valmistelemaan arviointia. Arviointiryhmän puheenjohtajiksi määrättiin ylijohtajat Marina Erhola (pj.) ja Marja Vaarama (vpj.) sekä jäseniksi tutkimusprofessori Ismo Linnosmaa, tutkimusprofessori Markku Pekurinen, johtava asiantuntija Maijaliisa Junnila sekä osastojohtaja Päivi Hämäläinen. Asiantuntijaryhmää täydennettiin myöhemmin johtava asiantuntija Pia Maria Jonssonilla ja erikoistutkija Eeva Nykäsellä. Arviointimateriaalin työstämiseen ovat osallistuneet lisäksi johtava asiantuntija Reijo Väärälä, ylilääkäri Hannu Rintanen, erikoistutkija Jutta Järvelin ja tutkija Vesa Syrjä. Myös lukuisat muut THL:n asiantuntijat ovat osallistuneet ennakoarvioinnin taustatyöhön.

Ennakoarvioinnin ensimmäinen vaihe toteutettiin 20.11.–18.12.2013 välisenä aikana, ja sen tuloksena syntynyt alustava raportti luovutettiin peruspalveluministerille 19.12.2013. Arvioinnin toisessa vaiheessa tarkastelua on syvennetty etenkin ennakoitavissa olevien taloudellisten ja hallinnollisten vaikutusten osalta. Hallinnollisen arvioinnin pohjana on osittain käytetty konsultti Seppo Tuomolan THL:n toimeksiannosta tekemää selvitystä. Ennakoarviointi on lisäksi laajennettu koskemaan lakiehdotuksen tuomien muutosten edellytyksiä ja vaikutuksia tietohallinnon näkökulmasta.

1.2 Arvioinnin viitekehys

Lainsäädäntöpohjaisten järjestelmäuudistusten vaikutusten arvioinnissa on käytettävissä useita vaihtoehtoisia tai rinnakkaisia viitekehyksiä riippuen siitä, minkä substanssialueen ja tieteenalan lähtökohdista arviointi toteutetaan.

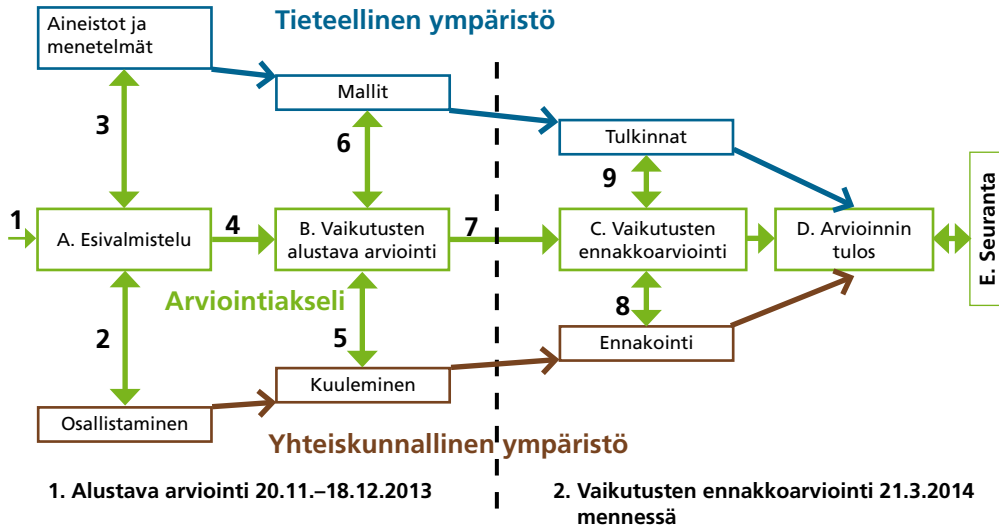
Tässä arvioinnissa käytetään THL:ssä käyttöönotettua lainsäädännön vaikutusarvioinnin yleistä viitekehystä. Viitekehysten muotoilussa on hyödynnetty yleisiä sekä kansallisia että kansainvälisiä vaikutusarvioinnin periaatteita ja oikeusministeriön oheistusta (OM 2007:6). THL:n soveltamassa viitekehyksessä säädösehdotuksen vaikutusten ennakkoarvioinnissa painottuu yhteiskunnallisten vaikutusten arviointi.

Säädösehdotuksen vaikutuksia arvioidaan asetettuja tavoitteita vasten keskittyen olennaisiin vaikutuksiin, tavoiteltuihin ja mahdollisiin kielteisiin vaikutuksiin sekä kustannusvaikutuksiin. Vaikutuksia jäsenetään myös suorina tai välillisinä vaikutuksina sekä välittömästi tai jonkun ajan kuluttua toteutuvina vaikutuksina. Ehdotettu ja muutoksia ja niiden vaikutuksia verrataan nykytilaan ja odotettavissa olevaan kehitykseen, jos voimassa olevaa lainsäädäntöä ei muutettaisi.

1.2.1 Vaikutusten ennakkoarviointi prosessina

Säädösehdotusten vaikutusten ennakkoarviointi on monivaiheinen prosessi, joka toteutuu tieteen ja yhteiskunnallisen ympäristön välissä. Tutkimusorganisaationa THL toimii osana tiedeyhteisöä, mutta asiantuntijaorganisaationa sen tehtävissä painottuvat laajemmat yhteiskunnalliset sitoumukset. Nämä molemmat näkökulmat toimivat voimavarana myös säädösehdotusten vaikutusten ennakkoarvioinnissa (kuvio 1).

Sote-järjestämislain vaikutusten alustava arviointi tehtiin 20.11.–18.12.2013 välisenä aikana (kuvio 1). Alustava arviointi kohdentui sosiaali- ja terveysministeriön asettaman sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän esitykseen (Luonnos 13.12.2013). Sen sisältö tarkentui arviointiprosessin aikana ja viimeiset muutokset työryhmän esitykseen tehtiin noin viikko ennen alustavan arvioinnin valmistumista. Arviointiprosessi käynnistyi (1) neuvotteluilla STM:n edustajien kanssa, jolloin täsmennettiin ministeriön ja valmisteluryhmän toiveita, arvioinnin ongelmannasettelua sekä arvioinnin syvyyttä ja laajuutta suhteessa käytettävissä olevaan aineistoon ja aikaan (liite 1). Arvioinnin valmistelu (A.) käynnistyi pääjohtajan nimettyä arvioinnin ydinryhmän ja sen vastuuhenkilöt käynnistämiskokouksessa. Silloin suunniteltiin arviointiprosessin työnjako, käytettävät menetelmät, aineistot (3) sekä miten kentän ja THL:n asiantuntijoita tullaan osallistamaan (2) prosessiin. Säädösehdotuksen vaikutusten tunnistaminen (4) ja käytettävien arviointimenetelmien valinta (6) käynnisti varsinaisen arvioinnin. Yhtenä vaikutusten ennakkointimenetelmänä hyödynnettiin kahdeksan sosiaali- ja terveydenhuollon laaja-alaisen asiantuntijan kuulemista (5). Ensimmäisessä vaiheessa raportoitu sote-järjestämislain vaikutusten alus-



KUVIO 1. Säädösehdotusten vaikutusten ennakoarvioinnin prosessi (Junnila, Hänninen, Väärälä 2013)

tava arviointi (B.) perustui THL:n asiantuntijaryhmän eri menetelmillä ja aineistoilla tekemään yhdessä pohdittuun arvioon.

Arvioinnin toinen vaihe eli Sote-järjestämislain vaikutusten ennakoarviointi on toteutettu 28.1.–21.3.2014 välisenä aikana. Ennakoarviointi kohdistui 2.1.2014 kuntiin lausunnoille lähteneeseen hallituksen esityksen luonnokseen. Tämä vaikutusten ennakoarvioinnin toisen vaiheen kohdentamisesta neuvoteltiin STM:n ja THL:n edustajien välisissä neuvotteluissa, joiden perusteella ministeriö täsmensi kirjallisen toimeksiannon (7). Vaikutusten ennakoarviointi (C.) käynnistyi THL:n ydinryhmän neuvottelussa, jossa määriteltiin arvioinnin kohdentuminen, keskeiset arvioinnin menetelmät, aikataulu ja työnjako. Vaikutusten ennakoarviointia (8) syvennettiin järjestämällä kuulemiset, joissa sosiaali- ja terveyspalvelujen käytännön hyvin tuntevia asiantuntijoita haastateltiin heidän näkemyksistään lain tavoitteiden toteutumisesta sote- ja perustason alueilla, sekä kerättiin myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia ja näkemyksiä tulevan kehityksen ennakoimiseksi. Lakiehdotuksen mukaista hallintorakenteen toimivuuden arviota syvennettiin pyytämällä erillisarvio THL:n ulkopuoliselta sosiaali- ja terveydenhuollon hallintorakenteiden asiantuntijalta. Täysin uutta selvitysmateriaalia tuotettiin myös asiakas- ja potilastietojärjestelmien nykytilasta ja muutosvalmiudesta.

THL:n arviointitulkinat (9) on tehty HE-luonnoksen, aikaisemman aineiston ja toisessa vaiheessa kertyneen uuden aineiston pohjalta. Tässä raportoitava HE-luonnoksen sote-järjestämislain vaikutusten ennakoarviointi (D.) perustuu THL:n asiantuntijaryhmän eri menetelmillä ja aineistoilla tekemään yhdessä pohdittuun arvioon.

1.2.2 Arvioinnin ulottuvuuksia

Sisällöllisesti arvioinnissa nojaututaan terveydenhuollon ja sosiaalialan tutkimuksen monitieteiseen lähestymistapaan, jolloin keskiössä ovat rakenneuudistuksen odotettavissa olevat seuraukset sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuuden (performance) kannalta.

Terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuden keskeisiksi ulottuvuuksiksi on kansainvälisesti määritelty palvelujen saatavuus, asiakaskeskeisyys, vaikuttavuus, potilasturvallisuus ja kustannusvaikuttavuus sekä palvelujen oikeudenmukainen jakautuminen. Näiden ominaisuuksien avulla terveydenhuoltojärjestelmät pyrkivät keskeiseen päämääräänsä: koko väestön hyvään terveyteen.

Sosiaalipalvelujärjestelmät ovat eri maissa hyvin erilaisia, mutta kaikkialla niiden toimivuuden tämän hetken keskeisinä ulottuvuuksina ovat saatavuus, vaikuttavuus, asiakaskeskeisyys ja asiakasturvallisuus. Palvelujärjestelmän keskeisinä päämäärinä on lisätä asiakkaiden hyvinvointia, sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä elämän eri vaiheissa sekä tukea ihmisiä selviytymään omatoimisesti.

Myös palvelujen laatu on järjestelmien toimivuuden yksi tärkeä ulottuvuus, joskin sen määritelmä voi vaihdella. Sosiaali- ja terveydenhuollossa jo mainittujen vaikuttavuuden ja potilas- ja asiakasturvallisuuden ohella laatuksitteessa painottuvat usein esimerkiksi vaatimus hoitokäytäntöjen perustumisesta näyttöön ja hoitoprosessien sujuvuudesta. Viime vuosina asiakkaiden ja potilaiden palvelukokemusta on pidetty keskeisenä laatua ohjavana tekijänä. Tämän on ajateltu korostuvan erityisesti valinnan mahdollisuuksien lisääntyessä, ja silloin kun sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkailta ja potilailla on mahdollisuus valita palveluja kokemansa laadun perusteella.

1.3 Arvioinnin kohde: Sote-järjestämislain keskeiset tavoitteet

Tässä raportissa sote-järjestämislain vaikutuksia arvioidaan pelkästään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja -palvelujen näkökulmasta. *Tässä ei siis arvioida lakiesityksen vaikutuksia kuntien tai palvelujen tuottajien kannalta.* Myöskään lakiehdotuksen perustuslainmukaisuuden arviointi ei kuulu tämän tarkastelun piiriin.

Järjestämislailta luodaan uusi sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen rakenne. Lakiehdotuksen 2 §:n mukaan lakia sovelletaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen, rahoitukseen, kehittämiseen, ohjaukseen ja valvontaan. Lakiehdotuksen 1 §:n mukaan lain tarkoituksena on:

1. edistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä
2. edistää sosiaali- ja terveydenhuollon laatua
3. varmistaa asiakkaan ja potilaan oikeus hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon
4. luoda edellytykset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen riittävälle ja yhdenvertaiselle saatavuudelle koko maassa

5. varmistaa toimiva ja eheä sekä vaikuttava ja kustannustehokas sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne sekä
6. edistää sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toiminnallista ja rakenteellista integraatiota sekä vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja alueellisesti ja valtakunnallisesti.

Arvioinnin lähtökohtana ovat lakiehdotuksen 1 §:ssä ja sen perusteluissa kuvattu lain tarkoitus, eli laille asetetut tavoitteet. Arvioinnin kohteena on se, millainen hallinnollinen rakenne lailla luodaan ja miten lailla luotavalla rakenteella kyetään edistämään lain tavoitteita.

On huomattava, että tavoitteista terveyden ja hyvinvoinnin muutokset ovat ilmiöitä, joihin vaikuttavat monet muutkin seikat kuin sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta. Terveys ja hyvinvointi ovat sosiaali- ja terveydenhuollon päätavoitteina, mutta uudistuksen vaikutuksia niihin ei ole mahdollista luotettavasti arvioida ilman pidemmän aikavälin seuranta. Tämä arviointi kohdistuu siihen, miten lakiehdotuksen pohjalta muodostuva tai muuttuva hallinnollinen rakenne tukee terveyttä ja hyvinvointia koskevien tavoitteiden toteutumista.

Järjestelmätason lyhyen aikavälin arviointiin tarvitaan nopeasti kerättävää, välillistä tietoa esimerkiksi palvelujen saatavuuden ja kustannusten kehityksestä. Lain tavoitteista toinen, neljäs ja viides ovat luonteeltaan tällaisia välillisiä tavoitteita, joiden kautta järjestelmä pyrkii edistämään ja ylläpitämään väestön hyvinvointia ja terveyttä. Kuudes tavoite on selvimmän järjestelmän rakenteeseen liittyvä ja siinä mielessä luonteeltaan pikemmin keino parantaa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuden edellytyksiä kuin suoraan sen toimintakykyä.

Lakiehdotukseen sisällytettyjä tavoitteita ei ole asetettu tärkeysjärjestykseen, ellei numerojärjestystä käsitetä sellaiseksi. Tavoitteiden painoarvojen määrittely ei kuulu tämän vaikutusarvioinnin piiriin. Painotusten erilaisuus voi kuitenkin jossain määrin vaikuttaa siihen, miten eri toimijat tulkitsevat tässä raportoitavan arvioinnin tuloksia. Lakia sovellettaessa tulee joka tapauksessa löytää ratkaisuja, joilla voidaan turvata lain kaikkien tavoitteiden toteutuminen mahdollisimman tasapainoisesti.

Järjestämislailla luodaan uusi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisrakenne sekä säädetään rahoituksesta, kehittämisestä, ohjauksesta ja valvonnasta. Lakiehdotuksen keskeisenä pyrkimyksenä on määritellä sosiaali- ja terveystaloudelle uudet järjestäjätahot ja niiden keskinäinen vastuunjako, siirtää järjestämisvastuuta entistä vahvemmille tahoille sekä taata eri järjestäjätahojen välinen yhteistyö ja koordinaatio. Sosiaali- ja terveystalouden sisältö määrittyy myös jatkossa varsinaisten sisältölakien, kuten terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain ja sosiaalihuollon erityislainsäädännön kautta. Järjestämislaki ei puutu palvelujen sisältöihin tai palvelujen tuottamiseen, vaan määrittää, mitkä tahot vastaavat sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä väestölle.

Järjestämislain tarkoitus on määritelty yhtenevästi sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon sisältölakien tarkoituksen kanssa. Lakien yhteneviä tavoitteita voidaan

pitää niiden vahvuutena ja signaalina lainlaattijoiden yhtenevistä ja pitkäjänteisistä päämääristä.

Järjestämislain hyväksymisen myötä käynnistyy mittava kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus. Toimeenpanon kannalta on olennaista, että lakiehdotuksen vaikutusten ennakkoarvioinnissa arvioidaan myös uudistuksen selkeyttä ja toimeenpantavuutta.

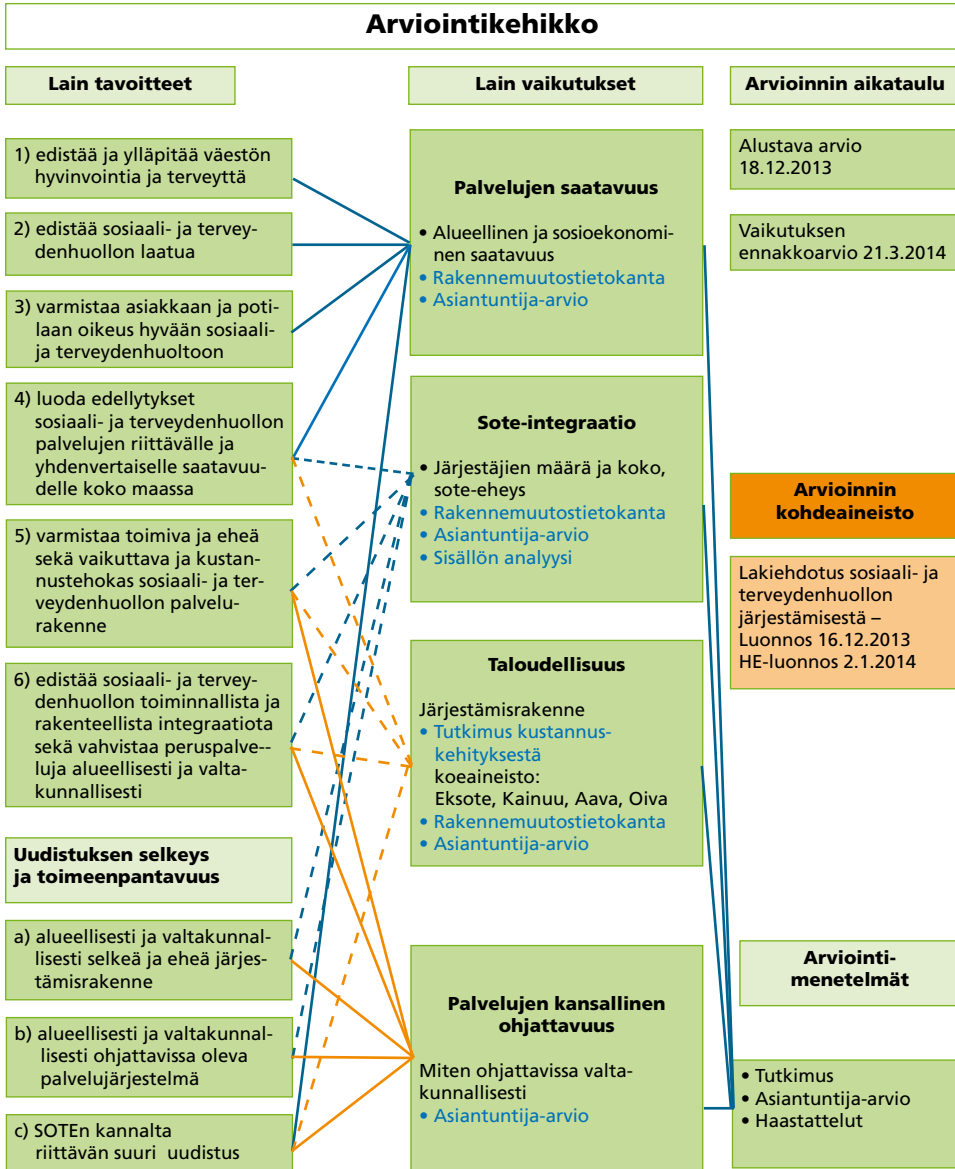
Arviointikysymykset ovat seuraavat:

1. Edistääkö ja ylläpitääkö laki väestön hyvinvointia ja terveyttä?
2. Edistääkö laki sosiaali- ja terveydenhuollon laatua?
3. Varmistaako laki asiakkaan ja potilaan oikeuden hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon?
4. Luoko laki edellytykset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen riittävälle ja yhdenvertaiselle saatavuudelle koko maassa?
5. Varmistaako laki toimivan ja eheän sekä vaikuttavan ja kustannustehokkaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen?
6. Edistääkö laki sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toiminnallista ja rakenteellista integraatiota sekä vahvistaako se sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja alueellisesti ja valtakunnallisesti?
7. Syntykö lain toteutumisen myötä alueellisesti ja valtakunnallisesti ohjattavissa ja johdettavissa oleva, riittävän eheä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä?

1.4 Arviointimenetelmistä

Säädösehdotuksen vaikutusten arvioinnissa voidaan käyttää useita eri tietolähteitä ja arviointimenetelmiä. Taustatietona tässä arvioinnissa on käytetty tutkimustietoa tai muutoin dokumentoitua kokemusta eräiden muiden maiden sosiaali- ja/tai terveydenhuoltojärjestelmistä ja Suomessa toteutetuista alueellisista ja paikallisista kokeiluista.

Eräs etukäteisarvioinnin ongelma on se, että muiden maiden järjestelmäratkaisuista saatua tietoa ja kokemusta voidaan hyödyntää ja siirtää yleensä rajallisesti sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmästä toiseen. Muiden maiden kokemusten hyödyntäminen edellyttää järjestelmien ja niiden reunaehtojen hyvää tuntemusta. Toteutetut uudistukset eroavat toisistaan, samoin kulttuuriset ja toiminnalliset traditiot vaikuttavat järjestelmä uudistusten toteutumiseen ja niiden vaikutusten arviointiin. Järjestelmä uudistusten vaikutusten etukäteisarvioinnissa tarvitaan aina arviointiasiantuntemuksen lisäksi monipuolista asiantuntemusta muutoksessa olevan järjestelmän toimintaehdoista, sisäisistä toimintamalleista ja -kulttuurista.



KUVIO 2. Arviointikehikko

Suomessa on toteutettu aluetason sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä uudistuksia, joissa on uudistettu toimintaa palvelujen saatavuuden ja laadun parantamiseksi. Tietoa uudistusten vaikutuksista on saatavilla vasta lyhyeltä ajalta.

Uudistuksen vaikutuksia voidaan arvioida mallintamalla nykyistä ja tulevaa kehitystä esimerkiksi järjestäjätahojen määrän ja väestöpohjan perusteella. Laskelmien osuvuus riippuu tällöin uudistuksen asettamien reunaehtojen ja vaatimusten tarkkuu-

desta. Mallinnuksien pohjalta voidaan siten arvioida tarkemmin tai epätarkemmin esimerkiksi lyhyen aikavälin (siirtymävaiheen) ja pitemmän aikavälin kustannusvaikutuksia.

Kuvio 2 havainnollistaa tämän vaikutusarvioinnin viitekehystä ja käytettyjä menetelmiä. Metodologisesti tässä arvioinnissa on hyödynnetty:

- kansallista tietoa ja kokemusta sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisista uudistuksista ja kokeiluista ja niiden vaikutuksista
- alueellisten uudistusten ja kokeilujen pohjalta tehtyjä laskelmia uudistusten kustannusvaikutuksista
- mallinnuksia sote-järjestämislain pohjalta todennäköisesti syntyvistä järjestäjätahoista ja niiden väestöpohjista sekä ehdotuksen mukaisen hallintorakenteen toimivuudesta ja kustannuksista
- mallinnuksia sote-järjestämislain vaikutuksista asiakas- ja potilastietojen rekisterinpitoon ja tietojen käsittelyyn
- sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien avainhenkilöiden haastatteluja uudistuksen odotettavissa olevista vaikutuksista ja vaikutusmekanismeista
- kansainvälistä tutkimus- ja seurantatietoa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismalleista ja niiden uudistuksista

2 LAKIEHDOTUKSEN ENNAKOITAVIA VAIKUTUKSIA

Lakiehdotuksen ennakkoarvioinnin tulokset esitetään ensin suhteessa uudistuksen järjestelmätason vaikutuksiin s.o. muutoksiin järjestelmän rakenteissa, hallinnossa, järjestämisvastuun jakautumisessa ja palvelujen integraatiossa. Tämän jälkeen käsitellään vaikutuksia talouteen, palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen ja laatuun sekä järjestelmän kansalliseen ohjattavuuteen. Luvussa 3 esitetään kokonaisarvio lakiehdotuksen tavoitteiden toteutumisesta ja toimeenpanosta ja luvussa 4 ennakkoarvioinnin johtopäätökset.

2.1 Järjestämisvastuullisten organisaatioiden lukumäärä

Suomessa vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoituksesta on muihin EU-maihin verrattuna väestöpohjaltaan erittäin pienillä toimijoilla, kunnilla. Kansainvälisesti verrattuna maamme kuntien koko ja voimavarat palvelujen järjestämiseen ovat vaatimattomat. Eri EU-maiden terveystalouden julkisten järjestäjä- ja rahoittajatahojen lukumäärä ja koko kuvattuna keskimääräisenä asukas pohjana on esitetty taulukossa 1.

Kansainvälinen suuntaus etenkin terveydenhuoltoa uudistettaessa on selkeästi kohti entistä suurempia järjestäjä- ja rahoittajatahoja. Tutkimustieto viittaa siihen, että mitä suurempi on järjestäjä- ja rahoittajatahon väestöpohja, sitä paremmat ovat mahdollisuudet turvata yhdenvertainen terveystalouden saatavuus ja hallinnollinen tehokkuus sekä terveydenhuollon rahoituksen kestävyys.

Tässä arvioitavaan järjestämislakiehdotukseen sisältyy pyrkimys suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisrakenteen parantamiseen talouden ja laadun näkökohdista. Rakenteellisia ja järjestämisvastuun muutoksia koskevat säännökset sisältyvät pääosin lakiehdotuksen 2. lukuun. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi perustetaan sosiaali- ja terveysalueita, joilla on pääsäännön mukaan kattava järjestämisvastuu sosiaali- ja terveystaloudesta. Jokaisen kunnan on kuuluttava sosiaali- ja terveysalueeseen. Pääsäännöstä poiketen sosiaali- ja terveysalueiden sisällä voi kuitenkin olla perustason alueita, joilla on järjestämisvastuu sosiaali- ja terveyspalveluista ja osasta terveystaloudesta.

Sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden muodostamisen edellytykset on määritelty lakiehdotuksen 8 §:ssä ja voimaantulolain 3 ja 4 §:issä. Sosiaali- ja terveysalue muodostuu maakunnan keskuskaupungista tai vähintään 50 000 asukkaan kunnasta sekä mainittujen kuntien työssäkäyntialueeseen, yhdyskuntarakenteeltaan

TAULUKKO 1. Terveyspalvelujen julkiset järjestäjät ja rahoittajat EU-maissa.

	Järjestäjiä		Rahoittajia	
	Lukumäärä	Asukkaita/järjestäjä	Lukumäärä	Asukkaita/rahoittaja
Suomi	336	15 795	336	15 795
Luxemburg	9	52 000	1	471 000
Bulgaria	28	269 000	1	7 538 000
Latvia	8	284 000	1	2 271 000
Viro	4	335 000	1	1 340 000
Kreikka	30	374 000	30	374 000
Itävalta	21	397 000	21	397 000
Iso-Britannia	152	398 000	1	60 520 000
Malta	1	406 000	1	406 000
Saksa	200	411 000	200	411 000
Ruotsi	21	439 000	21	439 000
Romania	42	529 000	1	22 215 000
Liettua	5	673 000	1	3 366 000
Kypros	1	793 000	1	793 000
Hollanti	19	863 000	1	16 390 000
Slovakia	6	899 000	6	899 000
Tanska	5	1 098 000	5	1 098 000
Tsekki	9	1 140 000	9	1 140 000
Belgia	7	1 502 000	1	10 517 000
Slovenia	1	2 010 000	1	2 010 000
Portugali	5	2 124 000	1	10 620 000
Espanja	20	2 216 000	20	2 216 000
Italia	20	2 943 000	20	2 943 000
Irlanti	1	4 250 000	1	4 250 000
Unkari	1	10 035 000	1	10 035 000
Ranska	3	20 613 000	1	61 840 000
Puola	1	38 116 000	1	38 116 000

Lähde: Thomson, Foubister ja Mossialos (2009) ¹

yhtenäiseen alueeseen tai samaan toiminnalliseen kokonaisuuteen kuuluvista muista kunnista. Tämän lisäksi vähintään noin 50 000 asukkaan kunta voi toimia sosiaali- ja terveysalueena, jolloin se järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut omille asukkailleen.

Sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnan työssäkäyntialueen ulkopuolella olevalla vähintään 20 000 asukkaan kunnalla on oikeus, muttei velvollisuutta muodostaa perustason alue. Jos kunta muodostaa perustason alueen ja se on työssäkäyntialueen

¹ Vertailuhetkellä Suomessa oli 336 kuntaa.

tai muun toiminnallisen kokonaisuuden keskuskunta, sen on järjestettävä perustason palvelut myös tällaiseen toiminnalliseen kokonaisuuteen kuuluville alle 20 000 asukkaan kunnille, jos valtioneuvosto niin päättää. Eräissä poikkeustapauksissa myös sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnan kanssa yhtenäisellä yhdyskuntarakenne- tai työssäkäyntialueella sijaitseva nk. kehyskunta voi muodostaa perustason alueen. Sosiaali- ja terveysalueen vastuukunta tai sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän suurin kunta ei kuitenkaan voi muodostaa perustason aluetta.

Valtioneuvosto päättää kuntia kuultuaan sosiaali- ja terveysalueet, perustason alueet ja niihin kuuluvat kunnat. Sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden on oltava alueellisesti eheitä ja toiminnallisesti tarkoituksenmukaisia kokonaisuuksia ja niillä on oltava taloudelliset ja henkilöstövoimavaroihin perustuvat edellytykset vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä.

Uudenmaan maakuntaan kuuluvien kuntien sosiaali- ja terveysalueet muodostetaan muista alueista poiketen. Uudenmaan maakuntaan kuuluvat kunnat muodostavat yhden sosiaali- ja terveysalueen. Uudenmaan sosiaali- ja terveysalueella voi olla korkeintaan kuusi perustason aluetta, ja niihin kuuluvissa kunnissa on oltava vähintään 50 000 asukasta. Uudenmaan perustason alueet eivät saa järjestää erikoissairaanhoidon palveluja.

Sosiaali- ja terveysalueella vastuu palvelujen järjestämisestä on alueen vastuukunnalla tai poikkeustapauksessa kuntayhtymällä. Perustason alueella vastuu palvelujen järjestämisestä on aina vastuukunnalla.

Lakiehdotuksen 10 §:n mukaan järjestämisvastuu sisältää vastuun lakisääteisten sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien hoitamisesta sekä palvelujen yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta; asianmukaisesta saavutettavuudesta; tarpeen ja määrän määrittämisestä; tuotantotavasta päättämisestä; sekä laadun ja määrän seurannasta, kehittämisestä ja valvonnasta. Lisäksi järjestämisvastuuseen sisältyy sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen tehtäviin kuuluvan julkisen vallan käyttö.

Sosiaali- ja terveysalue järjestää kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja hoitaa muut sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät. Sosiaali- ja terveysalueeseen kuuluvalla perustason alueella on kuitenkin sosiaali- ja terveysalueen sijasta järjestämisvastuu sosiaalihuollosta ja perusterveydenhuollosta. Tällöinkin sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon ympärivuorokautinen päivystys kuuluu sosiaali- ja terveysalueen järjestämisvastuulle. Lailla voidaan lisäksi säätää muista tehtävistä, joiden järjestämisvastuu kuuluu perustason alueen sijasta sosiaali- ja terveysalueelle. Sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon lisäksi perustason alue voi järjestää erikoissairaanhoidon palveluja, jos sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt sille luvan tähän. Perustason alueen järjestämisvastuu kattaa tällöin luvan mukaiset erikoissairaanhoidon palvelut.

Järjestämisvastuun jakautumisesta sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen välillä ei voida sopia toisin. Sosiaali- ja terveysalueet ja perustason alueet voivat silti tehdä yhteistyötä palvelujen tuotannossa. Lisäksi sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen on toimittava yhteistyössä sen varmistamiseksi, että palveluja tarvitsevat

henkilöt saavat tarvitsemansa palvelut riippumatta siitä, kumpi taho on vastuussa niiden järjestämisestä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisten ja kansallisten tehtävien hoitamiseksi laissa säädetään viidestä erityisvastuualueesta, joille kuuluvista tehtävistä vastaa erityisvastuualueen kuntayhtymä.

Erityisvastuualueen tehtävänä on ohjata ja sovittaa yhteen alueensa sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden toimintaa ja niiden järjestämiä palveluja siten, että vältetään päällekkäistä toimintaa ja palveluvajeita, edistetään voimavarojen tehokasta käyttöä, ja varmistetaan palvelujen yhdenvertainen laatu ja saatavuus ja sosiaali- ja terveydenhuollon jatkuva kehittäminen. Erityisvastuualue vastaa myös toiminnan yhteensovittamisesta kansallisen tason strategisten linjausten kanssa ja varmistaa kansallisen ohjauksen toteutumisen toiminnassa.

Sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden muodostamisen rinnakkaisia ja vaihtoehtoisia edellytyksiä on lakiehdotuksessa useita. Koska näiden soveltaminen voi vaihdella alueittain, lain seurauksena järjestämismallissa tapahtuvia muutoksia, alueiden tulevaa lukumäärää ja väestömäärää ei ole ehdotuksen pohjalta mahdollista ennustaa tarkasti. Tulevaisuuden skenaariot ovat myös riippuvaisia siitä, miten valtioneuvosto lopulta suhtautuu eri kriteereihin pohjautuvien alueiden perustamiseen. Lisäksi muutokset kuntarakenteessa saattavat vielä vaikuttaa syntyvien järjestäjätahojen lukumäärään.

Alla on pyritty kuvaamaan nykytilaa ja arvioimaan lakiehdotuksen seurauksena syntyvän rakenteellisen muutoksen laajuutta siinä määrin kuin se tänä päivänä on mahdollista.

2.1.1 Nykytila

Vuonna 2013 Manner-Suomessa oli 304 kuntaa. Alle 20 000 asukasta on 248 kunnassa ja yli 50 000 asukasta 20 kunnassa. Kunnat järjestävät sosiaali- ja terveyspalvelunsa kolmella eri perusmallilla (taulukko 2). *Itsenäisesti* perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelut järjestävät 89 kuntaa. 31 kuntayhtymää järjestää perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelut 130 kunnalle. *Vastuukuntamallilla* toimivalla 31 yhteistyöalueella perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelut järjestetään 85 kunnalle.

Täten vuonna 2013 perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestäjätahoja Manner-Suomessa on 151. Vallitseva malli on, että kunta järjestää palvelut itsenäisesti tai kuntayhtymän kautta. Tämä koskee erityisesti pieniä kuntia, joita valtaosa Suomen kunnista on.

Itsenäisesti palvelunsa järjestävistä kunnista 62 prosenttia on alle 20 000 asukkaan kuntia, kuntayhtymämallin kunnista jopa 95 prosenttia. Kuntayhtymistä yhdeksän väestöpohja on alle 20 000 ja kahdenkymmenen (65 prosenttia) väestöpohja on 20 000–50 000 asukasta. Ainakin neljässä kuntayhtymässä sairaanhoitopiiri on mukana organisoimassa perusterveydenhuoltoa.

TAULUKKO 2. Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäjät vuonna 2013 (THL)

Palvelujen järjestäjä	Asukasluvu					
	Alle 20 000	20 000–50 000	50 000–100 000	Yli 100 000	Yhteensä	Yli 50 000
Perusterveydenhuolto ja sosiaalihuolto						
Kunta itse	55	22	5	7	89	12
Kuntayhtymä	9	20	1	1	31	2
Vastuukunta	9	14	5	3	31	8
Yhteensä	73	56	11	11	151	22
Erikoissairaanhoido						
Kuntayhtymä			4	16	20	20
Yhteensä	73	56	15	27	171	42

Sairaanhoitopiirejä on Manner-Suomessa 20. Sairaanhoitopiireistä yhden (Itä-Savo) väestömäärä on alle 50 000 asukasta ja kolmen (Länsi-Pohja, Kainuu ja Keski-Pohjanmaa) 50 000–100 000 asukasta. Sairaanhoitopiirin keskussairaala on useimmiten piirin väestömäärältään suurimmassa kunnassa Länsi-Pohjaa ja Kymenlaaksoa lukuun ottamatta. Keskussairaalapaikkakunnista alle 50 000 asukkaan kuntia ovat Länsi-Pohjan Kemi, Itä-Savon Savonlinna, Kainuun Kajaani ja Keski-Pohjanmaan Kokkola.

Tavoitteena on vuosia ollut (mm. Paras-puitelaki), että kunnat ja yhteistoiminta-alueet järjestävät perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvät sosiaalitoimen tehtävät eheänä toiminnallisena kokonaisuutena. Itsenäisesti perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelut järjestävistä kunnista kaikki järjestävät nämä palvelut hallinnollisesti yhdessä.

Yhteistoiminta-alueilla ja kuntayhtymissä, jotka on perustettu perusterveydenhuollon järjestelyiden pohjalle, sosiaalipalvelujen järjestämistavat ja laajuus vaihtelevat paljon. Tämän takia nykytilan kuvaaminen selkeästi tai yksinkertaisesti ryhmiteltyinä on ongelmallista. Lisäksi esimerkiksi ainakin yksi kunta on järjestänyt perusterveydenhuollon palvelut useamman kunnan yhteistoiminta-alueelta, mutta ostaa vastuukuntaperiaatteella sosiaalipalvelut toiselta, perusterveyden- ja sosiaalihuollon itsenäisesti järjestävältä kunnalta.

2.1.2 Lakiehdotuksen mahdollistamat muutokset

Lakiehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveystalve muodostuu maakunnan keskuskautungista tai vähintään 50 000 asukkaan kunnasta sekä mainittujen kuntien työssäkäyntialueeseen, yhdyskuntarakenteeltaan yhtenäiseen alueeseen tai samaan toiminnalliseen kokonaisuuteen kuuluvista muista kunnista.

Maakuntia on Manner-Suomessa 18. Väkiluvultaan pienin niistä on Keski-Pohjanmaa 68 610 asukkaallaan, alle 100 000 asukasta on myös Kainuussa. Maakunta- ja sairaanhoitopiirirajat menevät toistensa kanssa päällekkäin yhdeksän maakunnan ja seitsemän sairaanhoitopiirin osalta. Viiden nykyisen perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestäjän alueet sijoittuvat kahden tai kolmen maakunnan alueelle.

Maakuntien keskuskaupungit on kaikki mainittu järjestämislakiehdotuksessa. Kotkaa lukuun ottamatta maakunnan keskuskaupunki on alueen suurin kaupunki. Alle 50 000 asukkaan kaupunkeja ovat Kajaani ja Kokkola. Kaikki 18 maakuntien keskuskaupunkia ovat myös keskussairaalaapaikkakuntia. Länsi-Pohjan (keskussairaala Kemissä) ja Itä-Savon (keskussairaala Savonlinnassa) sairaanhoitopiirit ovat osa suurempaa maakuntaa (Lappi ja Etelä-Savo).

Työssäkäyntialueita Manner-Suomessa on Tilastokeskuksen mukaan 39. Maakuntien 18 keskuskaupungin työssäkäyntialueilla on yhteensä 154 kuntaa ja 4,1 miljoonaa asukasta, joista Helsingin työssäkäyntialueella asuu 1,56 miljoonaa. Yli 200 000 asukkaan työssäkäyntialueita ovat Tampereen, Turun ja Oulun alueet ja alle 70 000 asukkaan alueita Rovaniemen ja Kajaanin työssäkäyntialueet. Maakuntien keskuskaupunkien työssäkäyntialueiden ulkopuolella on kaksi yli 50 000 asukkaan kuntaa, Kouvolaa ja Saloa.

Ilman Uudenmaan maakuntaa uusien sosiaali- ja terveysalueiden lukumääräksi voisi siis tulla 19. Jos Uudellemaalle perustetaan vain yksi sosiaali- ja terveysalue, sosiaalijärjestelmän kokonaismääräksi muodostuisi 20.

Useimpien maakuntien rajalla on 1–2 kuntaa, joiden sijoittuminen syntyvälle sosiaali- ja terveysalueelle ei ole aivan yksiselitteistä. Kunnan sijoittuminen voi vaihdella sen mukaan painotetaanko maakuntien rajat ylittävää työssäkäyntialuetta, nykyistä sairaanhoitopiirirajaa tai mahdollisesti myös nykyistä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueita. Lisäksi kielelliset olosuhteet voivat vaikuttaa kuntien sijoittumiseen.

Lakiehdotuksen mukaan perustason alue muodostuu vähintään 20 000 asukkaan kunnasta. Lisäksi perustason alueeseen voi kuulua samaan työssäkäyntialueeseen, yhdyskuntarakenteeltaan yhtenäiseen alueeseen tai samaan toiminnallisen kokonaisuuteen kuuluvia muita kuntia.

Edelleen pääkaupunkiseudulla ja sitä ympäröivissä kunnissa (metropolialue) sosiaali- ja terveysalueet voidaan muodostaa 2 ja 3 momentissa säädetystä poiketen. Lakiehdotuksen perustelujen mukaan mainittuun metropolialueeseen luetaan 14 kuntaa.

Edellä mainittujen 18 työssäkäyntialueen sisällä on 22 kuntaa, joiden väkiluku asettuu välille 20 000–50 000 asukasta. Maakuntien keskuskaupunkien työssäkäyntialueiden ulkopuolella on kaksitoista 20 000–50 000 asukkaan kuntaa. Näistä kuusi kuntaa (Tornio, Rauma, Äänekoski, Kemi, Imatra, Raasepori) järjestävät perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelunsa tällä hetkellä itsenäisesti, kolme kuntayhtymämallilla

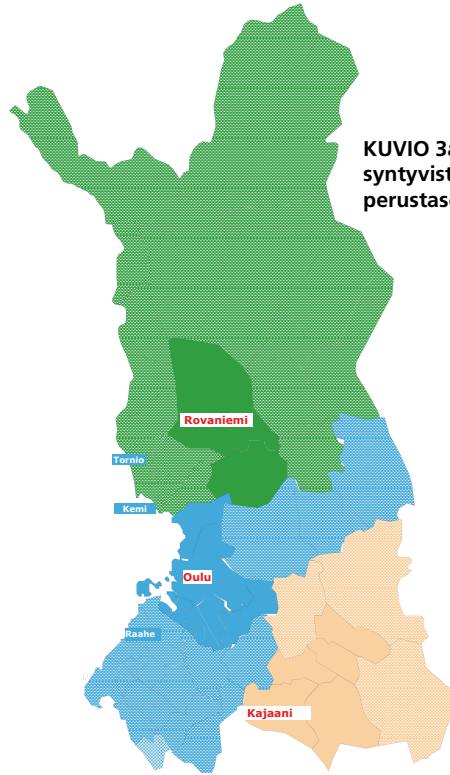
(Savonlinna, Raahe, Iisalmi) ja kolme vastuukuntamallilla (Varkaus, Sastamala, Jämsä). Mahdollisesti perustason alueen muodostavista kunnista puolet (yksitoista kuntaa) sijaitsee maakunnan keskustaajamien rajanaapurina.

Uudellemaalle muodostuisi lakiehdotuksen mukaan mahdollisesti kuusi perustason aluetta, joiden vastuukuntina olisivat Helsinki, Espoo, Vantaa, Hyvinkää, Lohja ja Porvoo.

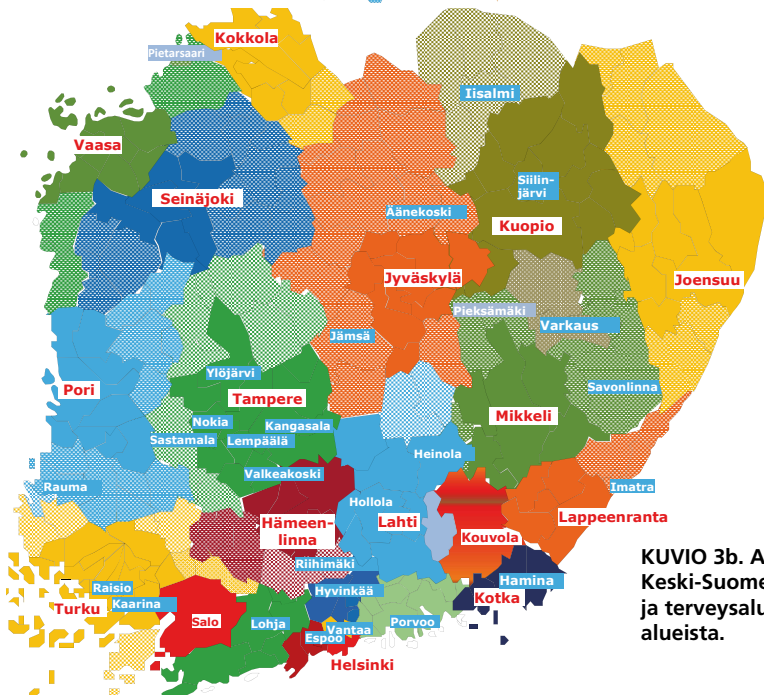
Näistä lähtökohdista on mahdollista, että perustason alueita muodostuisi noin 30.

Mahdollisesti syntyvien sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden arviointu määrä ja koko on esitetty taulukossa 3. Kuvioissa 3a ja 3b on esitetty arvio Suomeen syntyvistä sosiaali- ja terveysalueista ja perustason alueista.

Liitteessä 3 on esitetty pääpiirteittäinen arvio mahdollisesti syntyvistä alueista maakunnittain.



KUVIO 3a. Alustava arvio Pohjois-Suomeen syntyvistä sosiaali- ja terveysalueista ja perustason alueista.



KUVIO 3b. Alustava arvio Etelä- ja Keski-Suomeen syntyvistä sosiaali- ja terveysalueista ja perustason alueista.

Maakuntien keskuskaupungit on merkitty punaisilla kirjaimilla, keskuskaupungin työssäkäyntialue yhtenäisellä värillä ja maakunnan mahdollinen sosiaali- ja terveysalue (pääosin) samalla rasteroidulla värillä. Mahdollisten sosiaali- ja terveysalueiden vastuukuntien nimet on esitetty valkoisella pohjalla ja perustason vastuukuntien nimet on esitetty sinisellä tai keltaisella pohjalla.

TAULUKKO 3. Alustava arvio lakiehdotuksen myötä syntyvien sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden määrästä ja koosta.

Palvelujen järjestäjä	Asukasluku					
	Alle 20 000	20 000–50 000	50 000–100 000	Yli 100 000	Yhteensä	Yli 50 000
Sosiaali- ja terveysalue			5	15	20	20
Perustason alue		23	1	5	29	6
Yhteensä	0	23	6	20	49	26

Terveydenhuollossa yllä kuvatut muutokset tarkoittaisivat siirtymistä nykyisestä kaksiportaisesta rakenteesta osittain kolmiportaiseen rakenteeseen. Vaikka varsinaisia järjestäjätahoja on kaksi, sosiaali- ja terveysalue ja perustason alue, erityisvastuualue tuo uuden kolmannen portaan järjestelmän ohjaukseen vaikuttavana rakenteena. Perusterveydenhuollon järjestäjätahojen lukumäärä laskisi nykyisestä noin 150:stä noin 50:een ja niiden väestöpohjat kasvaisivat merkittävästi nykytilaan verrattuna.

Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu voisi jakautua osin kahtia sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen välillä. Järjestämisvastuun jakautumisen käytännön toteutus tulee perustumaan sosiaali- ja terveysministeriön perustason alueelle myöntämään lupaan järjestää joitakin erikoissairaanhoidon palveluja. Siten erikoissairaanhoidon osalta kehityskulkua ei voida vielä tarkasti kuvata. Perustason palvelujen järjestäjätahojen väestöpohjat kasvaisivat joka tapauksessa nykyiseen verrattuna. Kansainvälisesti katsoen järjestäjätahojen lukumäärä olisi kuitenkin edelleen väestöön suhteutettuna poikkeuksellisen korkea ja alueiden väestöpohjat keskimäärin pieniä. Hyviä edellytyksiä taloudellisesti kestävään ja laadukkaaseen palvelutuotantoon ei näin välttämättä syntyisi, mikäli kunnat käyttävät laajasti oikeuttaan muodostaa perustason alueita.

Myös sosiaalihuollossa uudistus johtaisi järjestäjätahojen lukumäärän laskuun nykyisestä noin 130:sta noin 50:een. Monimuotoisen sosiaalipalvelukentän kannalta voidaan arvioida, että pääsäännöksi ehdotettu rakenne, jossa sosiaali- ja terveysalue vastaisi sosiaalipalvelujen järjestämisestä, tuottaisi entistä vahvempia järjestämistähoja. Tällä voidaan arvioida olevan myönteisiä vaikutuksia lain tavoitteiden toteutumisen kannalta, sillä tutkimustieto viittaa siihen, että järjestämisvastuun kokoaminen suuremmille järjestäjätahoille ja kehittäminen mahdollistaa järkevän palvelujen toteuttamisen ja tuottamisen hajauttamisen.

Tällä hetkellä sosiaalipalvelujen kehittämisen pullonkauloja ovat muun muassa liian heikot järjestäjät ja rahoittajat suhteessa palvelutarpeisiin. Sosiaali- ja terveysalue voisi turvata tässä suhteessa riittävän suuren väestöpohjan ja taloudellisen vakauden mahdollistaen erityisesti laaja-alaisen osaamisen ja osaamisen kehittämisen. Tuoreissa selvityksissä osaaminen ja sen organisointi on noussut erääksi keskeisimmäksi tekijäksi onnistuneiden rakenteellisten muutosten toteuttamisessa.

Sosiaalihuollossa ehdotuksen suurimmat pulmat liittyvät perustason alueisiin, sillä sosiaalihuollon vaativien palvelujen järjestäminen voisi uudessa rakenteessa jäädä sellaisten toimijoiden vastuulle, joiden väestöpohja voi olla laadukkaiden ja oikea-aikaisten palvelujen järjestämisen kannalta liian pieni.

Ongelmaksi saattaa muodostua se, että perustason ja sosiaali- ja terveysalueiden muodostaminen mahdollistaa alueellisesti erilaisia ratkaisuja, mikä hajauttaa rakennetta ja hankaloittaa kokonaisuuden hallintaa.

Sosiaalihuolto ja sosiaalipalvelut muodostavat kokonaisuuden, jolla on yhteistyöhön ja työnjakoon liittyviä rajapitoja moniin eri palveluihin. Esimerkiksi sosiaalityötä tehdään, paitsi perinteisessä aikuissosiaalityössä, sairaaloissa, vankiloissa, nuorisotyössä, koulussa, vanhusten hoidossa, lastensuojelussa, päihdehuollossa jne. Riippumatta siitä, kuuluuko järjestämisvastuu sosiaalipalveluista sosiaali- ja terveysalueelle vai perustason alueelle, haasteita toimivien yhteistyörakenteiden ja palveluketjujen varmistamiseen on sosiaalipalvelujen ja muiden palvelujen välillä.

2.2 Hallinnollisia vaikutuksia

Järjestämisvastuuorganisaatioiden lukumäärää olennaisempi kysymys on se, kuinka yhtenäiseksi toiminnallisesti uusi järjestelmä muodostuu ja miten koordinoitusti ja toimivasti päätöksenteko ja ohjaus järjestämisvastuutasojen kesken tulevat toimeenpannuiksi.

Osana lakiehdotuksen arviointia on suoritettu selvitys uudistuksen vaikutuksista hallintorakenteeseen ja kustannuskehitykseen. Selvitysmies Seppo Tuomolan tekemä hallinnollinen analyysi kokonaisuudessaan on liitteenä 4. Tässä osiossa esitettävässä yhteenvedossa tarkastellaan erityisesti uudistuksen peruseriaatetta hallinnon toteuttamisessa, vaikutuksia päätöksentekotasoihin ja niiden keskinäisiin suhteisiin sekä vaikutuksia hallinnollisiin uudelleen järjestelyihin.

2.2.1 Järjestämisvastuun jakautuminen

Järjestämislakiehdotuksen hallinnollisena peruseriaatteena on eriyttää järjestämisvastuu varsinaisesta palvelutuotannosta ja säätää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuusta. Tällä on laajakantoisia vaikutuksia.

Eriyttäminen mitä ilmeisimmin ajan kuluessa lisää vertailtavuutta kunnallisten ja muiden palveluntuottajien kesken johtaen samalla siihen, että kustannustietoisuus paranee. Päätöksenteon ja hallinnon toimivuuden kannalta kuitenkin huomattava ongelma muodostuu siitä, että järjestämisvastuutasoja voidaan tulkita olevan kolme. Perustason alueet ja sosiaali- ja terveysalueet voivat omien päätöstensä mukaisesti hankkia suurelta osin samoja, mahdollisesti päällekkäisiä palveluja eri palveluntuottajilta. Tämä on riski toimivalle ja tehokkaalle palvelurakenteen muodostumiselle.

Vaikka järjestämisvastuutahoja muodostuu nykyistä vähemmän, ei laki suoranaisesti vaikuta tuottajaorganisaatioihin, vaan ne toimivat edelleen omina hallinnollisina yksiköinä. Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinto on nykyisin pääosin tuottajaorganisaatioiden, kuten sosiaalitoimen yksiköiden, terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien tehtävänä ilman, että sitä on eritelty järjestämisvastuuseen ja tuotannon hallintoon. Lakiehdotuksen mukainen järjestämisvastuun hallinnon luominen muodostaa riskin päällekkäisten hallinnollisten vastuiden ja hallintotehtävien syntymiseen.

Järjestämislakiluonnoksen toteutuessa maahan muodostuisi noin 50–55 hallinnollista järjestämisvastuuorganisaatiota, mikä on noin kolmannes nykyisestä lukumäärästä. Mikäli perustason alueita ei muodosteta, on lukumäärä noin 20–25 organisaatiota. Hallinnollisia organisaatioita jää kuitenkin edelleen omaisuuskuntayhtymien muodossa, alussa jopa 20–30. Samoin tuottajaorganisaatiot tulee nähdä omina hallinnollisina toimijoinaan järjestämisvastuun nyt eriytyessä. Toimeenpanosta jää riippumaan mm. se, kuinka monta kuntayhtymäpohjaista palveluntuottajaorganisaatiota maassa säilyy tai muodostuu.

Näistä lähtökohdista on arvioitavissa, että hallinnollisia toimijoita järjestämislakiluonnoksen toteuduttua tuottajaorganisaatiot mukaan lukien mitä ilmeisimmin on edelleen lähes 200.

Se, kuinka monta sote-aluetta muodostuu vastuukuntamallilla ja kuinka monta kuntayhtymämallilla, riippuu siitä täyttyvätkö lakiluonnoksen kuntayhtymäratkaisua koskevat ehdot. Tähän vaikuttaa se, miten sote-alueiden rajat alueellisesti muodostuvat. Teoreettisesti voidaan arvioida, että kuntayhtymämalli on muodostettavissa 13 sote-alueelle, mikäli alueiden kunnat (vähintään puolet kunnista ja 2/3 niiden väestöpohjasta) niin päättävät. Vastaavasti on arvioitavissa, että kuusi sote-aluetta muodostuisi vastuukuntamallilla. Lisäksi Helsingin ja Uudenmaan sote-alue muodostettaisiin poikkeussäännöksen perusteella kuntayhtymämuotoisena

Perustason alueiden järjestämisvastuun hallinto toteutetaan lakiluonnoksen mukaan vastuukuntamallilla. Nykyisin vastuukuntamallilla toteutettuja koko sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon kattavia järjestelyjä on 18. Kun kaikki näistä eivät täytä lakiluonnoksen kriteereitä ja kun muille alueille luodaan vastuukuntamallit, merkitsee se, että tällaisia perustasoalueita muodostetaan vielä yli 20. Tähän määrään vaikuttavat kuntien päätökset siitä, liittyvätkö ne vain sote-alueeseen vai myös perustason alueisiin.

Kiinteistön/omaisuudenhallintaan jäävien kuntayhtymien määrää ei voida yksiselitteisesti arvioida, koska kunnat voivat sopia myös vaihtoehtoisista järjestelyistä. Kiinteistökuntayhtymien määrään vaikuttaa myös se, kuinka monta kuntayhtymäpohjaista sote-aluetta maahan muodostuu. On kuitenkin ennakoitavissa, että kuntayhtymät jäävät kaikkiin niihin sote-alueisiin ja perustason alueisiin, jotka muuttuvat kuntayhtymistä vastuukuntamallilla toteutettaviksi. Lisäksi erityishuoltoapiirien kuntayhtymät saattavat jäädä omaisuuskuntayhtymiksi riippuen siitä, mikä hallinto-or-

ganisaatio toteuttaa palvelutuotannon. Muodostuvien omaisuus kuntayhtymien lukumäärää on vaikeata arvioida em. toimeenpanovaihtoehdoista johtuen. Niitä saattaa muodostua 10–30.

2.2.2 Päätöksentekotasot ja niiden keskinäiset suhteet

Selvitysmies Tuomolan tulkinnan mukaan voidaan ajatella, että järjestämisvastuutehtävistä huolehtivat lakiluonnoksen mukaan kolme tasoa, perustason alueet, sosiaali- ja terveysalueet (sote-alueet) ja erityisvastuualueet (ERV-alueet). Kolmen hallinnollisen järjestämisvastuutason muodostuminen sisältäisi merkittävän riskin sille, että eri tasoilla tehtävät päätökset ovat keskenään erisuuntaisia eivätkä tue tavoiteltavan integraation ja/tai palvelurakenteen toteutumista tai jopa ovat sen kanssa ristiriidassa. Lisäksi kuntayhtymämuotoisesti toteutettavan erityistason ohjauksen yhteensovittaminen vastuukuntamallilla suoritettavan päätöksenteon kanssa on haasteellista. Kysymys valtuuksista ja vastuista voi myös muodostua epäselväksi.

Edellä mainittu riski koskee ennen kaikkea sote-alueiden ja perustason välisiä päätöksentekosuhteita erityisesti palvelurakennekysymyksissä. Mitä ilmeisimmin niin asiakas-/potilaspalvelujen kuin myös erilaisten diagnostisten ja muiden tukipalvelujen välisiä näkemyseroja palvelujen keskittämistä muodostuu. Tämä on tullut usein esim. Paras-säännöksiin liittyvissä hankkeissa esiin.

Sote-alueen ja perustason alueiden järjestämisvastuun kerroksellisuus tulee esiin konkreettisesti erityisesti Uudellamaalla, jossa sote-alueen muodostaa lakiluonnoksen perusteella nykyistä HUS:n aluetta vastaava kuntayhtymä, ja perustason alueita muodostuu kuusi. On arvioitavissa, että Uudellamaalla sote-kuntayhtymän järjestämisvastuuseen kuuluvaa sosiaalitoimintaa ja perusterveydenhuoltoa koskevaa ohjausta on käytännössä po. kuntayhtymän toimesta vaikea toteuttaa, sillä vahvoista kunnista muodostuvilla perustason alueilla on kuitenkin peruspalvelujen järjestämisvastuu. Tilanne ei siis juurikaan nykyisestä muutu alueella, jonka väestöpohja on 1,5 miljoonaa asukasta.

2.2.3 Hallinnolliset uudelleenjärjestelyt

Järjestämislakiluonnoksen toimeenpano johtaisi lukuisiin hallinnollisiin uudelleenjärjestelyihin, joita ovat mm. nykyisten organisaatioiden purkamiseen liittyvät järjestelyt, uusien hallinnollisten yksiköiden perustaminen, yhteistoiminta-, toimeenpano- ja perustamissopimusten valmistelu, sääntötyö, vastuukuntien hallinnolliset muutokset sekä aiempien organisaatioiden omaisuusjärjestelyt.

Nykyiset organisaatiot, niiden päätöksenteko ja hallinto, on käytännössä lähes kaikissa tapauksissa ja kaikissa osissa maata lakkautettava. Lakkautettavia organisaatioita tai tähän rinnastettavia uudelleenjärjestelyjä on maassa arvioilta yli 160.

Välttämättömät muutokset vaihtelevat laajuudeltaan eri paikkakunnilla ja eri tilanteissa. Olennaisina on pidettävä muutoksia, jotka merkitsevät tehtävien siirtymistä kuntayhtymiltä vastuukunnille. Muutoshaasteet eivät koske vain kuntayhtymien purkamisprosesseja ja omaisuuden hallinnan järjestelyjä, vaan hallintotehtävien, erilaisten järjestelmien ja tukipalvelujen uudelleenorganisointia. Samoin kysymys siitä, miten ja minkälaisella hallinnolla aiempi kuntayhtymien palvelutuotanto uudessa tilanteessa organisoidaan, tulee mitä ilmeisimmin aiheuttamaan hankalia ja eri tavoin ratkaistavia päätöstilanteita

Uusien organisaatioiden perustaminen edellyttää yhteistoimintasopimuksia noin 30 perustason alueelle ja noin 20 sote-alueelle. Lisäksi viidelle erityisvastuualueelle on laadittava kuntayhtymän perustamissopimus sekä lain tarkoittama toimeenpanosopimus. Järjestämismääräysten tehtävät ja päätösvalta määräytyvät sopimusten ja niiden pohjalta laadittavien johtosääntöjen sääntöjen perusteella. Toimivan palvelurakenteen aikaan saamiseksi tarvitaan järjestämismääräysten keskinäisten suhteiden koordinaatiota, jotta sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio saavutetaan.

Järjestämislakiluonnoksen hallinnollisten muutosten ja uudelleen järjestelyjen määrä ja toimeenpanovalmisteluun tarvittava työpanos muodostuu varsin mittavaksi. Uudistus voi johtaa nykyistä rationaalisempaan hallintoon edellyttäen, että toimeenpanovalmistelua varten on olemassa riittävästi selkeää valtakunnallista ohjausta ja/tai huomattavan tiivistä tulevien järjestämismääräysten välistä yhteistoimintaa ja koordinaatiota. Toimeenpanovalmistelu päätöksentekovaiheeseen vaatii todennäköisesti vähintään kaksi vuotta.

Kustannuskehityksen näkökulmasta tarkastellen järjestämislakiluonnos luo edellytyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon ja erityisesti sen hallinnon kustannusten pienemmiselle. Lakiehdotuksessa on myös kustannuskehitykseen kielteisesti vaikuttavia tekijöitä, jotka liittyvät kolmitasoiseen järjestämismääräyksiin palveluntuottajaohjauksen toteuttamisessa sekä omaisuuden hallinnan järjestämiseen.

Vaihtoehdossa, jossa perustason alueita ei muodostuisi ja jossa järjestämismääräykset koottaisiin sote-alueille, edellytykset alueelliselle koordinaatiolle ja sen myötä sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integroinnille sekä toimivalle palvelurakenteelle paranisivat. Samoin hallinnon toimivuus paransi ja päällekkäisyydet päätöksenteossa, hallintotehtävien ja -palvelujen hoitamisessa ja resursoinnissa vähenisivät. On oletettavaa, että taloudellisuus tulisi paranemaan sekä varsinaisessa toiminnassa ja sen ohjaamisessa että hallinnossa. Hyödyt näkyisivät etenkin palvelurakennekysymyksissä ja mm. erilaisten diagnostisten ja muiden tukipalvelujen järjestelyissä, kun po. asioita koskevat ohjauspäätökset voitaisiin tehdä alueellisesti koordinoitusti sote-alueen toimielimissä.

2.2.4 Johtopäätöksiä

Järjestämislakiluonnos sekä luonnos järjestämislain toimeenpanoa koskevaksi laiksi johtavat hallinnossa seurauksiin, joista lisäarvoa voidaan katsoa muodostuvan lähinnä hallinnollisten päätöksenteko-organisaatioiden määrän vähenemisestä ja tähän liittyvien hallintotehtävien nykyistä keskitetyimmistä hoitamisesta. Näillä seikoilla on jossain määrin vaikutusta myös kustannustehokkuutta lisäävästi. Hallinnon toimivuuden kannalta lakiluonnokset sisältävät kuitenkin useita riskejä. Merkittävimpänä niistä on pidettävä kolmen järjestämisvastuutason muodostumista, jolloin kokonaiskoordinaation aikaansaaminen on vaikeaa ja mahdollisuudet palvelujen integraatiota ja palvelurakennetta edistävälle alueelliselle ohjaukselle ovat puutteelliset. Nämä mahdollisuudet paranisivat olennaisesti, jos perustason alueiden muodostamisesta luovutaisiin ja maassa olisi yksi yhtenäinen järjestämisvastuutaso.

Järjestämislain ja sen toimeenpanon seurauksena palveluntuottajaorganisaatioiden asema ei suoranaisesti muutu. Tämän seurauksena eri järjestämisvastuutasoille palveluja tuottavien organisaatioiden hallinto on kovin epäyhtenäinen maassa ja niiden hallinnon ja päätösvallan suhde järjestämisvastuutasojen hallintoon ja päätösvaltaan edellyttää selkeää määrittelyä, ja myös kansallista koordinointia.

Kuntayhtymien jäämistä omaisuuden hallintaa varten ei ole pidettävä hallinnon toimivuuden kannalta rationaalisenä ratkaisuna, vaan sekin lisää hallinnon ja hallinnollisten järjestelyjen määrää.

Lakiluonnokset johtavat huomattavaan määrään erilaisia sopimusprosesseja. Tämä edellyttää koordinointia ja kansallista ohjausta. Kaiken kaikkiaan sopimusjärjestelmä erityisvastuualueen toimeenpanosopimuksineen on vaikeasti hallittava ja saattaa johtaa sekavaksi muodostuvaan ohjausjärjestelmään.

Kaiken kaikkiaan järjestämislakiluonnoksen ei voida katsoa parantavan maamme sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon toimivuutta. Hallinto-organisaatioiden määrän vähentämistä tärkeämpänä on pidettävä yhdellä tasolla toimivaa järjestämisvastuuta sekä yhtenäistä ja selkeää ohjausjärjestelmää.

2.3 Uudistuksen toimeenpano ja toimivuus käytännön toimijoiden näkökulmasta

Arviointityön tueksi THL haastatteli yhteensä 21:tä sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttajaa näiden järjestämislakiehdotusta koskevista näkemyksistä. Haastattelut toteutettiin kahdessa vaiheessa siten, että joulukuussa 2013 haastateltiin alustavaa arviointia varten kahdeksaa asiantuntijaa, jotka pääosin työskentelevät tai ovat työskennelleet johtotehtävissä kunnissa, sairaanhoitopiireissä tai sosiaali- ja terveysalan järjestöissä. Joulukuun haastattelut pohjautuivat 27.11.2013 päivättyyn luonnokseen lakiehdotuksesta ja sen perusteluihin. Haastatteluteemat painottuivat lakiehdotuksen mukaisen

järjestämismallin vaikutuksiin uudistuksen selkeyden ja toimeenpantavuuden näkökulmasta.

Toinen haastattelukierros toteutettiin helmikuussa 2014. Haastatteluun kutsuttiin 13 sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijaa, ja tavoitteena oli saada erilaisia järjestämismalleja toteuttavien kuntien ja alueiden näkökulma lakiuudistukseen niin sosiaalipalvelujen kuin terveyspalvelujen osalta. Haastatellut henkilöt ovat tai ovat olleet alan johtavissa tehtävissä kunnissa, kuntayhtymissä ja sairaanhoitopiireissä. Mukana oli edustajia lakiehdotuksen toteuttamisen myötä mahdollisesti syntyvien sosiaali- ja terveysalueiden vastuukunnista ja perustason alueiden vastuukunnista. Lisäksi haastateltaviksi kutsuttiin sairaanhoitopiirien johtajia, sosiaali- ja terveyspalveluja maakunnallisesti järjestävien kuntayhtymien johtajia sekä suuria kuntaliitoksia toteuttaneiden kaupunkien johtoa. Haastattelujen teemat painottuivat THL:lle annetun täydennetyt toimeksiannon mukaisesti vaihtoehtoisten järjestämistapojen vaikutusten selvittämiseen.

2.3.1 Uudistuksen selkeys ja toimeenpantavuus

THL:n alustavaa arviointia varten joulukuussa 2013 haastatellut asiantuntijat suhtautuivat lakiehdotukseen pääosin varovaisen myönteisesti ja pitivät lakiehdotusta askeleena oikeaan suuntaan. Se mahdollistaa perustason palvelujen järjestämisvastuun kokoamisen väestöltään aiempaa suuremmille alueille, joilla olisi nykyistä enemmän välineitä johtamisen, osaamisen ja laadun kehittämiseen sekä kustannusten kasvun hallintaan. Lakiehdotuksen selkeyttä ja toimeenpantavuutta hämärtää siihen sisältyvä mahdollisuus muodostaa perustason alueita sosiaali- ja terveysalueen sisälle. Tämä haittaa vastaajien mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toteuttamista ja päällekkäisyyksien poistamista, mikä kaventaa mahdollisuuksia vastata laille asetettuihin tavoitteisiin. Etenkin saumattomien palveluketjujen ja -kokonaisuuksien rakentaminen on hankalaa tilanteessa, jossa eri palvelujen järjestämisvastuu on hajautettu. Perustason alueiden pelättiin johtavan myös erikoissairaanhoidon pirstaloitumiseen.

Toisena merkittävänä lain selkeyteen ja toimeenpantavuuteen liittyvänä ongelmana haastateltavat pitivät erityisvastuualueiden asemaa. Vastajaat pitivät mahdollisena, että lakiehdotuksen mukaisen järjestämismallin myötä kansallista ohjausta voidaan terävöittää nykyisestä, mutta erityisvastuualueiden rooli ja ohjausvoima kansallisen ohjauksen toteuttajana ja oman alueensa palveluverkon ja tutkimus- ja kehittämistoiminnan koordinoijana jää lakiehdotuksessa epäselväksi. Etenkin erikoissairaanhoidon puolella riittämätön ohjausvoima saattaa johtaa sosiaali- ja terveysalueiden väliseen kilpavarusteluun. Sosiaalipalvelujen tutkimus- ja kehittämistoimintaa lakiehdotukseen ei ole sisällytetty, vaikka integroivat prosessit edellyttävät molempien alojen yhteistä yliopistotasoista tutkimusta.

Haastatteluissa nousi esiin myös lakiehdotuksen terveydenhuoltopainotteisuus. Sosiaalihuollon asema lakiehdotuksen mukaisessa järjestämismallissa jää epäselväksi. Haastateltujen asiantuntijoiden yleisnäkemyksessä oli kuitenkin, että lakiehdotus on oikeasuuntainen sen ongelmakohdista huolimatta.

2.3.2 Uudistuksen vaikutuksia eri vaihtoehtoissa

Arviointityön toisen vaiheen haastattelut selvittivät vastaajien näkemyksiä järjestämislakiehdotuksen mukaisen sekä sosiaali- ja terveysalueita että perustason alueita sisältävän järjestämismallin mahdollisista vaikutuksista. THL arvioi järjestämistä vastuullisia alueita syntyvän tällöin noin 50. Haastateltavia pyydettiin arvioimaan vaikutuksia myös sellaisen vaihtoehdon osalta, jossa järjestämistä vastuu olisi vain sosiaali- ja terveysalueilla ilman perustason alueita. Tällöin järjestämistä vastuullisten alueiden määrä jäisi noin 20:een.

Arvioita eri vaihtoehtojen vaikutuksista pyydettiin useista näkökulmista. Näitä olivat vaikutukset palveluverkkoon ja palvelutuotantoon, palvelujen horisontaaliseen ja vertikaaliseen integraatioon, palvelujen saatavuuteen, saavutettavuuteen ja yhdenvertaisuuteen sekä palvelujen laatuun ja kustannuksiin.

Haastatteluissa selvitettiin myös vastaajien näkemyksiä järjestämistä vastuullisten sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden hallintomalleista, kansallisen ohjauksen toteuttamisesta ja erityisvastuualueiden roolista. Samoin pyydettiin arvioita lakiehdotuksen ohjausvoimasta rakennemuutoksen toimeenpanossa.

Järjestämistä vastuullisten alueiden tavoiteltava lukumäärä

Valtaosa haastateltavista oli noin 20 sosiaali- ja terveysalueen kannalla ilman lakiehdotukseen nyt sisältyviä perustason alueita. Kuitenkin osa etenkin keskisuurten kaupunkien vaikuttajista näki perustason alueiden mukana olon tärkeänä, jolloin järjestämistä vastuullisten alueiden määrä voisi olla noin 50. Haastatteluissa tuotiin esiin myös näkemyksiä, joissa toivottiin erikoistason palveluiden järjestäjäksi vain viittä erityisvastuualueita. Tällöin perustason palveluita järjestäviä alueita voisi olla enemmän.

Noin 20 sosiaali- ja terveysalueen mallia perusteltiin sillä, että se mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon horisontaalisen ja vertikaalisen integraation. Haastateltavat kuitenkin korostivat, että toiminnallisen integraation toteutuminen edellyttää johdon ja henkilöstön sitoutumista muutokseen.

Järjestämistä vastuun kokoaminen suuremmille ja lukumäärältään harvemmille järjestäjille parantaisi palvelujen saatavuutta, sillä useiden vastaajien kokemuksen mukaan etenkin pienissä kunnissa ei aina ole asiantuntemusta ja resursseja tarjota kansalaisille edes lakisäätöisiä palveluja. Sosiaali- ja terveysalueen järjestämät palvelut tulee tuottaa yhtenäisin kriteerein koko alueella, mikä lisää palvelujen yhdenvertaisuutta. Suurempien järjestäjien myötä toimintoja saatetaan joidenkin palvelujen osalta myös

keskittää, millä voi olla vaikutusta palvelujen saavutettavuuteen. Niiden maakuntien alueilla, joilla järjestämistä on koottu ylikunnalliselle kuntayhtymälle, ei lähipalvelujen saavutettavuus ole kuitenkaan näitä alueita edustavien haastateltavien mukaan heikentynyt. Sen sijaan palvelujen tuottamistapoja on saatettu muuttaa esimerkiksi korvaamalla kiinteitä palveluja liikkuvilla palveluilla. Suuremmat järjestäjätahot mahdollistavat palvelujen laajamittaisemman kehittämisen, mikä antaa edellytyksiä palvelujen laadun parantamiseen.

Kustannusten nousuvauhdin arvioidaan sosiaali- ja terveysalueiden myötä pitkällä tähtäyksellä alenevan. Alkuvaiheessa kustannukset saattavat kuitenkin nousta siirtymäkustannusten takia. Myös palveluverkon yhtenäistäminen ja kehittäminen vie alkuvaiheessa resursseja. Tukipalvelujen yhdistämisellä arvioidaan myös olevan kustannustehokkuutta lisäävä vaikutus. Niillä alueilla, joilla järjestämistä on koottu yksiin käsiin, on saatu kustannusten nousuvauhti hidastumaan.

Osa haasteltavista piti kuitenkin perusteltuna lakiehdotukseen sisältyvien perustason alueiden mukanaoloa ja esitti kriittisiä näkemyksiä perustason alueista luopumisesta. Järjestämistä alueita olisi tällöin noin 50. Noin 20 sosiaali- ja terveysalueen mallia arvosteltiin suomalaisen palvelujärjestelmään kuuluvan kunnanperusteisuuden unohtamisesta ja painottumisesta erikoissairaanhoidon. Peruspalvelujen uskottiin lain tavoitteiden vastaisesti kärsivän tämällytyksessä järjestelmässä. Tätä mieltä olleet vastaajat totesivat, että tutkimuksissa ei ole pystytty osoittamaan, että mahdollisimman suuret järjestäjät toimisivat olennaisesti tehokkaammin kuin pienemmät. Hallinnon määrän ja sitä kautta palvelujärjestelmän jäykkyyden uskottiin myös kasvavan suurten järjestäjien myötä.

Tärkeimpänä syynä perustason alueiden perustamiselle nähtiin sosiaali- ja terveydenhuollon ja kunnan muiden palvelujen välisen horisontaalisen integraation turvaaminen ja lisääminen esimerkiksi ikäihmisten ja vammaisten palveluissa. Erityisen tärkeäksi horisontaalinen integraatio nousee ratkaistaessa päihde- ja mielenterveysongelmia sekä lasten ja nuorten psykososiaalisia ja syrjäytymisen ongelmia. Vastaajat katsoivat, että perustason alueen järjestämisenä sosiaali- ja terveyspalvelut ovat helpommin integroitavissa kunnan muihin palveluihin. Samoin arvioitiin, että ilman perustason alueita terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyö vaarantuu. Perustason alueita kannattaneet kritisoivat lakiesitystä myös siitä, että erikoissairaanhoidon käsitellään siinä yhtenä kokonaisuutena. Näissä puheenvuoroissa esitettiin argumentteja, joiden mukaan perustason alueilla tulisi olla mahdollisuus järjestää sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, jotka tukevat suoraan perustason palveluja. Tällaisista erikoissairaanhoidon osioista mainittiin etenkin geriatriset ja lasten ja nuorten psykiatriset palvelut.

Valtaosa haastatelluista kuitenkin kritisoi voimakkaasti perustason alueiden mukanaoloa lakiehdotuksessa. Sosiaali- ja terveysalueen poliittinen ja strateginen ohjaus hankaloituu perustason alueiden myötä ja operatiivisessa toiminnassa perustason alueet lisäävät kitkapintoja kansalaisten palveluketjujen- ja kokonaisuuksien rakenta-

misessa. Lakiehdotuksen tavoitteet palvelujen vertikaalisesta ja horisontaalisesta integroimisesta jäävät toteutumatta, jos sosiaali- ja terveysalueiden sisälle perustetaan autonomisia perustason alueita. Tehtävien jako sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen välillä jää epäselväksi, mikä johtaa päällekkäisyyksiin palveluverkossa ja tätä kautta verovarojen epätarkoituksenmukaiseen käyttöön. Kahdella hallinnon tasolla toteutettu palvelujärjestelmä ei mahdollista palvelujen yhdenvertaisuutta, sillä palvelujen laatu, saatavuus ja saavutettavuus vaihtelisivat sosiaali- ja terveysalueen eri puolilla.

Hallintomallit

Ehdotuksessa alueiden hallinnon pääsääntöiseksi hallintomalliksi asetettu vastuukuntamalli tyrmättiin yleisesti. Haastateltavat pitivät parempana sitä, että kunkin alueen kunnat voisivat yhteistyössä valita omalle alueelleen parhaiten sopivan hallintomallin.

Osa vastaajista piti vastuukuntamallia yleisellä tasolla perusteltuna sen kuntaperusteisuuden vuoksi siksi, että se mahdollisesti tarjoaa paremmat edellytykset kustannuskehityksen hillitsemiseen. Vastuukunnassa sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio kunnan muihin palveluihin mahdollistaisi resurssien uudelleenohdentamisen perustason palvelujen suuntaan. Lisäksi mallin arvioitiin tuottavan hallinnollisia etuja. Lakiehdotuksen mukaista vastuukuntamallia pidettiin kuitenkin laajalti epäonnistuneena etenkin siksi, että se jakaa järjestämisvastuun eri tahoille. Oikeudellinen vastuu on vastuukunnalla, toiminnallinen vastuu on sosiaali- ja terveysalueen erityisellä toimielimellä ja rahoitusvastuu on viime kädessä alueen jäsenkunnilla. Tämän katsottiin tekevän mallista sekavan ja hankalasti hallittavan. Suuret keskustaupunkien edustajat kritisoivat sitä, että mallissa pienemmät kunnat säilyttävät ohjausotteensa omiin peruspalveluihinsa perustason alueen myötä. Sitä vastoin sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnan peruspalvelut alistetaan vastuukunnan valtuustosta riippumattomalle elimelle, jolloin vastuukunta menettää suoran ohjausotteensa omiin palveluihinsa.

Suurin osa haastatelluista asettui tukemaan kuntayhtymämallia. Kuntayhtymien arvioitiin takaavan vastuukuntamallia paremmin palveluverkon säilymisen eri puolilla aluetta. Toisaalta myöskään kuntayhtymämallia ei pidetty ongelmattomana. Nykyisiä sairaanhoitopiirien kuntayhtymiä kritisoitiin erityisesti siitä, että jäsenkunnat eivät pysty tehokkaasti ohjaamaan ja johtamaan niiden toimintaa etenkään kustannuskehityksen osalta. Toisaalta arveltiin myös, että kuntayhtymissä todetut päätöksentekongelmat eivät liity välttämättä niinkään rakenteisiin, vaan päättäjien yhteistyökykyyn ja haluun tehdä ratkaisuja. Kuntayhtymien haasteena pidettiin kuitenkin sosiaali- ja terveyspalvelujen kytkemistä alueen jäsenkuntien muihin palveluihin. Jo toteutetuissa maakunnallisissa ratkaisuissa järjestäjätahon hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinaattorit ovat kuitenkin näiden alueiden edustajien mukaan kyenneet muodostamaan toimivia rakenteita integraation varmistamiseksi jäsenkuntien suuntiin.

Vastaajat toivoivat, että oli hallintomalli mikä tahansa, toimintamalleja haettaessa säilytettäisiin esimerkiksi nykyisissä sairaanhoitopiirin hyväksi havaitut palvelujohtamis- ja hinnoittelujärjestelmät, sillä palvelujen tuotteistaminen ja hinnoittelu on erikoissairaanhoidon puolella kehittynyt pidemmälle kuin muissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Toimintamalleja rakennettaessa tulisi muutoinkin kehittää ja tunnistaa hyviä käytäntöjä, sillä alueen keskuskaupungin toimintamallit eivät välttämättä ole sellaisenaan mielekkäitä koko alueen palveluja järjestettäessä.

Kansallinen ohjaus ja erityisvastuualueiden asema

Vastaajat toivoivat kansallisen sosiaali- ja terveystieteellisen strategisen ohjauksen vahvistamista ja terävöittämistä. Palvelujärjestelmää jäykistävän yksityiskohtaisen normiohjauksen sijasta toivottiin tavoitteellisempaa ohjausta. Ohjauksen tarpeen uskottiin vähenevän, mikäli järjestämisvastuullisten alueiden lukumäärä saadaan lakiehdotuksen mukaisesti selvästi vähenemään nykyisestä. Vastaavasti mitä enemmän järjestämistahoja muodostuu, sitä suurempi on valtakunnallisen ohjauksen tarve.

Kansallisen ohjauksen toteuttajaksi toivottiin sosiaali- ja terveysministeriötä tai sen alaista virastoa. Lakiehdotukseen sisällytetyt kuntayhtymämuotoiset erityisvastuualueet tyrmättiin puheenvuoroissa lähes täysin. Niiden ei uskottu kykenevän vastaamaan kansallisen ohjauksen toteuttamisesta ja palvelutuotannon koordinoimisesta omalla alueellaan, sillä niiden ohjausvoimaa ja -välineitä pidettiin yleisesti riittämättöminä. Kuntayhtymämuotoisen erityisvastuualueen päätöksenteon tehokkuutta epäiltiin, sillä poliittisen yhteisymmärryksen löytymistä esimerkiksi toiminta-alueen palveluverkon rationalisoinnista ei uskottu löytyvän tämäntyyppisessä hallintomallissa.

Uudistuksen läpivienti

Useat haastateltavat kritisoivat lakiesitystä sen liiallisesta joustavuudesta, mikä hankaloittaa uudistuksen läpivientä. Sen katsottiin rohkaisevan kuntia optimoimaan omia asemiaan ja turvaamaan nykytilaa sen sijaan, että ehdotus ohjaisi kuntia koko alueen kannalta parhaisiin ratkaisuihin. Toisaalta osassa puheenvuoroissa toivottiin kuitenkin, että tuleva järjestämislaki mahdollistaisi erilaisia alueellisia organisointitapoja.

Kaiken kaikkiaan reformia tulisi lähes kaikkien asiantuntijoiden mielestä viedä eteenpäin pääosin esitetyltä pohjalta, mutta esille tuotuihin ongelma-kohtiin kaivattiin vielä muutoksia. Useimmat vastaajat näkivät perustason alueet välivaiheen ratkaisuna. Niiden olemassaoloa ei pidetty pysyvänä ratkaisuna pitkän aikavälin tarpeisiin. Järjestämislakiehdotus ei nyky muodossaan ole kestävä ratkaisu tulevien vuosikymmenten tarpeeseen. Epämääräisen tilan jatkuminen on suuri ongelma palvelujen järjestäjille, erityisesti kehittämisen kannalta.

2.4 Rakenteellinen ja toiminnallinen integraatio

Integraatio eli yhteensovittaminen on sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen kansainvälinen valtasuuntaus. Yhteensovittamisella viitataan sekä hallinnolliseen ja organisaatioiden että palveluprosessien integraatioon. Nykyisin hyvinvointiongelmien ratkaisun valtaosaltaan pitkäaikaisia ja monimuotoisia, ja niiden hoito vaatii moniammatillista ja monen tahon välistä yhteistyötä. Siksi asiakaslähtöinen palvelujen yhteensovittaminen on välttämätön edellytys sekä laadukkaille että kustannuskehitykseltään kestäville palveluille. Aitoon palvelujen integraatioon kykenevät vain riittävän vahvat palvelujen järjestäjät, jotka pystyvät ohjaamaan kaikkia voimavaroja samojen tavoitteiden suuntaan.

2.4.1 Rakenteellinen integraatio

Järjestämislakiehdotuksen yhtenä keskeisenä tavoitteena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota toteuttamalla ns. rakenteellinen integraatio. Tällä tarkoitetaan lakiehdotuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun sijoittamista mahdollisimman laajasti samalle järjestäjätaholle.

Integraation tavoitteena on koota sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteko, johtaminen, rahoitus ja palvelut yhdelle alueensa väestöstä vastaavalle järjestäjälle. Tämä nähdään keinona turvata palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja erityisesti perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus. Sosiaali- ja terveysalueen yhtenäinen järjestämisvastuu kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista mahdollistaa voimavarojen siirron peruspalveluihin alueen sisällä. Mahdollisuudet voimavarojen ohjaamiseen perustasolle paranevat, kun sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen (pätöksenteko, resursointi) yhdistetään mahdollisimman laajaksi kokonaisuudeksi.

Perustason alueiden mahdollisuudet siirtää voimavaroja erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja sosiaalitoimeen riippuu paljolti siitä, miten perustason alueen ja sosiaali- ja terveysalueen väliset erityistason palvelujen kustannusten korvausperiaatteet (kapitaatio, suorite, ym.) sovitaan. Lakiehdotuksen mukaan perustason alue maksaa asukkaiden käyttämistä sosiaali- ja terveysalueen järjestämistä palveluista käytön mukaan määräytyvän maksun, mutta sosiaali- ja terveysalueen hallinnosta asukasperusteisen maksun. Käytännössä tämä rajoittaa olennaisesti perustason alueen mahdollisuuksia siirtää voimavaroja erityispalveluista perustason palveluihin.

Kun sosiaalihuolto ja terveydenhuolto yhdistetään horisontaalisesti saman tahon järjestämisvastuulle, tarkoitetaan horisontaalisella integraatiolla ensisijaisesti perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen integraatiota ja em. palvelujen yhteensovittamista järjestäjän muiden peruspalvelujen kanssa.

Vertikaalinen integraatio voi koskea joko sosiaali- tai terveyspalveluita tai molempia. Vertikaalisella integraatiolla tarkoitetaan erityistason ja perustason toimimista yhtenä saumattomana kokonaisuutena, kuten erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimintaa terveydenhuollon kokonaisuudessa tai esimerkiksi vammaishuollon erityispalvelujen yhteensovittamista perustason palvelujen kanssa. Vanhusväestön määrän kasvaessa erityisesti sosiaalipalvelujen tarpeen on arvioitu kasvavan voimakkaasti 2020 lähtien. Yhä useampi potilas erikoissairaanhoidossa tulee olemaan vanhus, ja siksi on tärkeää että hoito- ja palveluketju erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen välillä toimii saumattomasti.

Lakiehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon vertikaalinen ja horisontaalinen integraatio toteutuu hallinnollisesti sosiaali- ja terveysalueella silloin kun sosiaali- ja terveysalueeseen ei kuulu perustason alueita. Vertikaalinen integraatio ei toteudu perustason alueilla, koska hallinnollinen yhteys erikoissairaanhoidon ja muihin erityispalveluihin puuttuu. Horisontaalinen integraatio toteutuu hallinnollisesti perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluissa sekä sosiaali- ja terveysalueella että perustason alueella.

Muodostuva perustason alue vaikeuttaa lakiehdotuksessa määriteltyä tehtävää tuottaa alueen väestölle yhdenvertaiset ja kokonaisvaltaiset sosiaali- ja terveyspalvelut ja johtaa merkittäviin toiminnallisiin sekä laatuun ja kustannuksiin liittyviin ongelmiin. Lisäksi sen olemassaolo aiheuttaa sosiaali- ja terveysalueelle vaikeuksia koordinoita ja yhteen sovittaa koko alueen sosiaali- ja terveyspalveluja. Alun perin poikkeukseksi ajateltu perustason alue on lakiehdotuksen mukaan mahdollinen arviolta noin 30 alueella, jolloin mahdollisesti yhteensä noin 2,3 miljoonaa suomalaista olisi sellaisen palvelujärjestelmän piirissä jossa lakiehdotuksen tavoitteen mukainen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellinen integraatio ei toteudu. Tämä heikentäisi oleellisesti myös toiminnallisen integraation mahdollisuuksia eikä palvelutuotannossa mahdollistuva alueiden välinen sopimusyhteistyö korvaa sitä.

On oletettavaa, että niillä alueilla, joilla integraatio toteutuu vain osittain, palvelurakenteen ongelmat, kuten peruspalvelujen heikko saatavuus ja epätasainen laatu, kärjistyvät edelleen.

Ehdotuksessa yliopistosairaaloita käsitellään muiden sairaaloiden tapaan. Yliopistosairaaloiden operatiivisen ohjauksen siirtäminen sosiaali- ja terveysalueelle selkeyttää yliopistosairaaloiden ja järjestäjien välistä roolia ja suhdetta nykyiseen verrattuna järjestäjän eduksi. Ehdotettu järjestely ei periaatteessa aiheuta ongelmia, mutta käytännössä ongelmaksi voi muodostua vastuukunnan halukkuus ja kyky ylläpitää yliopistosairaalan toimintaa. HYKS:n kohdalla ehdotetut järjestelyt poikkeavat muista yliopistosairaaloista.

Erityisen haasteen rakenteellisen ja toiminnallisen integraation kannalta muodostaa Uudenmaan alueelle esitetty ratkaisu. Lakiesityksestä tai sen perusteluista ei selviä onko Uudenmaan alueella toiminnallisia perusteita tinkiä peruspalvelujen vahvistamisen tavoitteesta, mihin esitetty ratkaisu viittaisi. Lakiehdotuksen tavoitteiden

kannalta olisi erityisen ongelmallista, mikäli Uudellemaalle esitetty ratkaisu laajenisi muualle maahan.

Uudenmaan maakuntaan muodostetaan lakiehdotuksen mukaan yksi Uudenmaan sosiaali- ja terveystalouden -kuntayhtymä, jolla on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastuu. Uudenmaan sosiaali- ja terveystaloudella on korkeintaan kuusi perustason aluetta, joiden vastuukunnat voisivat olla Helsinki, Espoo, Vantaa, Hyvinkää, Lohja ja Porvoo. Kussakin vastuukunnassa toimii nykyisin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaalayksikkö, joiden keskinäinen työnjako on todettu toimivaksi. Perustason alueilla ei lakiehdotuksen mukaan ole järjestämistä vastuuta erikoissairaanhoidosta, kehitysvammaisten erityishuollosta, vaativasta sosiaalihuollosta eikä 24/7-päivystyksestä, vaan Uudenmaan sosiaali- ja terveystalouden päättää itse työnjaosta alueella sijaitsevien sairaaloiden kesken. Käytännössä tämä merkitsee, että Uudellamaalla perustason alueella on järjestämistä vastuu perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluista ja sosiaali- ja terveystaloudella vastuu kaiken erikoissairaanhoidon järjestämisestä.

Muusta maasta poikkeava järjestely Uudellamaalla koskee lähes kolmannesta maan väestöstä. Tällä ehdotuksella vältetään HUS:n pilkkoutuminen, mutta se johtaa alueen perustason ja erityistason palvelujen järjestämiseen erillisinä. Tämä merkitsee, että laajaan järjestämistä vastuuseen liittyvä vertikaalinen integraatio ja sen tuoma mahdollisuus siirtää voimavaroja perustasolle (erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon) jää Uudellamaalla toteutumatta. Kuusi muodostettavaa perustason aluetta omaavat mahdollisesti aiempaa enemmän neuvotteluvoimaa sosiaali- ja terveystalouden (so. erikoissairaanhoidon) suuntaan, kuin aiemmin 26 yksittäistä kuntaa. Tämä voi olla joko vahvuus neuvoteltaessa voimavarojen kohdentamisesta tai muodostaa aiempaa vahvemman esteen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyölle ja järkevälle erityistason ja perustason työnjaolle.

2.4.2 Toiminnallinen integraatio

Rakenteellista integraatiota koskevilla säännöksillä luodaan edellytyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnalliselle integraatiolle, jossa sosiaali- ja terveystaloudet muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Toimintojen integrointi voi periaatteessa syntyä sopimusperusteisena yhteistyönä ilman että toiminnot ovat saman tahon järjestämistä vastuulla tai päätöksentekoaikavälissä, mutta syntyvä sopimushallinta voi muodostua sekavaksi ja kustannuksia osavoimavaraksi. Muutos laajemman kokonaisuuden suuntaan voi jäädä vähäiseksi niillä sosiaali- ja terveystaloudilla, joilla on peruspalvelualueita. Jäljelle jäävä hallinnollinen rajapinta sosiaali- ja terveystalouden ja perustason alueen välillä vähentää mahdollisuuksia uudelleen suunnata alueen voimavaroja peruspalveluja vahvistavasti.

Käytännön tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallinen integraatio tarkoittaa perinteiset toiminta- ja ammattirajat ylittävien kokonaisuuksien muodosta-

mista. Sitä pidetään uutena haastavana tapana järjestää palveluja, ja sen edellytyksenä on hyvä johtaminen ammattilaisten mukaan saamiseksi. Viime vuosina lähes kaikki palvelujen järjestäjät (kunnat) ovat yhdistäneet sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut hallinnollisesti saman johdon alaisuuteen, mutta toiminnallisen integraation toteutuminen vaihtelee suuresti.

Terveydenhuollon vertikaalinen integraatio toteutuu Suomessa jonkin asteisena vain harvoilla alueilla (esim. Kainuu ja Eksote). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat usein suhtautuneet epäluuloisesti uusiin ratkaisuihin erityisesti hallinnollisten muutosten suunnitteluvaiheessa. Erityisen suurta muutosvastarinta on ollut pienissä organisaatioissa, joissa lähijohtajuuden haasteet usein korostuvat. Sosiaali- ja terveydenhuollon välillä on erilaisia paradigmoja, joiden on ajateltu estävän horisontaalisen integraation toteutumista. Tosiasiallisesti jo terveydenhuollon sisällä voidaan ajatella olevan hyvinkin erilaisia paradigmoja (vrt. esim. kirurgia ja psykiatria).

Parhaimmat kokemukset ovat olleet yleensä ns. korkean tason integraatioista, erityisesti jos ne ovat liittyneet laajoihin väestöpohjiin. Tällöin on muodostunut tilaa ja mahdollisuutta muodostaa erilaisia johtamisen malleja ammattilaisten erilaisiin tarpeisiin, joiden yhteisenä tavoitteena on potilaan tai asiakkaan etu. Tältäkin osin pienehkö peruspalvelualueet tulevat muodostumaan johtamisen kannalta haasteellisiksi, mikä saattaa aiheuttaa ainakin muutoksen alkuvaiheessa ylimääräisiä ongelmia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallisen integraation haasteena on pidetty lähtökohdiltaan ja asiakkuuksiltaan erilaisia toiminta-alueita. Sosiaalipalveluissa integraatiota puoltaa se, että monissa sosiaalipalveluissa asiakkailla on lisäksi tarvetta terveystalouteen. Terveydenhuollon näkökulmasta tarve integraatioon perustuu siihen, että useimmat eniten terveydenhuollon palveluja käyttävät tarvitsevat myös sosiaalipalveluja. Tämän vuoksi on tärkeää tarkastella integraatiotavoitteiden toteutumista myös toiminnasta käsin. Keskeisimmät sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset alueet liittyvät erityisesti vanhusten palveluihin, mielenterveytyshöön ja päihdehuoltoon, lastensuojeluun, kehitysvammahuoltoon sekä yleiseen sosiaaliseen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.

Sosiaalihuollon yhteistyötartpeet ovat terveydenhuollon lisäksi lähes yhtä suuret erityisesti työhallinnon palvelujen, asuntoviranomaisten, koulun, nuorisotyön ja poliisin kanssa. Paikallistason yhteistoiminnan kannalta olisi tärkeää, että syntyvä järjestämisrakente tukisi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon sisäistä integraatiota että sosiaalihuollon keskeisiä yhteistyösuhteita muiden toimialojen kanssa.

Lakiehdotuksessa hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä elinolojen seuranta määritellään kunnan tehtäväksi. Lisäksi kunnan eri toimialojen on tehtävä yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä. Integraation näkökulmasta tämä toteutuu selkeästi ilman hallinnollisia rajoja vain niissä kunnissa, joilla on järjestämisvastuu kaikista sosiaali- ja terveystalousta. Tällä hetkellä ainoastaan Kouvola ja Salo toimivat lakiehdotuksen mukaan.

2.4.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation arvioitu toteutuminen sote- ja perustason alueilla joidenkin palvelujen näkökulmasta

Vanhusten palvelut

Suomessa ei ole erikseen vanhuspalveluja, vaan iäkkäät käyttävät samoja palveluja kuin muukin väestö. Vanhukset ovat suuri ja kasvava asiakasryhmä, jolle on tyypillistä monien sosiaali- ja terveyspalvelujen samanaikainen monikäyttö. Tästä syystä tarvitaan hyvin toimivia hoito- ja palveluketjuja erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen välillä. Vanhusten tarvitsemien palvelujen järjestäminen sote-alueilla (ilman perustason alueita) parantaisi palvelujen suunnittelua kokonaisuutena, jolloin palvelu- ja hoitoketjujen ja -polkujen tehokkuus sekä tiedonkulku paranisivat. Suurempi alue edistäisi myös palvelujen tasavertaista saatavuutta. Näyttöä tästä on saatu kuntien yhdistyessä. Laaja yhtenäinen järjestämistaho mahdollistaa myös vanhustyön osaamisen kehittämisen ja kohdentamisen tarpeiden mukaiseksi.

Yksiportaista mallia voidaan pitää myös tuloksellisena, koska osaamisen paraneamisen myötä vanhusten tutkimuksen ja hoidon asiantuntemus paranee. Tutkimusnäyttö osoittaa, että investointi vanhusten terveyteen ja toimintakykyyn maksaa itsensä takaisin lisäämällä toimintakykyisiä vuosia ja lyhentämällä pitkäaikaisen hoidon ja palvelun tarvetta. Yksitasoisen järjestelmän vaarana kuitenkin on, että tasavertaista asiantuntijuutta vanhuspalvelujen ja erikoissairaanhoidon asiantuntijoiden välille ei synny, vaan erikoissairaanhoidon valta ja sitä kautta kustannukset kasvavat vanhustenhuollossa. Avainasemassa ovatkin helposti saatavilla olevat lähipalvelut, joiden avulla tuetaan vanhusten selviytymistä kotona mahdollisimman pitkään.

Vanhusten tarvitsemien palvelujen kannalta ei ole perustelua järjestää palveluja kahdella tasolla, koska iäkkäiden palvelut jäisivät mahdollisesti perustettavien perustason alueiden vastuulle. Perustason alueiden koko ei välttämättä riittäisi asianmukaisen palvelujen järjestämiseen, koska vanhukset tarvitsevat runsaasti myös erityistason palveluja, jotka saataisiin pääosin sote-alueelta. Vanhusten käyttämissä palveluissa on näyttöä siitä, että järjestämisen hallinnollisen rajan pystyttäminen keskelle hoitoketjua luo esteitä hallinnollisille päätöksille, vaikeuttaa kliinistä päätöksentekoa ja hidastaa hoitoketjussa oleellisten hyvien käytäntöjen toteuttamista. Erillinen hallinto tarkoittaa usein myös keskenään yhteen sopimattomia tietojärjestelmiä, mikä puolestaan on potilasturvallisuusriski ja lisää tarvetta tehdä päällekkäistä työtä ja tutkimuksia. Erityisesti väestöpohjaltaan suuremmilla perustason alueilla vanhuspalvelujen toiminnallinen kokonaisuus ja osaaminen vahvistuvat.

Laitoshoidon purku on olennainen osa hallituksen hyväksymää rakenneuudistuspakettia. Tämä merkitsee samalla sitä, että kotiin annettavia palveluja on lisättävä. Saumaton hoidon ja palvelujen räätälöinti palveluketjussa on välttämätön, jotta vanhusten laitoshoidon voidaan todella purkaa. Tämä onnistuu parhaiten, jos vanhuspalvelut järjestetään yhtenä kokonaisuutena sote-alueella.

Mielenterveyspalvelut

Suomessa on kokemusta siitä, että sairaalahoitoa ja pakon käyttöä voidaan vähentää ja avohoitoa kehittää yhdistämällä sekä perus- että erikoistason mielenterveys- ja päihdetyö ja niihin liittyvä sosiaalityö. Tällöin jonot lyhenevät, kustannukset alenevat (mm. Eksote väestö 135 000) ja henkilöstön saanti helpottuu. Arvion mukaan toiminta voisi tehostua edelleen, jos vastuuväestö olisi vieläkin suurempi kuin Eksotella.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallinen integraatio on mielenterveys- ja päihdepalvelujen kannalta myönteistä. Asiantuntijanäkemyksen mukaan osa nykyisistä sairaanhoitopiireistä on väestöpohjaltaan liian pieniä järjestämään psykiatrinen erikoissairaanhoito optimaalisesti. Jos järjestäjien väestöpohja pienenee edelleen, vaikeutuu riittävän monipuolisten palvelukokonaisuuksien järjestäminen entisestään. Mielenterveyslain ja päivystysasetuksen (voimaan 1.1.2015) yhteisvaikutuksena liian pienen järjestäjän on myös vaikea saada aikaan kiristyneiden vaatimusten mukaista toimivaa päivystystä. Erityisiä vaikeuksia aiheutuu tahdosta riippumattomasta hoitoa tarjoavan psykiatrisen päivystyksen järjestämisestä.

Lakiesityksessä myönteistä on järjestäjinä toimivien sote-alueiden suurempi koko ja pienempi lukumäärä nykyisiin kuntiin verrattuna. Tätä sekoittaa kuitenkin perustason alueiden tuominen joidenkin palvelujen järjestäjäksi. Mielenterveyspalvelujen toimivuuden ja tuloksellisuuden kannalta erityisen tärkeää on avo- ja sairaalahoidon saumatonta toimintaa. Tämä toimiva kokonaisuus voi vaarantua, jos sote-alueella on perustason alue, koska ehdotetut ohjausmekanismit eivät välttämättä pysty varmistamaan avo- ja sairaalahoidon saumatonta toimintaa. Koska mielenterveys- ja päihdehäiriöiden kirjo on varsin laaja, tarvitaan niiden tuloksellisessa hoitamisessa laajaa ja monipuolista osaamista. Aikaisempien käytännön kokemusten perusteella pienten kuntien on ollut vaikea järjestää tällaisia palveluja. Tästä johtuen perustason alueiden asukkaat voivat joutua epätasa-arvoiseen asemaan laajemman järjestämispohjan omaaviin alueisiin verrattuna. Monipuoliset ja saumattomat mielenterveys- päihdepalvelut ja niihin liittyvät sosiaalipalvelut on käytännössä mahdollista järjestää vain, jos väestöpohja ja voimavarat ovat riittävän suuret. Palvelujen asianmukaisella järjestämisellä on suuri kansantaloudellinen merkitys, koska mielenterveyshäiriöihin sairastutaan nuorena. Vaikka mielenterveysongelmat ovat suurin työkyvyttömyyseläkkeelle johtava yksittäinen sairausryhmä, niitä voidaan hoitaa tehokkaasti ja tuloksellisesti.

Nuorisopsykiatrinen erikoissairaanhoito on sote-alueiden toimintaa ja tarvitsee erva-tason ohjausta. Lakiehdotuksessa 24/7-päivystys säilyy riittävän isoilla järjestäjätahoilla. Esimerkiksi kiireelliset sijoitukset vaativat sosiaalipäivystystä ja riittävän kattavaa ja monipuolista sijoituspaikkavalikoimaa. Tämä ei mahdollistu lakiehdotuksen mukaisilla perustason alueilla. Huolta herättää se, että perustason järjestäjille on määritelty mahdollisuus järjestää sosiaalipalvelut. Erityisesti lastensuojelu ja nuorten päihdepalvelut vaativat laajaa osaamista.

Nuorten mielenterveyspalvelujen järjestäminen kahdella tasolla ei ole mielekästä. Perustason alueen 20 000 asukaan väestöpohja on liian pieni järjestämään mm. lastensuojelua, nuorten päihdepalveluita, nuorten perustasoisia mielenterveyspalveluita ja nuorten tarvitsemia kehitysvammahuollon palveluita. Perustason alueen väestöpohja on liian pieni myös laadun ja palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseen. Haasteena tulee kuitenkin olemaan em. yhteistyö oppilas ja opiskelijahuollon, koulujen ja oppilaitosten, nuorisotoimen ja työvoimaviranomaisten palvelujen kanssa. Vertikaalisen integraation pitäisi olla helpompaa hallinnollisten rajojen puuttuessa, mutta vaatii kuitenkin laajaa yhteistyötä esim. hoitoketjujen kehittämiseksi. Vertikaalinen integraatio on mielenterveyspalveluissa hankalampaa jos toimitaan kahden tason mallissa.

Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelut

Sote-alueilla lasten, nuorten ja perheiden palvelut voidaan koota toiminnalliseksi kokonaisuudeksi, jossa sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä muiden yhteistyötahojen horisontaalista yhteistoimintaa vahvistavat hyvä johtaminen ja selkeä työnjako sekä vertikaalinen integraatio erikoispalvelujen ja peruspalvelujen välillä. Sote-mallia lasten, nuorten ja perheiden palvelujen järjestämismallina tukee mm. Kainuun maakuntamallista saadut myönteiset kokemukset mm. perhekeskuksista.

Järjestämisvastuun vieminen suurille noin 20 ylikunnalliselle sote-alueelle saattaa etäännyttää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kunnan muista peruspalveluista, eikä mahdollista elämänkaarimalliin perustuvien toimintatapojen toteuttamista. Uhkana on, että vaativan erikoissairaanhoidon integraatio perustason terveyspalvelujen kanssa ohjaa tulevia sote-rakenneratkaisuja. Esimerkiksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen järjestämisessä vahva horisontaalinen integraatio sosiaalipalvelujen kanssa on tärkeää.

Sote-alueen ja perustason alueen rinnakkaisrakenne ylläpitää nykyisen palvelujärjestelmän mukaista kaksi- tai jopa kolmiportaista palvelujen järjestämiskennettä. Lasten, nuorten ja perheiden keskeisimmät palvelut järjestettäisiin tulevaisuudessa kolmella tasolla: varhaiskasvatus- ja sivistyspalvelut peruskunnassa, osa sote-palveluista perustason alueilla ja osa sote-palveluista sote-alueilla. Tämä ei toisi nykyiseen järjestelmään juurikaan muutosta tai voisi jopa heikentää sitä.

Sote-alueet voivat parhaimmillaan turvata riittävät ja yhdenvertaiset palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden. Sote-alueen väestöpohja ja koko eivät kuitenkaan ole tae palvelujen saatavuudelle ja saavutettavuudelle. Lapsen ja nuoren kannalta oma asuinalue on lähin ja tärkein kehitysyhteisö ja myös perheen tuen tulee löytyä läheltä kotia ja koulua. Lakiesitykseen ei ole sisällytetty velvoitteita siitä, miten lasten, nuorten ja lapsiperheiden universaalien ja varhaisen tuen palvelujen järjestäminen turvataan monialaisesti ja asiakaslähtöisesti lähipalveluna. Saavutettavuuden parantamiseksi lainsäädännössä tulisi vahvistaa lähipalveluperiaatetta ja toiminnallisten palvelukokonaisuuksien, kuten perhekeskuksen järjestämisen velvoite.

Perustason ja sote-alueen yhdistelmämallissa palvelujen riittävyys pystyttänee takamaan, mutta palvelujen yhdenvertainen saatavuus voi vaihdella sote-alueeseen ja perustason alueeseen kuuluvien kuntien asukkaiden välillä riippuen alueiden välisestä yhteistoiminnasta, palvelujen järjestämisvastuista ja palvelujen yhteen sovittamisesta tai sovittamattomuudesta. Esimerkiksi sote-/perustason yhdistelmämallissa lastensuojelun erityisosaamisen tai perhe- ja kasvatuseuvolan palvelujen sijoittuminen alueilla voi synnyttää eriarvoisuutta palvelujen saavutettavuudessa. Muun muassa perhekeskus lapsiperheiden palvelujen toiminnallisena integraation ja vertikaalisen porrastuksen mallina olisi hankalaa järjestää sote- ja perustason alueen yhdistelmämallissa.

Lastensuojelu

Lastensuojelun sosiaalityö edellyttää erityistason osaamista, moniammatillisen konsultaation saatavuutta sekä niin peruspalveluja kuin vaativia erityispalveluja tuekseen. Tarvitaan pätevää ja pysyvää henkilökuntaa sekä toimivia yhteistyörakenteita. Lastensuojelun palvelujen järjestäminen sosiaali- ja terveysalueella todennäköisesti parantaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja laatua. Asiantuntijankemysten mukaan lastensuojelutarpeen, erityisesti huostaanoton tarpeen arviointi, huostaanottomenettely, sijaishuollon palvelut (perhehoito, ammatillinen perhekoti, laitoshuolto, perhekuntoutusyksiköt tukipalveluineen) ja huostaanoton lopettaminen sekä huostaanoton ehkäisemiseen liittyvä intensiivinen perhetyö ja perhekuntoutus ovat tehtäviä, joiden asianmukainen järjestäminen edellyttää ainakin sosiaali- ja terveysalueen kokoista järjestäjää.

Lastensuojelun palveluja hankitaan myös kilpailuttamalla yksityisiä palvelujentuottajia, ja siihen tarvitaan nykyistä parempaa kilpailutusosaamista, jonka suuret järjestäjät pystyvät paremmin turvaamaan. Lastensuojelun näkökulmasta perustason alueet muodostavat huomattavan ongelman, sillä 20 000 asukkaan väestöpohja ei välttämättä riitä palvelujen asianmukaiseen järjestämiseen, sen sijaan noin 50 000 asukkaan väestöpohjalla osaamista vahvistavaa tehtäväjakoja pystytään tekemään huomattavasti paremmin. Kuntien yhdistymisissä on havaittu, että pienissä kunnissa lastensuojelupalveluja tarjotaan epätasaisesti ja esimerkiksi huostaanottoja joko laiminlyödään tai päinvastoin kiireellisiin toimenpiteisiin ryhdytään pienellä kynnyksellä.

Lastensuojelu linkittyy käytännössä vahvasti muihin peruspalveluihin, joista avohuollon kannalta tärkeitä ovat peruskunnan hoidettaviksi jäävät varhaiskasvatus, perusopetus, koulun oppilashuolto ja kouluterveyspalvelut sekä kulttuuripalvelut ja nuorisotoimi. Riippumatta siitä kuuluuko lastensuojelu sosiaali- ja terveysalueelle vai perustason alueelle, tarvitaan uusia horisontaalisen ja vertikaalisen integraation käytäntöjä. Tarvitaan toimivaa yhteistyötä paitsi sosiaalitoimen ja terveydenhuollon eri tasojen välillä, myös näiden tahojen sekä sivistystoimen, TE-palvelujen ja poliisin välillä.

Sosiaalityö

Sosiaalipalveluja ei ole tarkoituksenmukaista järjestää kahdella tasolla. Sote-alueella palveluverkko ja -tuotanto voidaan suunnitella kattamaan optimaalisesti koko alueen karsien päällekkäisyyksiä ja vahvistaen heikkoja kohtia. Sosiaalityötä koskevissa selvityksissä on tullut esille, että asukkaiden ja palvelujen käyttäjien kannalta tärkeintä on se, että sosiaalipalvelut ovat asiantuntevia ja vaikuttavia, palvelua saa mahdollisimman nopeasti ja se on helposti saatavilla. Riittävän suuri ja riittävän asiantuntemuksen omaava järjestäjä kykenee toteuttamaan laadukkaita sosiaalipalveluja myös lähipalveluina. Suurissa yksiköissä toiminnan johtaminen, ammattitaidon kehittäminen, henkilöstön sijoittaminen tarpeen mukaan on helpompaa kuin pienissä. Lisäksi palvelujen integrointi muihin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin palvelee myös sosiaalityön asiakkaita. Sosiaalipalveluissa on saatu hyviä kokemuksia alueellisesta palvelujen järjestämisestä, jossa on yhdistetty integroidut palvelupisteet ja hyvä lähipalvelujen saatavuus sekä asiantunteva johtaminen. Erityisen hyviä kokemuksia on saatu yhteistyöstä, joka tuottaa lasten- ja nuorisopsykiatrian tuen perheen kotiin (jal kautuvat erityispalvelut).

Palvelujen saatavuuteen vaikuttaa lähipalvelujen järjestämisen tapa ja palvelujen siirtäminen verkkoon, jolla usein korvataan lähipalveluja. Pitkät välimatkat ja heikompiosaisten vähäiset mahdollisuudet ja kyky käyttää sähköisiä palveluja voivat heikentää palvelujen tasavertaista saatavuutta. Toisaalta suuremmilla järjestäjätahoilla on mahdollisuus huolehtia osaamisen kehittämisestä osana sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus, koulutus- ja kehittämisrakenteita. Sosiaalihuollon järjestämistä vastuu kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveysalueelle loisi nykyiseen verrattuna paremmat edellytykset tälle kehitykselle. Perustason alueilla järjestäjän koko ei välttämättä riittäisi tehtävien asianmukaiseen hoitoon.

Päihdepalvelut

Päihde- ja mielenterveysongelmiin liittyvien terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen edellyttää vahvaa panostusta sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ehkäisyyn yhteistyössä kunnan eri sektoreiden kanssa (mm. asumis-, koulutus-, kulttuuri-, työvoimasektori). Ehkäisevän päihdetyön tärkeä yhteistyötaho ovat lisäksi aluehallintovirastoissa toimivat Alkoholiohjelman aluekoordinaattorit. Sote-aluerakenne voi osaltaan edesauttaa alueellisen yhteistyön kehittymistä ehkäisevässä päihdetyössä.

Oikea-aikaisten ja riittävien palvelujen varmistamiseksi on olennaista, että perusterveydenhuollolla ja sosiaalihuollolla on valmiuksia tunnistaa ja hoitaa varhaisen vaiheen päihdeongelmia, vastata nopeasti ja kynnyksettömästi akuutteihin ja pitkityneisiin päihdeongelmiin, ja antaa pitkäaikaista apua, tukea, hoitoa ja kuntoutusta päihdeongelmien hoitoon erikoistuneiden palvelujen kanssa joustavasti.

Sote-alueilla on mahdollista integroida perustason palvelujen sekä erityisosaimista tarjoavien päihdehuollon erityispalvelujen, päihdepsykiatristen sekä muiden

psykiatristen palvelujen ja vaativamman somaattisen sairaanhoidon monipuolista osaamista toiminnallisiksi laajoiksi kokonaisuuuksiksi. Sote-alueiden suuremmilla väestöpohjilla voidaan lisätä monipuolisten erityispalvelujen nykyistä yhdenvertaisempaa saatavuutta ja osaamisen tehokkaampaa levittämistä perustason palveluihin, sekä sähköisten itsehoitoa tukevien palvelujen kehittämistä. Alueellisesti laajemmat järjestäjätahot vahvistavat rahoituspohja ja mahdollistavat paremmin tarpeenmukaisen hoidon.

Nykyisellään kertaluontoisesti kallis päihdehoitojakso voidaan evätä kunnissa päihdehuollon riittämättömän budjetin takia. Perustason alueiden muodostaminen voisi heikentää laaja-alaisempaan rahoituspohjaan ja monipuoliseen erityisosaamiseen liittyvien hyötyjen saavuttamista. Järjestämiskäsitteet eivät kuitenkaan automaattisesti luo tasavertaisuutta. Väestöpohjaltaan suurilla alueilla erot hoidon saavutettavuudessa voivat myös olla suuria.

Päihdehuollon erityispalveluista huomattava osa on voittoa tavoittelemattomien kolmannen sektorin toimijoiden tuottamia, ja palvelu hankitaan kilpailuttamalla. Erityistason palveluja järjestävillä sosiaali- ja terveysalueilla tulee olemaan nykyistä parempaa kilpailutusosaamista. Perustason alueilla ei vastaavaa osaamista välttämättä olisi.

Vammaispalvelut ja apuvälinepalvelut

Vammaispalveluilla tarkoitetaan tässä sekä vammaispalvelulain että kehitysvammaispalvelulain mukaisia palveluita. Vammaisten henkilöiden näkökulmasta näiden erityispalvelujen lisäksi muiden palvelujen esteettömyys, saavutettavuus ja toimivuus YK:n vammaissopimuksen edellyttämällä tavalla ovat ensiarvoisen tärkeitä. Yleisten palvelujen yksipuolisuus, heikko saavutettavuus tai riittämättömyys lisää vammaispalvelujen käyttöä. Hallituksen esityksen 5 § on esteettömien ja saavutettavien palvelujen tarpeellisuus huomioitu erittäin kattavasti.

Pysyvä toimintarajoite merkitsee tavallisesti sitä, että monia vammaispalveluita tarvitaan pitkäkestoisesti, jopa koko iän. Vammaisten terveyspalvelujen kehittäminen on erityisen tärkeää, koska tulevaisuudessa kehitysvammalaitoksia ei enää ole vastassa vammaisten terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä. (Kehitysvammaisten asumisohjelman tavoite on lakkauttaa laitokset 2020 mennessä.) Vammaisilla henkilöillä on oikeus perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon muiden kansalaisten tavoin. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation voidaan olettaa parantavan erityisesti vaikeavammaisten terveyspalvelujen saatavuutta, jossa nykyisin on paljon vaihtelua.

Nykytiedon pohjalta ei voida sanoa, että vammaispalvelujen järjestäminen pienillä alueilla olisi toimimattomampaa kuin laajan väestöpohjan alueilla. Kuitenkin väestömääriltään pienillä perustason alueilla palvelujen – etenkin nykyisten vaativien kehitysvammahuollon palvelujen – asianmukainen järjestäminen voi osoittautua vaikeaksi, mikä saattaa vaikuttaa palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen. Kuntien yh-

distymisessä on tullut esille, että joissain pienissä kunnissa vaikeavammaisille on tarjottu lainvastaisesti maksullisia vanhusten asumispalveluja.

Vammaispoliittisen ohjelman (VAMPO 2010–2015) yhtenä keskeisenä tavoitteena on ollut löytää riittävän vahva perusta vammaispalveluille. Vammaispalvelujen järjestämistä vastuun kokoaminen sosiaali- ja terveysalueelle loisi puitteet palvelujen järjestämiselle mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ja yksilöllisesti. Myös palvelujen tasavertainen saatavuus voidaan turvata. Monien vammaispalvelujen kohdalla keskeistä on vahva rahoitus pohja ja siihen liittyvä keskitetty, jopa valtakunnallinen osaaminen (esim. harvinaiset sairaudet, haastavasti käyttäytyvät asiakkaat, hengityslaittepotilaiden palvelut, selkäydinvammaisten keskitetty hoito ja kuntoutus). Vammaispalvelujen järjestäminen laajemmilla alueilla voi olla järkevää, mutta samalla tulee varmistaa, että pitkäkestoisissa palveluissa toteutus tapahtuu asiakkaiden arjessa, lähipalveluna. Vammaispalvelujen toimivan kokonaisuuden järjestäminen edellyttää kokonaisuuden hallintaa ja osaamista vammaisen henkilön erityisistä tarpeista ja elämäntilanteesta.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon apuvälinepalvelujen järjestämisen keskittäminen on koettu hyödylliseksi tavaksi toimia. Terveystenhuollon ja vammaispalvelun apuvälinepalvelujen tiiviistä yhteistoiminnasta on orastavia hyviä kokemuksia. Tavoitteena on potilaiden/asiakkaiden yhdenvertaisuus, apuvälineiden tehokas kierrätys, yhteiset toimintamallit ja kokonaistaloudellinen toiminta. Nykyinen terveydenhuollon apuvälinepalvelujen järjestämisen toimintamalli tukee 20 järjestämistä vastuullisen sote-alueen perustamista. Perustason alueiden perustaminen saattaisi romuttaa hyvin toimivien alueellisten apuvälinekeskusten toiminnan ja niiden tuottamat edut.

Yksittäisten palvelujen näkökulmasta tarkasteltuna sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä yksitasoisesti sote-alueilla ja mahdollisimman laajalla väestöpohjalla pidetään parhaana ratkaisuna. Sote-alueen katsotaan edistävän palvelujen integraatiota, tasavertaista saatavuutta ja laatua sekä mahdollistavan painopisteen ja voimavarojen tarkoituksenmukaisen siirtämisen peruspalveluihin. Haasteeksi jää toimivan yhteyden luominen ja ylläpito yhdessä muiden peruspalvelujen kanssa. Perustason alue sote-alueen sisällä muodostaa raja-aidan, joka useimmissa palveluissa katkaisee palvelun sujuvan järjestämisen ja tuottaa päällekkäisiä kustannuksia sekä laatuongelmia. Tästä näkökulmasta voidaan pitää ongelmana, että ehdotetunkaltaisessa kaksiportaisessa järjestelmässä sosiaalipalvelut jäävät kokonaisuudessaan perustasolle. Tämä tulisi koskemaan lähes puolta Suomen väestöstä.

2.5 Palvelujen rahoitus

Luvussa 2.6 tarkastellaan järjestämisvastuun muutoksen todennäköisiä vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon käyttö- ja nettokustannuksiin. Järjestämisvastuun lisäksi taloudellisesti merkittävää on miten sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden rahoitus toteutetaan.

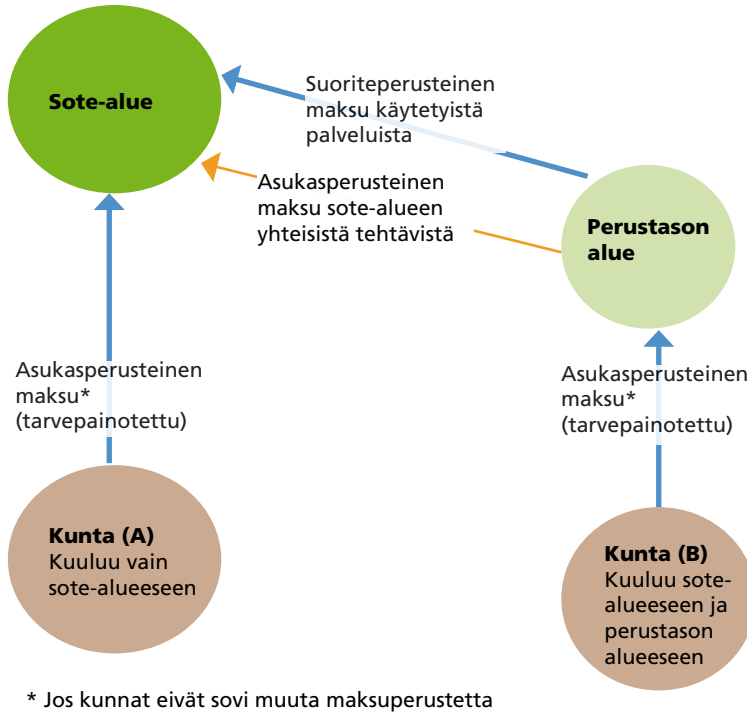
Lakiehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveysalueeseen ja perustason alueeseen kuuluvat kunnat sopivat alueen rahoituksesta. Jos kunnat eivät toisin sovi, sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen rahoitus perustuu ns. tarveperusteiseen kapitaatiomaksuun. Kunnat maksavat palvelut järjestävälle alueelle asukasmäärään perustuvan maksun, jota painotetaan valtionosuuslaskennassa käytettävillä sosiaali- ja terveydenhuollon määräytymisperusteilla (kunnat A ja B kuviossa 4).

Jos sosiaali- ja terveysalueella on perustason alue, perustason alue maksaa asukkaiden käyttämistä sosiaali- ja terveysalueen järjestämistä palveluista käytön mukaan määräytyvän maksun (kunta B kuviossa 4). Lisäksi perustason alue osallistuu sosiaali- ja terveysalueen yhteisistä tehtävistä aiheutuviin kustannuksiin perustason asukasmäärään perustuvalla maksulla.

Alueiden rahoitukseen ehdotettu kapitaatioperiaate on kuntien kannalta oikeudenmukainen koska se ottaa huomioon kuntien väestön erilaisen palvelutarpeen ja siten erisuuren palvelujen käytön ja käytöstä syntyvät kustannukset. Kunta jonka väestön palvelujen tarve on muita suurempi (pienempi) maksaa palvelujen järjestämisestä muita suuremman (pienemmän) asukaskohtaisen maksun. Kapitaatioperiaate parantaa nykyiseen verrattuna sosiaali- ja terveydenhuollon menojen ennakoitavuutta kunnan kannalta. Kunta maksaa sosiaali- ja terveysalueelle ja perustason alueelle kiinteän korvauksen palvelujen järjestämisestä.

Palvelujen rahoitustapa ei periaatteessa rajoita sosiaali- ja terveysalueen mahdollisuuksia kohdentaa uudelleen voimavaroja sosiaali- ja terveysalueen sisällä. Sosiaali- ja terveysalueen tasolla yhtenäinen järjestämisvastuu kaikista palveluista mahdollistaa voimavarojen siirron erityispalveluista peruspalveluihin alueen rahoitustavasta riippumatta. Näin siksi, että kapitaatioperusteinen rahoitus ja kuntien niin sopiessa suoriteperusteinen rahoitus ovat vain tapoja jakaa sosiaali- ja terveysalueen kokonaiskustannukset jäsenkuntien kesken. Kustannusten jakoperiaate ei rajoita sosiaali- ja terveysalueen mahdollisuuksia kohdentaa voimavaroja alueen sisällä palvelujen kesken.

Perustason alueiden mahdollisuuksia siirtää voimavaroja erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja sosiaalitoimeen heikentää olennaisesti lakiehdotuksessa perustason alueelle määritellyt korvauseriaatteet sosiaali- ja terveysalueen tuottamista palveluista. Lakiehdotuksen mukaan perustason alue maksaa asukkaiden käyttämistä sosiaali- ja terveysalueen järjestämistä palveluista käytön mukaan määräytyvän maksun. Käytännössä tämä rajoittaa olennaisesti perustason alueen mahdollisuuksia siirtää voimavaroja erityispalveluista perustason palveluihin.



KUVIO 4. Sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen rahoitus, sote-järjestämislakiehdotuksen mukaan.

Lakiehdotuksessa esitetty palvelujen rahoitustapa tukee sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota ja mahdollistaa voimavarojen siirron erityispalveluista peruspalveluihin sosiaali- ja terveysalueella, mutta ei perustason alueella. Ehdotettu tarveperusteinen kapitaatiomaksu parantaa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menojen ennakoitavuutta.

2.6 Lakiehdotuksen taloudelliset vaikutukset

Palvelujen järjestämisvastuun siirtäminen suuremmille yksiköille voi sekä hidastaa että vauhdittaa kustannuskehitystä. Kustannusten kasvua voi hillitä se, että suurempi järjestäjä pystyy vaikuttamaan palvelujen toteutukseen paremmin kuin pienempi järjestäjä ja siirtämään toiminnan ja talouden painopistettä haluamaansa suuntaan. Lisäksi suuremman järjestäjän toimesta hallintoon tehtävien investointien kuten tietoteknologiahankintojen määrää voidaan vähentää. Suurempi järjestäjä pystyy myös kokoamaan enemmän ja laaja-alaisempaa osaamista ja asiantuntijuutta. Lisäksi suuren järjestäjän kyky ja mahdollisuudet neuvotella palveluista ja niiden hinnoista on ainakin periaatteessa parempi kuin pienemmän. Koska suurempi järjestäjä on vastuussa

isommasta väestöpohjasta, se pystyy yhtenäistämään ja virtaviivaistamaan laajemman väestöosan hoito- ja palveluketjuja sekä hoitokäytäntöjä. Suuremman palvelujen järjestäjän kustannukset saattavat kuitenkin kasvaa nopeammin kuin pienen, jos sen sisäinen organisaatio muodostuu monimutkaiseksi ja byrokraattiseksi.

Uutta organisaatiota muodostettaessa hallinnolliset kustannukset todennäköisesti kasvavat ja kustannuksia saattaa syntyä myös nykyisten organisaatorakenteiden purkamisesta. Hallinnollisten kustannusten kasvu voi jäädä väliaikaiseksi, koska järjestäjätahojen määrä tulee vähenemään merkittävästi.

Lakiesitykseen sisältyvän perustason alueen vaikutuksia kustannuksiin on etukäteen vaikea arvioida. Se luo yhden uuden hallinnollisen tason, joka saattaa kiihdyttää kustannusten kasvua. Seuraavassa arvioidaan lakiehdotuksen taloudellisia vaikutuksia maassamme jo toteutettujen lakiesityksen suuntaisten alueellisten mallien perusteella.

2.6.1 Asetelma

Lakiesityksen taloudellisia vaikutuksia arvioitiin sellaisten alueiden perusteella, joissa on jo tehty lakiesityksen mukaisia tai niitä muistuttavia järjestelyitä. Valitut tutkimusalueet olivat lakiesityksen sote-alueita ajatuksellisesti lähellä olevat alueet Eksote ja Kainuu sekä lakiesityksen perustason alueita muistuttavat Paras-puitelain mukaiset Päijät-Hämeen Aavan ja Oivan yhteistoiminta-alueet.

Sekä sote-alueita että perustason alueita tarkasteltiin alueet muodostavien yksittäisten kuntien perusteella (ns. tutkimuskunnat). Kunnille valittiin vertailukunnat aiempaa arviointitutkimusta varten kehitettyä menetelmää käyttäen (Härkänen ja Kaikkonen, 2010). Vertailukunnat valittiin tutkimuskunnille viiden eri kriteerin perusteella: kunnan asukasluku, naisten osuus väestöstä, 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä, työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus 16-64 vuotiaista sekä työttömien osuus työvoimasta. Vertailukuntien valinnassa ei hyödynnetty kuntien välisissä menovertailuissa tavallisesti käytettyjä THL:n kehittämiä palvelujen tarvetta kuvaavia tarveindeksejä, koska ne ovat saatavissa vain terveydenhuollon ja vanhustenhuollon vertailuihin, mutta ei koko sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Tiedot poimittiin vuotta ennen alueellisen uudistuksen toteuttamista: Eksoten kuntien tiedot poimittiin vuodelta 2009, Kainuun vuodelta 2004 ja Aavan ja Oivan kuntien tiedot vuodelta 2006.

Kaikki Suomen kunnat asetettiin järjestykseen ja saivat järjestysluvun sen perusteella, miten lähellä niiden kriteerit olivat kulloinkin tutkittavana olevaa kuntaa. Kymmenen lähintä kuntaa saivat yhden pisteen ja loput kunnat järjestyslukujen erotuksen itseisarvon käänteislukuun perustuvan pistemäärän. Pistemäärä oli sitä lähempänä nollaa mitä suurempi järjestyslukujen erotus oli. Kokonaispistemäärä saatiin laske-malla eri kriteereille saadut pistemäärät yhteen. Eniten pisteitä saanut kunta valittiin vertailukunnaksi (Taulukko 4). Ahvenanmaan kunnat jätettiin vertailuista pois.

TAULUKKO 4. Tutkimus- ja vertailualueet.

Alue	Tutkimuskunta	Vertailukunta	Sote -uudistuksen ajankohta
Eksote	Lappeenranta	Akaa	2010
	Lemi	Petäjävesi	
	Luumäki	Hanko	
	Parikkala	Kustavi	
	Rautjärvi	Heinävesi	
	Ruokolahti	Kauhajoki	
	Savitaipale	Lavia	
	Taipalsaari	Vesilahti	
Kainuu	Hyrnsalmi	Tuusniemi	2005
	Kajaani	Kokkola	
	Kuhmo	Sodankylä	
	Paltamo	Valtimo	
	Puolanka	Utajärvi	
	Ristijärvi	Kannonkoski	
	Sotkamo	Parikkala	
	Suomussalmi	Kemijärvi	
Aava (Päijät-Häme)	Hartola	Mäntyharju	2007
	Iitti	Hamina	
	Myrskylä	Virolahti	
	Nastola	Laukaa	
	Pukkila	Marttila	
	Orimattila	Janakkala	
	Sysmä	Juva	
Oiva (Päijät-Häme)	Asikkala	Kouvola	2007
	Hollola	Lempäälä	
	Hämeenkoski	Pyhäranta	
	Kärkölä	Eurajoki	
	Padasjoki	Urjala	

Lappeenrannan ensisijaiseksi vertailukunnaksi valikoitunut Lahti kuuluu Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijäin, joten Lappeenrannan vertailukunnaksi valittiin ”toiseksi lähin” eli Akaa. Kajaanin ensisijaiseksi vertailukunnaksi valikoitunut Imatra sijaitsee Eksoten alueella, joten Kajaanin vertailukunnaksi valittiin myös ”toiseksi lähin” eli Kokkola.

Imatran tiedot eivät ole mukana myöhemmin esitettävissä Eksoten luvuissa, koska Imatra järjestää perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelut itse. Imatran asukkaiden erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon palvelut järjestetään kuitenkin Eksoten kautta.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja 14 kunnalle: Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Hämeenkoski, Iitti, Kärkölä, Lahetti, Myrskylä, Nastola, Orimattila, Padasjoki, Pukkila ja Sysmä. Sosiaali- ja terveysyhtymän osana toimiva Palvelukeskus Aava tuottaa perusterveydenhuollon palvelut ja sosiaalipalvelut seitsemälle kunnalle (Hartola, Iitti, Myrskylä, Nastola, Pukkila, Orimattila ja Sysmä). Peruspalvelukeskus Oiva tuottaa perusterveydenhuollon palvelut ja sosiaalipalvelut viidelle muulle kunnalle (Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä ja Padasjoki), mutta se on osa Hollolan kunnan organisaatiota.

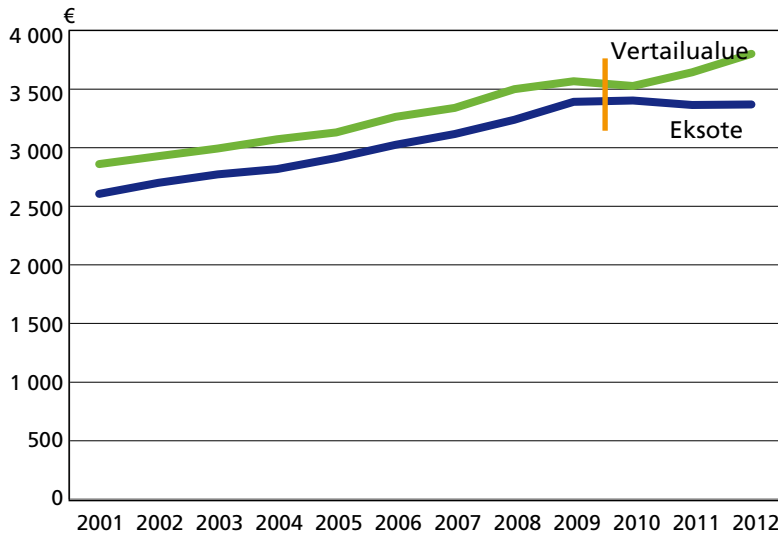
Tutkimus- ja vertailukuntien sosiaali- ja terveystoimen nettokustannuksia koskevat tiedot kerättiin SOTKANetistä vuosilta 2001–2012. Ns. sote-alueilla ja perustason alueilla sijaitsevien kuntien kustannukset laskettiin yhteen koko alueen tasolle ja suhteutettiin alueen väestöön. Näin saatiin nettokustannukset asukasta kohti. Kainuun kuntien kustannustiedot olivat saatavilla ainoastaan Kainuun hallintokokeilun alueelta, ei Kainuun yksittäisistä kunnista.

Tähän arviointiin valittiin nettokustannukset, koska ne ottavat huomioon käyttökustannusten ohella myös käyttötuotot (nettokustannukset = käyttökustannukset - käyttötuotot). Sosiaali- ja terveystoimen käyttötuotot sisältävät toimintatulot ja vyörytyserät; käyttökustannukset sisältävät toimintamenot, poistot sekä arvonalennukset ja vyörytyserät (SOTKANet, 2014). Alenevat nettokustannukset voivat johtua joko käyttökustannusten pienemisestä tai käyttötuottojen kasvusta. Myös Valtion taloudellinen tutkimuskeskus VATT päätyi käyttämään nettokustannuksia arvioidessaan Kainuun hallintokokeilun kustannusvaikutuksia.

Kustannukset deflatoitiin Tilastokeskuksen julkisten menojen hintaindeksillä (sosiaali- ja terveystoimi) vuoden 2012 tasolle. Kustannusten kehitystä tarkasteltiin asukasta kohti laskettujen nettokustannusten avulla.

2.6.2 Vaikutukset nettokustannuksiin sosiaali- ja terveystaluilla

Ennen Eksoten muodostamista vuonna 2010 alueen sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset olivat Etelä-Karjalassa jonkin verran pienemmät kuin vertailualueen kuntien kustannukset, mutta ne kasvoivat hieman nopeammin kuin vertailualueen kustannukset, 3,4 prosenttia vuodessa nykyisen Eksoten kunnissa ja 2,8 prosenttia vuodessa vertailualueen kunnissa. Eksoten perustamisen jälkeen vuosina 2010–2012 alueen nettokustannusten kasvu oli selvästi hitaampaa kuin ennen sen perustamista ja myös hitaampaa kuin sen vertailualueella (kuvio 5 ja taulukko 5). Eksoten alueella nettokustannukset laskivat noin 0,2 prosenttia vuodessa, kun vertailualueella nettokustannukset kasvoivat reaalisesti 2,2 prosenttia vuodessa. Eksoten perustamisen voidaan siis katsoa hillinneen nettokustannusten kasvua ensimmäisten kolmen toimintavuoden aikana. Pitemmän aikavälin taloudellisia vaikutuksia voidaan arvioida vasta tulevina vuosina.



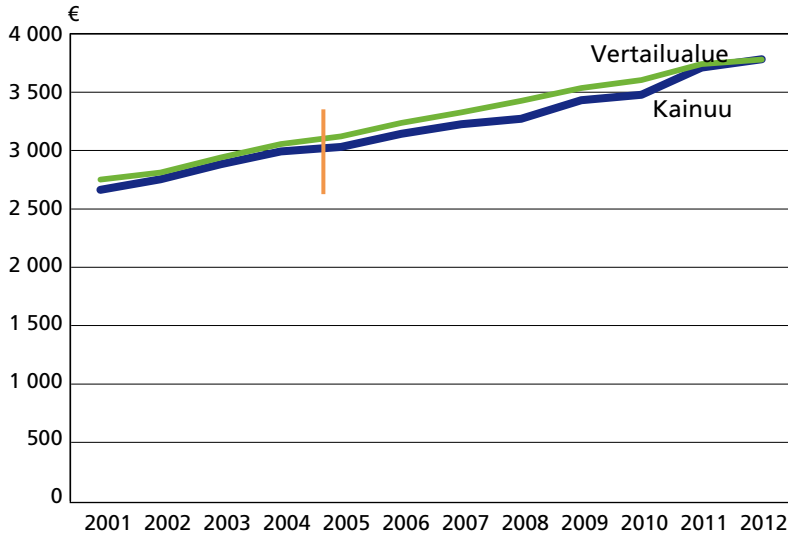
KUVIO 5. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset asukasta kohti Eksotessa ja sen vertailualueella vuosina 2001–2012 vuoden 2012 hinnoin (euroa).

TAULUKKO 5. Nettokustannusten keskimääräinen¹ kasvu vuodessa ennen Eksoten muodostamista ja sen jälkeen (%)

	Vuodet	Eksote	Vertailualue
Ennen	2002–2009	3,4	2,8
Jälkeen	2010–2012	-0,2	2,2

¹ Kustannusten vaihtelusta johtuen keskimääräinen kasvu laskettiin vuositason kasvulukujen keskiarvona alkaen vuoden 2002 kasvluvusta

Kainuun ja sen vertailualueen nettokustannukset olivat koko tarkasteluajanjakson aikana vuosina 2001–2012 miltei samansuuruiset. Ennen Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän muodostamista alueen nettokustannusten kasvu oli hieman suurempaa kuin sen vertailualueen. Kokeilun käynnistymisen jälkeen vuosina 2005–2012 Kainuun kustannusten kasvu hidastui, mutta kasvu hidastui myös sen vertailualueella (kuvio 6 ja taulukko 6). Koska vertailualueen nettokustannusten kasvun hidastuminen on lähes samansuuruinen kuin Kainuussa, kustannusten kasvun hidastumisen Kainuussa ei todennäköisesti ole johtunut maakuntayhtymän muodostamisesta. Hämäläinen ja Moisio (2011) päätyvät samanlaiseen johtopäätökseen arvioidessaan Kainuun hallintokokeilun kustannusvaikutuksia.



KUVIO 6. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset asukasta kohti Kainuussa ja sen vertailualueella vuosina 2001–2012 vuoden 2012 hinnoin (euroa).

TAULUKKO 6. Nettokustannusten keskimääräinen¹ kasvu vuodessa ennen Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän muodostamista ja sen jälkeen (%)

	Vuodet	Kainuu	Vertailualue
Ennen	2002–2004	4,0	3,6
Jälkeen	2005–2012	3,0	2,7

¹ Keskimääräinen kasvu laskettiin vuositason kasvulukujen keskiarvona

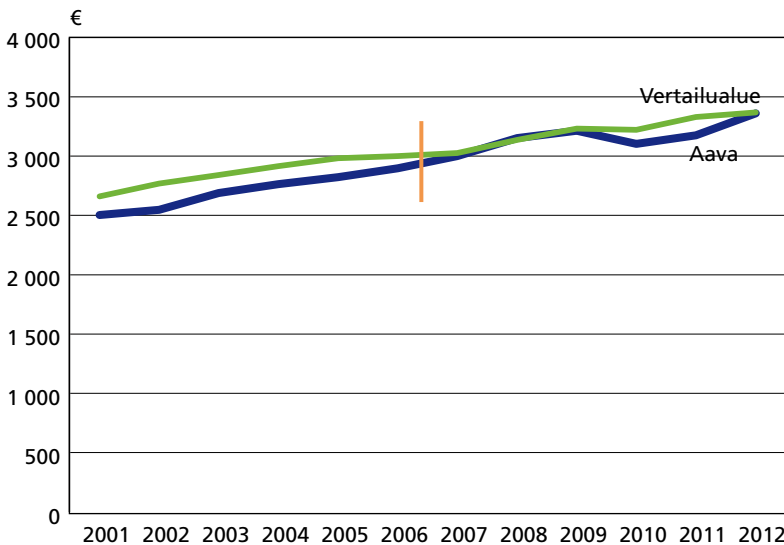
Yllä olevan perusteella voidaan todeta, että sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen sote-alueen toimesta todennäköisesti hidastaa sosiaali- ja terveystoimen nettokustannusten kasvua.

Kustannusvaikutusten arviointiin liittyy monia epävarmuustekijöitä kuten kuntayhtymien mahdollisten alijäämien käsittely kuntien välisissä kustannusvertailuissa. Niitä ei ole voitu ottaa tässä arvioinnissa huomioon.

2.6.3 Vaikutukset nettokustannuksiin perustason alueilla (Paras puitelain mukaisilla yhteistoiminta-alueilla)

Peruspalvelukeskus Aavan alueella sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset olivat lähes koko tarkasteluajanjakson aikana vuosina 2001–2012 pienemmät kuin sen vertailualueella. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä tehtyjen muutosten ja Aavan muodostamisen jälkeen nettokustannusten kasvu hidastui, mutta kustannusten kasvu hidastui suurin piirtein saman verran myös vertailualueella (kuvio 7 ja taulukko 7). Aavan kuntien nettokustannusten kasvun hidastuminen ei siis todennäköisesti johdu peruspalvelualueen (Aavan) muodostamisesta.

Myös Peruspalvelukeskus Oivan alueella sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset olivat lähes koko tarkasteluajanjakson aikana vuosina 2001–2012 pienemmät kuin sen vertailualueen. Oivan muodostamisen jälkeen alueen nettokustannusten kasvu hidastui. Kustannusten kasvuvauhti ei kuitenkaan hidastunut sen vertailualueella vaan pysyi aiemman suuruisena (kuvio 8 ja taulukko 8). Oivan muodostaminen on siis todennäköisesti hillinnyt sen jäsenkuntien nettokustannusten kasvua.

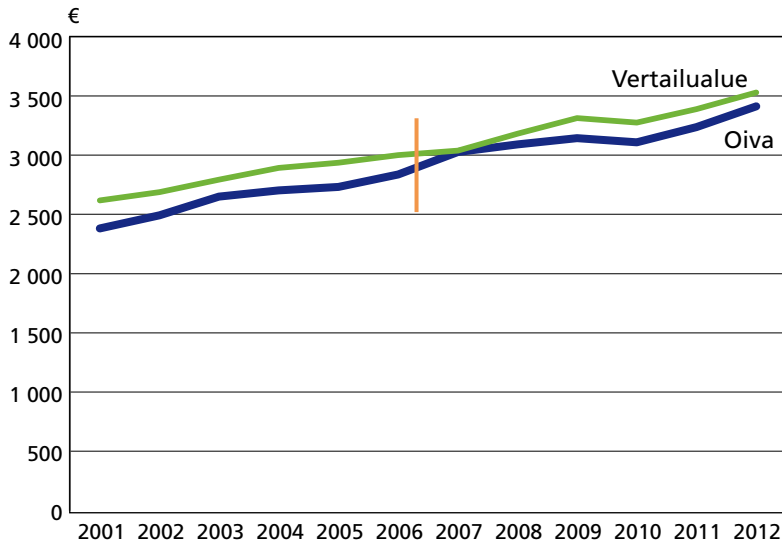


KUVIO 7. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset asukasta kohti Peruspalvelukeskus Aavan alueella ja sen vertailualueella vuosina 2001–2012 vuoden 2012 hinnoin (euroa).

TAULUKKO 7. Nettokustannusten keskimääräinen¹ kasvu vuodessa ennen Peruspalvelukeskus Aavan muodostamista ja sen jälkeen (%).

	Vuodet	Aava	Vertailualue
Ennen	2002–2006	3,0	2,4
Jälkeen	2007–2012	2,5	2,0

¹ Keskimääräinen kasvu laskettiin vuositason kasvulukujen keskiarvona



KUVIO 8. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset asukasta kohti Peruspalvelukeskus Oivan alueella ja sen vertailualueella vuosina 2001–2012 vuoden 2012 hinnoin (euroa).

TAULUKKO 8. Nettokustannusten keskimääräinen¹ kasvu vuodessa ennen Peruspalvelukeskus Oivan muodostamista ja sen jälkeen (%).

	Vuodet	Oiva	Vertailualue
Ennen	2002–2006	3,6	2,8
Jälkeen	2007–2012	3,2	2,8

¹ Keskimääräinen kasvu laskettiin vuosittaisen kasvulukujen keskiarvona

Yhteenvedona yllä olevan perusteella voidaan todeta, että Paras-puitelaimen mukaisten yhteistoiminta-alueiden muodostaminen on saattanut hieman hillitä sosiaali- ja terveystoimen nettokustannusten kasvua.

2.6.4 Arvioita valtakunnan tason kustannusvaikutuksista

Arvioimme vielä sosiaali- ja terveysalueiden muodostamisen vaikutuksia nettokustannuksiin koko Suomen tasolla asetelmalla, jossa oletetaan, että Suomen sosiaali- ja terveystoimen nettokustannusten kasvuvauhtia saataisiin hillittyä Eksoten kolmen ensimmäisen toimintavuoden kustannuskehitystä vastaavalla tavalla. Valitsimme arviointiin Eksoten, koska siellä on toteutettu selväpiirteisimminkin sote-järjestämislakiesityksen kaltaista sosiaali- ja terveydenhuoltoalueen toimintamallia.

Eksoten muodostamisen jälkeen vuosina 2010–2012 asukasta kohden lasketut nettokustannukset vähenivät keskimäärin 0,2 prosenttia vuodessa Eksoten kunnissa ja

kasvoivat 2,2 prosenttia vuodessa vertailualueen kunnissa (taulukko 5). Vertailualueen kuntien ja Eksoten kuntien nettokustannusten kasvulukujen erotus on siis 2,4 prosenttiyksikköä vuodessa. Erotuksen voidaan ajatella mittaavan prosentuaalista säästöpotentiaalia, jonka Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimen muodostaminen on synnyttänyt kolmen ensimmäisen toimintavuoden aikana. Vertailuasetelman mukaisesti oletetaan, että Eksoten alueen kustannuskehitys olisi vastannut vertailualueen kustannusten kehitystä, jos Eksotea ei olisi muodostettu.

Jos oletetaan että sote-alueiden muodostamisen myötä sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset kehittyisivät myös muualla maassa samalla tavalla kuin Eksotesa sen kolmen ensimmäisen toimintavuoden aikana, voidaan arvioida että sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset olisivat koko maan tasolla olleet noin 450 miljoonaa euroa alhaisemmat vuonna 2012 kuin mitä ne olivat. Tähän arvioon päädytään soveltamalla Eksoten prosentuaalista säästöpotentiaalia (-2,4 % vuodessa) vuoden 2012 sosiaali- ja terveystoimen nettokustannuksiin, jotka Suomessa olivat 18 694 miljoonaa euroa. Asukasta kohden lasketut nettokustannukset olivat 3 445 euroa vuonna 2012, joten asukasta kohden laskettu säästöpotentiaali vuonna 2012 olisi ollut noin 83 euroa.

Yllä esitetyssä tarkastelussa ei ole otettu huomioon Eksoten toiminnan aikana syntyneitä alijäämää, joka on ollut myös julkisuudessa esillä. Myös monissa muissa sairaanhoitopiirikuntayhtymissä on syntynyt merkittävää alijäämää, joka aikanaan koituu myös tässä käytettyjen vertailukuntien maksettavaksi. Tätä tarkastelua tehtäessä ei kuitenkaan ollut käytettävissä tietoja vertailukuntien maksettavaksi mahdollisista kertyneistä kumulatiivisista alijäämistä, joten alijäämäkorjattua kustannusvaikutusarvioita ei tältä osin ollut mahdollista tehdä.

Eksoten kumulatiivista alijäämää on saatujen tietojen perusteella kertynyt vuosina 2010–2012 noin 47,5 euroa asukasta kohti vuodessa. Jos oletetaan, ettei yhdessäkään muussa sosiaali- ja terveystoimen kuntayhtymässä olisi syntynyt alijäämää, mikä on siis epärealistinen oletus, Eksoten mukaisella sote-alueen toimintamallilla saavutettava säästöpotentiaali supistuisi 1,0 prosenttiin vuodessa. Tällöin voidaan arvioida, että koko maan tasolla sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset olisivat olleet vuonna 2012 noin 190 miljoonaa euroa alhaisemmat kuin mitä ne olivat.

Yhteenvetona voidaan yllä olevan perusteella todeta, että sosiaali- ja terveystoimen palvelujen järjestäminen sote-alueiden toimesta voi hidastaa sosiaali- ja terveystoimen nettokustannusten kasvua koko maan tasolla arviolta 190–450 miljoonaa euroa vuodessa. Arvioon liittyy kuitenkin merkittävää epävarmuutta.

2.7 Vaikutukset palvelujen saatavuuteen ja laatuun

Kansalliset järjestelmät, joissa palvelujen rahoitus- ja järjestämisvastuu on hajautettu alueellisille tai paikallisille tahoille, tuottavat säännönmukaisesti vaihteluita palvelujen resursoinnissa, tuotantovolyymeissa, saatavuudessa ja laadussa. Erityisesti palvelujen

huono saatavuus ja siihen liittyvät jono- ja odotusaikaongelmat herättävät kansalaisissa huolta ja tyytymättömyyttä. Palvelujen laadullisilla puutteilla ja vaihteluilla niiden vaikuttavuudessa voi olla suoria negatiivisia vaikutuksia kansalaisten terveyteen ja hyvinvointiin. Pyrkimys suurempiin järjestäjätahoihin pohjautuu osaltaan kansalaisten yhdenvertaisuuden lisäämiseen pienentämällä näitä vaihteluita.

Sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuuden ja yhdenvertaisuuden edellytykset voivat tutkimuksen mukaan parantua laajemmissa rakenteissa. Järjestämisvastuun keskittäminen mahdollistaa uudenlaisen toiminnallisen hajauttamisen, jossa yhdistyvät joustavuus, osaaminen, yhteistyö ja hyvä työnjako. Tuoreen kotimaisen selvityksen mukaan on merkkejä siitä, että jo muodostetuilla sosiaali- ja terveystalveilla ja kunta-liitoskaupungeissa palveluverkkoa on supistettu kaupunkien keskustoissa eikä reuna-alueilla. Tällöin tavoitteena on ollut resurssien tasaisempi jako koko uudella alueella.

Palvelujen laadun edistäminen on lakiehdotuksessa otettu huomioon antamalla vastuu laadun varmistamisesta palvelujen järjestäjille ja lisäksi toimivaltaa viidelle erityisvastuualueelle. Järjestämisvastuussa ovat sekä sosiaali- ja terveystalve että perustason alue, joilla on identtinen tehtävä kantaa vastuu palvelujen laadusta ja potilasturvallisuudesta. Keinoja ovat laatutason määrittely ja laadun seuranta, toiminnan keskittäminen sekä kielivähemmistön palvelujen seuranta ja julkisen omavalvontasuunnitelman laatiminen.

Lakiehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveystalveiden ja perustason alueiden omavalvonnassa (14§) tulee määritellä palvelujen toteutuminen ja laatu sekä miten palvelujen käyttäjien yhdenvertaisuus varmistetaan. Tietojen julkaisu internetissä on myös tärkeä vaade, mutta tasavertaisuuden näkökulmasta ongelmaksi jää, että osalla väestöstä ei eri syistä ole pääsyä sähköisiin tietoihin.

Yhdenvertaisuus voidaan tulkita myös niin, että kansalaiset otetaan mukaan palvelujen kehittämiseen kumppaneina. 46§ perusteluissa todetaan, että alueellista hyvinvointia tulisi kehittää asukkaiden, asiakkaiden, henkilöstön ja alueen muiden toimijoiden yhteistyönä. Yhdenvertaisuus tarkoittaa myös sitä, että kielivähemmistöjen palvelujen järjestäminen on otettu lakiehdotuksessa huomioon.

Erityisvastuualueille annetun toimivallan tarkoituksena on tuoda järjestelmään yhtenäisyyttä. Erityisvastuualueiden rooli on merkittävä, koska ne voivat edellyttää alueiden toimijoilta sitovia päätöksiä laadun ja potilasturvallisuuden edistämiseksi. Keinoina ovat lisäksi tavoitteista, menetelmistä ja mittareista sopiminen. Mekanismissa, jolla omavalvontasuunnitelmat käsiteltäisiin ja sovitettaisiin yhteen erityisvastuualueen tasolla, ei ole kuitenkaan kirjattu lakiehdotukseen. Avoimeksi jää kysymys siitä, mikä on erityisvastuualueen vastuu, jos sen päätökset ovat ristiriidassa järjestäjätahojen näkemysten kanssa. Hallinnollisesti on epäselvää, miten erityisvastuualueen tasolla tehty sitova päätös toimeenpannaan, jos joku alue ei sitä halua toteuttaa.

2.7.1 Järjestäjätahojen koko ja palvelujen laatu

Kansainvälisessä vertailussa maamme kuntien voimavarat ja kapasiteetti palvelujen järjestämiseen ja tilaamiseen ovat vaatimattomat. Kansainvälinen suuntaus etenkin terveydenhuoltoa uudistettaessa on selkeästi kohti suurempia järjestäjä- ja rahoittajatahoja. Perusteluina eivät ole olleet ainoastaan taloudelliset argumentit, vaan myös paremmat edellytykset järjestää ja tuottaa laadukkaita palveluita tasavertaisesti koko väestölle. Tämä koskee erityisesti erikoissairaanhoidon palveluita.

Korkealaatuinen palvelutuotanto edellyttää järjestäjätahoilta niin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiosaamista kuin kykyä seurata, kehittää ja ohjata palvelutuotantoa. Kansainväliset kokemukset sosiaali- ja terveydenhuollosta osoittavat, että vahvaa järjestämisaosaamista tarvitaan erityisesti siirryttäessä uusiin palvelujen järjestämistapoihin, tilaaja-tuottajamalleihin ja palvelusetelin tai valinnanvapausjärjestelmien käyttöön. Näihin liittyvät hankinta-, hyväksyntä-, seuranta- ja ohjausfunktiot tarjoavat hyvät mahdollisuudet palvelutuotannon laadun kehittämiseksi ja ohjaukselle, mutta edellyttävät samalla järjestäjätahoilta laajaa osaamista.

Tavoiteltaessa yhteiskunnan voimavarojen suuntaamista kohti muuttuvia väestön tarpeita sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio on keskeisen tärkeää. Sosiaalipalvelujen sijoittaminen samoille järjestämistä varten alueille kuin terveyspalvelut on perusteltua integraationäkökulmasta ja edistää todennäköisesti mahdollisuutta allokoida niille resursseja.

Koska Suomi on pieni maa, sairaanhoidon järjestämistä ja tuotantoa ei henkilöstöpoliittisistakaan syistä ole realistista hajauttaa kovin monille alueille ja sairaaloille. Koska eri alojen erikoislääkäreitä on vähän, riskinä on mm. järjestäjätahojen välinen kilpailu työvoimasta ja työvoimakustannusten kasvu. On todennäköistä, että kilpailtaessa henkilöstöstä suuret järjestäjätahot, joilla on mahdollisuuksia tarjota parempaa ohjausta, kollegiaalisia verkostoja, jatkokoulutusvapaita, kontakteja yliopistomaailmaan jne., pärjäävät pieniä paremmin, mikä vaikeuttaa yhdenvertaisten palvelujen tuottamista kautta maan.

Lakiehdotukseen sisältyvät vaatimukset niin sosiaali- ja terveystalouden kuin perustason alueen ja vastuukuntien/kuntayhtymien suhteen voidaan nähdä askeleiksi kohti suurempia ja vahvempia järjestäjätahoja. Kansainvälisesti verrattaessa järjestämistä vastuu uudistuksen toimeenpanon jälkeenkin olisi hyvin hajautunut. Vaikka uudistuksen suuntaa voidaan pitää oikeana, epäselväksi jää, riittävätkö ehdotetut järjestelmämääräykset tulevaisuudessa takaamaan kaikille kansalaisille laadukkaat ja vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalvelut.

Sosiaalihuollon keskeiset ongelmat liittyvät kasvaviin palvelutarpeisiin, osaamisen ylläpitoon ja kehittämiseen pienissä toimintayksiköissä, yhteistyökysymyksiin sekä palvelujen saatavuuteen ja epätasaiseen laatuun. Monissa pienissä kunnissa sosiaalipalvelujen järjestäminen kansallisten tavoitteiden mukaisesti on ollut puutteellista. Laajemman vastuun ja osaamisen kehittämisen kautta on saatu aikaan alueellisesti toi-

mivia ratkaisuja. Kokemukset näistä viittaavat siihen, että sosiaalipalvelujen turvaaminen ja laadun kehittäminen edellyttää laajempia alueellisia ratkaisuja sekä pysyviä tutkimus-, kehittämis- ja koulutusrakenteita. Erityisesti lastensuojelun toimintaedellytykset ovat tällä hetkellä kansallisena kokonaisuutena riittämättömät, ja esitetyt muutokset tuovat ongelmiin alueellisesti vaihtelevia ratkaisuja.

2.7.2 Näyttöön ja hyviin käytäntöihin perustuva sosiaali- ja terveydenhuolto

Aktiivinen tutkimus ja tutkimustietoon nojautuva kehittämistyö luovat pohjaa laadukkaalle, näyttöön ja hyviin käytäntöihin perustuvalla sosiaali- ja terveydenhuollolle. Useissa maissa osaamisen ohjausta on pyritty vahvistamaan kansallisen tason toimin mm. yhdistämällä ajankohtaista tietoa hoitomenetelmien vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta eri toimijoiden käyttöön (terveydenhuollon teknologioiden arviointi) ja antamalla kansallisia suosituksia ja ohjeistuksia tiedon implementoimista käytännön työhön (esim. Käypä hoito).

Monet tutkimukset osoittavat, että dokumentit ja ohjeistukset eivät sinänsä ole riittäviä, vaan tarvitsevat tuekseen alueellisen ja paikallisen tason kehittämistyötä. Tästä syystä eri maissa on lisäksi luotu alueellisia organisaatioita tukemaan yliopistojen, yliopistosairaaloitten ja käytännön potilas-/asiakastyön välistä yhteistyötä. Järjestelyillä on pyritty edistämään tutkimusta ja tutkimustiedon hyödyntämistä sekä koulutusta ja innovaatio toimintaa. Näin on luotu edellytyksiä myös käytännön toiminnan vaikutusten seurannalle ja arvioinnille sekä uusien tutkimuskysymysten ja -hypoteesien luomiselle.

Lakiehdotuksen 15 ja 16 §:issä säädetään viidestä erityisvastuualueesta ja niiden tehtävistä. Yhtenä näiden alueiden tehtävänä on vastata sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan suunnittelusta ja yhteensovittamisesta alueellaan. Erityisvastuualueen ylintä päätösvaltaa käyttää yhtymäkokous, jossa ovat edustettuina kaikki erityisvastuualueen sosiaali- ja terveysalueisiin kuuluvat kunnat. Erityisvastuualueen tehtävien käytännön toimeenpanosta vastaa sen hallitus, jonka yhtymäkokous valitsee. Silloin kun hallitus käsittelee tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan suunnittelua ja yhteensovittamista, hallitukseen kuuluu lisäksi alueen korkeakoulujen ja tutkimus- ja kehittämistoiminnan edustajia.

Tutkimustoiminta, kehittäminen ja koulutus näkyvät säädösehdotuksessa ja sen perusteluissa kuitenkin vielä osin irrallisina kysymyksinä. Lain tavoitteissa ei tule selkeästi esille se, että koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän kansallisen ohjauksen keskeisinä elementteinä tulisi olla toimivan rakenteen lisäksi myös jatkuva kehittämistyö. Tällöin tutkimusta, koulutusta ja kehittämistä tulisi tarkastella osana sekä koko johtamisjärjestelmää että toiminnan laadullista kehittämistä.

Palvelujen laadullinen kehittäminen edellyttää toiminnan jatkuvaa uusiutumista. Nykyaikainen johtaminen edellyttää jatkuvaa tiedon tuottamista, sen muokkaamista sekä kokeilu- ja kehittämistoimintaa. Toisaalta johtamisjärjestelmien oma kyky suoriutua näistä uusista haasteista on rajallinen, joten johtamisella tulee olla tukenaan vahvat tutkimus- ja kehittämisrakenteet. Tämä on myös kansallisten ohjaustavoitteiden toteutumisen kannalta keskeistä.

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestelmät vastaavat vain osasta tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoimintaa. Vaikka normaalit tutkimus-, koulutus- ja kehittämissorganisaatiot vastaavat omalta osaltaan kehittämisestä, niiden toiminta tulee sovittaa yhteen alueilla toteutuvan tutkimus- ja kehittämistyön kanssa.

Aiheellisesti voidaan kysyä ovatko erityisvastuualueita koskevat säädökset riittäviä takaamaan toimivan yhteistyön akateemisen tiedontuotannon, paikallisen kehittämistyön ja käytännön asiakas- /potilastyön välillä. Yliopistojen vaikutusvalta erityisvastuualueiden ja erityisesti sosiaali- ja terveysalueiden päätöksenteossa vaikuttaa lakiehdotuksessa rajatulta ja lain edellyttämät toimeenpanosopimukset ja toimintasuunnitelmat vielä melko täsmennyttömiltä ohjauskeinoilta. Kokonaisuutena lakiehdotuksen tarjotamat edellytykset nivoo yhteen tutkimus- ja kehittämisrakenteita ja koulutusta jäävät epäselviksi.

Sosiaalihuollon osalta järjestämislakiehdotuksen tutkimus-, kehittämis- ja koulutusesitykset eivät ole tasapainossa terveydenhuollon kanssa. Kun keskeisenä tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio, tulee sosiaalihuollon roolia yliopistotasaisen tutkimuksen EVO-rahoituksenkin osalta lakiehdotuksen seuraavissa vaiheissa vahvistaa.

2.8 Kansallinen ohjattavuus ja ohjauksen mekanismit

Kuten yllä on todettu järjestämisvastuultaan hajautetut sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmät tuottavat säännönmukaisesti vaihtelua palvelujen saatavuudessa ja laadussa. Kansalaisten yhdenvertaisuuden takaamiseksi vaihtelua pyritään vähentämään valtion ohjauksella. Valtion keskeisiä ohjauskeinoja ovat normiohjaus, informaatio-ohjaus ja resurssiohjaus. Esimerkkejä näiden käytöstä ovat erilaiset kansalliset määräykset, ohjeistukset, toimintasuunnitelmat ja ohjelmat. Valtio voi tukea ja ohjata alueellisia ja paikallisia toimijoita taloudellisesti esimerkiksi korvamerkityin valtionavuin. Valvonta on yksi kansallisen ohjauksen keino, jolla pyritään ehkäisemään heikkolaatuista tuotantoa ja poistamaan laadultaan ala-arvoiset palvelut ja osaamattomat palvelutuottajat pois järjestelmän piiristä.

Kansainvälisesti poikkeuksellisen pirstaleisessa suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä on suuri tarve yhtenäiselle kansalliselle ohjaukselle, jotta kohtuuttomilta eroilta palvelujen saatavuudessa ja laadussa vältyttäisiin. Järjestämislakiehdotuksen mukaiset rakenteelliset muutokset eivät vähennä kansallisen ohjauksen

tarvetta, sillä lakiehdotus sallii edelleen varsin vaihtelevan tavan järjestää palveluja ja syntyvien järjestäjien lukumäärä on edelleen suuri.

1990-luvulla toteutetun kansallisen ohjauksen heikentämisen jälkeen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa ovat painottuneet erilaiset ohjelmat ja valvontatoimet, mutta yhtenäisten kehittämislinjausten luominen, palvelutuotannon seuranta ja siihen perustuva ohjaus ovat kansainvälisesti katsoen heikosti kehittyneitä. Tämä on johtanut osareformeihin ja alueelliseen eriarvoon palvelujen saannissa, ja täten palvelujärjestelmän eri osien eritahtiseen kehittymiseen. Seurauksena on, että vaikka järjestelmä eräiltä osiltaan toimii erinomaisesti, ei se kokonaisuutena toimi hyvin.

Viime vuosikymmeninä tapahtuneen IT-järjestelmien kehittymisen myötä mahdollisuudet tuottaa lähes reaaliaikaista seurantatietoa palvelujärjestelmän toiminnasta ja toimivuudesta ovat olennaisesti parantuneet. Tietotekniikan mukanaan tuomia mahdollisuuksia on eri maissa hyödynnetty esimerkiksi ns. kansallisten laaturekisterien avulla. Avointa ja kansalaisille läpinäkyvää vertailutietoa palvelujen saatavuudesta, laadusta ja vaikuttavuudesta kerätään ja toimitetaan niin paikallisen, alueellisen kuin kansallisen kehittämisen ja ohjauksen pohjaksi. Näihin eri tasoille asettuviin kehittämis- ja ohjausmekanismeihin verrattuna valvonnan ja erityisesti erilaisten sanktiomenettelyjen (uhkasakkojen, ammattihenkilöstön muistutusmenettelyjen jne.) merkitys palvelutuotannon laadun ja turvallisuuden takaajina on rajallinen.

Kansallisesta ohjauksesta säädetään järjestämislakiehdotuksen luvussa 4. Lain 41 §:ssä todetaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleisen ohjauksen, suunnittelun, kehittämisen ja valvonnan kuuluvan sosiaali- ja terveysministeriölle. Osana tätä tehtävää ministeriö laatii sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukuntaa kuullen pitkän aikavälin strategiset linjaukset, jotka ohjaavat palvelujen järjestäjiä palvelurakenteen kehittämisessä.

Säännöksen perustelujen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen valtakunnallisen kehittämisen ja ohjauksen keskeisenä tavoitteena olisi päällekkäisen toiminnan välttäminen, rajallisten voimavarojen tehokkaan käytön varmistaminen ja laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaisen toteutumisen turvaaminen kansallisesti. Valtakunnallisella ohjauksella vahvistettaisiin perustason toimintaa ja ohjattaisiin valtakunnallista keskittämistä edellyttävien palvelujen toteuttamista. Etenkin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain toimeenpanovaiheessa, uudenlaista järjestämisrakennetta luotaessa, valtakunnallisen ohjauksen merkitys on olennainen. Säännöksen perusteluissa todetaan myös, että palvelurakenteen kehittymistä ja palvelurakenteen ohjauksen vaikuttavuutta seurataan ja arvioidaan sekä tarvittaessa kehitetään uusia välineitä valtakunnallisen ohjauksen tehostamiseksi.

Lakiehdotuksen 41 §:ssä säädetään myös Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtävästä sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen, suunnittelun ja kehittämisen kansallisena asiantuntijaviranomaisena, joka osallistuisi myös kansallisen ohjauksen valmisteluun sekä sen toteutumisen seurantaan ja arviointiin.

Lakiehdotuksen 16. §:ssä asetetaan erityisvastuualueelle velvoite vastata alueensa toiminnan yhteensovittamisesta kansallisen tason strategisten linjausten kanssa ja varmistaa kansallisen ohjauksen toteutuminen toiminnassa. Lisäksi ehdotuksen 20 §:ssä asetetaan sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen kuntien edustajainkokoukselle velvollisuus päättää alueen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintasopimuksista ja toiminnallisista ja taloudellisista tavoitteista ottaen huomioon kansallisen tason strategiset linjaukset. Sekä erityisvastuualueille että sosiaali- ja terveysalueille ja perustason alueille on näin asetettu velvollisuus ottaa toiminnassaan huomioon palvelurakenteen kehittämistä ohjaavat ja muut kansallisen tason strategiset linjaukset.

Jo edellä osiossa 2.7.2 käsiteltiin erityisvastuualueiden ja akateemisen tiedontuotannon välistä suhdetta, jota pidettiin puutteellisena. Linkki tutkimuksen, kehittämistyön ja käytännön asiakas- ja potilastyön välillä on sitäkin hauraampi, kun erityisvastuualueiden päätösten toimeenpanosta ei ole selkeitä säädöksiä.

Yksi laissa säädetty kansallisen ohjauksen väline on sen 42 §:ssä tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, jonka valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi, ja joka on yhteensopiva hallituksen valtiontaloutta koskevien päätösten kanssa. Säännöksessä tarkoitettussa kansallisessa kehittämisohjelmassa määritellään koko ohjelmakauden kattavat keskeisimmät sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ja kehittämistä ohjaavat sosiaali- ja terveystieteelliset tavoitteet ja painopisteet sekä niiden toteuttamista tukevat keskeiset uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset. Ohjelmassa määriteltävät toimenpidesuosituksien tulisi sovittaa yhteen valtion talousarvion ja valtiontalouden kehyspäätösten kanssa.

Lakiehdotuksen 42 §:n kansallinen kehittämisohjelma vastaa nykyistä Kaste-ohjelmaa ja sitä koskevaa sääntelyä. Tähänastiset Kaste-ohjelman kokemukset ja arviointitulokset eivät kuitenkaan ole osoittaneet ohjelman vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta kansallisen kehittämisen ja ohjauksen välineenä. Vaikka ohjelman tuella on kehitetty ja levitetty joitakin hyviksi osoitettuja käytäntöjä ja toimintamalleja, sen keskeisin arvo ei kuitenkaan ole kansallisen palvelujärjestelmän kehittäminen, vaan paikallisen kehittämistoiminnan mahdollistaminen ja stimuloiminen.

Lakiehdotukseen sisältyvät ohjausmekanismit ja -toimenpiteet ovat valvontaa lukuun ottamatta, kuvaukseltaan ja sisällöltään vielä täsmennyttämiä eivätkä sellaisenaan riitä takaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon hyvää kansallista ohjattavuutta. Kansallisen ohjauksen kannalta strategisten kehittämislinjausten kohteena tulee olla laajemmat, pidemmän aikavälin ratkaisut, ns. kansallinen käsikirjoitus sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteista ja keinoista esimerkiksi kymmenen vuoden aikajänteellä. Käsikirjoituksen tulee sisältää suuntaviivat järjestämisen rakenteesta, rahoituksesta, keskeisten kansallisten tuotantorakenteiden turvaamisesta sekä uudistuksen toimeenpanosta. Suunnitelman laatimisessa on tarpeen käyttää parasta mahdollista kansallista ja kansainvälistä asiantuntemusta.

Tulevaisuuden kehityksen kannalta on tärkeää, että tutkimus- ja kehittämistoiminnan välisiä siltoja vahvistetaan ja että palvelujärjestelmätutkimukselle tarjotaan riittävät edellytykset kansallisen järjestelmän kehittämisen kannalta olennaisen tiedon tuottamiseen. Tämä on syytä ottaa huomioon määriteltäessä uusilla strategisilla rahoitusinstrumenteilla rahoitettavan tutkimuksen painopistealueita.

2.9 Järjestämislakiluonnos ja tietohallinto

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnosta voidaan arvioida tietohallinnon näkökulmasta katsomalla nykyisin voimassa olevien säädösten ja ehdotetun lakiuudistuksen välistä muutosta sekä tarkastelemalla nykyisen alueellisen yhteistyön rakenteita ja niiden suhdetta ehdotuksessa esitettyihin uusiin mahdollisiin rakenteisiin. Arvioinnin ensimmäinen osa on tehty järjestämislakiluonnosta, sen perusteluja ja tietohallintoa koskevia nykyisiä säädöksiä ja soveltuvia taustamateriaaleja analysoimalla. Tarkastelun toista osaa varten pyydettiin THL:n sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon operatiivisen ohjauksen yksikön (OPER) erikoissuunnittelijoilta, jotka toimivat erityisvastuualueilla, arvio vastuullaan olevan alueen tietohallinnon ja alueellisen yhteistyön tilasta sekä hyödynnettiin täydentävää taustamateriaalia. Tilannekatsauksia peilattiin maakuntia koskeviin kuviin THL:n ennakkoarviossa ja pyrittiin arvioimaan mahdollisesti syntyvää uutta rakennetta tietohallinnon näkökulmasta.

Uudistuksessa ei muuteta palvelujen tuotantoa koskevia säännöksiä. Järjestämistä vastuussa oleva vastuukunta tai kuntayhtymä voi edelleenkin tuottaa palvelut itse, järjestää niitä yhteistyössä muiden sote-alueiden tai perustason alueiden vastuukuntien tai kuntayhtymien kassa, olla mukana kuntayhtymissä tai ostaa palveluja yksityisiltä tai kolmannen sektorin palvelujen tuottajilta. Asiakastieto syntyy palvelujen tuottajien toiminnassa, joten asiakas- ja potilastiedon käsittelyssä ja tiedon liikkua on aina kyse palvelujen tuottajien toiminnan tiedoista vaikka järjestämistä vastuu siirtyy lakiehdotuksessa uusille toimijoille. Vaikka tiedon rekisterinpito uudistuu, jäävät tietojärjestelmät palvelujen tuottajien omaisuudeksi. Elleivät järjestäjät lähde tarjoamaan tietojärjestelmiä tuottajille, hankkivat ne edelleen järjestelmänsä itse.

Tuoreen kyselyn mukaan Suomen kuntatoimijat katsovat, että IT-ratkaisujen hyödyntämisellä on keskeinen rooli tasavertaisten sosiaali- ja terveystalouden tuottamisessa. Tulevaisuudessa IT-ratkaisujen merkityksen nähdään olevan vielä nykyistäkin tärkeämpi. IT:n hyödyntämisen tavoitteena pitäisi olla mahdollisimman hyvien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottaminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon välisen, alueellisen ja valtakunnallisen IT-yhteistyön tiivistämistä pidettiin tärkeänä. Organisoitua erityisvastuualueen yhteistyötä pidettiin merkittävänä. Siinä erityisen tärkeitä olivat päällekkäisten ja yhteen sopimattomien ratkaisujen välttäminen, asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhteentoimivuuden lisääminen sekä kokonaisarkkitehtuurien suunnittelu/kuvaaminen.

2.9.1 Lakiluonnoksessa olevat tiedonhallintaa koskevat esitykset ja nykytila

Rekisterinpito

Lakiehdotus

Lakiehdotuksen 73 §:ssä säädetään asiakas- ja potilastietojen rekisterinpidosta siten, että sosiaali- ja terveystietojen vastuukunta on henkilötietolain (523/1999) 3 §:n 4 kohdassa tarkoitettu rekisterinpitäjä sen omassa toiminnassa ja sen alueeseen kuuluvan perustason alueen vastuukunnan toiminnassa syntyneille sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilaskirjoille. Näihin asiakas- ja potilas-asiakirjoihin ja niiden käsittelyyn sovelletaan mitä niistä säädetään sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000), potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992), sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa (159/2007), viranomaisen toiminnan julkisuudesta annetussa laissa (621/1999) ja henkilötietolaissa. Lakiehdotuksen perusteluosassa ratkaisua perustellaan sillä, että näin alueella tapahtuvasta asiakas- ja potilasasiakirjojen tiedonvaihdosta saadaan sujuvaa ilman monimutkaisia hallinnollisia suostumusmenettelyjä. Tällä tavoitellaan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon integraatiota hoitoprosesseissa.

Nykytila

Julkisuuslain 5 §:n 2 momentin perusteella viranomaisen asiakirjana pidetään asiakirjaa, joka on laadittu viranomaisen antaman toimeksiannon johdosta. Ostopalvelu- tai toimeksiantosopimuksella tuotetussa palvelussa syntyvät asiakas- ja potilasasiakirjat ovat palvelun ostajan tai toimeksiannon antajan asiakirjoja ja ne kuuluvat myös tämän ostajan/toimeksiantajan rekisteriin.

Henkilötietolaissa on säädetty niistä tehtävistä, jotka rekisterinpitäjän on hoitettava tietoja käsitellessään. Arkaluoteisia tietoja saa käsitellä terveydenhuollon toimintayksikössä ja terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta ja sosiaalihuollon viranomaisissa ja laitoksissa, jotka ovat rekisterinpitäjiä. Rekisterinpitäjälle on henkilötietolaissa säädetty tehtäviksi mm. huolehtia tietojen virheettömyydestä ja korjaamisesta, käsittelyn asianmukaisuudesta, rekisteröidyn informoimisesta, rekisteröidyn tarkastusoikeuden toteutumisesta, jonka saa tehdä vain ammattihenkilö, ja tietojen luovutuksesta tutkimukseen. Lisäksi rekisterinpitäjän on toteutettava tarpeelliset tekniset ja organisatoriset toimenpiteet henkilötietojen suojaamiseksi. Rekisterinpitoon liittyy juridinen vastuu ja vahingonkorvausvelvollisuus. Jos joku pitää tietoja rekisterinpitäjän lukuun, on tämän annettava rekisterinpitäjälle selvitys tietojen suojaamisesta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista säätelee terveydenhuollon toimintayksiköt rekisterinpitäjiksi. Nykylainsäädännössä on tulkintaa siinä, onko tosiasiallinen rekisterinpitäjä terveydenhuollon yksikön sijaan sittenkin kunta.

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa lain mukaan asiakas-asiakirja-asioissa toimija on sosiaalihuollon toteuttaja/järjestäjä, jolla on tietyissä tilanteissa, kuten lapsen etu, virkavelvoite luovuttaa tietoja.

Asiakastietolakia (159/2007) sovelletaan palvelujen antajien järjestäessä tai toteuttaessa palveluja. Palvelujenantajiksi mainitaan terveydenhuollon toimintayksiköt ja sosiaalihuollon viranomaiset sekä muut julkiset sekä yksityiset palvelujen tuottajat. Palvelujen antajan tulee pitää sähköisten asiakastietojen rekisteriä ja kerätä käytön ja luovutuksen lokitiedot, jotka tallennetaan arkistopalveluun. Luovutus toiselle palvelujenantajalle tehdään valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen kautta tai palvelujen tuottajien välisenä luovutuksena. Potilas voi tehdä kiellon palvelujen antajan tai palvelutapahtuman perustella. Valtakunnalliseen arkistointipalveluun liittynyt terveydenhuollon palvelujen antaja vastaa rekisterinpitäjänä järjestelmään tallennettujen potilastietojen ja niiden käsittelyn liittyvien lokitietojen sisällöstä ja virheettömyydestä sekä tietojen luovuttamisen ja muun käsittelyn lainmukaisuudesta. Palvelujen antaja antaa pyynnöstä asiakkaalle lokitiedot ja tiedot käytön perusteista. Palvelujen antajan on seurattava ja valvottava tietosuojaa ja tietoturvaa ja ryhdyttävä asiattoman käsittelyn havaitessaan toimenpiteisiin. Toimintayksikön vastaavan johtajan tulee antaa kirjalliset ohjeet asiakastietojen käsittelystä ja jokaisella palvelujenantajalla on oltava tietosuojavastaava.

Muutos

Rekisterinpitäjä ei enää ole terveydenhuollon toimintayksikkö eikä sosiaalihuollon viranomainen, vaan sosiaali- ja terveystieteiden vastuukunta (tai kuntayhtymä), joka vastaa sekä omassa toiminnassaan että alueeseen kuuluvan perustason alueen vastuukunnan toiminnassa syntyneistä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilaskirjoista. Muutoin ei esitetä muutoksia. Asiakas- ja potilas-asiakirjoihin ja niiden käsittelyyn siten edelleen sovelletaan mitä niistä säädetään sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000), potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992), sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa (159/2007), viranomaisen toiminnan julkisuudesta annetussa laissa (621/1999) ja henkilötietolaissa.

Arvio muutoksesta

Mikäli rekisterinpitäjä ja palvelujen tuottaja ovat sama organisaatio, muodostuu lakimuutoksen myötä luontainen sosiaali- ja terveydenhuollon ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio. Kokonaisuus muodostuu erilaiseksi jos palvelujen järjestäjä ja tuottaja(t) ovat eri organisaatioita. Henkilötietolain mukaiset rekisterinpitäjän vastuut, kuten esimerkiksi vastuu tietojen virheettömyydestä ja korjaamisesta ja vastuu tietojen käsittelyn teknisestä ja organisatorisesta asianmukaisuudesta, siirtyvät uudistuksessa pois palveluja tuottavalta yksiköltä palvelujen järjestäjälle. Lisäksi perusalueiden ja sote-alueen välille syntyy tilanne, jossa osa järjestämisestä on annet-

tu eri toimijalle kuin rekisterinpito. Muutos korostuu tilanteessa, jossa merkittävä osa palveluista toteutuu perustasolla ja/tai sieltä käsin ulkoistettuna. Tuolloin rekisterinpidon käytännön vastuut ja mahdollisuus ohjata tiedon käsittelyn asianmukaisuutta ovat hallinnollisesti etäällä rekisterinpitäjistä.

Asiakastietolaki antaa vastuuta ja tehtäviä palvelujen antajille olettaen, että ne ovat myös rekisterinpitäjiä. Tämä terminologia on lakiteknisesti korjattavissa, mutta vielä sen jälkeenkin jää epäselvyyttä vastuisiin palvelujen antajien ja rekisterinpitäjän välillä, mikä korostuu, jos nämä eivät ole sama organisaatio. Toimintayksiköille, joita nimetään palvelujen antajiksi, annetaan Asiakastietolaissa paljon tehtäviä (ohjeistaminen, tietoturva vastaava jne.). Tietojen luovutuksen asiakkaalle saa tehdä vain ammattihenkilö (hoitovastuinen henkilö), joten palvelujen antajilla on edelleen asiakirjahallintoon liittyviä tehtäviä. Tietoturvasta voi käytännössä huolehtia vain palvelujen antaja, joka käyttää tietokoneita jne. Järjestäjä, eli sote-alue tai perustason alue (tai niiden palveluja järjestävä toimintayksikkö), voi vain asettaa vaatimuksia, kun palveluja tuottava yksikkö toimii järjestäjän lukuun. Palvelujen antajan roolissa toimivalle (tai peruspalvelualueelle) lakiesitys ei anna mitään omia vastuuta roolissaan. Jos sote-alue yksin on rekisterinpitäjä ja Asiakastietolaki muutetaan koskemaan palveluja järjestävää rekisterinpitäjää, poikkeaa tilanne nykyisestä lainsäädännöstä, jossa palveluja antavalla (tuottavalla) on tässä roolissa omat vastuunsa, vaikka rekisterinpito jää palvelun järjestäjälle.

Asiakastietolain mukainen oikeus suostumuksiin ja kieltoihin on palvelutapah-tuma- ja toimintayksikkötasoinen. Lakiuudistuksen myötä ei erillistä suostumusta rekisterinpitäjän sisällä tarvita, mutta ilmeisimmin tarkoitus on, että kiellot ovat mahdollisia kuten nykyllaissakin.

On epäselvää kuinka ne toimijat, kuten perustason alueet tai ulkoistetut palvelujen tuottajat, joiden lukuun sote-alue huolehtii rekisterinpidosta, osallistuvat rekisterinpidon kustannuksiin.

Säädöksistä ei ole yksiselitteisesti luettavissa kuka on rekisterinpitäjä, kun asiakas hakee valinnanvapautensa mukaisesti palvelut muualta kuin niiltä palvelujen tuottajilta, joiden rekisterinpitäjänä on oma sote-alue. Mikäli järjestävä (oma) sote-alue tulkitaan rekisterinpitäjäksi, tarvitaan menettelytavat sille, miten se käytännössä voi hoitaa rekisterinpitoon liittyvät vastuunsa toisella sote-alueella.

Rekisterinpitotehtävän hoitaminen kansallisia tietojärjestelmäpalveluja käyttäen

Lakiehdotus

Sosiaali- ja terveysalueen asiakas- ja potilasrekisterit tulee ehdotuksen mukaan muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain (159/2007) mukaisia valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluja käyttäen. Rekisterin muodostamista kansallisia tietojärjestelmäpalveluja käyttäen perustellaan sillä, että

Asiakastietolain mukaisessa kansallisessa arkistointipalvelussa on sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden muodostamishetkellä suurin osa hoidon kannalta merkityksellisestä tiedosta. Lisäksi Asiakastietolaki mahdollistaa myös vanhojen tietojen tallennuksen osaksi kansallista palvelua. Perustelujen mukaan rekistereiden muuttaminen kaikissa käytössä olevissa potilasjärjestelmissä vaatisi laajan kehittämistyön ja aiheuttaisi merkittävästi kustannuksia, joiden hillitsemiseksi kansallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttöä esitetään. Lisäksi todetaan, että esim. paperiset arkistot jäävät tämän mahdollisuuden ulkopuolelle. Niiden osalta rekisterinpitäjä organisoisi arkistoinnin sopimuksin (palvelujen tuottajien kanssa).

Nykytila

Terveydenhuoltolain nojalla voi perustaa sairaanhoitopiirikohtaisen yhteisrekisterin, jossa kuitenkin jokainen on oma rekisterinpitäjänsä. Rekisterinpitäjillä on henkilötietolain mukaiset velvollisuudet. Luovutus toiselle palvelujen antajalle voidaan tehdä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen kautta. Tämä ratkaisu on tuotannossa kahden sairaanhoitopiirin alueella (Pohjois-Karjala ja Länsi-Pohja).

Muutos

Sosiaali- ja terveysalueen asiakas- ja potilasrekisteriä ei muodosteta paikallisesti tai alueella, vaan valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluja käyttäen ja kaikkien paikkojen, joissa käsitellään kuntavastuisesti asiakas- ja potilastietoa sähköisesti, pitää olla liittyneitä valtakunnalliseen palveluun, mukaan lukien ostopalvelujen ja palvelusetelien tuottajat. Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen ulkopuolelle jäävien asiakirjojen (mm. paperisten) osalta rekisterinpitäjä organisoisi arkistoinnin sopimuksin (palvelujen tuottajien kanssa).

Arvio muutoksesta

Sähköiset asiakas- ja potilasrekisterit eivät enää ole toimintayksikkötasoisia, vaan osa valtakunnallisia palveluja joihin liitytään soite-alueina. Muutos vastaa jo nyt Asiakastietolakiin kirjattuja periaatteita, eikä muuta niitä. Muiden asiakirja-arkistojen osalta syntyy sopimuksia kun soite-alue vastaa paikallisista asiakirjoista hallinnollisesti. Tämä on uusi toiminto.

Erityisvastuualueen tehtävä tiedonhallinnan koordinaatiossa

Lakiehdotus

Lakiesityksen 16 § mukaan yksi erityisvastuualueen tehtävistä on vastata sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan ja asiakas- ja potilastietojen käsittelyn yhteensovittamisesta sekä alueellisesta kokonaisarkkitehtuurista siten kuin julkisen hallinnon tietohallinnon ohjauksesta annetussa laissa (634/2011, Tietohallintolaki) säädetään. Perusteluosassa täsmennetään säädöstä kuvaamalla tarkemmin tehtävää. Erityisvas-

tuualueen tulee vastata siitä, että alueen sosiaali- ja terveysalueet ja perustason alueet sopivat yhdessä kokonaisarkkitehtuurin tavoitetilasta ja toteutuksesta hyödyntäen alueiden välistä yhteistyötä, kuten yhteishankintoja ja keskitettyä ylläpitoa. Kokonaisarkkitehtuurissa on otettava huomioon säädökset valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista, joihin tietohallinnon uudistukset, mukaan lukien kokonaisarkkitehtuuri, on yhteen sovitettava. Lisäksi on huomioitava Tietohallintolaki, jonka osalta nostetaan erityisesti esiin lain 4 ja 8 §.

Erityisvastuualueen tulisi vastata lisäksi alueensa sosiaali- ja terveysalueiden vastuukuntien asiakas- ja potilasrekisterien toteuttamisen ja käytön ohjeistamisesta ja koordinaatiosta ottaen huomioon mitä rekisterinpidosta ja tietojen käsittelystä laissa säädetään. Tehtävä sisältäisi myös sellaisten tiedonhallinnan ja asiakas- ja potilastietojen käsittelyn kehittämisessä ja hyödyntämisessä tarvittavien tehtävien hoitamisen, joita ei ole tarkoituksenmukaista hoitaa perustason alue- tai sosiaali- ja terveysaluekohtaisesti. Tehtävien sisällöstä ja vastuunjaosta tulee sopia tarkemmin erityisvastuualueen järjestämissuunnitelmassa.

Nykytila

Terveydenhuoltolain mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa potilastietorekisterin edellyttämästä koordinaatiotehtävästä ja huolehtii, että tietojärjestelmän välityksellä tapahtuvassa tietojen luovutuksessa noudatetaan säädettyjä velvoitteita. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on yhteistyössä suunniteltava ja sovitettava yhteen alueensa erikoissairaanhoidon palvelujen mm. tietojärjestelmäratkaisut ja hankinnat. Tietohallintolakia sovelletaan kunnallisiin viranomaisiin niiden hoitaessa julkista tehtävää kuten sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen. Tietohallinto on julkisen tehtävän hoitamista IT:tä hyödyntäen ja tietojärjestelmä on tätä käyttöä varten pidettyä ATK-tiedostoa tai tietovarantoa. Viranomaisen on kuvattava kokonaisarkkitehtuurinsa (tieto-, järjestelmä- ja teknologia-arkkitehtuuri).

Muutos

Erityisvastuualueen tehtäväksi tulee vastata sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan asiakas- ja potilastietojen käsittelyn yhteensovittamisesta sekä alueellisesta Tietohallintolain mukaisesta kokonaisarkkitehtuurista. Muutos nostaa sairaanhoitopiirien koordinaatiotehtävän erityisvastuualueen tasolle. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiireillä on jo ollut yhteensovittamisvelvoite mukaan lukien Tietohallintolain huomiointi. Siten järjestämissuunnitelmassa sopiminen ei ole kovin suuri muutos sinänsä. Suurin muutos on siinä, että koordinaatiotehtävä annetaan toimijalle, jolla ei ole varsinaista omaa järjestämiss vastuuta eikä omaa tuotantoa.

Arvio muutoksesta

Nykyisinkin erityisvastuualuilla on ollut koordinaatiotehtävä, joten tehtävä ei ole kokonaan uusi. On huomattava, että Tietohallintolain tuomat velvoitteet alueellisesta yhteensovittamisesta ovat paljon laajemmat kuin asiakas- ja potilasasiakirjojen käsittelyä koskevat säädökset, sillä ne sisältävät kaiken tiedonhallinnan. Erityisvastuualueet joutuvat näissä asioissa työskentelemään yhdessä palvelujen tuottajien kanssa, koska toiminnanohjauksen ja hallinnon järjestelmät ja sähköiset asiakaspalvelut yms. ovat palvelujen tuottajilla, eivät järjestäjillä. Mikäli palvelujen järjestäjät ja tuottajat jostain syystä eriytyvät, joutuu erityisvastuualue koordinoimaan erikseen sekä järjestäjiä että tuottajia. Tietohallintolain mukaisista toiminnoista hallinnolliset järjestelmät, toiminnanohjauksjärjestelmät ja vastaavat, ovat valintoina palvelujen tuottajien hallinnassa, mutta kuitenkin Tietohallintolain alaisia. Erityisvastuualue voi esimerkiksi palvelujen hankinnoissa yms. hoitaa tehtäviä alueiden lukuun, mutta asiakastietojen tiedonhallintaa ja käsittelyä esimerkiksi tietojohdantamista varten se ei voi hoitaa, koska sillä ei ole juridista oikeutta varsinaisiin asiakastietoihin.

2.9.2. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon nykytila alueilla ja sen tarkastelu suhteessa palvelujen järjestämistä ja rekisterinpittoa koskeviin muutosesityksiin

Kuntien ja kuntayhtymien yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon alalla ovat nykyisin keskeisiä palvelujen tuottamiseen liittyvä kuntien välinen yhteistyö sekä kansalliset tietohallintoon liittyvät säädökset. Terveydenhuoltolaissa sairaanhoidopiireille annetut tietohallinnon tehtävät ovat luoneet niiden alueille palvelutuotannon IT-yhteistyötä, yhteisrekistereitä sekä yhteistyötä Kanta-järjestelmään liittymisessä. Osa alueista on ulkoistanut tietohallintonsa sitä varten erikseen perustetuille osakeyhtiö-toimijoille. Kuntaliitto on aktiivisesti edistänyt kuntien välistä tietohallintoyhteistyötä mm. VAKAVA-projetissa. Kuntaliiton tukemana on myös perustettu kuntien Tiera Oy, josta osakkaiksi liittyvät kunnat saavat tietohallintoon liittyviä palveluja. Näissä palveluissa korostuvat erityisesti hallinnon järjestelmät ja sähköiset asiakaspalvelut. Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjojen käsittely ja siihen liittyvät rekisterinpitotehtävät ovatkin keskeisiä, on kunnallisilla toimijoilla paljon muutakin tietohallintoon liittyvää yhteistyötä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen OPER-yksikön erikoissuunnittelijat kokosivat tätä arviota varten kukin omalta erityisvastuualueeltaan kuvauksen tämän hetkisestä tietohallinnon yhteistyöstä ja tietojärjestelmäratkaisuisista. Katsauksessa korostuvat Kanta-järjestelmään liittymisen kannalta keskeiset seikat. Arviota varten taustatietoja on täydennetty mm. VAKAVA-projektin tuotoksilla. Liitteessä 6 on kootuna kunkin erityisvastuualueen kokonaiskuva, jossa on maakuntakohtaisesti tarkasteltu nykytilaa. Alueellisen rakenteen muutosta on arvioitu tutkimalla nykytilan ja

THL:n alustavan arviointiraportin liitteenä olleen mahdollisia sote-alueita/peruspalvelualueita esittävä kuvan suhdetta.

Erityisvastuualueiden ja sairaanhoitopiirien IT-koordinoititehtävä

Nykyiset viisi erityisvastuualuetta hoitavat kaikki yliopistollisten sairaaloiden sairaanhoitopiirien johdolla koordinaatiotehtäväänsä, mutta tekevät sen hyvin eri tavoin. Vahvinta koordinaatiotyötä tekevillä alueilla työ vastaa jo nyt pitkälti sitä, mitä uudessa järjestämislaissa erityisvastuualueilta odotetaan, mutta yhteistyö voi myös olla kevyempää ja kohdistua esimerkiksi vain osaan alueen toimijoista. Merkittävää on huomata, että koordinaatioyhteistyön vahvuus ei ole mitenkään selvästi suhteessa alueen tietohallintoratkaisujen yhdenmukaisuusasteeseen.

Nykyisen terveydenhuoltolain mukaan koordinaatiovastuu on sairaanhoitopiireillä, joiden toiminnalle arvioinnissa annettiin pisteytys. Vahva koordinaatio sai 3 pistettä ja olematon 0 pistettä. Mikäli koordinaatio oli vahvaa, mutta kohdistui esimerkiksi vain osaan alueen toimijoista, tuli pisteitä 2, ja havaittava, mutta heikko koordinaatio sai 1 pisteen. Tätä arviointitehtävää varten pisteytystä ei ollut mahdollista tehdä usean arvioitsijan erikseen antamien pisteiden kautta, joten tulos on vain suuntaa antava ja sen tarkoitus on antaa yleiskuvaa nykytilasta koko Suomen tasolta katsottuna eikä arvioida yksittäisiä alueita. Taulukossa 9 on esitetty kunkin erityisvastuualueen tilanne. Kaikki sairaanhoitopiirit hoitavat näitä tehtäviä nykyisin, ja enemmistössä alueista toiminta on myös vahvaa. Sairaanhoitopiiritasoinen alueiden kuntien yhteistyö näyttää erityisvastuualueen koordinaatiotyötä selvemmin alueen tietohallintoratkaisujen yhdenmukaisuutena.

Alueiden tietojärjestelmäratkaisut

Tietojärjestelmäratkaisut alueilla vaihtelevat. Siirtymisessä uudenlaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon on järjestelmien yhteentoimivuus oleellista. Monilla alueilla on jo nyt siirrytty koko sairaanhoitopiiriin tai sen osien yhteisiin aluetietojärjestelmiin, jolloin tietohallinnon infrastruktuuri tukee alueelliseen yhteiseen rakenteeseen siirtymistä, mutta on myös alueita, joilla ratkaisut ovat hyvinkin kuntakohtaisia. Muutoksen yhteisiin toimintoihin voidaan ajatella olevan helpompaa jos alueella tieto jo nyt liikkuu aluejärjestelmässä tai toimijoilla on vähintään käytössään samanlaisia tietojärjestelmätuotteita, jolloin vältetään kokonaan uusien järjestelmien hankkiminen. Yhdenmukaisuusasteen yleiskuvaa on taulukossa 9 ja yksityiskohtaisempaa taustatietoa liitteessä 6.

Taulukossa 9 on ”sote-alueeksi valmis” ratkaisu saanut 3 pistettä ja täydellinen epäyhtenäisyys 0 pistettä. Jos ratkaisu alueella koostuu muutamista ”kypsistä” alueratkaisuista tulee pisteitä 2. Mikäli alueella on jotain alueellisesti yhteen toimivia komponentteja, esimerkiksi aluetietojärjestelmässä potilastiedon vaihtoa, mutta osa toimijoista jää ulkopuoliseksi, tai pienalueiden tietojärjestelmäratkaisut ovat kovin

moninaisia, tulee pisteitä 1. Kaksi nykyistä sairaanhoitopiiriä (Länsi-Pohja ja Itä-Savo) jäisivät järjestämislakiesityksessä alueiksi, joista ei tulisi omaa sote-aluetta, vaan teoriassa korkeintaan sote-alueen sisällä toimivia peruspalvelualueita. Näistä Itä-Savo on jo yhtenäistänyt tietojärjestelmäratkaisunsa Etelä-Savon kanssa.

Yhteenvetona voidaan todeta, että Suomessa on tällä hetkellä kahdeksan aluetta, joiden IT-ratkaisut suoraan tukevat alueen mahdollista toimimista sote-alueena. Lisäksi on noin viisi aluetta, joilla on elementtejä muuntautua IT-näkökulmasta tarkasteltuna sote-alueiksi. Noin viidellä alueella nykyiset ratkaisut ovat niin hajanaisia, että muutoksen uudenlaiseen alueelliseen yhteistoimintaan voidaan arvioida merkitsevän selkeää tarvetta sellaisille merkittävillä IT-investoinneille, joita ei nykyisissä organisaatioiden talousarvioissa ole huomioitu, eli ovat näiden alueiden kunnille uusia kustannuksia. Tietohallintoyhteistyön voidaan ajatella kuvaavan alueen kuntien yleisten hallinnollisten konkreettisten yhteistyötoimien vahvuutta. ”Sote-IT-kypsyysaste” saattaa siten heijastua myös eri alueilta esitettyihin näkemyksiin yleisestä valmiudesta siirtyä uudenlaiseen hallintomalliin.

Edellä esitetty tilannearvio voi muuttua nopeasti jo ennen uuden sote-järjestämislain realisoitumista, sillä sairaanhoitopiirit ja peruskuntien toimijat ovat tällä hetkellä Suomessa aktiivisia sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallintoon liittyvässä yhteistyössä. Tämä johtuu toisaalta Kanta-järjestelmään liittymisen paineista, mutta oleellisempaa kuitenkin lienee tätä paljon laajempi kustannustehokkuutta tavoitteleva Tietohallintolain henkeä mukaileva IT-yhteistyö, joka kuntatasolla laajenee horisontaalisesti kuntien yleisiin tietohallintoratkaisuihin. Tieran perustaminen on vahvistanut yhteistyötä. Helsingin kaupunki ja HUS-koordinoivat laajaa sote-tietojärjestelmien yhteishankintaa, Apottia. Uudessa 18.2.2014 käynnistyneessä Kiila-hankkeessa taas ovat mukana KSSHP, Eksote, ESSHP, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden keskeiset yksiköt, Lahden kaupunki, KSSHP, EPSHP ja Medit IT oy. Hanke tavoittelee järjestelmän yhteishankintaa. Kaikissa näissä hankkeissa toimijat ovat mukana palvelujen tuottajan roolissa.

TAULUKKO 9. Sairaanhoitopiirien koordinaatiotehtävä ja tietojärjestelmäratkaisujen yhdenmukaisuus erityisvastuualueilla.

Erityisvastuualue	Sairaanhoitopiirien lukumäärä	Sairaanhoitopiirien koordinaation vahvuus, pisteet	Koordinaation vahvuus, pisteiden keskiarvo	Järjestelmien yhdenmukaisuus ja yhteentoimivuus, pisteet	Järjestelmien yhdenmukaisuus ja yhteentoimivuus, keskiarvo
HUS-erva	3	3-3-3	3	3-3-1	2,3
TYKS-erva	3	3-3-1	2,3	2-1-0	1
TAYS-erva	4	3-3-2-1	2,3	3-3-2-0	2
KYS-erva	5	3-3-3-3-2	2,8	3-3-3-2-2	2,6
OYS-erva	5	3-3-3-3-3	2,8	3-3-2-1-1	2

Teoreettisten keskuskaupunkien ympärille syntyvien sote-alueiden ja niiden sisälle mahdollisesti syntyvien perustason alueiden muodostumisen mahdollisuutta voidaan phahmotella oletuksesta, jossa yhdenmukaiset tietojärjestelmäratkaisut edistävistä kuntien valintoja siitä, millaiseen alueelliseen yhteistyöhön ne hakeutuisivat. Tästä näkökulmasta voidaan katsoa ovatko perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon tietojärjestelmänäkökulmasta jo nyt integroituneet ja millaisissa kokoonpanoissa alueen perusterveydenhuollon toimijat helpoimmin pääsevät tietojärjestelmäintegraatioon keskenään.

Aluetarkastelua ei tarvitse tehdä Etelä-Karjalan (Eksote+Imatra), Kymenlaakson (Kotka+Kouvola), Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pohjois-Karjalan, Etelä-Savon (Mikkeli+ Savonlinna), Keski-Pohjanmaan eikä Kainuun osalta (8 aluetta), koska näissä kaikissa tietojärjestelmäratkaisut mahdollistaisivat yhden sote-alueen muodostumisen, tai jos alueella halutaan muodostaa peruspalvelualue, se voi tietojärjestelmäratkaisuna integroitua kokonaisuuteen.

Uudellamaalla ei nykyisin ole yhtenäisiä IT-rakenteita. IT-ratkaisujen näkökulmasta alueellisesti Espoo voisi yhtenäistyä Nurmijärven kanssa ja Porvoo Askolan, Vantaa taas Keravan ja Tuusulan kanssa. Hyvinkää, Mäntsälä ja Järvenpää olisivat oma IT-alueensa. Raasepori, Inkoo, Siuntio ja Kirkkonummi olisivat samankaltaisten IT-järjestelmien alue. IT-ratkaisujen kautta piirretty kuva alueen nykytilasta on kirjava. Apotti-hanke tulee vaikuttamaan tulevaisuusvisioihin, mutta ei koske kaikkia alueen kuntia. Metropolialueen erityisyyteen liittyvät ratkaisut tulevat myös ohjaamaan kehitystä osaltaan.

Varsinais-Suomessa ei ole Turun kaupunkia lukuun ottamatta sote-alueiksi riittävää väestöpohjaa omaavia toimijoita, joilla olisi yhtenäiset IT-ratkaisut. Kaupungilla ei ole samaa järjestelmää käyttäviä rajanaapureita, joten luontaisia liittyjiä ei ole. Jos kriteereinä ovat samanlainen IT-ratkaisu, rajanaapuruus ja vähintään 20 000 väestöpohja, yltyä peruspalvelualueeksi Uudenkaupungin alue (Uusikaupunki, Kustavi, Pyhäranta, Taivassalo, Vehmaa), jossa on yhteinen tietojärjestelmä. Oma alueensa olisi myös Salon seutu (Salo, Koski, Lieto, Marttila, Tarvasjoki), samoin Raisio ja Rusko, joilla on jo yhteinen järjestelmä, lisätynä Kaarinalla, jolla myös on samanlainen järjestelmä. Peruspalvelualueeksi yltyisi myös yhteisen tietojärjestelmän omistajat Masku, Mynämäki ja Nousiainen. Sote-alueen lisäksi Varsinais-Suomeen syntyisi siten neljä perustason aluetta IT-yhteistyön lähtökohdista tarkasteltuna. Erikoissairaanhoidon kanssa integraatiota tosin ei syntyisi yhdeltäkään alueelta lukuun ottamatta Turun kaupunkia (jos Uranus ja Pegasos yhdistyvät kuten IT-valmistaja esittää.)

Satakunnassa erikoissairaanhoidon ja keskuskaupunki Pori vahvistettuna Ulvilalla, Merikarvialla ja Lavilla, olisivat IT-mielestä helpoimmin integroitumassa sote-alueeksi. Raumalla ja Euralla on myös samanlainen järjestelmä, joka on myös Pohjois-Satakunnan peruspalvelu-liikelaitoksella (POSA), jonka asukasluku ylittää juuri 20 000. Sen sijaan Keski-Satakunnan kuntayhtymässä (Kokemäki, Harjavalta, Nakkila, Luvia)

on yksi, mutta erilainen järjestelmä. Tämä olisi ainoa IT-näkökulmasta eriytyvä peruspalvelualue.

Pohjanmaalla, eli Vaasan seudulla, erikoissairaanhoido ei ole samanlainen minikään perusterveydenhuollon IT-ratkaisun kanssa. Vaasan kaupungilla, Laihialla ja Väähäkyrössä on yhteinen IT-ratkaisu. Ruotsinkielisillä alueilla on sama tietojärjestelmä. Ne muodostaisivat yhdessä maantieteellisesti yhtenäisen yli 20 000 asukkaan alueen (Maalahti, Närpiö, Mustasaari ja Vöyri), jota voisi kuvitella peruspalvelualueeksi.

Päijät-Hämeessä alueen keskustaajungin erilainen tietojärjestelmä suhteessa erikoissairaanhoidon ja alueen muiden toimijoiden yhtenäiseen järjestelmäratkaisuun epäyhtenäistää rakenteen. Tietojärjestelmäerot eivät korosta kuvaa Heinolan ja/tai Hollolan jäämisestä perustason alueeksi.

Pirkanmaalla erikoissairaanhoidon järjestelmä on erilainen kuin yhdenkään perusterveydenhuollon toimijan, mukaan lukien keskustaajunki Tampere. Valkeakoski, Akaa-Urjala ja Lempälä omaavat sote-alueeksi riittävän väestöpohjan ja samanlaisen IT-ratkaisun. Pirkkalalla ja Vesilahdella on yhteinen IT ja yli 20 000 asukasta. Nokia löytäisi peruspalvelualueelleen IT-kumppanin Hämeenkyröstä. Sastamalalla ja Pungalaitumella on peruspalvelualueeksi väestöpohja ja valmis yhteinen IT. Kangasala-Pälkäneellä on samoin yhteinen IT ja riittävä väestöpohja peruspalvelualueeksi. Muu tilanne on hyvin hajanainen. Keskustaajunki-Tampereen kanssa sama järjestelmä on vain Orivedellä.

Pohjois-Savon alueella erikoissairaanhoidolla ja perusterveydenhuollolla on eri ratkaisu, mutta Uranus-järjestelmä on integroitumassa Pegasokseen, jonka alue-Pegasos on ”sote-alueaisesti” laajassa käytössä (Ylä-Savon sote: Iisalmi, Kiuruvesi, Sonkajärvi, Vieremä), Kuopio, Kysteri (Juankoski, Kaavi, Keitele, Leppävirta, Pielavesi, Rautavaara, Tervo, Vesanto, Lapinlahti) ja Sisä-Savo (Suonenjoki, Rautalampi), jolloin sote-alueelle on muutoin hyvä IT-pohja, paitsi Varkauden seudulla, jossa Varkaus isäntäkuntana ja Joroinen (joka kuntana kuuluu ESSHP) sekä erikseen Siilinjärvi ja Lapinlahti, joiden väestöpohja riittää omaan perusalueeseen saattaisivat muodostaa alueelle kaksi peruspalvelualueetta.

Keski-Suomessa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon osalta on melko laajasti yhdenmukainen ratkaisu. Sen lisäksi Viitasaari, Saarijärvi, Karstula, Kinnula-seutu käyttää omaa yhteistä Alue-Pegasosta (yhteensä yli 20 000) ja Äänekoskella on oma muista erilainen tietojärjestelmä, joten IT-mallinnuksessa löytyy kaksi mahdollista perustasoa.

Pohjois-Pohjanmaalla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota tukee alue-ESKO, mutta se ei ole perusterveydenhuollon oma järjestelmä missään eikä siis varsinainen yhteinen ratkaisu. Raahella on Pyhäjoen ja Siikajoen kanssa yhteinen alue-Effica, joka tulee ajatusta niiden muodostamasta perusalueesta, jossa olisi myös erikoissairaanhoido. Kallio ky:llä (Ylivieska, Nivala, Alavieska, Sievi) on yhteinen alue-Effica ja yli 20 000 asukasta. Selänne ky:llä (Haapajärvi, Pyhäjärvi, Reisjärvi, Kärsämäki) on yhteinen alue-Effica. Asukasluku on noin 19 000. Sen vieressä toi-

mii Sote-piiri Helmi (Haapavesi, Siikalatva, Pyhäntä), jonka asukasluku jää myös alle 20 000. Silläkin on käytössä isäntäkuntamallilla Effica. Tämä kokonaisuus yhdessä olisi väestöpohjaltaan perusalue. Alueelle voisi siten IT-integraation näkökulmasta syntyä sote-alueen lisäksi 2–3 perustason aluetta.

Lapin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto ovat eri järjestelmissä. Kahden eri erikoissairaanhoidon tuottajan järjestelmä on sama tuotemerkki (ESKO), mutta ne eivät ole keskenään integroidut. Perusterveydenhuollon, myös alueellisen yhteispäivystyksen, osalta Ylitornio, Tornio, Keminmaa, Kemi, Oulunkaaren ky (Simo) ja Tervola muodostavat kokonaisuuden. Kemijärvi, Pelkosenniemi-Savukoski on rakanut oman alue-Pegasoksen, mutta väestömäärä ei riitä perustason alueeksi mutta ottamalla mukaan ympärillä olevat Pegasoksen käyttäjät Sodankylän ja Posion, saadaan perustason alue. Rovaniemi keskustaupunkina saisi IT-ratkaisujen näkökulmasta mukaansa vain Kittilän. Muut edellä mainitsemattomat alueen kunnat ovat ottaneet eri järjestelmiä, eikä kokonaisuuksia synny.

Sosiaalihuollon tietojärjestelmäratkaisut

Sosiaalihuollon tietojärjestelmät ovat vielä enimmäkseen kuntatasolla ja niissäkin usein palvelukohtaisia. Kansallinen tietojärjestelmien yhteentoimivuuden kehittäminen on vasta alkutekijöissään, koska sillä ei ole selvää lainsäädäntöpohjaa. Sosiaalihuollon tietojärjestelmäyhteistyö on kuitenkin käynnistymässä samalla kun lainsäädäntöpohjaa kansallisia ratkaisuja varten on alettu valmistella. Esimerkiksi uudet suuret valmisteilla olevat tietojärjestelmähankinnat, Apotti ja Kiila, ovat ottaneet sosiaalihuollon IT:n mukaan järjestelmähankintaansa, mikä ennakoii integraation tavoittelutahtoa. Vajaassa puolessa sairaanhoitopiireistä raportoitiin merkkejä sosiaalihuollon tietojärjestelmäyhteistyön koordinoinnista. Tämän selvityksen perusteella ei ole mahdollista ennakoida IT-ratkaisujen pohjalta sosiaali- ja terveydenhuollon integraation onnistumista. Yleisesti vaikuttaisi siltä, että alueilla, joilla IT-integraatio perusterveydenhuollon eri toimijoiden ja erikoissairaanhoidon välillä on syvää, on myös vahvimmat merkit sosiaalihuollon integraation huomioimisesta.

2.9.3 Johtopäätökset

Mikäli rekisterinpitäjä ja palvelujen tuottaja ovat sama organisaatio, muodostuu lakimuutoksen myötä luontainen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio. Kokonaisuus muodostuu erilaiseksi, jos palvelujen järjestäjä ja tuottaja(t)/antajat ovat eri organisaatioita ja jos rekisterinpitoa hoidetaan sote-alueella perusalueen lukuun. Näissä tilanteissa palveluja järjestävälle sote-alueelle syntyy rekisterinpitäjän velvoitteita sellaisiin rekistereihin, joissa se ei ole välittömästi itse osallinen tiedon muodostumiseen ja sen käsittelyyn turvallisuuteen, jolloin vaikuttamismahdollisuudet ongelmatilanteissa ovat hallinnollisesti haastavia.

Asiakastietolaki antaa vastuuta ja tehtäviä palvelujen antajille olettaen, että ne ovat myös rekisterinpitäjiä. Vaikka käsitteistö lakiteknisesti muutettaisiin, jää silti palvelu- ja tuottaville/palveluja antavan roolissa toimivalle asiakirjahallintoon liittyviä tehtäviä. Tietohallintoon liittyvät vastuut rekisterinpitäjän roolissa ja palvelujen antajan roolissa jäävät epäselviksi, mikä korostuu, jos ne eivät ole sama organisaatio.

Asiakastietolain mukainen oikeus suostumuksiin ja kieltoihin on palvelutapahtuma- ja toimintayksikkötasoinen. Lakiuudistuksen myötä ei erillistä suostumusta rekisterinpitäjän sisällä tarvita, mutta ilmeisimmin tarkoitus on, että kiellot ovat mahdollisia samoin kuin nykyisessä laissa.

Säädöksistä ei ole yksiselitteisesti luettavissa kuinka rekisterinpito hoidetaan, kun asiakas hakee valinnanvapautensa mukaisesti palvelut muualta kuin niiltä palvelujen tuottajilta, joiden rekisterinpitäjänä on oma sote-alue.

Rekisterinpitotehtävän hoitaminen kansallisia tietojärjestelmäpalveluja käyttäen vastaa jo nykyinsäädäntöön kirjattuja yleisperiaatteita, joten lakiuudistus istuu meillä olevaan kehitykseen.

Nykyisinkin erityisvastuualuilla on ollut koordinaatiotehtävä, joten tehtävä ei ole kokonaan uusi, joskin alueiden välisessä koordinaation vahvuudessa on selviä eroja, joten muutos olisi joillakin alueilla suurempi kuin toisilla. Kentällä liittyy positiivisia odotuksia erityisvastuualueen roolin vahvistumiseen tietohallinnon koordinoinnissa.

Sairaanhoitopiirit ovat nykyisin vahvimmat koordinoijat, mikä tehtävä siirtyy erityisvastuualueille, jotka eivät itse ole järjestäjiä eivätkä tuottajia. Tietohallintolain tuomat velvoitteet alueellisesta yhteensovittamisesta ovat paljon laajemmat kuin asiakas- ja potilasasiakirjojen käsittelyä koskevat säädökset, sillä ne sisältävät kaiken tiedonhallinnan. Erityisvastuualueet joutuvat näissä asioissa työskentelemään yhdessä palvelujen tuottajien kanssa, koska toiminnanohjauksen ja hallinnon järjestelmät ja sähköiset asiakaspalvelut yms. ovat palvelujen tuottajilla, eivät järjestäjillä. Mikäli palvelujen järjestäjät ja tuottajat jostain syystä eriytyvät, joutuu erityisvastuualue koordinoimaan erikseen sekä järjestäjiä että tuottajia. Nykyisten alueiden kokemusten pohjalta voidaan nähdä, että lakiesitys antaa hyvän pohjan yhteistyölle alueille, joilla on siihen tahtoa. Epäselväksi kuitenkin jää, mikä on erityisvastuualueen vaikutusmahdollisuus sote-alueisiin ja palvelujen tuottajiin, jos ne eivät ole kiinnostuneita yhteistyöstä.

Erityisvastuualue voi esimerkiksi palvelujen hankinnoissa yms. hoitaa tehtäviä alueiden lukuun, mutta asiakastietojen tiedonhallintaa ja käsittelyä esimerkiksi tietojohdantamista varten se ei voi hoitaa, koska sillä ei ole juridista oikeutta itse asiakastietoihin.

Suomessa on tällä hetkellä kahdeksan aluetta, joiden IT-ratkaisut suoraan tukevat alueen mahdollista toimimista sote-alueena. Lisäksi on noin viisi aluetta, joilla on elementtejä muuntautua IT-näkökulmasta tarkasteltuna sote-alueiksi. Noin viidellä alu-

eella nykyiset ratkaisut ovat niin hajanaisia, että muutoksen voidaan arvioida merkitsevän selkeää tarvetta merkittäville IT-investoinneille.

Mikäli kunnat huomioisivat jo tehdyt IT-investointinsa päättäessään mahdollisesta sote-alue ja/tai perusalue kumppanistaan, syntyisi Uudellemaalle lukuisia IT-yhteistyön alueita. Muista alueista 3–4 olisi sellaisia, joissa syntyisi useita (jopa 4) peruspalvelualueita ja parilla alueella järjestelmät ovat niin epäyhtenäisiä, että mikä tahansa ratkaisu merkitsisi alueen IT-järjestelyjen merkittäviä muutoksia.

Sosiaalihuollon IT-integraatiota ei vielä ole, mutta toimijat ovat jo tunnistaneeen tarpeen, mikä on lakiesityksen hengen mukaista.

3 KOKONAISARVIO LAKIEHDOTUKSEN TAVOITTEIDEN TOTEUTUMISESTA JA TOIMEENPANTAVUUDESTA

Lakiehdotuksessa laille asetetut tavoitteet ovat toiminnallisia, mutta laissa säädettäisiin kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen, kehittämisen, ohjauksen ja valvonnan rakenteista ja rahoituksesta. Olennaista on, millaiset edellytykset ehdotuksen mukaiset rakenteet antavat toiminnallisten tavoitteiden saavuttamiselle. Yhteenvetona työryhmä arvioi lakiehdotuksen tavoitteiden toteutumismahdollisuuksia seuraavasti:

1. Edistääkö ja ylläpitääkö laki väestön hyvinvointia ja terveyttä?

Nykyistä suurempien järjestämistahojen muodostuminen luo jossain määrin paremmat edellytykset väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Tavoitteen toteutuminen edellyttää kuitenkin selkeää vastuunjakoa ja hyvin toimivaa yhteistyötä kuntien ja muiden toimijoiden sekä hallinnon eri tasojen välillä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ja seurannassa sekä näihin liittyvissä toimenpiteissä.

2. Edistääkö laki sosiaali- ja terveydenhuollon laatua?

Laki tarjoaa mahdollisuuden palvelujen laadun parantamiseen, koska käytettävissä on suurempien alueiden voimavarat ja osaamispotentiaali. Etenkin sellaisten hyvin pienten järjestämistahojen poistuminen, joissa osaaminen on kapeapohjaista ja yksittäisiin henkilöihin sidottua, edistää tämän tavoitteen toteutumista. Toisaalta lakiehdotus mahdollistaa jatkossakin verraten pienet järjestämistahot, mikä voi osaltaan rajoittaa oikeasuuntaista kehitystä.

Lakiehdotukseen sisältyvät velvoitteet organisaatioiden omavalvontasuunnitelmista yhdistettynä sosiaali- ja terveydenhuoltolakien säännöksiin palvelujen laadun hallinnasta ja seurannasta edistävät laadun kehittämistä. Lopputulos riippuu kuitenkin pitkälti johtamisesta ja uudistuksen tuloksena syntyvien kokonaisuuksien johdettavuudesta.

Kansallisesti yhtenäisen seurannan puutteet heikentävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämisen ja ohjauksen edellytyksiä. Tässä suhteessa ehdotus ei sisällä olennaisia parannuksia nykytilaan verrattuna. Heikosti määritelty yhteistyö akateemisen tiedontuotannon ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon välillä voi estää palvelutuotannon laadun kehittymistä ja pidemmällä aikavälillä jopa heikentää sitä. Johtamista ja laadun parantamista tulisi velvoite sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiseen koulutukseen ja tutkimukseen, joka kuitenkin jää lakiehdotuksessa heikoksi.

3. Varmistaako laki asiakkaan ja potilaan oikeuden hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon?

Lakiehdotus ei määrittele oikeutta hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon, vaan tästä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon sisältölaeissa, mikäli siitä jotakin säädetään. Järjestämislakiehdotuksella pyritään kuitenkin luomaan rakenne, joka erityisesti vahvistaisi peruspalvelujen saatavuutta. Lisäksi järjestämistahojen koon kasvamisen voidaan arvioida parantavan niiden kykyä turvata oikeus hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Se, että ehdotus mahdollistaisi verraten pienten ja eritasoisten alueiden muodostumisen, voi rajoittaa tämän tavoitteen toteutumista.

4. Luoko laki edellytykset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen riittävälle ja yhdenvertaiselle saatavuudelle koko maassa?

Järjestämialueiden koon suureneminen tasaa jossain määrin kuntien välisiä paikoitellen suuria eroja palvelujen riittävässä ja yhdenvertaisessa saatavuudessa. Mikäli alueelle syntyy sekä sosiaali- ja terveysalue että perustason alue, voi seurauksena kuitenkin olla kirjavia ja epätasa-arvoisia ratkaisuja väestölle. Tällaisenaan ehdotus ei siis turvaa riittäviä edellytyksiä yhdenvertaiselle ja riittävälle palvelujen saatavuudelle koko maassa, vaan alueiden välillä voi jatkossakin olla eroja. Ehdotuksen mukaan erityisvastuualueiden tehtävänä olisi varmistaa alueellaan mahdollisimman yhdenvertainen palvelujen saatavuus. Vaikka tavoite on sinällään oikea, heikentää erityisvastuualueiden tekemien velvoittavien päätösten tosiasiallisen toimeenpantavuuden epäselvyys sen toteuttamista. Kokonaisuutena katsoen kansallisen ohjauksen mekanismit ovat nykyisessä lakiluonnoksessa liian heikkoja takaamaan yhdenvertaiset palvelut kautta maan.

5. Varmistaako laki toimivan ja eheän sekä vaikuttavan ja kustannustehokkaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen?

Lakiehdotus on oikeasuuntainen, mutta ei vielä riittävä askel kohti toimivaa ja eheää sekä vaikuttavaa ja kustannustehokasta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta. Lakiehdotuksen valmistelu on perustunut pitkälti myös muiden kuin sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden toteuttamiseen, mikä näkyy lopputuloksessa. Yhdistettynä vahvaan ja osaavaan alueelliseen johtamiseen voidaan joillakin alueilla saavuttaa lakiehdotuksen tavoitteita muita nopeammin. Pirstaleiseksi jäävä rakenne jättää kuitenkin valtakunnallisesti ja alueellisesti tilaa kilpavarustelulle ja epäterveelle kilpailulle osaavasta henkilöstöstä. Kustannustehokkuuden näkökulmasta lain soveltaminen edellyttäisi tehokasta kansallista ohjausta, johon laki ei anna riittäviä välineitä. Ilman monikanavaisen rahoituksen uudistamista rakenteen uudistamisen vaikutukset ovat vaarassa jäädä vähäisiksi.

Uudenmaan muista alueista poikkeava ratkaisuesitys yhdistettynä mahdollisesti syntyviin kuuteen perustason alueeseen heikentää olennaisesti mahdollisuuksia saavuttaa järjestämislain tavoitteet Uudellamaalla. Kansallisen ohjauksen

vahvistamiseksi esitetään kuitenkin alustavasti menettelyjä, joiden toteutuminen jää myöhemmän valmistelun varaan.

6. Edistääkö laki sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toiminnallista ja rakenteellista integraatiota sekä vahvistaako se sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja alueellisesti ja valtakunnallisesti?

Laki mahdollistaa periaatteessa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisen integraation. Perustason alueiden syntyminen sekä niiden suuri väestöosuus saattavat kuitenkin estää lain tavoitteen toteutumisen etenkin vertikaalisen integraation osalta. Toiminnallisen integraation toteutuminen riippuu pitkälti rakenteellisen integraation onnistumisesta. Palvelujen tuotannossa tapahtuva sopimusyhteistyö ei ratkaise integraatio-ongelmia. Integraatiotavoitteen saavuttaminen edellyttää rahoitusjärjestelmän uudistamista. Perustason alueiden muodostuminen saattaa uhata lakiehdotuksen tavoitteiden toteutumista kansallisena kokonaisuutena.

7. Syntyykö lain toteutumisen myötä alueellisesti ja valtakunnallisesti ohjattavissa oleva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä?

Lakiehdotus on askel kohti alueellisesti ja valtakunnallisesti ohjattavissa olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Ehdotuksen pohjalta sosiaali- ja terveydenhuollon ohjattavuus alueellisena kokonaisuutena voi parantua josakin määrin, joskin erityisvastuualueen tekemien päätösten toimeenpanon mekanismi on epäselvä, mikä heikentää ohjauksen vaikuttavuutta. Vastuukunnan ja yhteisen toimielimen väliset suhteet ovat vielä vaikeasti hahmotettavissa. Toimielin vaikuttaa lähinnä kuntayhtymältä hallintomuodoltaan. Täten kuntayhtymän ja kunnan välisiä nykyisen kaltaisia jännitteitä voi syntyä vastuukunnan ja yhteisen toimielimen välille.

Lakiehdotus tuo sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliseen ohjaukseen jonkin verran uutta, mutta ohjauksen tehokkuus tulee riippumaan ohjausvälineiden jatkotyöstämisestä. Kokonaisuutena esitetyt valtakunnallisen ohjauksen keinot vaikuttavat kuitenkin vielä riittämättömiltä tiedossa oleviin haasteisiin nähden. Uudistuksen onnistuminen edellyttää sen tehokasta kansallista seurantaa, arviointia ja ohjausta.

4 JOHTOPÄÄTÖKSET

Arvioinnin kohteena olevan järjestämislakiehdotuksen tavoitteena on muuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kansallista rakennetta nykyistä vahvemmaksi ja kestävämmäksi. Erityisesti lakiehdotuksen yhteydessä on painotettu peruspalvelujen vahvistamisen ja palvelujen integroinnin tärkeyttä. Lopullisena tavoitteena on väestön terveyttä ja toimintakykyä tukevat, oikeudenmukaiset, laadukkaat, yhdenvertaiset ja nykyistä kustannustehokkaammat palvelut. Taulukossa 10 esitetään yhteenveto lakiehdotuksen ennakoituista vaikutuksista suhteessa sen tavoitteisiin.

Lakiluonnokseen sisältyy suuri määrä vaihtoehtoisia periaatteita ja kriteerejä tulevaisuuden järjestämistä vastuutahojen määrittelyn pohjaksi. Tästä syystä tarkkaa kokonaiskuvaa lakiehdotuksen seurauksena muodostuvista järjestäjätahoista, niiden lukumäärästä ja keskinäisistä suhteista ei ole mahdollista hahmottaa. Kiireisellä aikataululla valmistellun lakiehdotuksen toteuttamiseen liittyy lisäksi aina riski odottamattomista vaikutusmekanismeista ja yllättävistä seurannaisvaikutuksista, jotka voivat estää lain tavoitteiden toteutumisen ja johtaa ei-toivottuihin tuloksiin.

Arviointiryhmä katsoo, että lakiesityksen peruslähtökohta nykyistä vahvemmissa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjistä on oikea. Uudistuksen oikeasta suunnasta huolimatta esitetyt muutokset eivät todennäköisesti riitä takaamaan asetettujen tavoitteiden toteutumista. Mikäli uudistus toimeenpannaan nyt esitetyssä muodossa, tuloksena on kansainvälisesti katsoen edelleen hyvin hajautunut järjestelmä.

Lakiehdotuksen tavoitteiden keskiössä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellinen integraatio mahdollistaa toteutuessaan voimavarojen tarkoituksenmukaisen siirron erikoispalveluista peruspalveluihin. Tämä on välttämätöntä sekä kestävyysvaajeen että väestön ikärakenteen muutoksen vuoksi. Toteutuakseen kansallisesti riittävä kokonaisuutena sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellinen integraatio edellyttäisi, että pääosa väestöstä olisi sekä vertikaalisen että horisontaalisen järjestelmäintegraation takaavan rakenneratkaisun piirissä.

Järjestämislakiehdotus mahdollistaa yhteensä noin 50–55 järjestäjätahon syntymisen. Sosiaali- ja terveysalueita tulisi noin 20 ja perustason alueita mahdollisesti jopa yli 30. Arviolta noin neljännes Manner-Suomen kunnista ja vajaat puolet väestöstä saattaisi kuulua perustason alueeseen. Erityisen haasteen muodostaa voimaannopolakiehdotuksessa esitetty Uudenmaan erityisratkaisu, joka eriyttää erityistason ja perustason palvelujen järjestämistä vastuun. Ratkaisu varmistaa alueella jo pitkälle viedyn erikoissairaanhoidon työnjaon ja kehittämisen turvaamisen. On vaikea nähdä, miten ehdotus tukisi perustason palvelujen vahvistamista ja erityisesti miten esitetyssä mal-

TAULUKKO 10. Lakiehdotuksen positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia suhteessa sen tavoitteisiin.

-
1. Edistääkö ja ylläpitääkö laki väestön hyvinvointia ja terveyttä?
 - + lähinnä nykyistä vahvempien järjestäjätahojen kautta

 2. Edistääkö laki sosiaali- ja terveydenhuollon laatua?
 - + tarjoaa mahdollisuuden palvelujen laadun parantamiseen, koska käytettävissä on suurempien alueiden voimavarat ja osaamispotentiaali
 - mahdollistaa jatkossakin verraten pienet järjestäjätahot, mikä voi rajoittaa oikeasuuntaista laatukehitystä pitkälle tulevaisuuteen

 3. Varmistaako laki asiakkaan ja potilaan oikeuden hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon?
 - + järjestämistahojen koon kasvamisen voidaan arvioida parantavan niiden kykyä turvata oikeus hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon
 - + – 0 lakiehdotus ei määrittele oikeutta hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon, vaan määrittelyt esitetään sisältölaeissa, mikäli niistä jotakin esitetään

 4. Luoko laki edellytykset palvelujen riittävälle ja yhdenvertaiselle saatavuudelle koko maassa?
 - ei turvaa edellytyksiä yhdenvertaiselle ja riittävälle palvelujen saatavuudelle koko maassa, vaan alueiden välille syntyy suuria eroja
 - mikäli alueelle syntyy sekä sosiaali- ja terveysalue että perustason alue, seurauksena voi olla kirjavia ja epätasa-arvoistavia ratkaisuja

 5. Varmistaako laki toimivan ja eheän sekä vaikuttavan ja kustannustehokkaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen?
 - + askel oikeaan suuntaan
 - ei sinällään riittävä toivotun kehityksen aikaansaamiseksi
 - Uudenmaan ratkaisuesitys yhdistettynä kuuteen perustason alueeseen heikentää mahdollisuuksia saavuttaa lain tavoitteet

 6. Edistääkö laki sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toiminnallista ja rakenteellista integraatiota sekä vahvistaako se sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja alueellisesti ja valtakunnallisesti?
 - + mahdollistaa periaatteessa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisen integraation
 - syntyvien perustason alueiden mahdollinen suuri määrä ja väestöosuus saattavat kuitenkin estää lain tavoitteen toteutumisen käytännössä

 7. Syntyykö lain toteutumisen myötä alueellisesti ja valtakunnallisesti ohjattavissa ja johdettavissa oleva, riittävän eheä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä?
 - + sosiaali- ja terveydenhuollon ohjattavuus alueellisena kokonaisuutena voi parantua jossain määrin
 - erityisvastuualueen tekemien päätösten toimeenpanon mekanismi on epäselvä

lissa olisi mahdollista siirtää voimavarojen ja toiminnan painopistettä erikoispalveluista perustason palveluihin.

Alustavasti voidaan arvioida, että vain runsaat puolet väestöstä tulee sekä vertikaalisen että horisontaalisen integraation piiriin, jos järjestämislaki toteutuu ehdotetussa muodossa, mutta toisaalta lähes puolet väestöstä saattaa jäädä sen ulkopuolelle.

Arviointiryhmä katsoo, että perustason alueet vaikeuttavat alueellisesti kestävän ja asianmukaisesti johdettavissa olevan palvelujärjestelmän muotoutumista merkittäväällä tavalla.

Lakiehdotukseen sisältyvät vaatimukset ja reunaehdot järjestäjätahojen muodostumiselle voivat johtaa eri puolilla maata ja eri alueilla hyvin erilaisiin ratkaisuihin, sillä lakiehdotuksessa on useita poikkeuksia pääsäännöistä (perustason alueen muodostaminen, erikoissairaanhoidon järjestäminen perustason alueella, ns. 4d -pykälä sekä erityisesti Uudenmaan maakuntaa koskeva esitys).

Arviointiryhmän käsityksen mukaan poikkeusperusteiden laajamittaisen käytön salliminen kyseenalaistaa koko järjestämisyhteistyön tavoitteiden toteutumisen. Keskeisin poikkeusperusteisiin liittyvä haaste on syntyvien perustason alueiden suuri määrä. Säädosvalmistelun alkuperäinen ajatus perustason alueista poikkeuksina pääsäännöstä ei ehdotuksen myötä toteudu. Sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohdista perustason alueille ei ole perusteita.

Hallinnollisesta näkökulmasta järjestämislakiluonnos sekä luonnos järjestämislain toimeenpanoa koskevaksi laiksi johtavat seurauksiin, joista lisäarvoa voidaan katsoa muodostuvan lähinnä hallinnollisten päätöksenteko-organisaatioiden määrän vähenemisestä ja tähän liittyvien hallintotehtävien nykyistä keskitetyimmistä hoitamisesta.

Hallinnon toimivuuden kannalta lakiluonnokset sisältävät kuitenkin myös riskejä, jotka johtuvat syntyvän hallintorakenteen monitasoisuudesta. Tässä tilanteessa kokonaiskoordinaation aikaansaaminen on vaikeaa ja mahdollisuudet palvelujen integraatiota ja palvelurakennetta edistävälle alueelliselle ohjaukselle ovat puutteelliset. Nämä mahdollisuudet paranisivat olennaisesti, jos perustason alueiden muodostamisesta luovuttaisiin ja maassa olisi yksi yhtenäinen järjestämisyhteistyötaso.

Lakiuudistus mahdollistaa sen, että tietohallinnolla voidaan tukea uudenlaista sosiaali- ja terveydenhuollon sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä integraatiota ja sen koordinaatiota.

Uudistuksen onnistumisen varmistamiseksi on tärkeää vielä arvioida tietohallintoon liittyviä vastuita palvelujen järjestäjän ja palvelujen antajan rooleissa toimittaessa sekä varmistaa se, että integraation synnyttämiseksi tarvittava tosiasiallinen ohjausvalta on riittävää. Tämä on haaste erityisesti alueilla, joilla lakiuudistuksen myötä alueen nykyiset epäyhtenäiset ratkaisut joudutaan muuttamaan toisenlaisiksi.

Lakiesityksen taloudellisia vaikutuksia arvioitiin tarkastelemalla sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannusten kehitystä sote-alueita ja perustason alueita ajatuksellisesti muistuttavilla alueilla, joissa palvelujen järjestämisvastuu on muutettu tarkasteltavan lakiesityksen suuntaisesti jo aiemmin 2000-luvulla. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) ja Kainuun hallintokokeilun kuntien ja niiden vertailukuntien kustannuskehityksen tarkastelu antaa viitteitä siitä, miten kustannukset saattavat kehittyä palvelujen järjestämisvastuun siirtyessä kunnilta sosiaali- ja terveysalueelle.

Arviointiryhmän käytettävissä olleiden kustannustietojen perusteella näyttää siltä, että sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen järjestäminen sosiaali- ja terveysalueiden toimesta hidastaa sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannusten kasvua. Samoin Paras-puitelaimen mukaisten yhteistoiminta-alueiden muodostaminen on saattanut hieman hillitä nettokustannusten kasvua, mutta merkittävästi vähemmän kuin järjestämisvastuun siirtyminen sote-alueille.

Koko maan tasolla on hyvin vaikeaa ennakkoon arvioida, millaisia kustannusvaihteluksia sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen järjestämisvastuun siirtymisellä kunnilta sosiaali- ja terveysalueille on. Hyödyntäen Eksoten kolmen ensimmäisen toimintavuoden tietoja kustannuskehityksestä vertailukuntiin nähden ja tietoja syntyneestä alijäämästä, voitiin laatia karkea arvio sote-alueiden muodostamisen taloudellisista vaikutuksista koko maan tasolla.

Arviointiryhmän käytettävissä olleiden tietojen perusteella näyttää siltä, että sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen järjestäminen sosiaali- ja terveysalueiden toimesta voi hidastaa sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannusten kasvua koko maan tasolla arviolta 190–

Arviointiryhmän näkemyksen mukaan lakiehdotuksen jatkotyöstämisessä tulisi hyödyntää ehdotukseen sisältyvää mahdollisuutta laatia ns. kansallinen käsikirjoitus sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteista ja keinoista esimerkiksi kymmenen vuoden aikajänteellä. Parhaimmillaan käsikirjoitus sisältäisi suuntaviivat järjestämisen rakenteesta, rahoituksesta, keskeisten kansallisten tuotantorakenteiden turvaamisesta sekä uudistuksen toimeenpanosta. Suunnitelman laatiminen on työllästä, mutta tarpeellista. Muista maista saatujen kokemusten mukaan paras tulos saavutetaan käyttämällä valmistelussa parasta mahdollista kansallista ja kansainvälistä asiantuntemusta. Paikallistason osallistuminen uudistuksen suunnitteluun sen alusta alkaen on toimeenpanon onnistumisen edellytys.

Lähdekirjallisuutta

- Almqvist, Annika – Reuterborg, Mia – Åsbrink Per. (2011) Betydelsen av organisation och styrning för familjecentralens utveckling. *Socialmedicinsk tidskrift* 2/2011.
- Andersson, Johanna. Kiila-hanke esittelymateriaali 18.2.2014 <http://www.medi-it.fi/index.php/organisaatio/hankkeet/kiila>
- Chen, Li-Wu – Shea, Dennis G. (2004) The Economics of Scale for Nursing Home Care *Med Care Res Rev* 2004;61:38. <http://mcr.sagepub.com/content/61/1/38>
- Dahlberg, Tomi – Vainio, Karri. (2014) Sosiaali- ja terveydenhuollon IT-ratkaisujen hyödyntämistä ja tietohallintoa koskeva kysely. Suomen Kuntaliitto, VAKAVA-projekti. Esitys 26.1.2014.
- Eksote. 2013a. Eksoten ulkoinen arviointi valmistui, julkaistu 2.5.2013 <http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/Ajankohtaista/Tiedotarkisto/Sivut/Eksoten-ulkoinen-arviointi-valmistui.aspx>
- Eksote. (2013b) Kuntaläskutukset.xlsx
- Eksote. (2014) Palvelujärjestelmän kehittäminen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä – EKSOTEALUE. Loppuraportin luonnos. Julkaistaan huhtikuussa 2014.
- Finne-Soveri, Harriet. (2012) Vanhenemiseen varautuva kaupunki: Esimerkkinä Helsinki. Raportti 31/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085499>
- Halm, EA – Lee, C – Chassin, MR. (2002) Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Ann Intern Med* 2002 Sep 17;137:511–20.
- Heinonen, Hanna. (2010) Lastensuojelulain edellyttämien moniammatillisten asiantuntijaryhmien ja yhteistyörakenteiden toiminnan käynnistyminen ja juurtuminen. Teoksessa: Heino, Tarja – Heinonen, Hanna – Koskimies, Mimosa ym. 2010. Moniammatilliset ohjaus- ja palveluverkostot lasten ja nuorten suojelussa. Välikirja Sektoritutkimuksen neuvottelukunnan Osaaminen, työ ja hyvinvointi -jaokselle 30. elokuuta 2010.
- Heinämäki, Liisa. (2014) Palvelut muutoksessa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen muutos laajemmille palvelujen järjestämisalueille siirryttäessä. Työpäpaperi 2014/2. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-107-5>
- Henkilötietolaki (523/1999)
- Hämäläinen, Kari – Moisio, Antti. (2011) Kainuun hallintokokeilun kustannusvaikutukset. VATT Muistiot 16. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- Härkänen, Tommi – Kaikkonen, Risto. (2010) Aineistot ja Menetelmät. Teoksessa: Kokko, Riitta-Liisa – Kotiranta, Pirjo-Liisa (toim.). Työllisyys, terveys ja hyvinvointi: Paltamon työllistämismallin arviointitutkimus 2009–2013: I osaraportti 2.6.2010. Avaus 17/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085486>
- Junnila, Maijaliisa – Hänninen, Sakari – Väärälä, Reijo. (2013) Säädeohdotusten vaikutusten ennakkoarviointi THL:ssä. Muistio 13.11.2013, THL:n johtoryhmä.
- Jonsson, PM., Agardh, E., Brommels, M. (2006) Hälsö- och sjukvårdens strukturreformer: Lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien. Ansvarskommitténs skriftserie. Stockholm: Statens offentliga utredningar (SOU), 2006.
- Laakso, Riitta. (2013) Mistä koti huostaanotetulle lapselle? Kunnallissalan kehittämissäätiö <http://www.kaks.fi/tutkimusjulkaisut>
- Laine, J., Linna, M., Häkkinen, U., Noro, A. (2005) Measuring the productive efficiency and clinical quality of institutional long-term care for the elderly. *Health Econ.* 14: 245–256 (2005)
- Laki julkisen tietohallinnon ohjauksesta (634/2011)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007)
- Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999)
- Kainuun hallintokokeilun päätyminen – seurantasiihteeristön loppuraportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja 5/2013. Valtiovarainministeriö. http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/04_hallinnon_kehittaminen/20130221Kainuu/Kainuun_hallintokokeilu.pdf

- Kärki, Jarmo – Laaksonen, Maarit – Hyppönen, Hannele. (2012) Tieto- ja viestintäteknologian käyttö sosiaalihuollossa vuonna 2011. Raportti 2/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085462>
- Magnussen, J., Vrangbæk, K., Saltman, RB (eds.). (2009) Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, 2009.
- Moisio, Antti – Luoma, Kalevi. (2005) Kuntakoko, kuntien menot ja palvelujen tuotannon tehokkuuserot. http://www.vatt.fi/julkaisut/uusimmat/julkaisut/julkaisu/Publication_6093_id/598
- Moring, Juha – Bergman, Viveca – Nordling, Esa – Markkula, Jaana – Partanen, Airi – Soikkeli, Markku (toim.). (2013) Mielen- ja pähdesuunnitelma 2009–2015. Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. Työpöytä 15/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-907-7>
- Oikeusministeriön oheistus säädösehdotusten vaikutusten arvioinnista (OM 2007:6).
- Palosuo, Hannele – Sihto, Marita – Lahelma, Eero – Lammi-Taskula, Johanna – Karvonen, Sakari. (2013) Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveyspolitiikassa. Raportti 13/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-909-1>
- Rahoitus- ja järjestämisvastuun uudistukset Pohjoismaiden terveydenhuoltojärjestelmissä. Teoksessa: Erhola, Marina – Jonsson, Pia Maria – Pekurinen, Markku – Teperi, Juha. Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013, s. 21–32. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201401221212>
- Saltman, RB., Cahn, Z. (2013) Restructuring health systems for an era of prolonged austerity. *BMJ* 2013;346:f3972
- Saltman, RB., Vrangbæk, K., Lehto, J., Winblad, U. (2012) Consolidating national authority in Nordic health systems. *Eurohealth* 2012;18(3):21–14.
- SOTKANet (2014) Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset, 1000 euroa <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/metadata?type=I&indicator=3265>
- STM. Vahva pohja osallisuudelle ja yhdenvertaisuudelle. Suomen vammaispoliittinen ohjelma VAMPO 2010–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:4
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Julkisten menojen hintaindeksi [verkkójulkaisu]. ISSN=1798-4505. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 17.3.2014]. Saantitapa: <http://tilastokeskus.fi/til/jmhi/index.html>
- Terveydenhuoltolaki (1326/2010)
- THL:n arviointiryhmä. SOTE-uudistuksen vaikutusten alustava arviointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201402121465>
- THL:n asiantuntijaryhmä 18.11.2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen. Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa. Raportti 21/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085349>
- THL. Rakennemuutostietokanta. THL. 2013.
- Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E. (2009) Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses. European Observatory on Health Systems and Policies. EU, 2009. (Observatory Study Series No. 17)
- Vaarama, M., Pieper, R., Sixsmith, A. (eds.) (2008) Care-related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models and Empirical Findings. New York: Springer.
- Winblad, Ilkka – Reponen, Jarmo – Hämäläinen, Päivi. (2012) Tieto- ja viestintäteknologian käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa vuonna 2011. Tilanne ja kehityksen suunta terveydenhuollossa. Raportti 3/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-586-4>

LIITTEET

Liite 1. Toimeksianto 1

Liite 2. Toimeksianto 2

Liite 3. Luonnoskarttoja mahdollisista sosiaali- ja terveysalueista ja perustason alueista. THL

Liite 4. Tuomola, Seppo: Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisalakiehdotuksen hallintorakennetta ja kustannustehokkuutta koskevien vaikutusten arviointi. Arviointiraportti 2.3.2014.

Liite 5. Haastattelututkimuksen taustamateriaalia. THL

Liite 6. IT-kehityksen arvio alueittain. THL

Liite 7. Tietojärjestelmien kehitys kartoilla. THL

Liite 1. Toimeksianto 1

■ SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

KIRJE

1(1)

20.11.2013

STM 022:00 / 2013

~~27.08.2013~~

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos

SOTE-UUDISTUKSEN VAIKUTUSTEN ARVIOINTI

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmä valmistelee ehdotuksen eduskunnalle annettavaksi hallituksen esitykseksi. Esitykseen tulee liittää myös vaikutusten arviointi. Valmisteluryhmä pyytää Terveyden ja hyvinvoinnin laitosta laatimaan valmisteluryhmälle ja myös uudistuksen jatkovalmisteluun arvionsa uudistuksen vaikutuksista seuraavasti:

- alustava arvio vaikutuksista siten, että se voidaan sisällyttää valmisteluryhmän loppuraporttiin, joka luovutetaan peruspalveluministerille 19.12.2013
- eduskunnalle annettavaan hallituksen esitykseen valmisteluryhmän loppuraporttiin sisältyvän järjestämislakiehdotuksen mukaiseen palvelurakenteeseen perustuva yksityiskohtainen vaikutusarvio, jossa tarkastellaan uudistuksen vaikutusta kansalaisen asemaan, palvelujen saatavuuteen ja saavutettavuuteen, palvelujen tuotantoon ja kustannustehokkuuteen sekä valtion ja kunnallistalouteen.

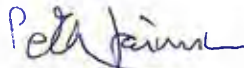
Yhteyshenkilönä sosiaali- ja terveysministeriössä on hallitusneuvos Pekka Järvinen sekä työn edetessä erikseen sovittavat muut henkilöt.



Osastopäällikkö Kirsi Varhila



Osastopäällikkö Aino-Inkeri Hansson



Hallitusneuvos Pekka Järvinen

Liite 2. Toimeksianto 2

SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

KIRJE

1(1)

STM/ 090:00/2013

28.1.2014

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos

SOTE-UUDISTUKSEN VAIKUTUSTEN ARVIOINNIN 2-VAIHEEN TOTEUTTAMINEN

Sosiaali- ja terveysministeriön sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain toimeenpanoryhmän ja Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen edustajien kanssa 20.1.2014 pidetyn kokouksen pohjalta, sosiaali- ja terveysministeriö täydentää 20.11.2013 tekemäänsä toimeksiantoa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen vaikutusarvioinnin tekemisestä. Arviointi tulee tehdä lausunnolla olevan HE-luonnoksen ja sen mukaisen järjestämislain vaikutuksista. Vaikutusarvio tehdään ainakin seuraavista asioista:

- 1) palveluverkko ja palvelujen tuotanto;
- 2) edellytykset turvata riittävien ja yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus eri järjestämisvastuun vaihtoehdoissa
 - arvioinnissa tulisi tarkastella myös saatavuuden ja saavutettavuuden muutosten vaikutuksia kuntalaisiin ja muihin palveluihin oikeutettuihin ;
- 3) ehdotuksen mukaisen hallintorakenteen toimivuus ja kustannustehokkuus;
- 4) vaikutukset valtion ja kuntien talouteen; sekä
- 5) asiakas- ja potilastietojen rekisterinpito ja tietojen käsittely.

Arvioinnissa tulisi tarkastella tilannetta sekä sellaisessa vaihtoehdossa, jossa sote-alueille ei muodostu lainkaan perustason alueita ja tilanteissa, jossa perustason alueita muodostuu annettujen kriteerien ja tiedossa olevan kuntarakenteen pohjalta maksimimäärä. Arvioinnissa tulisi myös mahdollisuuksien mukaan tarkastella sitä, missä määrin vaikutukset perustuvat ehdotettuun lainsäädäntöön ja missä määrin vaikutukset ovat riippuvaisia sen toimeenpanosta.

Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö toivoo, että THL:n 18.12.2013 laatimaa alustavaa vaikutusarviointia täydennetään siltä osin kuin se on tarpeen nyt toteutettavan laajemman arvioinnin perusteella

Luonnos arvioinnista tulisi toimittaa STM:öön 12.3. mennessä ja lopullinen vaikutusten arviointi 27.3.2014 mennessä.

Yhteyshenkilönä sosiaali- ja terveysministeriössä on hallitusneuvos Pekka Järvinen sekä työn edetessä erikseen sovittavat henkilöt.

Osastopäällikkö Kirsi Varhila

Osastopäällikkö Aino-Inkeri Hansson

Hallitusneuvos Pekka Järvinen

Meritullinkatu 8, Helsinki
PL 33, 00023 VALTIONEUVOSTO
www.stm.fi

Puhelin 0295 16001
Telekopio 09 6980 709

e-mail: kirjaamo@stm.fi
etunimi.sukunimi@stm.fi



Liite 3. Luonnoskarttoja mahdollisista sosiaali- ja terveysalueista ja perustason alueista. THL

(17.12.2013)

Luonnoskarttoja uusista sosiaali- ja terveysalueista lakiluonnoksessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä esitetyillä kriteereillä.

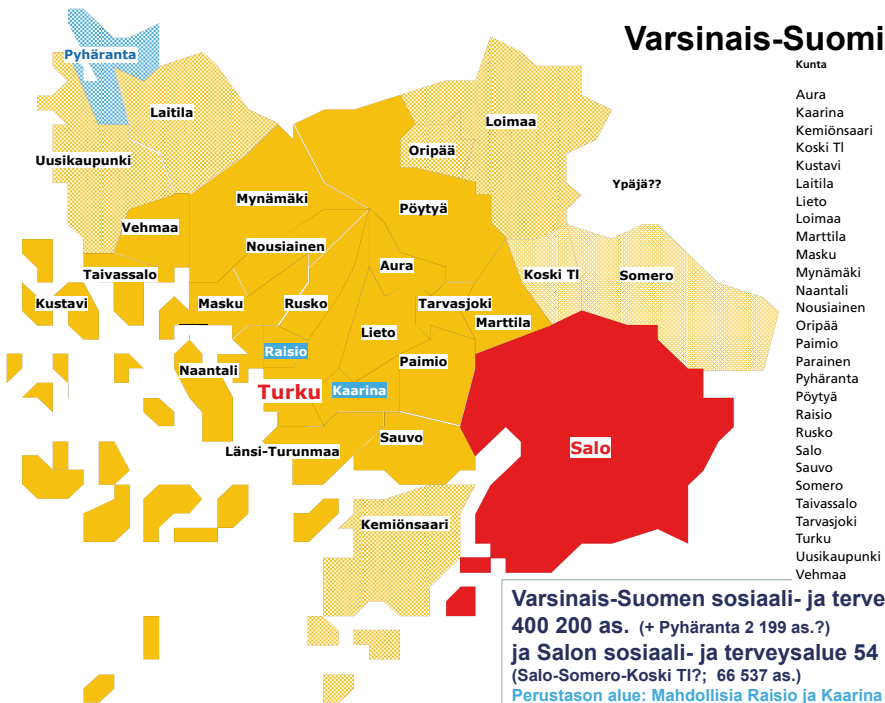
Sotealueet maakunnittain, maakunnan keskuskaupunki **punaisella**, sen työssäkäyntialue yhtenäisellä värillä, saman maakunnan sosiaali- ja terveysalueen väri (pääosin) samalla rasteroidulla värillä. Uudenmaan kuva poikkeaa tästä yleisestä linjasta, koska Uudenmaan kuusi aluetta haluttiin selvemmin erottaa toisistaan. Yli 20 000 as. kuntien (ja ainakin teoriassa) muutaman muun mahdollisen perustason kunnan nimien pohjaväri on **sininen** (tai parissa maakunnassa keltainen) ja nimet valkoisella. Muut samaan perustasoalueeseen ehkä tulevien kuntien nimiä sinisellä. Täysin valkoiset kunta-alueet; toisen maakunnan aluetta Tähän versioon on tehty joitakin, enimmäkseen stilistisiä, muutoksia verrattuna joulukuussa julkaistuun versioon.

Uusimaa



	Väestö 31.12.2012	Kunnat
Espoo	303301	3
Helsinki	603968	1
Hyvinkää	218862	6
Lohja	135113	7
Porvoo	100279	8
Vantaa	205312	1
	1566835	26

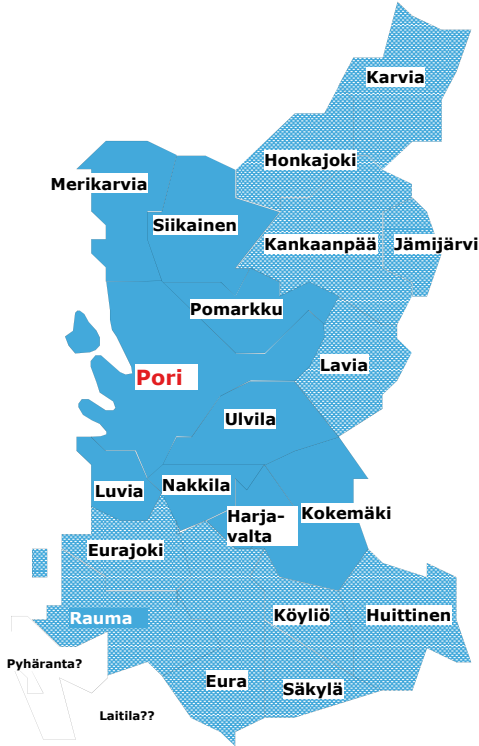
Kunta	Asukasluku 31.12.2012	Kunta	Asukasluku 31.12.2012
Askola	4 988	Myrskylä	1 992
Espoo	258 824	Mäntsälä	20 478
Hanko	9 267	Nurmijärvi	40 719
Helsinki	603 968	Pornainen	5 137
Hyvinkää	45 592	Porvoo	49 028
Inkoo	5 538	Pukkila	2 047
Järvenpää	39 646	Raasepori	28 829
Karkkila	9 119	Sipoo	18 739
Kauniainen	8 910	Siuntio	6 170
Kerava	34 491	Tuusula	37 936
Kirkkonummi	37 567	Vantaa	206 312
Lapinjärvi	2 829	Vihti	28 674
Lohja	47 516		
Loviisa	15 519		



Kunta	Asukasluku 31.12.2012
Aura	3 971
Kaarina	31 363
Kemiönsaari	7 075
Koski TI	2 450
Kustavi	889
Laitila	8 460
Lieto	17 023
Loimaa	16 737
Marttila	2 017
Masku	7 671
Mynämäki	7 978
Naantali	18 824
Nousiainen	4 846
Oripää	1 434
Paimio	10 591
Parainen	15 561
Pyhärinta	2 199
Pöytyä	8 569
Raisio	24 562
Ruskoo	5 907
Salo	54 858
Sauvo	3 033
Somero	9 229
Taivassalo	1 682
Tarvasjoki	1 959
Turku	180 225
Uusikaupunki	15 499
Vehmaa	2 324

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveysalue 400 200 as. (+ Pyhärinta 2 199 as.?) ja Salon sosiaali- ja terveysalue 54 858 as. (Salo-Somero-Koski TI?; 66 537 as.)
Perustason alue: Mahdollisia Raisio ja Kaarina Pyhärinta (ja Laitila ?) Satakunnan soteen ja Rauman perustason alueeseen? Ypäjä Kanta-Hämeestä??

Satakunta

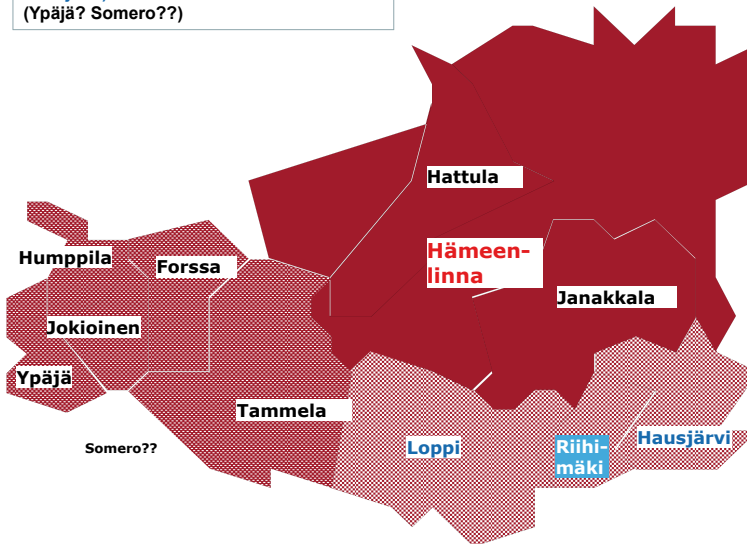


Satakunnan sosiaali- ja terveysalue
224 934 as. (+ Pyhärinta yht. 227 133)
 Perustason alue: Rauma (+Eurajoki Eura, Pyhärinta, Laitila??)

Kunta	Asukas- luku 31.12.2012
Eura	12 406
Eurajoki	5 922
Harjavalta	7 498
Honkajoki	1 932
Huittinen	10 623
Jämijärvi	1 985
Kankaanpää	11 957
Karvia	2 545
Kokemäki	7 893
Köyliö	2 750
Lavia	1 916
Luvia	3 380
Merikarvia	3 209
Nakkila	5 747
Pomarkku	2 373
Pori	83 255
Rauma	39 842
Siikainen	1 641
Säköylä	4 631
Ulvila	13 470

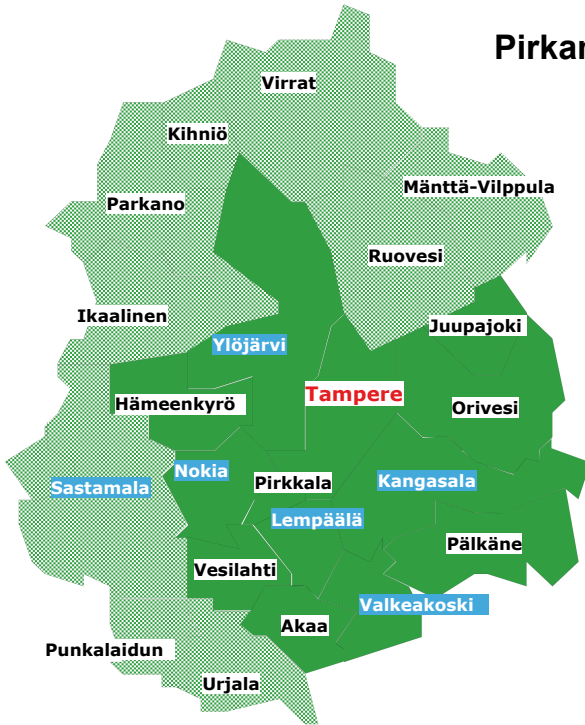
Hämeenlinnan sosiaali- ja terveysalue 175 472 as.
 Perustason alue: Riihimäki (+Loppi, Hausjärvi)
 (Ypäjä? Somero??)

Kanta-Häme



Kunta	Asukasluku 31.12.2012
Forssa	17 727
Hattula	9 720
Hausjärvi	8 866
Humppila	2 496
Hämeenlinna	67 497
Janakkala	16 921
Jokioinen	5 643
Loppi	8 336
Riihimäki	29 215
Tammela	6 542
Ypäjä	2 509

Pirkanmaa

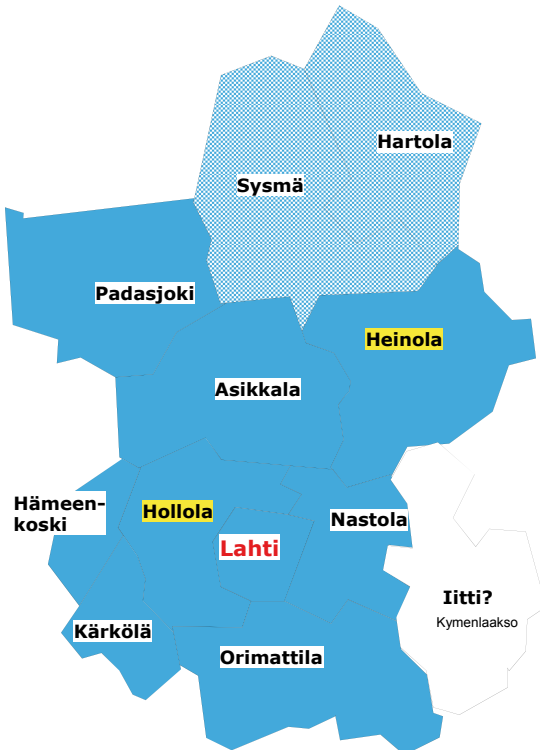


Pirkanmaan sosiaali- ja terveysalue 496 568 as.

Perustason alueita: Nokia, Ylöjärvi, Kangasala, Lempäälä, Valkeakoski, Sastamala

Kunta	Asukasluvu 31.12.2012
Akaa	17 134
Hämeenkyrö	10 500
Ikaalinen	7 346
Juupajoki	2 023
Kangasala	30 126
Kihniö	2 147
Lempäälä	21 440
Mänttä-Vilppula	11 122
Nokia	32 354
Orivesi	9 571
Parkano	6 918
Pirkkala	18 128
Punkalaidun	3 203
Pälkäne	6 838
Ruovesi	4 868
Sastamala	25 747
Tampere	217 421
Urjala	5 174
Valkeakoski	21 172
Vesilahti	4 437
Virrat	7 384
Ylöjärvi	31 515

Päijät-Häme

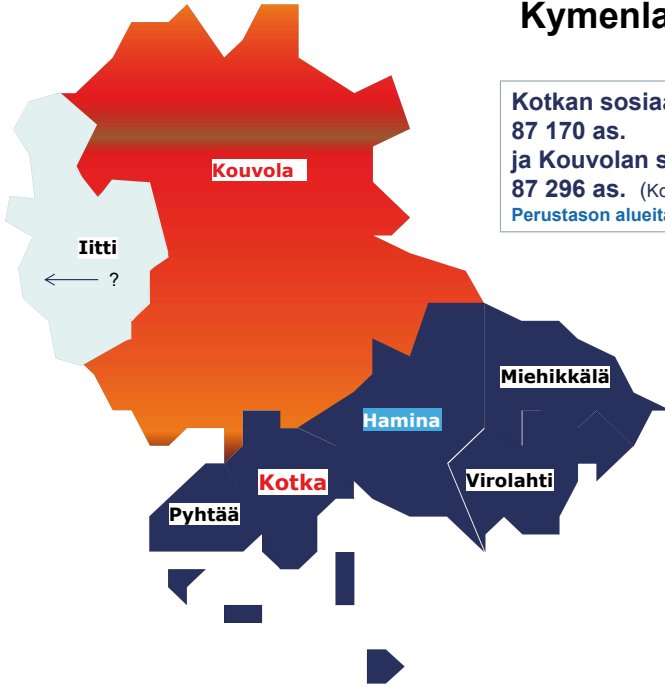


Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysalue 202 548 as.

Perustason alueita: Heinola, Hollola (Iitti?)

Kunta	Asukasluvu 31.12.2012
Asikkala	8 461
Hartola	3 205
Heinola	20 051
Hollola	22 054
Hämeenkoski	2 096
Kärkölä	4 772
Lahti	103 016
Nastola	15 082
Orimattila	16 300
Padasjoki	3 333
Sysmä	4 178

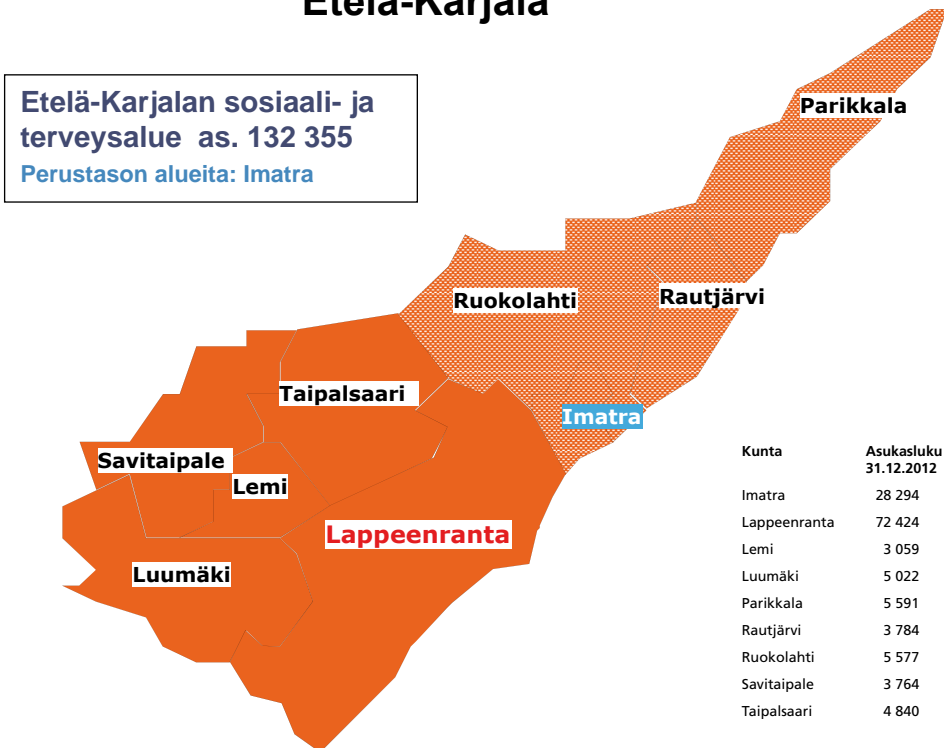
Kymenlaakso



Kotkan sosiaali- ja terveysalue
 87 170 as.
ja Kouvolan sosiaali- ja terveysalue
 87 296 as. (Kouvola ja Iitti? 94 251 as.)
 Perustason alueita: Hamina

Kunta	Asukasluku 31.12.2012
Hamina	21 256
Iitti	6 955
Kotka	54 873
Kouvola	87 296
Miehkälä	2 177
Pyhtää	5 377
Virolahti	3 487

Etelä-Karjala



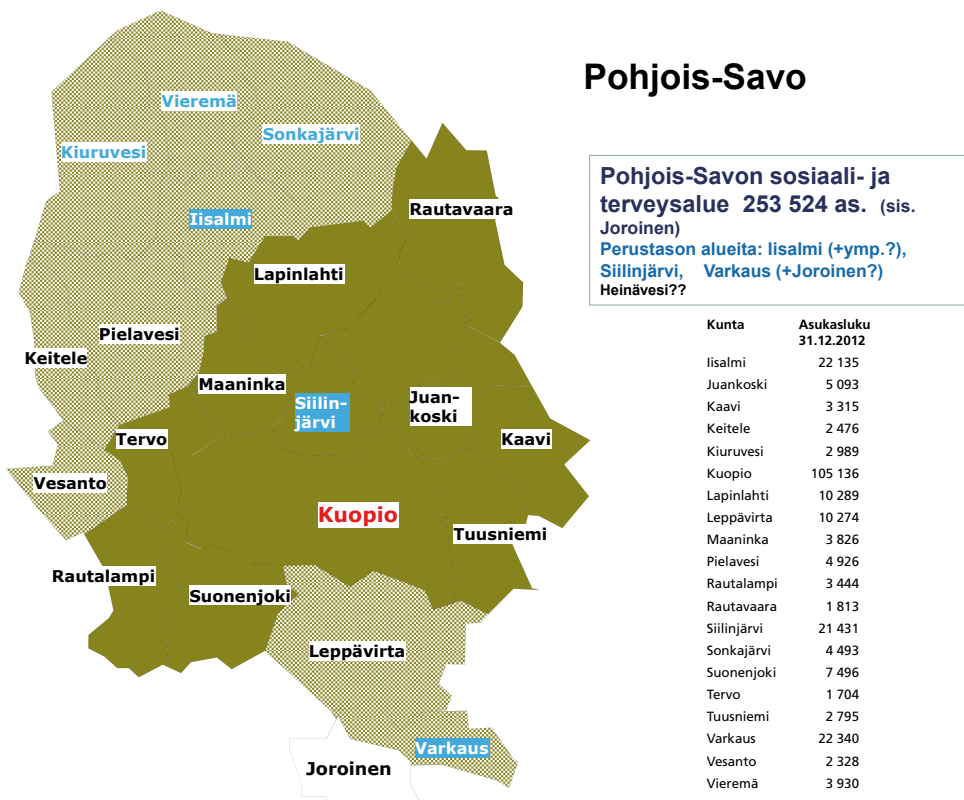
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveysalue as. 132 355
 Perustason alueita: Imatra

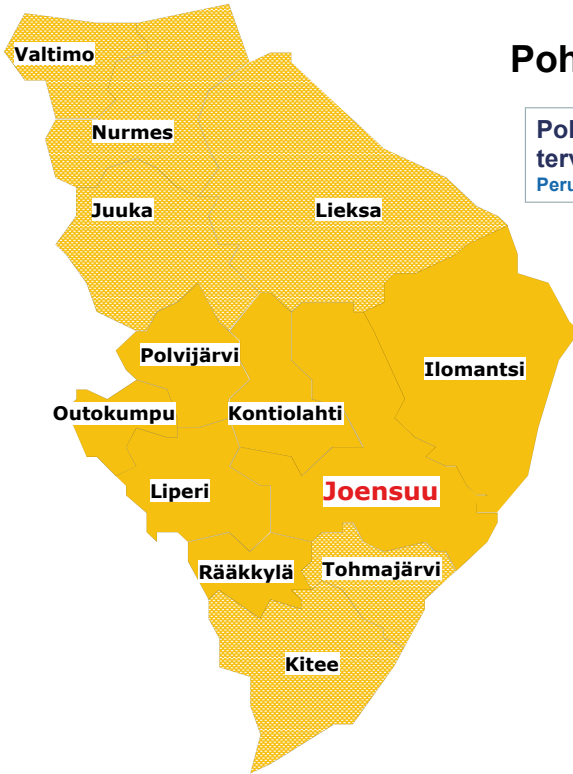
Kunta	Asukasluku 31.12.2012
Imatra	28 294
Lappeenranta	72 424
Lemi	3 059
Luumäki	5 022
Parikkala	5 591
Rautjärvi	3 784
Ruokolahti	5 577
Savitaipale	3 764
Taipalsaari	4 840

Etelä-Savo



Pohjois-Savo

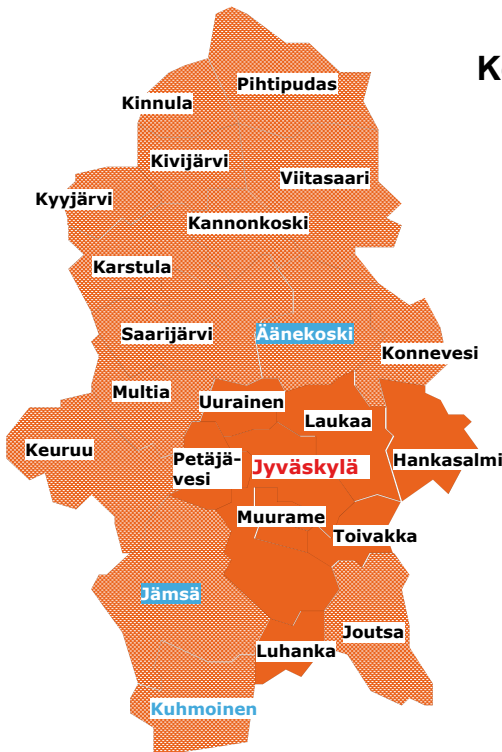




Pohjois-Karjala

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveysalue 165 754 as.
Perustason alueita: Ei

Kunta	Asukasluku 31.12.2012
Ilomantsi	5 693
Joensuu	74 168
Juuka	5 324
Kitee	11 341
Kontiolahti	14 245
Lieksa	12 399
Liperi	12 397
Nurmes	8 308
Outokumpu	7 343
Polvijärvi	4 728
Rääkkylä	2 490
Tohmajärvi	4 897
Valtimo	2 421



Keski-Suomi

Keski-Suomen sosiaali- ja terveysalue 275 161 as.
Perustason alueita: Äänekoski, Jämsä (+Kuhmoinen?)

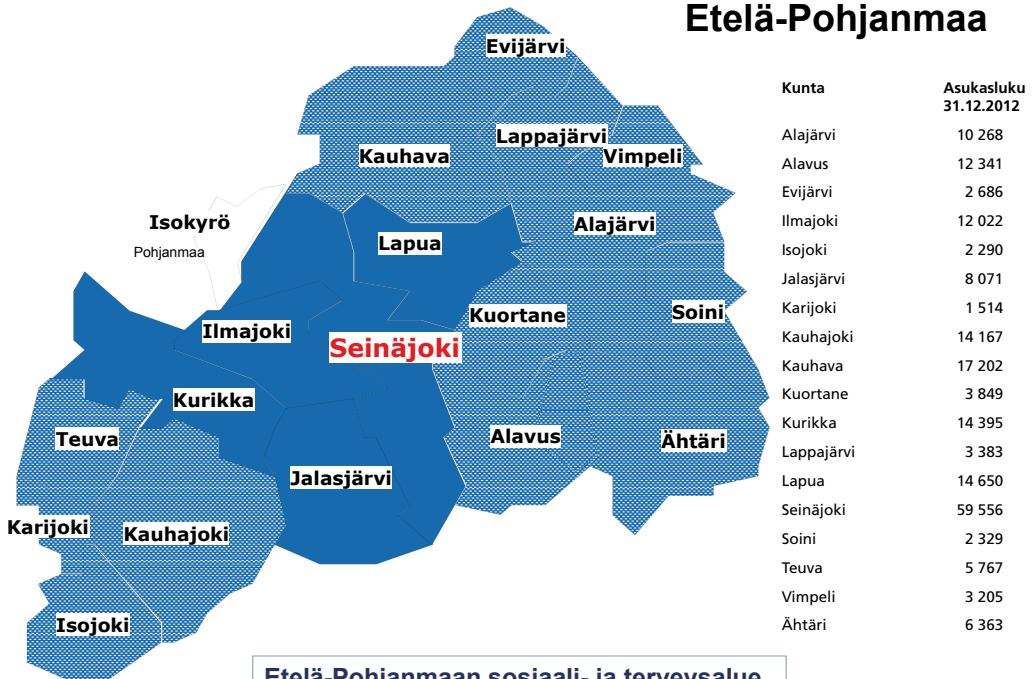
Kunta	Asukasluku 31.12.2012
Hankasalmi	5 453
Joutsa	4 898
Jyväskylä	133 482
Jämsä	22 354
Kannonkoski	1 553
Karstula	4 376
Keuruu	10 488
Kinnula	1 764
Kivijärvi	1 303
Konnevesi	2 904
Kuhmoinen	2 438
Kyyjärvi	1 469
Laukaa	18 481
Luhanka	773
Multia	1 816
Muurame	9 569
Petäjävesi	4 095
Pihtipudas	4 441
Saarijärvi	10 258
Toivakka	2 455
Uurainen	3 569
Viitasaari	6 957
Äänekoski	20 265

Pohjanmaa

Pohjanmaan sosiaali- ja terveysalue
 172 997 as. (ilman Kruunupyötä)
 Perustason alueita: Pietarsaari?? (Isokyrö?)



Etelä-Pohjanmaa



Etelä-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysalue
 194 058 (ilman Isokyröä, 198 944 as. Isokyrön kanssa)
 Perustason alueita: Ei

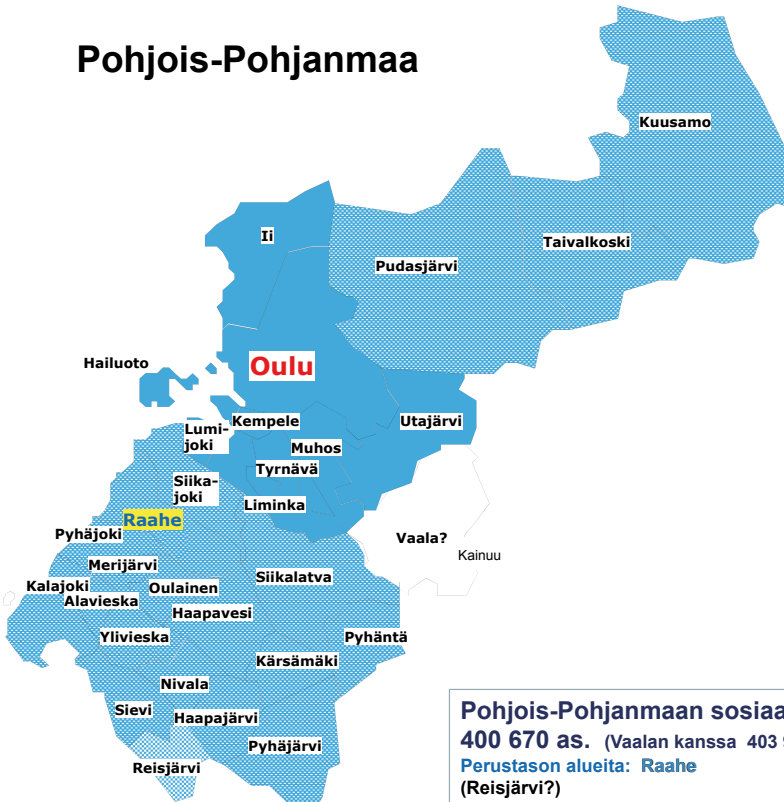
Keski-Pohjanmaa



Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysalue 75 276 (mukana Kruunupyö)
Perustason alueita: Ei (Reisjärvi?)

Kunta	Asukasluku 31.12.2012
Halsua	1 248
Kannus	5 736
Kaustinen	4 287
Kokkola	46 773
Lestijärvi	835
Perho	2 923
Toholampi	3 426
Veteli	3 382

Pohjois-Pohjanmaa



Kunta	Asukasluku 31.12.2012
Alavieska	2 761
Haapajärvi	7 641
Haapavesi	7 283
Hailuoto	986
Ii	9 574
Kalajoki	12 625
Kempele	16 383
Kuusamo	16 167
Kärsämäki	2 760
Liminka	9 432
Lumijoki	2 059
Merijärvi	1 176
Muhos	8 948
Nivala	10 985
Oulainen	7 847
Oulu	190 847
Pudasjärvi	8 620
Pyhäjoki	3 311
Pyhäjärvi	5 849
Pyhäntä	1 566
Raahen alue	25 659
Reisjärvi	2 961
Sievi	5 241
Siikajoki	5 597
Siikalatva	5 983
Taivalkoski	4 313
Tyrnävä	6 613
Utajärvi	2 950
Ylivieska	14 533

Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysalue 400 670 as. (Vaalan kanssa 403 920 as.)
Perustason alueita: Raahen alue (Reisjärvi?)

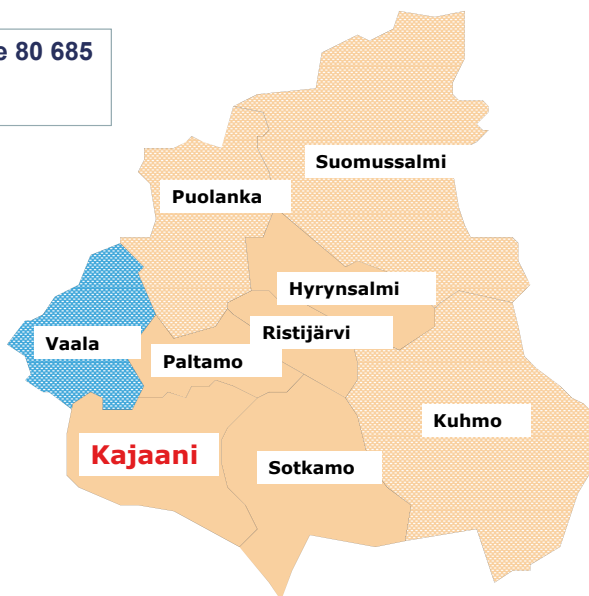
Kainuu

Kainuun sosiaali- ja terveysalue 80 685

as. (ilman Vaalaa 77 435)

Perustason alueita: Ei

Kunta	Asukasluku 31.12.2012
Hyrnsalmi	2 603
Kajaani	37 973
Kuhmo	9 240
Paltamo	3 743
Puolanka	2 931
Ristijärvi	1 450
Sotkamo	10 682
Suomussalmi	8 813
Vaala	3 250

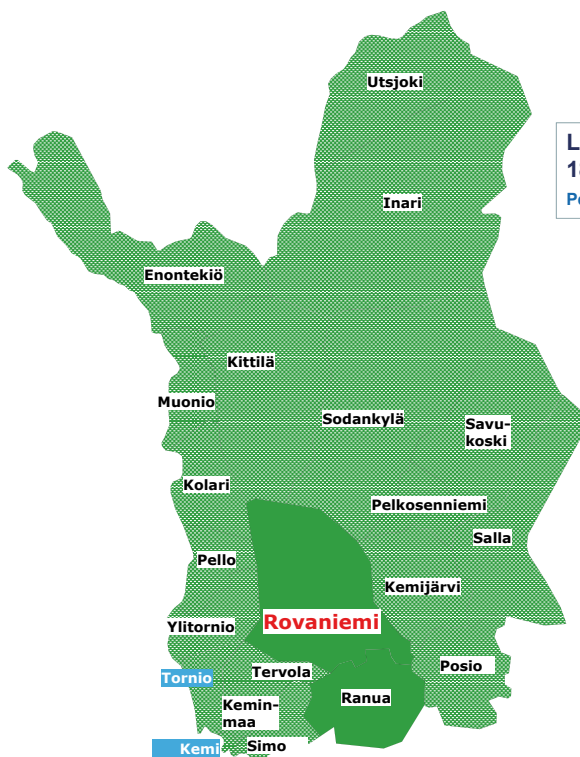


Lappi

**Lapin sosiaali- ja terveysalue
182 844 as.**

Perustason alueita: Kemi, Tornio

Kunta	Asukasluku 31.12.2012
Enontekiö	1 880
Inari	6 732
Kemi	22 257
Kemijärvi	8 093
Keminmaa	8 585
Kittilä	6 388
Kolari	3 853
Muonio	2 394
Pelkosenniemi	963
Pello	3 819
Posio	3 738
Ranua	4 227
Rovaniemi	60 877
Salla	3 979
Savukoski	1 127
Simo	3 429
Sodankylä	8 834
Tervola	3 339
Tornio	22 489
Utsjoki	1 284
Ylitornio	4 556



Liite 4. Tuomola, Seppo: Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiehdotuksen hallintorakennetta ja kustannustehokkuutta koskevien vaikutusten arviointi. Arviointiraportti 2.3.2014.

***SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISLAKIEHDOTUKSEN
HALLINTORAKENNETTA JA KUSTANNUSTEHOKKUUTTA KOSKEVIEN
VAIKUTUSTEN ARVIOINTI***
Arviointiraportti

2.3.2014
Seppo Tuomola

0. Yhteenveto

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle toimeksiantannon SOTE –uudistuksen vaikutusten arvioimiseksi. Osana tätä arviointia on suoritettu selvitys uudistuksen vaikutuksista hallintorakenteeseen ja kustannustehokkuuteen.

Selvityksessä on arvioitu uudistuksen

- peruseriaatetta hallinnon toteuttamisessa,
- vaikutuksia hallinto-organisaatioiden lukumäärään,
- vaikutuksia päätöksentekotasoihin ja niiden keskinäisiin suhteisiin,
- vaikutuksia hallinnollisiin uudelleen järjestelyihin sekä
- edellytyksiä kustannustehokkuuteen.

Järjestämislain hallinnollisena peruseriaatteena on eriyttää järjestämistä vastuu varsinaisesta palvelutuotannosta ja tällä lailla säätää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastuusta. Tällä on laajakantoisia vaikutuksia:

- Eriyttäminen mitä ilmeisimmin ajan kuluessa lisää vertailtavuutta kunnallisten ja muiden palveluntuottajien kesken johtaan samalla siihen, että kustannustietoisuus paranee
- Päätöksenteon ja hallinnon toimivuuden kannalta kuitenkin huomattava ongelma muodostuu siitä, että järjestämistä vastuutasoja on kolme, jotka kukin omin päätöksinsä erikseen hankkivat suurelta osin samoja, mahdollisesti päällekkäisiä palveluja eri palveluntuottajilta. Tämä on riski toimivan ja tehokkaan palvelurakenteen muodostumisen kannalta
- Vaikka järjestämistä vastuutasoja muodostuu nykyistä vähemmän, ei laki suoranaisesti vaikuta tuottaja-organisaatioihin, vaan ne toimivat edelleen omina hallinnollisina yksiköinä. Kun maassamme hallinto on nykyisin pääosin järjestetty tuottaja-organisaatioissa kuten sosiaalitoimen yksiköissä, terveyskeskuksissa ja sairaanhoitopiireissä sitä järjestämistä vastuuseen ja tuotannon hallintoon erittelemättä, muodostaa järjestämistä vastuun hallinnon luominen riskin päällekkäisten hallinnollisten vastuiden ja hallintotehtävien syntyemiseen

Hallinto-organisaatioiden lukumäärään järjestämislakiluonnos vaikuttaa seuraavasti:

- Järjestämislakiluonnoksen toteutuessa maahan muodostuisi n. 55 hallinnollista järjestämistä vastuuorganisaatiota, mikä on n. kolmannes nykyisestä lukumäärästä. Mikäli perustason alueita ei muodosteta, on lukumäärä n. 25 organisaatiota. Hallinnollisia organisaatioita jää kuitenkin edelleen omaisuus kuntayhtymien muodossa, alussa jopa 20-30. Samoin tuottajaorganisaatiot tulee nähdä omina hallinnollisina toimijoinaan järjestämistä vastuun nyt eriytyessä. Toimeenpanosta jää riippumaan mm. se, kuinka monta kuntayhtymäpohjaista palveluntuottaja-organisaatiota maassa säilyy tai muodostuu. On arvioitavissa, että hallinnollisia toimijoita järjestämislakiluonnoksen toteuduttua tuottaja-organisaatiot mukaan lukien mitä ilmeisimmin on edelleen lähes 200
- Se, kuinka monta sote –aluetta muodostuu vastuukuntamallilla ja kuinka monta kuntayhtymämallilla, riippuu luonnollisesti siitä täytyvätkö lakiluonnoksen kuntayhtymäratkaisua koskevat ehdot. Tähän vaikuttaa luonnollisesti se, miten sote –alueiden rajat alueellisesti muodostuvat. Teoreettisesti voidaan arvioida, että kuntayhtymämalli on muodostettavissa 13 sote –alueelle, mikäli po. alueiden kunnat (vähintään puolet kunnista ja 2/3 niiden väestöpohjasta) niin päättävät. Vastaavasti on arvioitavissa, että 6 sote –aluetta muodostuisi vastuukuntamallilla. Lisäksi Helsingin ja Uudenmaan sote –alue muodostetaan poikkeussäännöksen perusteella kuntayhtymämuotoisena

- Perustason alueiden järjestämisvastuun hallinto toteutetaan lakiluonnoksen mukaan vastuukuntamallilla. Nykyisin vastuukuntamallilla toteutettuja koko sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon kattavia järjestelyjä on 18. Kun kaikki näistä eivät täytä lakiluonnoksen kriteereitä ja kun muille alueille luodaan vastuukuntamallit, merkitsee se, että tällaisia perustasoalueita muodostetaan vielä yli 20. Tähän määrään vaikuttavat luonnollisesti kuntien päätökset siitä, liittyvätkö ne vain sote –alueeseen vai myös perustason alueisiin
- Kiinteistön/omaisuudenhallintaan jäävien kuntayhtymien määrää ei voida yksiselitteisesti arvioida, koska kunnat voivat sopia myös vaihtoehtoisista järjestelyistä. Samoin asiaan vaikuttaa se, kuinka monta kuntayhtymäpohjaista sote –aluetta maahan muodostuu. On kuitenkin ennakoitavissa, että kuntayhtymät jäävät kaikkiin niihin sote –alueisiin ja perustason alueisiin, jotka muuttuvat kuntayhtymistä vastuukuntamallilla toteutettaviksi. Lisäksi erityishuoltopiirien kuntayhtymät saattavat jäädä omaisuus kuntayhtymiksi riippuen siitä, minkä hallinto-organisaation toimesta palvelutuotanto toteutetaan. Muodostuvien omaisuus kuntayhtymien lukumäärää on vaikeata arvioida em. toimeenpanovaihtoehdoista johtuen. Niitä voinee muodostua vaihteluvälillä 10 - 30

Päätöksentekotasosta ja niiden keskinäisistä suhteista voidaan todeta seuraavaa:

- Järjestämisvastuutehtävistä huolehtivat lakiluonnoksen mukaan perustason alueet, sosiaali- ja terveysalueet (sote –alueet) ja erityisvastuualueet (ERVA –alueet). Kolmen hallinnollisen järjestämisvastuutasoon muodostuminen sisältää merkittävän riskin sille, että eri järjestämisvastuutasoilla tehtävät päätökset ovat keskenään erisuuntaisia eivätkä tue tavoiteltavan integraation ja/tai palvelurakenteen toteutumista tai jopa ovat sen kanssa ristiriidassa. Lisäksi kuntayhtymämuotoisesti toteutettavan erityistason ohjauksen yhteensovittaminen vastuukuntamallilla suoritettavan päätöksenteon kanssa on haasteellista. Kysymys valtuuksien ja vastuiden osalta voi myös muodostua epäselväksi
- Edellä mainittu riski koskee ennen kaikkea sote –alueiden ja perustason välisiä päätöksentekosuhteita erityisesti palvelurakennekysymyksissä. Mitä ilmeisimmin niin asiakas/potilaspalvelujen kuin myös erilaisten diagnostisten ja muiden tukipalvelujen osalta näkemyseroja palvelujen keskittämistavasta muodostuu. Tämä on tullut usein esim. paras –säännöksiin liittyvissä hankkeissa esiin. Sote –alueen ja perustason alueiden järjestämisvastuun kerroksellisuus tulee esiin konkreettisesti erityisesti Uudellamaalla, jossa sote –alueen muodostaa lakiluonnoksen perusteella nykyistä HUSin aluetta vastaava kuntayhtymä, ja perustason alueita muodostuu kuusi. On arvioitavissa, että Uudellamaalla sote –kuntayhtymän järjestämisvastuuseen kuuluvaa sosiaalitointa ja perusterveydenhuoltoa koskevaa ohjausta on käytännössä po. kuntayhtymän toimesta vaikea toteuttaa, sillä vahvoista kunnista muodostuvilla perustason alueilla on kuitenkin peruspalvelujen järjestämisvastuu. Tilanne ei siis juurikaan nykyisestä muutu alueella, jonka väestöpohja on 1,5 miljoonaa asukasta

Hallinnollisia uudelleenjärjestelyjä tulee järjestämislain toimeenpanossa suoritettavaksi huomattavan paljon:

- Järjestämislakiluonnos johtaa lukuisiin hallinnollisiin uudelleen järjestelyihin, joita ovat mm. nykyisten organisaatioiden purkamiseen liittyvät järjestelyt, uusien hallinnollisten yksiköiden perustaminen, yhteistoiminta-, toimeenpano- ja perustamissopimusten valmistelu, sääntötyö, vastuukuntien hallinnolliset muutokset sekä aiempien organisaatioiden omaisuusjärjestelyt

- Nykyiset organisaatiot, niiden päätöksenteko ja hallinto on käytännössä lähes kaikissa tapauksissa ja kaikissa osissa maata lakkautettava. Lakkautettavia organisaatiota tai tähän rinnastettavia uudelleenjärjestelyjä on maassa arvioilta yli 160. Välttämättömät muutokset vaihtelevat laajuudeltaan eri paikkakunnilla ja eri tilanteissa. Olennaisina on pidettävä muutoksia, jotka merkitsevät tehtävien siirtymistä kuntayhtymiltä vastuukunnille. Muutoshaasteet eivät koske vain kuntayhtymien purkamisprosesseja ja omaisuuden hallinnan järjestelyjä, vaan hallintotehtävien, erilaisten järjestelmien ja tukipalvelujen uudelleenorganisointia. Samoin kysymys siitä, miten ja minkälaisella hallinnolla aiempi kuntayhtymien palvelutuotanto uudessa tilanteessa organisoidaan, tulee mitä ilmeisimmin aiheuttamaan hankalia ja eri tavoin ratkaistavia päätöstilanteita
- Uusien organisaatioiden perustaminen edellyttää yhteistoimintasopimuksia n. 30 perustason alueelle ja n. 20 sote –alueelle. Lisäksi viidelle erityisvastuualueelle on laadittava kuntayhtymän perustamissopimus sekä lain tarkoittama toimeenpano-sopimus. Koska sopimusten ja niiden pohjalta laadittavien johtosääntötäsoisten sääntöjen perusteella määräytyy järjestämisvastuutasojen tehtävät ja päätösvaltaa, edellyttää tämä järjestämisvastuutasojen keskinäisten suhteiden koordinaatiota siten, että edellytykset sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja eritasoisen erikoissairaanhoidon integraation saavuttamiseksi ja toimivan palvelurakenteen aikaan saamiseksi tulevat luoduiksi
- Järjestämislakiluonnoksen hallinnollisten muutosten ja uudelleen järjestelyjen määrä ja toimeenpanovalmisteluun tarvittava työpanos muodostuu varsin mittavaksi. Uudistus voi johtaa kuitenkin nykyistä rationaalisempaan hallintoon edellyttäen, että toimeenpanovalmistelua varten on olemassa riittävästi selkeää valtakunnallista ohjausta ja/tai huomattavan tiivistä tulevien järjestämisvastuutahojen välistä yhteistoimintaa ja koordinaatiota. Toimeenpanovalmistelu päätöksentekovaiheineen vaatii vähintään kaksi vuotta

Kustannustehokkuudesta ja edellytyksistä sen luomiseksi voidaan todeta, että

- järjestämislakiluonnos luo edellytyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon ja erityisesti sen hallinnon kustannustehokkuuden paranemiselle. Lakiehdotuksella on kuitenkin myös kustannustehokkuuden paranemista estäviä vaikutuksia, jotka liittyvät kolmitasoiseen järjestämisvastuuseen palveluntuottajaohjauksen toteuttamisessa sekä omaisuuden hallinnan järjestämiseen

Vaihtoehdossa, jossa perustason alueita ei muodostuisi ja jossa järjestämisvastuu koottaisiin sote –alueille, mitä ilmeisimmin edellytykset alueelliselle koordinaatiolle ja sen myötä sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integroinnille sekä toimivalle palvelurakenteelle paranisivat. Samoin hallinnon toimivuus paransi ja päällekkäisyydet päätöksenteossa, hallintotehtävien ja –palvelujen hoitamisessa ja resursoinnissa vähenisivät. On oletettavaa myös, että kustannustehokkuus tulisi paranemaan sekä varsinaisessa toiminnassa ja sen ohjaamisessa että hallinnossa. Hyödyt näkyisivät etenkin palvelurakennekysymyksissä ja mm. erilaisten diagnostisten ja muiden tukipalvelujen järjestelyissä, kun po. asioita koskevat ohjauspäätökset voitaisiin tehdä alueellisesti koordinoitusti sote –alueen toimielimissä.

Loppupäätelmänä on todettava, ettei järjestämislakiluonnoksen voida katsoa parantavan maamme sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon toimivuutta. Hallinto-organisaatioiden määrän vähentämistä tärkeämpänä on pidettävä yhdellä tasolla toimivaa järjestämisvastuuta sekä yhtenäistä ja selkeää ohjausjärjestelmää.

1. Johdanto

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) suorittaa arvioinnin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakia valmistelleen työryhmän ehdotusten vaikutuksista. Osana tähän arviointiin kuuluu Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannon mukaisesti arvio ehdotuksen mukaisen hallintorakenteen toimivuudesta ja kustannustehokkuudesta, jota tämä arviointiraportti koskee.

Arvioinnin kohteet

Arviointi kohdistuu järjestämislakiluonnoksessa esitetyn hallintorakenteen toimivuuteen ja kustannustehokkuuteen. Lakiluonnoksen mukaan järjestämisvastuuta koskeva hallintorakenne määräytyy perustason alueiden, sote –alueiden ja erityisvastuualueiden hallinnon järjestämisen perusteella. Juridisina toimijoina järjestämisvastuuta koskevassa hallinnossa voivat lakiluonnoksen mukaan olla kunta, vastuukunta ja kuntayhtymä. Lisäksi kiinteistöjä ja omaisuutta voivat hallita kuntayhtymät, kunnat tai muut po. pääoman omistajat. Lakiluonnoksessa ei määritellä palvelujen tuottajina toimivien yksiköiden hallinnollista asemaa.

Hallintorakenteen toimivuutta koskevien vaikutusten arvioinnissa tarkastellaan tässä järjestämislakiluonnoksen

- peruseriaatetta sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon toteuttamisessa,
- vaikutuksia muodostuvien organisaatioiden/organisaatioyksiköiden lukumäärään,
- vaikutuksia päätöksenteko- ja johtamistasojen määrään ja keskinäisiin suhteisiin sekä
- vaikutuksia hallinnollisiin uudelleenjärjestelyihin.

Kustannustehokkuutta koskevien vaikutusten arvioinnissa pyritään luomaan näkemys toisaalta siitä, miten järjestämislakiluonnoksen ehdotukset vaikuttavat itse hallinnon rationaalisuuteen, kustannuksiin ja kustannustehokkuuteen. Toisaalta tarkastelussa arvioidaan sitä, minkälaisia edellytyksiä hallintorakenteen muutos luo sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten hallinnalle ja kustannustehokkuudelle.

Kussakin em. arviointikohteessa arvioinnissa selvitetään toimeksiannon mukaan sitä, mitä vaikutuksia hallintojärjestelyillä on vaihtoehdossa, jossa sote –alueille ei muodostu lainkaan perustason alueita ja tilanteissa, jossa perustason alueita muodostuu annettujen kriteerien ja tiedossa olevan kuntarakenteen pohjalta maksimimäärä.

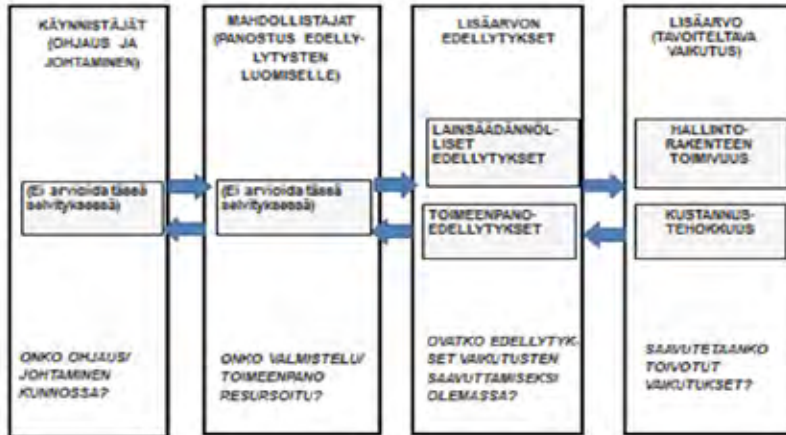
Arviointimenettely

Arviointi suoritetaan järjestämislakiluonnosta, sen perusteluja ja valmisteluaineistoja analysoimalla. Arviointijohtopäätösten teossa sovelletaan ns. lisäarvomallia, jossa kunkin edellä luetellun arviointiosion kohdalla selvitetään lakiluonnoksen ehdotusten *lisäarvoa*. Lisäarvon eli tavoitellut vaikutukset muodostavat hallinto-rakenteen (parantunut) toimivuus ja (parantunut) kustannustehokkuus. Lisäarvo voi periaatteessa olla positiivinen tai negatiivinen.

Lisäarvotarkastelussa tavoitellut vaikutukset muodostuvat jos niiden toteutumiselle on luotu edellytykset. Edellytysten aikaansaaminen edellyttää panostusta, mikä puolestaan vaatii ohjausta ja johtamista. Tämän arvioinnin toimeksianto lisäarvomallin käsittein koskee lähinnä vaikutusten ja niiden edellytysten määrittelyä. Ns. käynnistäjien ja

mahdollistajien arviointia ei luonnollisesti voi suorittaa ennen kuin toimeenpanossa on edetty. Lisäarvomallin sovellettua käyttöä kuvaa seuraava kaavio.

ARVIOINTIMENETTELY: VAIKUTUSTEN JA NIIDEN EDELLYTYSTEN ARVIOINTI (ns. lisäarvomalli)



Sovellus ns. lisäarvomallista (KAUPPINEN, TERO J.: JOHTAMISEN JOHTAMINEN, TALENTUM MEDIA OY 2006, ISBN 952-14-1080-9)

Kun eksaktin lisäarvon määrittely ei mitä ilmeisimmin tällaisissa aineistossa ole kaikilta osin mahdollista, pääpaino arvioinnissa kohdistuu siihen, mitä edellytyksiä lakiluonnos lisäarvon muodostumiselle tarjoaa. Edellytyksiä punnittaessa pyritään luomaan näkemys siitä, missä määrin lakiluonnoksen vaikutukset perustuvat suoranaisesti lainsäädäntöön ja missä määrin ne ovat riippuvaisia sen toimeenpanosta. Tässä tarkastelussa hyödynnetään myös kokemukseräistä tietoa mm. aiemmin suoritetuista, hallintorakenteiden muutoksia koskevista hankkeista (esim. PARAS –hankkeet).

Hallinnon ja hallintorakenteen käsitteestä

Hallinnolla tässä selvityksessä tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatio-rakennetta, päätöksentekoa, johtamista ja sekä näitä ohjaavia säännöksiä, sopimuksia, suunnitelmia ja muita ohjausvälineitä. Hallintoon kuuluu myös hallinnollisten tehtävien järjestelyt. Po. kokonaisuudesta voidaan myös käyttää nimitystä ohjausjärjestelmä.

Hallintorakenteella tässä selvityksessä tarkoitetaan edellä mainittuja hallintofunktioita toteuttavien toimijoiden määrää, niiden oikeudellista asemaa, keskinäisiä suhteita sekä päätöksenteko- ja johtamistasoihin jäsentymistä.

2. Lakiluonnoksen hallinnollinen peruseriaate ja sen kokonaisvaikutus hallintorakenteeseen

Lakiluonnoksen peruseriaate on säätää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis-vastuusta. Järjestämisvastuun eriyttäminen palvelutuotannosta muodostaakin uudelleenjärjestelyn hallinnollisen perustan, jolla on merkittäviä seurausvaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta, päätöksentekoa ja hallintoa koskevalle kokonaisuudelle (ohjausjärjestelmälle).

Järjestämislakiluonnoksen asiaa koskeva ehdotus

Järjestämislakia koskevassa työryhmän ehdotuksessa ja sen perusteluaineistossa on lähdetty siitä, että lailla säädetään järjestämisvastuusta. Palvelujen tuottamisesta ja sen organisoinnista ei lakiluonnokseen sisälly säännöksiä lukuun ottamatta 12. §:ää, jossa todetaan, että sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen vastuukunnan on järjestettävä vastuulleen kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluvat tehtävät ja palvelut ”*tuottamalla* ne itse, kuntalain 76 §:ssä tarkoitetulla tavalla sopimuksin yhdessä toisen sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen vastuukunnan kanssa, olemalla jäsenenä palveluja tuottavassa kuntayhtymässä, hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta vastuukunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta, taikka antamalla palvelunkäyttäjälle sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetun lain (569/2009) mukaisen palvelusetelin, tai muulla laissa säädetyllä tavalla”. Lisäksi lakiluonnoksen 13. §:ssä on todettu, että kuntien keskinäisten sopimusten perusteella voidaan sopia palvelujen tuotannosta.

Järjestämisvastuun sisällöstä on määrätty lakiluonnoksen 10. §:ssä, jossa todetaan mm., että järjestämisvastuuseen kuuluu palvelujen *tuotantotavasta* päättäminen.

Järjestämislakiluonnoksen taustalla näyttää siis olevan näkemys järjestämisvastuun ja palvelujen tuotannon eriyttämisestä (ns. tilaaja-tuottaja –asetelma), minkä on katsottava muodostavan keskeisen perustan lainsäädännön tarkoittaman hallinnon muodostumiselle. Tämän suuntaisesti kunnallisten palvelujen järjestämistä on linjattu myös hallitusohjelmassa.

Järjestämisvastuutehtävistä huolehtivat lakiluonnoksen mukaan perustason alueet, sosiaali- ja terveysalueet (sote –alueet) ja erityisvastuualueet (ERVA –alueet). Järjestämisvastuutasoja on siis kolme.

Arvio lainsäädännön vaikutuksista

Järjestämisvastuun eriyttämistä koskeva periaate johtaa seuraavanlaisiin hallinnollisiin kokonaisvaikutuksiin:

- Järjestämisvastuun eriyttäminen palvelutuotannosta mitä ilmeisimmin lisää vertailtavuutta kunnallisten ja muiden palveluntuottajien kesken johtaen samalla siihen, että kustannustietoisuus lisääntyy
- Järjestämisvastuun omaavalla organisaatiolla (perustason vastuukunnalla, sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnalla tai kuntayhtymällä) tulee olla asiantuntijoita ja hallinnollista henkilöstöä sekä suunnittelu-, ohjaus- ja tietojärjestelmiä järjestämisvastuutehtävien hoitamiseen. Kun tämä henkilöstö, asiantuntemus ja tukijärjestelmät perinteisesti ovat olemassa kunnallisten palvelujen tuottajaorganisaatioilla, saattaa tämä johtaa kunnallisten voimavarojen lisäresursointiin tai päällekkäisyyksiin hallinnollisten tehtävien ja resurssien järjestelyissä
- Kysymys siitä, mitkä hallinnolliset tehtävät ja vastuut eri tilanteissa kuuluvat järjestämisvastuutaholle ja mitkä palvelun tuottajille ei käytännön toiminnassa ole ristiriidaton. Tätä ei ole lainsäädännössä yksiselitteisesti määritelty. Ilman toimeenpanoon liittyvää ohjausta maahan mitä ilmeisimmin muodostuu erilaisia toisistaan poikkeavia käytäntöjä
- Järjestämisvastuutasoja ja samalla hallintotasoja ja hallinnollista resursointia edellyttäviä tasoja muodostuu kolme. Tätä on pidettävä merkittävimpana riskinä hallinnon toimivuudelle ja lakiehdotuksen 1. §:ssä todettujen keskeisten, palvelujen integrointia ja palvelurakennetta koskevien tavoitteiden toteutumiseksi. Kun järjestämisvastuuta koskevaa ohjausta tapahtuu perustason alueilla, sote –alueilla ja

erityisvastuualueilla, muodostuu näiden kolmen em. päätöksentekotason keskinäinen koordinaatio todella haasteelliseksi erityisesti palvelurakennekysymyksissä. Asiaa käsitellään lähemmin jäljempänä

Tarkasteltaessa vaihtoehtoa, jossa perustason alueita ei muodostuisi ja jossa järjestämisvastuu koottaisiin sote –alueille, muodostuisi järjestämisvastuuta koskevasta päätöksenteosta ja hallinnollisista järjestelyistä selkeästi lakiehdotuksen tarkoittamaa tilannetta selkeämpi ja ristiriidattomampi. Samoin hallinnollisten toimijoiden, päällekkäisten hallinnollisten tehtävien ja erilaisten tukijärjestelmien määrä vähenisi merkittävästi. Tähänkin palataan lähemmin jäljempänä

Arvio edellytyksistä toimeenpanossa

Lain toimeenpanovalmistelussa (toimeenpanoa koskeva lainsäädäntö, asetukset, ohjeistus, toteutus kuntakentässä) edellyttää seuraavaa:

- Kun sote –alueiden vastuukunnat voivat sopia palvelujen tuotannosta ja kun perustason alueiden vastuukunnat voivat sopia muiden alueensa kuntien kanssa palvelujensa tuottamisesta, jää toimeenpanovalmistelun varaan se, kuinka yhtenäisiksi em. sopimiset tulevat ja miten näiden perusteella tulee huolehditaksi sosiaali-toimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota ja toimivaa palvelurakennetta koskevien tavoitteiden toteuttamisesta käytännössä. On arvioitavissa mm. paras –lainsäädännön perusteella toteutuneiden järjestelyjen perusteella, että järjestelyt tulevat olemaan varsin epäyhtenäisiä maassa
- Kun on ilmeistä, että pääosa sosiaali- ja terveystoimista tuotetaan jatkossakin kunnallisten palveluntuottajien toimesta, on selvää että myös palveluntuottajilla on (kunnallis)hallinnollisia tehtäviä. Kun palveluja tuotetaan perustason alueen tai sote –alueen omien kunnallisten palveluntuottajien toimesta, voidaan järjestämisvastuutehtävien eriyttämisen kokea aiheuttavan päällekkäistä resursointia (vrt. Oulun ja Hämeenlinnan kaupunkien tilaaja-tuottaja –malleista luopumista koskeva keskustelu). Asiaa koskevien, paras –lain perusteella tai muutoin jo toteutettujen järjestelyjen pohjalta maahan on muodostunut varsin kirjava käytäntö järjestämisvastuutehtävien ja palvelutuotannon hallinnon järjestelyissä. Kun järjestämisvastuun eriyttäminen lakiluonnoksen perusteella nyt ulotetaan koskemaan kaikkia kuntia, muodostuu riski sille, että hallinnollisten sovellusten kirjavuus entisestään lisääntyy. Tämän välttäminen edellyttää toimeenpanovalmistelun valtakunnallista ohjausta
- Järjestämisvastuun ja palvelutuotannon eriyttäminen edellyttää kuntakentällä merkittävien muutosten tekemistä kuntien/kuntayhtymien samoin kuin palvelujen tuottajaorganisaatioiden johtosääntöihin tai muihin vastaaviin toimintasääntöihin ja tämän mukaisesti myös käytännön vastuunjako. Erytymisen merkittäväksi kysymykseksi toimeenpanossa muodostuu se, mitkä hallintotehtävät ja vastuut kuuluvat järjestämisvastuutaholle, mitkä palvelujen tuottajille. Vastuiden jaossa, toimenkuviissa ja johtosuhteissa tapahtuvat muutokset tulisi toimeenpanna koordinoitusti ja siten, että eri toimijoiden roolit muodostuvat selkeiksi. Kokemukset esim. paras –hankkeiden toimeenpanosta em. kysymyksissä antavat aiheen pitää em. toimeenpanotoimia varsin suuritoisina ja ongelmaisinakin
- Järjestämisvastuun toimeenpanossa tulee ottaa huomioon myös sen vaikutukset väestöön ja palvelujen käyttäjiin. Kuntalaiselle tulee voida selkeällä tavalla informoida, miten uusi järjestelmä toimii ja vaikuttaa hänen palveluihinsa. Selkiyttämistä edellyttävät kysymykset liittyvät erityisesti siihen, miten toimitaan ja minkä toimijan/toimielimen toimesta kuntalaisten hakiessa esim. valinnanmahdollisuuksiaan tai valitusasioitaan koskevia ratkaisuja. Tällaisista tulkinnoista tulisi varautua luomaan kansallinen yhteiskäytäntö

Tarkasteltaessa vaihtoehtoa, jossa perustason alueita ei muodostuisi ja jossa järjestämisvastuu koottaisiin sote –alueille, riskit päällekkäiseen resursointiin ja toimeenpanon kirjavuuteen vähenisivät. Alueellisen tason päätöksenteon ja johtamisen edellytykset tulisivat tällöin myös paranemaan. Ohjausjärjestelmä kullakin sote –alueella muodostuisi selkeämmäksi.

Johtopäätökset

Järjestämislain peruseriaatteella, järjestämisvastuun eriyttämisellä palvelutuotannosta on laajakantoisia vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoon kokonaisuudessaan. Lisäarvovaikutuksena voidaan pitää sitä, että eriyttäminen mitä ilmeisimmin ajan kuluessa lisää vertailtavuutta ja kustannustietoisuutta kunnallisten ja muiden palveluntuottajien kesken. Päätöksenteon ja hallinnon toimivuuden kannalta kuitenkin huomattava ongelma muodostuu siitä, että järjestämisvastuutasoja on kolme ja että riski päällekkäisten hallinnollisten vastuiden ja hallintotehtävien syntyminen kasvaa. Lisäksi järjestelmästä muodostuu kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien kannalta nykyistä vaikeaselkoisempi. Merkittävin riski sisältyy kuitenkin siihen, että toimeenpanovalmistelussa palvelutuotanto ja palvelurakenne mitä ilmeisimmin jäävät maassa epäyhtenäiseksi.

Vaihtoehdossa, jossa perustason alueita ei muodostuisi ja jossa järjestämisvastuu koottaisiin sote –alueille, kaikkien em. riskien määrä pienenee järjestämisvastuutasojen määrän jäädessä pienemmäksi.

3. Lakiluonnoksen vaikutukset organisaatioiden lukumäärään

Lakiluonnoksella on vaikutuksia hallinnollisten organisaatioiden määrään. Kuten edellä luvussa 2 on todettu, lakiluonnoksesta sinänsä ei suoranaisesti seuraa muutoksia palveluntuottaja-organisaatioiden määrään. Sen sijaan lakiluonnos vaikuttaa järjestämisvastuusta huolehtivien organisaatioiden määrään.

Järjestämislakiluonnoksen asiaa koskeva ehdotus

Lakiluonnoksessa lähdetään siitä, että maahan muodostetaan maankuntatasoisesti 50 000 asukkaan väestöpohjavaatimuksen täyttävien keskuskuntien hallinnolliselle vastuulle sosiaali- ja terveysalueet (ns. vastuukuntamalli). Sosiaali- ja terveysalueet voidaan myös muodostaa kuntayhtymämuotoisesti, mikäli alueen keskustaajungin väestöpohja on alle puolet alueen väestöpohjasta ja mikäli kuntayhtymämallia kannattavat kunnat, joiden väestöpohja vastaa yli kahta kolmannesta alueen väestöpohjasta ja lukumäärä yli puolta alueen kuntien lukumäärästä. Perustason alueita voivat muodostaa vastuukuntamallilla kunnat, joiden vastuukunnan väkiluku on vähintään 20 000 asukasta.

Sekä sote –alueiden että perustason alueiden koostumus määräytyy kuntien keskinäisten sopimusten (perustamissopimukset) perusteella kuitenkin siten, että alueet täyttävät lakiluonnoksen 8. §:ssä mainitut edellytykset. Uudellemaalle on laki-ehdotuksessa ja sen toimeenpanoa koskevassa lakiehdotuksessa säädetty poikkeuksesta, jonka mukaan sote –alue on maakunnan laajuinen ja kuntayhtymämuotoinen. Perustason alueita Uudellamaalla on mahdollisuus olla kuusi, mutta niille ei kuitenkaan tule antaa mahdollisuutta erikoissairaanhoidon järjestämisvastuuseen.

Lisäksi lakiluonnoksen mukaan maassa toimii erityisvastuualueiden kuntayhtymiä, joilla on järjestämisvastuutehtäviä.

Kuten aiemmin on todettu, laki koskee järjestämisvastuuorganisaatioita. Palveluntuottajaorganisaatioista ja niiden hallinnollisesta asemasta on sovittavissa toimeenpanovalmistelussa erikseen.

Lakiluonnoksessa, joka koskee järjestämislain toimeenpanoa, lähdetään siitä, että elleivät kunnat muuta sovi sairaanhoitopiirien ja sosiaali- ja terveydenhuollon muut kuntayhtymät jäävät toimimaan kiinteistökuntayhtyminä perussopimustensa muutoksin. Vastaavasti kuntien omistamat kiinteistöt, joita palveluntuottaja-organisaatiot edelleen käyttävät, jäävät nykyisten omistajiensa omistukseen.

Arvio lainsäädännön vaikutuksista

THL:n arviointiryhmän alustavan arviointiraportin mukaan peruspalvelujen järjestäjiä nykyisin on 151. Järjestämisen sisältö kuitenkin vaihtelee varsin paljon siten, että merkittävässä osassa kyse on vain perusterveydenhuollon järjestämisvastuusta tai sitä ja osaa sosiaalitoimintaa koskevasta järjestämisvastuusta. Näiden ohella maassa toimii 20 sairaanhoitopiiriä erikoissairaanhoidon järjestämistehtävissä. Lisäksi neljässä tapauksessa sairaanhoitopiirin kuntayhtymä huolehtii sosiaalitoimen ja/tai perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon järjestämisvastuusta tähän osallistuville kunnille.

Järjestämislakiluonnoksen vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoorganisaatioiden määrään voidaan todeta seuraavaa:

- Sote –alueita muodostuu THL:n alustavan arviointiraportin mukaan 20 lähtien siitä, että Uudellemaalle tulisi vain yksi sote –alue. Määrällisesti tämä vastaa sairaanhoitopiirien nykyistä määrää
- Perustason alueita muodostuu THL:n alustavan arviointiraportin mukaan mahdollisesti n. 30, mikä määrä on luonnollisesti olennaisesti pienempi kuin nykyinen perustason palvelujen järjestäjämäärä
- Erityisvastuualueiden kuntayhtymiä muodostuu viisi. Näitä varten on perustettava uudet kuntayhtymät ja luotava niille hallinto
- Järjestämisvastuuorganisaatioita tulee siis lakiluonnoksen mukaan olemaan yhteenlaskettuna noin 55 erityisvastuualueet mukaan lukien. Sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integroivia Sote –alueita ei maassamme tällä hetkellä puhtaana toimi ainoatakaan, joskin tätä lähellä on Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri, EKSOTE), joten uudet sote –hallinnot on muodostettava jota kuinkin kaikkia sote –alueita varten. Vain Uudenmaan poikkeustilanteessa saattaa nykyinen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä soveltua perussopimus- ja muiden mahdollisten sääntömuutosten jälkeen hallinnolliseksi alustaksi myös sote –aluetta varten
- Se, kuinka monta sote –aluetta muodostuu vastuukuntamallilla ja kuinka monta kuntayhtymämallilla, riippuu luonnollisesti siitä täytyvätkö lakiluonnoksen kuntayhtymämerkkaus koskeva ehdot. Tähän vaikuttaa luonnollisesti se, miten sote –alueiden rajat alueellisesti muodostuvat. Tämän perusteellahan muodostuu maakuntien keskuskaupunkien ulkopuolisten kuntien yhteenlaskettu väestöpohja, jonka kuntayhtymämallia varten tulee olla vähintään puolet koko alueen väestöpohjasta. THL:n alustavaan arviointiraporttiin sisältyvien tietojen perusteella voidaan arvioida, että kuntayhtymämalli on teoriassa muodostettavissa 13 sote –alueelle, mikäli po. alueiden kunnat (vähintään puolet kunnista ja 2/3 niiden väestöpohjasta) niin päättävät. Näin on mahdollista tapahtua etenkin niissä tapauksissa, joissa mahdollisesti myös alueiden keskuskaupungit päätyvät

kuntayhtymäratkaisuun. Vastaavasti on arvioitavissa, että kuusi sote –aluetta olisi muodostettava vastuukuntamallilla. Lisäksi Helsingin ja Uudenmaan sote –alue muodostetaan poikkeussäännöksen perusteella kuntayhtymämuotoisena. Vaikka em. arvioita on pidettävä vielä spekulatiivisina, näyttää varsin todennäköiseltä, että sote –alueet tulevat toteutetuiksi sekä vastuukuntamallilla että kuntayhtymämallilla

- Perustason alueiden järjestämisvastuun hallinto toteutetaan lakiluonnoksen mukaan vastuukuntamallilla. Nykyisin vastuukuntamallilla toteutettuja koko sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon kattavia järjestelyjä on 18. Kun kaikki näistä eivät täyty lakiluonnoksen kriteereitä ja kun muille alueille luodaan vastuukuntamallit, merkitsee se, että tällaisia perustasoalueita muodostetaan vielä yli 20. Tähän määrään vaikuttavat luonnollisesti kuntien päätökset siitä, liittyvätkö ne vain sote –alueeseen vai myös perustason alueisiin. On ilmeistä, että perustason alueet muodostuvat epäyhtenäisiksi toiminnallisesti ja palvelurakenteensa suhteen, sillä po. alueet ovat kuntarakenteeltaan ja nykyisen palveluvarustuksen suhteen kovin erilaisia. Eroja muodostuu erityisesti erikoissairaanhoidon osalta. Kuten aiemmin on todettu, Uudenmaan peruspalvelualueille ei lainsäädännön perusteella tule kuulua erikoissairaanhoidon järjestämisvastuuta ollenkaan muiden perustason alueiden erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun riippuessa sosiaali- ja terveysministeriön asiaa koskevista luvista
- Kiinteistön/omaisuudenhallintaan jäävien kuntayhtymien määrää ei voida yksiselitteisesti arvioida, koska kunnat voivat sopia myös vaihtoehtoisista järjestelyistä. Samoin asiaan vaikuttaa se, kuinka monta kuntayhtymäpohjaista sote –aluetta maahan muodostuu. On kuitenkin ennakoitavissa, että kuntayhtymät jäävät kaikkiin niihin sote –alueisiin ja perustason alueisiin, jotka muuttuvat kuntayhtymistä vastuukuntamallilla toteutettaviksi. Lisäksi erityishuoltopiirien kuntayhtymät saattavat jäädä omaisuuskuntayhtymiksi riippuen siitä, minkä hallinto-organisaation toimesta palvelutuotanto toteutetaan. Muodostuvien omaisuuskuntayhtymien lukumäärää on vaikeata arvioida em. toimeenpanovaihtoehtoista johtuen. Niitä voinee muodostua vaihteluvälillä 10 – 30
- Kuten aiemmin on todettu, palvelujen tuottajien hallintoa ei lakiluonnoksessa käsitellä. On kuitenkin selvää, että tuottaja-organisaatioilla tulee olemaan hallintonsa, joka nykyisinkin on varsin eri tavoin järjestetty. Sosiaali- ja terveyspalveluja tuotetaan kuntien omien yksiköiden toimesta, vastuukuntamallilla, kunnallisista liikelaitoksista ja yhtiöistä, kuntayhtymistä (ml. liikelaitos-kuntayhtymät) ja hankkimalla niitä yksityisiltä palveluntuottajilta. Organisointimuodosta riippuen palvelun tuottajilla on nykyisin ja myös tulevassa tilanteessa luottamushenkilöpohjaista hallintoa. Vaikka järjestämislakiluonnos käsittelee vain järjestämisvastuun organisoimista, on sillä kuitenkin vaikutuksensa myös palvelujen tuottamiseen ja sen hallintoon. Kysymys on poliittisista ratkaisuista, joita järjestämisvastuussa olevat toimielimet tekevät palvelurakenteesta ja palvelutuotannosta. Olennainen kysymys liittyy siihen, halutaanko nykyiset lukuisin eri tavoin organisoidut palveluntuottajat nähdä markkinoilla toimivien roolissa vai ei. Mitä ilmeisimmin tässä tulee olemaan erilaisia sovellutuksia maassa. Kyse on osittain myös järjestämisvastuutahojen omaksumasta ohjausjärjestelmästä, johon on useita erilaisia vaihtoehtoja. Näin ollen seurausvaikutus voi olla, että osa palveluntuottajista kuuluu vastuukunnan hallintoon, osa on jonkun perustason alueen tai sote –alueen muun sopimuskunnan hallinnossa, osa kuntayhtymien tai kunnallisten liikelaitosten hallinnossa, joilla kullakin on oma jo lainsäädännönkin perusteella muotoutuva päätöksenteko- ja ohjausjärjestelmänsä

Tarkasteltaessa vaihtoehtoa, jossa perustason alueita ei muodostuisi ja jossa järjestämisvastuu koottaisiin sote –alueille, järjestämisvastuuorganisaatioiden määrä luonnollisesti vähenisi olennaisesti. Lukumäärän vähenemistä olennaisempi vaikutus on kuitenkin sillä, että hallintomallien yhtenäisyys tällöin olennaisesti lisääntyisi.

Arvio edellytyksistä toimeenpanossa

Vaikka järjestämislakiluonnoksessa ja sitä koskevassa toimeenpanolakia koskevassa luonnoksessa on toimeenpanoa useilta osin ohjaavia säännöksiä, on toimeenpanossa kuitenkin liikkumavaraa, joka liittyy toisaalta toimeenpanovaiheen kuntien päätöksiin, toisaalta muodostettavien järjestämisvastuusta huolehtivien toimielinten päätöksiin toiminnan käynnistyttyä. Arvioitavissa olevia toimeenpanosta johtuvia vaikutuksia voivat ilmeisesti olla seuraavat:

- Kuten edellä on todettu, maahan mitä ilmeisimmin syntyy sekä vastuukunta- että kuntayhtymäpohjaisia sote –alueratkaisuja samoin kuin perustason alueita
- Helsingin ja Uudenmaan alueen ratkaisuihin näyttää merkittävästi vaikuttavan käynnissä oleva metropolihallintoa koskeva selvittely samoin kuin kysymys kuntauudistuksen etenemisestä alueella. Luonnollisesti kuntauudistukseen liittyvillä kysymyksillä on merkityksensä myös muilla alueilla
- Kuntayhtymiä omaisuudenhallintaa varten muodostuu ainakin uudistuksen toimeenpanon alkuvaiheessa runsaasti
- Palvelujen tuottaja-organisaatioiden määrään ei mitä ilmeisimmin etenkään uudistuksen alkuvaiheessa tule olennaisia muutoksia. Toimeenpanovalmistelusta ja jatkossa varsinaista toimintaa koskevasta päätöksenteosta kokonaan riippuu kunnallisten tuottajaorganisaatioiden lukumäärä ja se mikä niiden juridis-hallinnollinen muoto on
- On ennakoitavissa, että toimeenpano tulee olemaan suuritoinen ja useissa tapauksissa ongelmallinen tehtävä ja että runsaasti selvittelyä ja mahdollisesti myös sekavuutta tulee aiheutumaan johtosääntöjen ja muiden vastaavien säännösten valmistelussa erityisesti järjestämisvastuuseen ja tuottaja-organisaatioiden hallintoon liittyvien tehtävien ja johtosuhteiden määrittelyssä

Tarkasteltaessa vaihtoehtoa, jossa perustason alueita ei muodostuisi ja jossa järjestämisvastuu koottaisiin sote –alueille, järjestämisvastuuorganisaatioiden määrä olisi luonnollisesti n. 30 organisaatioyksikköä pienempi kuin lakiluonnokseen sisältyvässä ehdotuksessa. Olennaista on myös se, että tällä tavoin palvelujärjestelmästä muodostuisi toiminnallisesti ajan mittaan yhtenäisempi ja selkeämpi kuin miksi se lakiluonnoksen mukaan näyttäisi muodostuvan.

Johtopäätökset

Järjestämislakiluonnoksen toteutuessa maahan muodostuisi n. 55 hallinnollista järjestämisvastuuorganisaatiota, mikä on n. kolmannes nykyisestä lukumäärästä. Mikäli perustason alueita ei muodosteta, on lukumäärä n. 25 organisaatiota. On huomattava kuitenkin, että hallinnollisia organisaatioita jää edelleen omaisuus kuntayhtymien muodossa. Samoin tuottajaorganisaatiot tulee nähdä omina hallinnollisina toimijoinaan järjestämisvastuun nyt eriytyessä. Näin ollen hallinnollisia toimijoita järjestämislakiluonnoksen toteuduttua tuottajaorganisaatiot mukaan lukien mitä ilmeisimmin on edelleen lähes 200.

Organisaatioiden lukumäärää merkittävämpi on kuitenkin kysymys siitä, miten koordinoitusti ja toimivasti päätöksenteko ja ohjaus järjestämisvastuutasojen kesken tulevat toimeenpannuksi ja miten yhtenäiseksi hallintorakenne toimeenpanovalmistelussa muodostuu. Merkittävä haaste liittyy myös järjestämisvastuuorganisaatioiden ja tuottaja-organisaatioiden välisten vastuukysymysten ja hallinto-

tehtävien hoitamisessa muodostuvan työnjaon määrittelyyn. Tämä muodostaa keskeisen vaatimuksen toimeenpanovalmistelulle.

Vaihtoehdossa, jossa perustason alueita ei muodostuisi ja jossa järjestämisvastuu koottaisiin sote –alueille, muodostuisi tällä tavoin palvelujärjestelmään vähemmän hallinto-organisaatioita. Samoin järjestelmä tulisi ajan mittaan olemaan toiminnallisesti yhtenäisempi ja selkeämpi kuin miksi se lakiluonnoksen mukaan näyttäisi muodostuvan.

4. Lakiluonnoksen vaikutukset päätöksentekotasoihin ja niiden keskinäisiin suhteisiin

Kuten edellä on todettu, järjestämisvastuuorganisaatioiden lukumäärää olennaisempi kysymys on se, kuinka yhtenäiseksi toiminnallisesti uusi järjestelmä muodostuu ja miten koordinoitusti ja toimivasti päätöksenteko ja ohjaus järjestämisvastuutasojen kesken tulevat toimeenpanuksi.

Järjestämislakiluonnoksen asiaa koskeva ehdotus

Järjestämisvastuutehtävistä huolehtivat lakiluonnoksen mukaan perustason alueet, sosiaali- ja terveysalueet (sote –alueet) ja erityisvastuualueet (ERVA –alueet). Järjestämisvastuutasoja on siis kolme. Vastuukuntamallilla toteutettavilla perustason alueilla päätöksentekoa varten toimivat edustajain kokous ja yhteinen toimielin. Sote –alueilla vastuukuntamallin mukaisesti toimittaessa on niinkään edustajainkokous ja yhteinen toimielin, kuntayhtymävaihtoehdossa sote –alueella on yhtymäkokous ja hallitus. Lisäksi kuntayhtymämuotoisesti toteutettavalla erityisvastuualueetasolla on yhtymäkokous ja hallitus.

Kullakin em. tasolla tehdään järjestämisvastuuta koskevia päätöksiä, jota koskevasta toimialueesta kullakin tasolla on säädetty lakiluonnoksessa. Huomattakoon, että kaikilla tasoilla voidaan tehdä päätöksiä erikoissairaanhoidon järjestämisestä ao. järjestämisvastuutasolle kuuluvien kuntien osalta. Lisäksi erityisvastuutasolla voidaan tehdä toiminnan yhteensovittamista koskevia päätöksiä, jotka koskevat sekä perustason alueita että sote –alueita.

Arvio lainsäädännön vaikutuksista

Kun uudistuksen keskeiset tavoitteet koskevat mm. sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota sekä toimivaa palvelurakennetta, edellyttää lisäarvon aikaan saaminen em. kysymyksissä erityisesti sitä, että päätöksenteossa ja toiminnan ohjauksessa toimitaan käytännössä eri järjestämis-vastuutasoja koordinoiden ja yhteen sovittaen. Tähän liittyen voidaan lakiluonnoksen vaikutuksia arvioida seuraavasti:

- Lakiluonnos sisältää merkittävän riskin sille, että perustason alueilla sosiaalitointa ja perusterveydenhuoltoa koskevat päätökset sekä myös erikoissairaanhoidon paikallista tai seudullista toimintaa koskevat päätökset (sen jälkeen, kun vaadittu sosiaali- ja terveysministeriön lupa näiden toimintojen järjestämiseen on saatu) eivät tue tavoiteltavan integraation ja/tai palvelurakenteen toteutumista tai jopa ovat sen kanssa ristiriidassa. Kuntayhtymämuotoisesti toteutettavan erityistason ohjauksen yhteensovittaminen vastuukuntamallilla suoritettavan päätöksenteon kanssa saattaa joissakin tapauksissa johtaa ongelmatilanteisiin ja jopa ”erileirisyteen”. Kysymys valtuuksien ja vastuiden osalta voi myös muodostua epäselväksi
- Edellä mainittu riski koskee sote –alueiden ja perustason välisiä päätöksentekosuhteita erityisesti palvelurakennekysymyksissä. Mitä ilmeisimmin niin asiakas- ja

potilaspalvelujen kuin myös erilaisten diagnostisten ja muiden tukipalvelujen osalta näkemyseroja palvelujen keskittämisasteesta muodostuu. Tämä on tullut usein esim. paras –säännöksiin liittyvissä hankkeissa esiin. Sote –alueen ja perustason alueiden järjestämisvastuun kerroksellisuus tulee esiin konkreettisesti erityisesti Uudellamaalla, jossa sote –alueen muodostaa lakiluonnoksen perusteella nykyistä HUSin aluetta vastaava kuntayhtymä, ja perustason alueita muodostuu kuusi. On arvioitavissa, että Uudellamaalla sote –kuntayhtymän järjestämisvastuuseen kuuluvaa sosiaalitoimintaa ja perusterveydenhuoltoa koskevaa ohjausta on käytännössä po. kuntayhtymän toimesta vaikea toteuttaa, sillä vahvoista kunnista muodostuvilla perustason alueilla on kuitenkin peruspalvelujen järjestämisvastuu. Tilanne ei siis juurikaan nykyisestä muutu alueella, jonka väestöpohja on 1,5 miljoonaa asukasta

- Jossain määrin palvelujen keskittämisastetta koskevia kysymyksiä nousee esiin myös erityisvastuualueiden ja sote –alueiden päätöksentekotasojen kesken, kun kummallakin tasolla erikoissairaanhoidon koskevan päätöksenteon rooli on keskeinen. Ongelmalliset vaikutukset lienevät kuitenkin jo toteutetun erityisvastuualueiden yhteistyön johdosta vähäisemmät kuin perustason alueiden ja muiden järjestämisvastuutasojen kesken. Erityisvastuualueen mahdollisuudet konkreettisesti ohjata sote –alueiden ja perustason alueiden järjestämisvastuuta ovat kuitenkin käytännössä rajoitetut, kun järjestämisvastuuta koskeva päätöksenteko kuitenkin kuuluu sote –alueille ja perustason alueille. Erityisvastuualueiden hallinnollinen rooli ei tässä mielessä ole selkeä, ja järjestämislaissa sille määriteltyjen tehtävien toteuttaminen voi käytännössä olla ongelmallista
- Vastuukuntamallilla toteutettavissa perustason ja sote –alueen päätöksenteossa on otettava huomioon myös se, mikä rooli vastuukunnan päätöksenteolle ja hallinnolle muodostuu yhteistoimintasopimuksen perusteella toteuttavaan järjestämisvastuuseen. On ilmeistä, että vastuukunnan hallintoa, järjestelmiä, resursseja ja toimintakäytäntöjä hyödynnetään myös sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun organisoimisessa ja päätöksenteon valmistelussa. Tällä voidaan vähentää päällekkäistä hallintoa. Toisaalta tämä voi johtaa epäsuhtaan tai sen kokemiseen vastuukunnan ja muiden sopimuskuntien kesken

Vaihtoehdossa, jossa perustason alueita ei muodostuisi ja jossa järjestämisvastuu koottaisiin sote –alueille, edellytykset integroivaan ja toimivaa palvelurakennetta edistävään alueelliseen ohjausjärjestelmään paransivat merkittävästi.

Arvio edellytyksistä toimeenpanossa

Kun lakiluonnos ei kolmine järjestämisvastuutasoineen sinänsä takaa yhteen sovitettua ja toimivaa päätöksentekoa, ovat edellytykset tähän lähes kokonaan riippuvaisia siitä, miten em. järjestämisvastuutasojen välinen yhteistoiminta toimii. Toimivuus edellyttää, että

- lain toimeenpanovalmistelussa perustason alueiden ja sote –alueiden yhteistoimintasopimukset sekä erityisvastuualueen toimeenpanosopimus tulevat koordinoituiksi siten, että näiden em. järjestämisvastuutasojen keskinäiset päätösvaltasuhteet ovat selkeät ja toisiaan tukevat. Tällaisen sopimuskoordinaation aikaan saaminen on olennainen ja vaativa tehtävä
- kuntayhtymämuotoisesti toteutettavan järjestämissopimuksen toimeenpanossa sote –alueilla ja erityisvastuualueilla huolehditaan siitä, että perustettavien kuntayhtymien perussopimukset sekä johtosääntötasoiset säännöt tulevat siten laadituiksi, että ne on etenkin ao. järjestämisvastuutasojen toimialuetta ja päätösvaltaa koskevien kysymysten osalta sopusoinnussa keskenään. Myös tämä on tärkeä ja laaja-alaista yhteistoimintaa vaativa valmistelutehtävä

- järjestämistäsuhteiden ja palveluntuottajien samoin kuin myös omaisuuden hallintaa varten jäävien kuntayhtymien keskinäisten päätösvaltasuhteiden määrittelyyn joudutaan niin ikään toimenpanossa kiinnittämään erityistä huomiota

Vaihtoehdossa, jossa perustason alueita ei muodostuisi ja jossa järjestämistäsuhteiden koottaisiin sote –alueille, tarve em. sopimuskoordinaatioon on pienempi

Johtopäätökset

Järjestämislakiluonnoksen ja myös sen toimeenpanon merkittävimäksi riskiksi muodostuu kolmen järjestämistäsuhteiden toimialuetta ja päätösvaltaa koskevien keskinäisten suhteiden järjestyminen siten, että tavoiteltu kokonaiskoordinaatio ja ohjaus etenkin sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja eritasoisen erikoissairaanhoidon integraation saavuttamiseksi ja toimivan palvelurakenteen aikaan saamiseksi tulee toteutetuksi. Lakiluonnoksen pohjalta riski samoja asioita koskevaan päällekkäiseen päätöksentekoon ja sen myötä myös erisuuntaisiin ratkaisuihin on ilmeinen. Perustason alueiden pois jäänti pienentäisi em. riskiä.

Kaiken kaikkiaan lakiluonnoksen tarjoamaa kolmen järjestämistäsuhteiden mallia on pidettävä päätöksenteollisesti sekavana erityisesti siitä syystä, että kaikilla järjestämistäsuhteilla päätetään ainakin osittain samoja toimintoja koskevista asioista. Luonnollisesti perustason alueiden pois jäänti vähentäisi em. päätöksenteollista päällekkäisyyttä. Erityisvastuualueen mahdollisuudet konkreettisesti ohjata sote – alueiden ja perustason alueiden järjestämistäsuhteita ovat käytännössä rajoitetut, kun järjestämistäsuhteita koskeva päätöksenteko kuitenkin kuuluu sote –alueille ja perustason alueille.

5. Lakiluonnoksen vaikutukset hallintojärjestelyihin

Järjestämislakiluonnos johtaa lukuisiin hallinnollisiin uudelleen järjestelyihin, joita ovat mm. nykyisten organisaatioiden purkamiseen liittyvät järjestelyt, uusien hallinnollisten yksiköiden perustaminen, yhteistoiminta-, toimeenpano- ja perustamissopimusten valmistelu, sääntötyö, vastuukuntien hallinnolliset muutokset sekä aiempien organisaatioiden omaisuusjärjestelyt.

Järjestämislakiluonnoksen asiaa koskeva ehdotus

Lakiluonnos on kaiken kaikkiaan luonteeltaan ns. hallintolaki, jolla sellaisenaan tavoitellaan hallinnollisia muutoksia. Sen keskeisiä ehdotuksia on käsitelty edellä olevissa luvuissa. Olennaisia hallinnollisia muutoksia aiheuttavat järjestämistäsuhteiden säätäminen kolmelle eri hallintotasolle ja säännökset juridisista organisaatio-muodoista. Huomattakoon, että hallinnollisissa järjestelyissä merkittävä osa vaikutuksista on riippuvainen toimeenpanovalmistelusta. Tästä syystä suoraan lainsäädännöstä johtuvia vaikutuksia ja toimeenpanoriippuvaisia vaikutuksia ei voi selkeästi erotella toisistaan, vaan ne käsitellään seuraavassa yhtenä kokonaisuutena.

Arvio lainsäädännön ja sen toimeenpanon vaikutuksista

Järjestämislakiluonnos johtaa toteutuessaan seuraavanlaisiin merkittävimpiin hallinnollisiin järjestelyihin:

- Perustason alueiden ja vastuukuntamallilla perustettavien sote –alueiden muodostaminen edellyttää vastuukunnan ja alueen muiden kuntien välistä yhteistoimintasopimusta. Sopimuksen hyväksyy alueen edustajainkokous, ja sitä voidaan muuttaa, jos muuttamista kannattavat kunnat, joiden asukasluvu muodostaa vähintään puolet perustason alueen koko asukasluvusta. Uusien

organisaatioiden perustaminen edellyttää yhteistoimintasopimuksia n. 30 perustason alueelle ja n. 20 sote –alueelle. Lisäksi viidelle erityisvastuualueelle on laadittava kuntayhtymän perustamissopimus sekä lain tarkoittama toimeenpanosopimus

- Kuten edellisessä luvussa on todettu, alueiden välille saattaa muodostua erilaisia yhteistoimintasopimussisältöjä, mikäli riittävää koordinaatiota ei ole toisaalta sote –alueiden ja perustason alueiden välillä ja toisaalta sote –alueiden kesken varmistettu. Samat vaatimukset koskevat kuntayhtymämuotoisesti toteutettavien sote –alueiden perussopimusten ja muun säännösten valmistelua. Uudistuksen tavoitteiden toteuttamiseksi sopimusyhtenäisyyttä on pidettävä jopa välttämättömänä. Sen aikaansaaminen edellyttää joko selkeää valtakunnallista ohjeistusta tai huomattavan tiivistä yhteistoimintaa yhteistoimintasopimusten valmistelussa. Kyse on tärkeästä ja suuritoisesta valmistelusta
- Nykyiset organisaatiot, niiden päätöksenteko ja hallinto on käytännössä lähes kaikissa tapauksissa ja kaikissa osissa maata lakkautettava. Lakkautettavia organisaatiota tai tähän rinnastettavia uudelleenjärjestelyjä on maassa arvioilta yli 160. Välttämättömät muutokset vaihtelevat laajuudeltaan eri paikkakunnilla ja eri tilanteissa. Olennaisina on pidettävä muutoksia, jotka merkitsevät tehtävien siirtymistä kuntayhtymiltä vastuukunnille. Muutoshaasteet eivät koske vain kuntayhtymien purkamisprosesseja ja omaisuuden hallinnan järjestelyjä, vaan hallintotehtävien, erilaisten järjestelmien ja tukipalvelujen uudelleenorganisointia. Samoin kysymys siitä, miten ja minkälaisella hallinnolla aiempi kuntayhtymien palvelutuotanto uudessa tilanteessa organisoidaan, tulee mitä ilmeisimmin aiheuttamaan hankalia ja eri tavoin ratkaistavia päätöstilanteita. Toinen haastava ja jossain määrin myös turhauttavaksi koettava järjestely johtuu siitä, että merkittävä osa mm. paras –säännösten mukaan viime vuosina tehdyistä järjestelyistä joudutaan purkamaan. Maahan on varsin vähän aikaa sitten muodostunut kuntien yhteistoimin muodostettuja paras –säännökset täyttäviä organisaatioita, jotka vasta ovat vakiinnuttamassa toimintaansa, ja ne joudutaan nyt purkamaan ja aloittamaan muutosprosessit uudestaan uudelta pohjalta. Ilmeisesti ne tilanteet, joissa muutoksia nykyisiin hallinnollisiin järjestelyihin (esim. nykyinen kuntapohja, nykyinen juridinen hallintomalli) tulee tehtäväksi verrattain vähän, muodostavat vähemmistön muutostarpeista. Em. hallinnollisten muutosten toimeenpanovalmistelun voidaan arvioida muodostavan varsin työlään prosessin enimmässä osassa maamme. Kokemuksen perusteella on realistista arvioida, että toimeenpanovalmistelu vaatii vähintään kaksi vuotta uuden organisaation käynnistämiseksi
- Hallinnollisten organisaatioyksiköiden määrän vähenemisen voidaan olettaa vähentävän myös hallintoyksiköiden ja hallintotehtäviä suorittavan henkilöstön määrää. Näin ollen uudistuksen voidaan katsoa luovan edellytyksiä hallintotehtävien rationaaliseen hoitamiseen. On kuitenkin otettava huomioon, että nykyisessä tilanteessa hallintotehtävät hoidetaan palveluja tuottavissa yksiköissä, terveyskeskuksissa, kuntien sosiaalitoimen yksiköissä, sairaanhoitopiireissä ja muissa kunnallisissa laitoksissa niitä erikseen järjestämisvastuuseen ja palvelutuotannon hallintaan erittelemättä. Uudessa tilanteessa riskiksi muodostuu se, että järjestämisvastuutehtävien hallinto ja tuotantoyksiköihin jäävä hallinto on jossain määrin päällekkäistä ja siten myös yhteenlaskettuna enemmän hallintohenkilöstöä vaativaa. Tämän riskin realisoituminen riippuu merkittävässä määrin toimeenpanovalmistelusta, mutta on kuitenkin myös seurausta laki-luonnoksen peruslinjasta – järjestämisvastuun ja palvelutuotannon eriyttämisestä

Vaihtoehdossa, jossa perustason alueita ei muodostuisi ja jossa järjestämisvastuu koottaisiin sote –alueille, koordinoitavien yhteistoimintasopimusten, hallinnollisten uudelleenjärjestelyjen tarve sekä hallintoyksiköiden ja hallintohenkilöstön määrän

voidaan arvioida jäävän vähäisemmäksi kuin tilanteissa, joissa kunnat kuuluisivat sote – alueiden ohella myös perustason alueisiin.

Johtopäätökset

Järjestämislakiluonnoksen hallinnollisten muutosten ja uudelleen järjestelyjen määrä ja toimeenpanovalmisteluun tarvittava työpanos muodostuu varsin mittavaksi. Uudistus voi johtaa kuitenkin nykyistä rationaalisempaan hallintoon edellyttäen, että toimeenpanovalmistelua varten on olemassa riittävästi selkeää valtakunnallista ohjausta ja/tai huomattavan tiivistä tulevien järjestämisvastuutahojen välistä yhteistoimintaa ja koordinaatiota. Toimeenpanovalmistelu päätöksentekovaiheineen vaatii vähintään kaksi vuotta.

6. Lakiluonnoksen vaikutukset kustannustehokkuuteen

Lakiluonnoksen ja sen toimeenpanon kustannustehokkuutta on hallinnon näkökulmasta arvioitava kahdesta näkökulmasta; (1) luoko järjestämislakiluonnos riittäviä edellytyksiä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen ja tuottamisen kustannustehokkuuden paranemiseen, (2) johtaako lakiluonnos sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon kustannustehokkuuden paranemiseen. Kysymys on tässäkin merkittävässä määrin siitä, miten toimeenpanotoimissa onnistutaan.

Arvio lainsäädännön ja sen toimeenpanon vaikutuksista

Kustannustehokkuuden selvittäminen ennakoivasti on menetelmällisesti vaikeaa. Siksi arvioinnissa on käytettävä perusteena tietoja ja näkemyksiä muista jo toteutetuista vastaavanlaisista hallinnollisista järjestelyistä. Asiasta on esitettävissä seuraavanlaisia suuntaa-antavia arvioita:

- Hallinnollisten organisaatioiden määrän väheneminen ja suurempia kokonaisuuksia kattavan ohjauksen ja koordinoinnin muodostuminen mitä ilmeisimmin vähentää päällekkäisyyttä toiminnassa ja etenkin hallinnon järjestämisessä. Tämän on katsottava luovan selkeästi edellytyksiä kustannustehokkuuden paranemiselle. Tähän liittyviä seurausvaikutuksia varsinaisessa toiminnassa ja sen ohjauksessa ovat mahdollisuudet keskittämiseen, pienten haavoittuvien yksiköiden tukemiseen, yksiköiden väliseen henkilöstön yhteiskäyttöön ja sijaistamiseen, erilaisten tukipalvelujen järjestämiseen sekä investointien ja hankintojen nykyistä koordinoitumpaan suorittamiseen. Lisäksi lakiluonnoksen ehdotukset tieto-hallinnon ja tietojärjestelmien koordinoimiseksi ilmeisesti johtavat nykyistä kustannustehokkaampiin ratkaisuihin sekä varsinaisessa palvelutoiminnassa että hallinnossa
- Kuten aiemmin on todettu, järjestämislakiluonnos ei sinänsä suoranaisesti muuta palveluntuottaja-organisaatioiden määrää eikä asemaa. Kun kustannukset pääosin muodostuvat varsinaisesta palvelutuotannosta, on kustannustehokkuuden lisääminen olennaisella tavalla riippuvainen siitä, miten uudessa järjestelmässä toimivaa monituottajakokonaisuutta kyetään ohjaamaan. Kun useilta osin samoja palveluntuottajia ohjaavia päätöksiä tehdään kolmella eri järjestämisvastuutasolla, voi tämä johtaa kokonaisuuden kannalta kustannustehokkuuden edellytysten heikkenemiseenkin. Tätä ongelmaa ei syntyisi, jos järjestämisvastuuta ja palveluntuottajia ei eriytetäisi hallinnollisesti toisistaan, vaan ne kuuluisivat yhteen ja samaan alueellisesti organisoituun hallintoon joko kuntayhtymämuotoisesti tai vastuukuntamallin mukaisesti
- Varsinaisen hallinnon kustannustehokkuuden voidaan odottaa paranevan hallinnollisten toimijoiden määrän vähentymisen seurauksena sekä erityisesti sen johdosta, että useita nykyisin erikseen eri organisaatioissa suoritettavia hallinnollisia

tehtäviä ja palveluja voidaan hoitaa keskitetympin. Uudistus johtaa myös perusturvalautakuntien/sosiaali- ja terveyslautakuntien ja vastaavien muiden toimielinten määrän vähenemiseen, mikä lisäksi vähentää po. toimielinten asioiden valmisteluun tarvittavaa resursointia. Lautakuntien määrän voidaan arvioida nykyisin olevan n. 120. Kuntayhtymien toimielimiä (valtuustot ja hallitukset) on noin 140 – 150. Näin ollen lautakuntia, valtuustoja/yhtymäkokouksia ja hallituksia on nykyisin yhteensä 260–270. Uudistuksen jälkeen järjestämisvastuun toimielimiä (edustajainkokoukset, yhteiset toimielimet, erityisvastuualueen yhtymäkokoukset ja hallitukset) tulee olemaan yhteensä n. 110. On kuitenkin huomattava, että omaisuus kuntayhtymillä ja palveluntuottajilla tulee jatkossakin olemaan omat toimielimensä. Käytännössä seurausvaikutus on, ettei toimielinten määrä kaiken kaikkiaan vähenekään

- Kustannustehokkuuden paranemisen edellytyksiä heikentää uudistuksessa se, että maahan jää ainakin alkuvaiheessa runsaasti pelkästään omaisuuden hallintaa ylläpitäviä kuntayhtymiä, jotka nekin edellyttävät oman hallintonsa. Toimeenpanovalmistelusta sitten riippuu, missä määrin resursoiduksi näiden toiminta muodostuu. Jos sitten sairaanhoitopiirien kuntayhtymien purkamiseen, niiden omaisuuden arvottamiseen ja omistusosuuksien lunastamiseen mennään, muodostuu tähän liittyvä valmistelu ja päätöksenteko mm. taloudellisten vaikutustensa johdosta huomattavan ongelmalliseksi ja suuritöiseksi. Kaikissa tapauksissa kyseessä on järjestämislakiehdotuksen hallinnollinen seurausvaikutus, jota ei voida pitää rationaalisena

Vaihtoehdossa, jossa perustason alueita ei muodostuisi ja jossa järjestämisvastuu koottaisiin sote –alueille, mitä ilmeisimmin edellytykset kustannustehokkuuden paranemiseen varsinaisessa toiminnassa ja sen ohjaamisessa paranisivat. Hyödyt näkyisivät etenkin palvelurakennekysymyksissä ja mm. erilaisten diagnostisten ja muiden tukipalvelujen järjestelyissä, kun po. asioita koskevat ohjauspäätökset voitaisiin tehdä alueellisesti koordinoitusti sote –alueen toimielimissä. Sama koskee hallinnollisten tehtävien ja palvelujen hoitamista.

Johtopäätökset

Järjestämislakiluonnos luo edellytyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon ja erityisesti sen hallinnon kustannustehokkuuden paranemiselle. Lakiehdotuksella on kuitenkin myös kustannustehokkuuden paranemista estäviä vaikutuksia, jotka liittyvät kolmitasoiseen järjestämisvastuuseen palveluntuottajaohjauksen toteuttamisessa sekä omaisuuden hallinnan järjestämiseen. Mikäli perustason alueita ei muodostuisi, se lisäisi edellytyksiä kustannustehokkuuden parantamiseen.

7. Arviointitulos

Järjestämislakiluonnos sekä luonnos järjestämislain toimeenpanoa koskevaksi laiksi johtavat hallinnossa seurauksiin, joista lisäarvoa voidaan katsoa muodostuvan lähinnä hallinnollisten päätöksenteko-organisaatioiden määrän vähenemisestä ja tähän liittyvien hallintotehtävien nykyistä keskitetyimmistä hoitamisesta. Näillä seikoilla on jossain määrin vaikutusta myös kustannustehokkuutta lisäävästi.

Hallinnon toimivuuden kannalta lakiluonnokset sisältävät kuitenkin useita riskejä. Merkittävimpana niistä on pidettävä kolmen järjestämisvastuutason muodostumista, jolloin kokonaiskoordinaation aikaansaaminen on vaikeaa ja mahdollisuudet palvelujen integraatiota ja palvelurakennetta edistävälle alueelliselle ohjaukselle ovat puutteelliset. Nämä mahdollisuudet paranisivat olennaisesti, jos perustason alueiden muodostamisesta luovuttaisiin ja maassa olisi yksi yhtenäinen järjestämisvastuutaso.

Järjestämislain ja sen toimeenpanon seurauksena palveluntuottajaorganisaatioiden asema ei suoranaisesti muutu. Tämän seurauksena eri järjestämisvastuutasoille palveluja tuottavien organisaatioiden hallinto on kovin epäyhtenäinen maassa ja niiden hallinnon ja päätösvallan suhde järjestämisvastuutasojen hallintoon ja päätösvaltaan edellyttää selkeää määrittelyä, ja myös kansallista koordinaointia.

Kuntayhtymien jäämistä omaisuuden hallintaa varten ei ole pidettävä hallinnon toimivuuden kannalta rationaalisena ratkaisuna, vaan sekin lisää hallinnon ja hallinnollisten järjestelyjen määrää.

Lakiluonnokset johtavat huomattavaan määrään erilaisia sopimusprosesseja. Tämä edellyttää koordinaointia ja kansallista ohjausta. Kaiken kaikkiaan sopimusjärjestelmä erityisvastuualueen toimeenpanosopimuksineen on vaikeasti hallittava ja saattaa johtaa sekavaksi muodostuvaan ohjausjärjestelmään.

Kaiken kaikkiaan järjestämislakiluonnoksen ei voida katsoa parantavan maamme sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon toimivuutta. Hallinto-organisaatioiden määrän vähentämistä tärkeämpänä on pidettävä yhdellä tasolla toimivaa järjestämisvastuuta sekä yhtenäistä ja selkeää ohjausjärjestelmää.

Liite 5. Haastattelututkimuksen taustamateriaalia. THL

Kysymysrunko joulukuun 2013 asiantuntijahaastatteluissa
KUULEMISTILAISUUTEEN VALMISTAUTUMINEN

Kiitos kun olet lupautunut haastatteluamme näin lyhyellä varoitusajalla!

Aikaa keskustelulle on varattu 45 minuuttia. Yksi THL:n edustajista toimii keskustelun vetäjänä ja huolehtii myös aikataulussa pysymisessä.

Keskustelussa edetään alla olevan kysymysrunгон mukaisesti, mutta Sinun toivotaan painottavan niitä asioita, joita pidät tärkeänä.

1. **Miten uskottavana pidät lain tavoitteiden toteutumista?**
 - mikä mielestäsi edistää
 - mikä mielestäsi estää

2. **Saadaanko lakiehdotuksella aikaan riittävän suuri reformi järjestelmän uudistamiseksi seuraavien vuosikymmenien tarpeisiin?**

3. **Sisältääkö lakiehdotus riittävät välineet kansalliselle ohjaukselle?**
 - Mitä ohjauskeinoja siitä puuttuu?

4. **Mitkä ovat lakiehdotuksen taloudelliset vaikutukset?**
 - Mitkä lakiehdotuksessa esitetyt asiat vaikuttavat kustannuksiin vähentävästi, arvioitko asiaa
 - hallinnon
 - palvelujen käyttöön liittyvien kustannusten
 - investointien ml. tietojärjestelmät näkökulmasta?
 - Mitkä asiat tuovat mielestäsi lisäkustannuksia?

5. **Parantaako lakiehdotuksen toteutuminen palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta?**
 - Mitkä asiat tätä edistää?
 - Onko asioita jotka mahdollisesti heikentävät palvelujen saatavuutta?

6. **Miten hyvin lakiehdotus tukee integraatiotavoitteen toteutumista**
 - Mitkä asiat edistävät terveydenhuollon integraatiota?
 - Mitkä asiat edistävät sosiaalipalvelujen ja perusterveydenhuollon integraatiota?
 - Millaisia esteitä näet integraation toteutumiselle?

Kysymysrunko helmikuun 2014 asiantuntijahaastatteluisissa
 KUULEMISTILAISUUTEEN VALMISTAUTUMINEN

Hyvä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntija,
 kiitos kun olet lupautunut haastatteluamme näin lyhyellä varoitusajalla!

Aikaa haastattelulle on varattu 45 minuuttia. Yksi THL:n edustaja toimii keskustelun vetäjänä ja huolehtii myös aikataulussa pysymisestä. Paikalla on myös muita THL:n sote-uudistuksen vaikutusten arviointityöryhmän jäseniä

Keskustelussa edetään alla olevan kysymysrunгон mukaisesti. Kysymykset pohjautuvat STM:n THL:lle osoittamaan toimeksiantoon sote-uudituksen vaikutusten arvioinnista (toimeksianto liitteenä). Haastattelujen tarkoituksen on tuoda alueiden näkökulmaa THL:n toteuttamaan vaikutusarviointiin.

1. **Mitä pitäisit tavoiteltavana järjestämisvastuualueiden määränä?**
 - Järjestämisvastuullisia 20
 - Järjestämisvastuullisia noin 50 (sote-alueet ja perustason alueet yhteensä)
 - Onko tarkoituksenmukaista ylipäätään järjestää palveluja kahdella tasolla?
2. **Mitä vaikutuksia arvioisit olevan sillä jos järjestämisvastuu toteutettaisiin jommallakummalla seuraavista vaihtoehdoista?**
 - A. **Järjestämisvastuu on sote-alueilla ja perustason alueilla**
 - B. **järjestämisvastuu on sote-alueilla (eli perustason alueita ei ole)**

Mitä eroa ja vaikutuksia näillä järjestämisvaihtoehdoilla on sosiaalipalvelujen ja terveyspalvelujen kannalta oman alueesi näkökulmasta ja yleisesti:

- a) Palveluverkkoon ja palvelutuotantoon
- b) Palvelujen integraatioon (vertikaalinen, horisontaalinen)
- c) Palvelujen saatavuuteen, saavutettavuuteen ja yhdenvertaisuuteen
- d) Palvelujen laatuun
- e) Kustannuksiin (käyttökustannukset, hallintokustannukset)
 - syntykö kustannussäästöjä, mahdollisuudet hillitä kustannusten kasvua
 - miten kustannukset ja hyödyt jakautuvat kuntien ja valtion kesken

Onko alueellasi esimerkkejä myönteisistä tai kielteisistä vaikutuksista/kokemuksista, joiden perusteella voisi ennakoida tulevaa kehitystä eri järjestämisvaihtoehdoissa?

3. **Kuinka hyvin ehdotettu lainsäädäntö ohjaa rakennemuutoksen toimeenpanoa?**
 - Missä määrin ehdotettu lainsäädäntö jättää tilaa paikallisille tulkinnoille

VAIKUTUSARVIOINTIA VARTEN HAASTATELLUT ASIAANTUNTIJAT

Joulukuun 2013 haastattelut:

Johtaja Jouko Isolauri, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri
Apulaiskaupunginjohtaja Harri Jokiranta, Seinäjoen kaupunki
Toimitusjohtaja Juha Kaakinen, Y-Säätiö
Kouvolan kaupungin entinen perusturvajohtaja, sosiaalineuvos Sakari Laari
Sairaanhoitoalueen entinen johtaja HUS-konsernissa, professori Jorma Lauharanta
Johtaja Olli-Pekka Lehtonen, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
Kainuun maakunta - kuntayhtymän entinen sosiaali- ja terveysjohtaja, lääkintöneuvos Tuomo Pääkkönen
Professori Jari Stenvall, Tampereen yliopisto

Helmikuun 2014 haastattelut:

Johtaja Maire Ahopelto, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
Perusturvajohtaja Eeva Halme, Nokian kaupunki
Toimitusjohtaja Kari Hassinen, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea
Pormestari Anna-Kaisa Ikonen, Tampereen kaupunki
Toimitusjohtaja Pentti Itkonen, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri Eksote
Hyvinvointipalveluiden toimialajohtaja Tiina Kirmanen, Imatran kaupunki
Kouvolan kaupungin entinen sosiaalipalvelujen tilaajapäällikkö, sosiaalineuvos Niina Korpelainen
Sosiaali- ja terveysjohtaja Antti Parpo, Rauman kaupunki
Johtaja Ahti Pisto, Satakunnan sairaanhoitopiiri
Yhtymäjohtaja Markku Puro, Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä
Kaupunginjohtaja Antti Rantakokko, Salon kaupunki
Apulaiskaupunginjohtaja Sinikka Salo, Oulun kaupunki
Entinen Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin johtaja Jarmo Väänänen

Liite 6. IT-kehityksen arvio alueittain. THL

Arvioasteikko: Sairaanhoidopiirittaisen tietohallinnon koordinaation vahvuus alueella(0-3), sairaanhoidopiirittainen tietojärjestelmäratkaisujen integraatio erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sekä alueellisessa tiedonvaihdoissa (0-3) ja aluetasoinen sosiaalihuollon tietohallintoon liittyvä kehittämisaktiivisuus (0-3).

HUS-Erva	Erityisvastuualuetta kokoava koordinaatio ei ole vahva	
Etelä-Karjala, myös Imatra	<p>Medi-IT Oy hoitaa kaiken sote-it:hen liittyvän alueella, molemmat koordinoinnin ja palvelut</p> <p>Toimijoilla on sama järjestelmä, KaapoEffic pth + esh</p> <p>KIILA-hanke, johon Eksote kuulu, vastaa Apotti-hanketta tavoitteiltaan</p> <p>Sosiaalihuolto: kunnilla pääsääntöisesti omat sosiaalihuollon järjestelmät, Effic. Socom sosiaalialan osaamiskeskus vie kehitystoimintaa eteenpäin</p>	<p>SHP-koordinaatio 3,</p> <p>Tietojärjestelmäratkaisut 3</p> <p>”Kypsyystaso 6”</p> <p>Sosiaalihuollon IT, 1</p>
Kymenlaakso	<p>Medi-IT Oy hoitaa kaiken sote-it:hen liittyvän alueella, molemmat koordinoinnin ja palvelut</p> <p>Alueella on sama järjestelmä, KaapoEffic pth + esh</p> <p>KIILA-hanke, johon Carea kuuluu, vastaa Apotti-hanketta tavoitteiltaan.</p> <p>Sosiaalihuolto: kunnilla pääsääntöisesti omat sosiaalihuollon järjestelmät, Effic. Socom sosiaalialan osaamiskeskus vie kehitystoimintaa eteenpäin.</p>	<p>SHP-koordinaatio 3,</p> <p>Tietojärjestelmäratkaisut 3</p> <p>”Kypsyystaso 6”</p> <p>Sosiaalihuollon IT, 1</p>
Uusimaa	<p>HUS koordinoi alueen liittymistä Kanta-järjestelmään ja tarjoaa projektipäälliköt sekä tietohallintopalveluja (Navitas, CodeServer, Alli-sanomanvälitys)</p> <p>Alueellinen tiedonvaihto toimii Navitas-järjestelmällä.</p> <p>HUS erikoissairaanhoidossa Uranus</p> <p>Effic 4 käyttäjää (Espoo, Porvoo, Askola, Nurmijärvi)</p> <p>GFS 3 käyttäjää (Vantaa, Kerava, Tuusula)</p> <p>Mediatri 3 käyttäjää (Kauniainen, Sipoo, Hanko),</p> <p>Pegasos 11 käyttäjää (mm Helsinki, Hyvinkää, Raasepori, Lohja)</p> <p>Osa toimijoista on mukana yhteisessä Apotti-hankkeessa, jossa keskeiset toimijat ovat Helsinki ja HUS.</p> <p>Sosiaalihuolto: kunnilla on pääsääntöisesti omat sosiaalihuollon järjestelmät. Sosiaalihuollon asiakastietojen kirjaamisessa ja toiminnan kehittämisessä on yhteistyöhankkeita</p>	<p>SHP-koordinaatio 3</p> <p>Tietojärjestelmien yhtenäisyys 1</p> <p>”Kypsyysaste 4”</p> <p>Sosiaalihuollon IT 1</p>
Sote- ja	Lappeenranta (Eksote) ja Imatra voisivat It-näkökulmasta muodostaa yhden sote-alueen. Imatra on	

<p>perustason alueita tukevat ratkaisut</p>	<p>IT-alueena yhtenäinen perustason alueeksi.</p> <p>Kotkan alue (Carea) voi muodostaa IT-näkökulmasta sote-alueen yhdessä tai erikseen Kouvolan kanssa, jolla myös IT-yhtenäisyys omaksikin sote-alueeksi.</p> <p>HUS alueella ei ole yhtenäisiä IT-rakenteita. It ratkaisujen puitteissa Nurmijärvi voisi toimia Espoon kanssa ja Askola Porvoon, sitten Vantaa, Kerava ja Tuusula yhdessä. Mäntsälällä, Järvenpäällä ja Hyvinkäällä on samanlainen järjestelmä. Samoin Raaseporilla, Inkoolla, Siuntioilla ja Kirkkonummella. Vaikka Pegasos-kuntia in useita, yksikään niistä ei ole Pegasos-käyttäjä Helsingin rajanaapuri. IT-ratkaisujen kautta piirretty kuva alueista ei ole samanlainen kuin muista lähtökohdista katsottu, eikä huomioi metropolialueen erityiskysymyksiä.</p>
---	---

<p>TYKS-erva</p>	<p>Sairaanhoitopiirien (Vaasa, Varsinais-Suomi sekä Satakunta) tietohallintopäälliköt kokoontuvat säännöllisesti. TYKS Erva:lla on yhteinen tietohallintostrategia. Jokainen sairaanhoitopiiri on osakkaana ja hankkii tietohallinnon palveluja Medbit Oy:ltä. Varsinais-Suomi ja Satakunta ovat ulkoistaneet tietohallintonsa Medbit Oy:lle lähes kokonaan, Vaasan sairaanhoitopiiri ostaa vain osan palveluista. Erva-koordinaatio on vahvaa.</p>	
<p>Varsinais-Suomi</p>	<p>Vuoden 2014 alusta IT-neuvottelukunnan tilalle on perustettu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelman mukainen Tietohallinnon alueellinen koordinaatioryhmä, jonka kutsuu koolle Turun kaupunki. Edustajat ovat sairaanhoitopiiristä, jokaisesta kunnasta sekä THL:stä että KELAsta. Koko sairaanhoitopiirin alueella on käytössä myös aluetietojärjestelmä Altti. Altti on viitetietokanta, jonka avulla toteutetaan tietojen luovutusta alueellisen yhteisen potilasrekisterin sisällä sekä osin sosiaalihuoltoon ja yksityiseen terveydenhuoltoon.</p> <p>Erikoissairaanhoidossa (Uranus) ja perusterveydenhuollossa on eri tietojärjestelmät.</p> <p>Alueella on 12 eri palvelujen tuottajaa (kuntaa tai kuntien yhteenliittymää), jossa käytetään neljää eri järjestelmää (Mediatri 1, Abilita 1, Pegasos 2, Effica 8)</p> <p>Sosiaalihuolto: Varsinais-Suomen alueella sosiaalihuollon tiedonhallinnan osalta yhteistyötä on pyrkinyt virittämään Sosiaalialanosamiskeskus VASSO, mutta jalansija ei ole kovin vankka. Kunnilla on omia järjestelmiä ja jotain yhteistyötä terveydenhuollon järjestelmien kanssa.</p>	<p>SHP koordinaatio 3</p> <p>IT-yhtenäisyys 1 (viitetietokannasta piste)</p> <p>”Kypsyysaste 4”</p> <p>Sosiaalihuolto 1</p>
<p>Sote- ja perustason alueita tukevat ratkaisut, Varsinais-Suomi</p>	<p>Turun kaupunkia lukuun ottamatta ei ole sote-alueiksi riittävää väestöpohjaa omaavia toimijoita ja kaupungilla ei ole samaa järjestelmää käyttäviä rajanaapureita.</p> <p>Peruspalvelualueina IT näkökulmasta (väestöpohja + samanlainen tietojärjestelmä):</p> <p>Uuden kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus: Kustavi, Pyhäranta, Taivassalo, Uusikaupunki ja Vehmaa, yhteinen tietojärjestelmä ja perustason väestöpohja</p> <p>Salo sekä Härkätien sosiaali- ja terveyspalvelut eli Koski tl, Lieto, Marttila, Tarvasjoki</p> <p>Raisiolla ja Ruskolla on sama yhteinen järjestelmä ja Kaarina käyttää samanlaista</p> <p>SoteAkseli: Masku, Mynämäki ja Nousiainen omistavat yhteisen järjestelmän</p>	

<p>Pohjanmaa</p>	<p>Alueellisten terveydenhuollon tietohallinnan yhteistyöelintä ei ole perustettu. Jokaisella organisaatiolla on käytössä oma tietojärjestelmä ja tietokanta. SHP koordinoi Kanta-liittymisiä. Käytössä ei ole tietojärjestelmää, jonka kautta voisi saada käyttöönsä toisen organisaation potilastietoja</p> <p>Sairaanhoidopiiri käyttää eri tietojärjestelmää (Esko) kuin perusterveydenhuolto. Kuntatoimijoita on 7 ja heillä kolmea eri tietojärjestelmää (Pegasos 1, Abilita 3, Efficca 3)</p> <p>Sosiaalihuolto: Vaasan seudulla sosiaalialan osaamiskeskus Sonet Botnia on järjestänyt tiedotustilaisuuksia ja on osoitettu yhteyshenkilö kansalliseen toimintaan. Yhteistyö on vasta alussa.</p>	<p>SHP koordinaatio 1</p> <p>IT yhtenäisyys 0</p> <p>”Kypsyysaste 1”</p> <p>Sosiaalihuolto 0</p>
<p>Sote- ja perustason alueita tukevat ratkaisut, Pohjanmaa</p>	<p>Erikoissairaanhoido ei IT mielessä ole yhtenäinen minkään muun toimija kanssa.</p> <p>Ruotsinkielisillä alueilla on sama tietojärjestelmä ja ne muodostaisivat yhdessä yli 20 000 asukkaan alueen, joka on maantieteellisesti yhtenäinen. (Maalahti, Närpiö, Mustasaari ja Vöyri)</p> <p>Vaasalla, Laihialla ja Vähäkyrössä on yhteinen IT-ratkaisu.</p>	
<p>Satakunta</p>	<p>Alueella toimii sairaanhoidopiirin kokoon kutsuma alueellinen terveydenhuollon tietohallinnon neuvottelukunta. Neuvottelukuntaan kuuluu sairaanhoidopiirin lisäksi alueen kuntien edustus sekä THL:n että KELAn edustajat</p> <p>Jokaisella organisaatiolla on käytössä oma tietojärjestelmä ja tietokanta. Sairaanhoidopiirin alueella käytössä myös aluekatseilu Efficca, jonka avulla Efficca organisaatiot näkevät toistensa potilastiedot. Käyttöoikeus aluekatseilu Efficcaan annettu myös Pegasos -organisaatioille. Pegasosorganisaatioiden potilastiedot näkyvät kuitenkin vain oman järjestelmän sisällä.</p> <p>Sairaanhoidopiirin potilastietojärjestelmä on sama kuin 5:llä perusterveydenhuollon toimijalla (kaikilla Efficca), mutta erilainen kuin 4:llä muulla, joilla on Pegasos-</p> <p>Sosiaalihuollon osalta aktiivisuudesta ei ole löytynyt tietoa.</p>	<p>SHP-koordinaatio 3</p> <p>IT yhtenäisyys 2</p> <p>”Kypsyystaso 5”</p> <p>Sosiaalihuolto 0</p>
<p>Sote- ja perustason alueita tukevat ratkaisut, Satakunta</p>	<p>Satakunnan SHP ja Pori ovat IT näkökulmasta yhteneväiset sote-alueeksi, johon voisi IT puolesta liittyä Ulvila, Merikarvia ja Lavi</p> <p>Pohjois-Satakunnan peruspalvelu-liikelaitoskuntayhtymä POSA (Kankaanpää, Karvia, Honkajoki, Jämijärvi, Siikainen, Pomarkku) on yhteinen tietojärjestelmä ja asukasluku ylittää yhdessä juuri yli 20 000. Järjestelmä on sama kuin ”Sote-alueella” joten siihenkin liittymistä ratkaisu tukee.</p> <p>Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä (Kokemäki, Harjavalta, Nakkila, Luvia ja KSTHKY) omaavat yhteisen järjestelmän joka on erilainen kuin SHP:ssä.</p> <p>Eura ja Rauma käyttävät samanlaista tietojärjestelmää t väestöpohjalla, mutta järjestelmä on myös sama kuin shp:n järjestelmä.</p>	

<p>TAYS erva</p>	<p>Sairaanhoidopiirien (Pshp, PHshp, EPshp, KHshp) tietohallintojohtajilla on säännölliset erva tapaamiset. Erva –yhteistyössä pidetään Kanta-yhteistyökokouksia: mukana kunkin shp:n alueellisen Kanta-hankkeen aluepäälliköt ja OPER-aluesuunnittelija. Sote-kokonaisarkkitehtuurin yhteistyötä on tehty Kuntaliiton vetämässä Vakava-projektissa. Siinä on noussut esille Kantapalvelujen rinnalle myös</p>
-------------------------	--

SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakkoarviointi

	erilaiset palveluväylät ja muut asiakas/ potilasnäkökulmaa edistävät ratkaisumallit ml. sähköinen asiointi. Kuvantamisen osalta pyrkimystä on toimintojen yhdistelyyn, mahdollisesti omalla alueella, jopa erva-tasoisesti (riippuen mm. Kvarkki-poc hankkeiden tuloksista). Tämä koskee oikeastaan kaikkia Tays erva alueita kuvantamisratkaisujen osalta. Erva koordinaatio on kohtalaista.	
Etelä-Pohjanmaa	<p>Etelä-Pohjanmaalla on tehty viime vuosina paljon yhteistyötä kuntatasolla ja saatu muodostettua myös yhteistoiminta-alueita, jolloin on yhtenäistetty myös IT-toimintaa. Alueen suurin ponnistus ennen Kanta-arkistoliityntää koskee ns. EPPotti-hanketta, jolla pyritään yhtenäistämään alueen IT-sote-ratkaisut. Tavoitteena on mahdollisimman keskitetty ratkaisumalli alueellisiin ja kansallisiin tarpeisiin (liitynnät, tietoverkot, palvelimet, tietokannat, järjestelmät, kuvantaminen, lab.palvelut jne). Alueellinen, julkinen IT-Yhteistyö on viime vuosina ollut yhä keskitetympää. Yhteistyötä tehdään jonkin verran myös yksityisten th-toimijoiden kanssa.</p> <p>Terveydenhuollossa on koko maakunnan kattavasti käytössä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sama potilastietojärjestelmä (Efficca). Aluekatselu-Efficassa kaikki voivat katsella muiden tietoja. Muut 7 organisaatiota, voivat myös käyttää toistensa tietoja, paitsi Seinäjoki (ei ole mukana yhteisessä tietokannassa)</p> <p>Sosiaalihuolto: SonetBotnia osaamiskeskus kokousta jäsenkuntiansa kanssa, mukana on myös sote-johtoa ja IT-edustusta. Lisäksi yhteistyötä tehdään maakunta-tasolla. IT-asioiden huomioiminen näissäkin yhteistyöryhmissä saanee lähivuosina enemmän jalansijaa</p>	<p>SHP koordinaatio 3</p> <p>IT-yhtenäisyys 3</p> <p>”Kypsyyssaste 6”</p> <p>Sosiaalihuolto 1</p>
Sote- ratkaisut Etelä-Pohjanmaalla ja IT	IT yhteistyö tukee yhtenäisen sote-alueen muodostumista Etelä-Pohjanmaalle	
Kanta-Häme	<p>Kanta-Hämeessä yhteistä etua tuo Efficca-aluekatselu ja yhteistoiminta-alueet. Toimijoita ei siis ole kovin montaa. Laboratoriotuotannon osalta koko alueella tehdään tiivistä yhteistyötä FimLabin kanssa. Aluekatselu-Efficasta voi katsella muiden tietoja. Terveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sama potilastietojärjestelmä (Efficca).</p> <p>Sosiaalihuolto: Alueella on nyt käynnistynyt sosiaalihuollon tiedonhallintaan liittyvä hanke (KiTi), jota koordinoi Hämeenlinnan kaupunki ja osaamiskeskus Pikassos.</p>	<p>SHP koordinaatio 3</p> <p>IT-yhtenäisyys 3</p> <p>”Kypsyyssaste 6”</p> <p>Sosiaalihuolto 2</p>
Sote- ratkaisut Kanta-Hämeessä ja IT	IT yhteistyö tukee yhtenäisen sote-alueen muodostumista Kanta-Hämeeseen	
Päijät-Häme	<p>Päijät-Hämeessä on tehty viime vuosina merkittäviä organisaatiomuutoksia, jotka osaltaan vaikuttavat yhteisiin IT-ratkaisuihin. Toimijoita ei ole montaa. Alueellista yhteistyötä tehdään eri tavoin, myös laboratorioroiden ja kuvantamisen osalta sekä yksityisten th-toimijoiden kanssa. Kukin organisaatio vastaa omasta rekisterinpidostaan.</p> <p>Perusterveydenhuollon kuntayhtymillä ja erikoissairaanhoidossa on sama järjestelmä, Efficca, mutta keskuskaupungilla (Lahti) ja osin erikoissairaanhoidossa on eri järjestelmä (Pegasos) Efficca-käyttäjien kesken on tietojen aluekatselu-mahdollisuus, ei kuitenkaan mukana Lahti, jolla Pegasos.</p>	<p>SHP koordinaatio 2</p> <p>IT-yhtenäisyys 2</p> <p>”Kypsyyssaste 4”</p> <p>Sosiaalihuolto 1</p>

	Sosiaalihuolto: Alueen osaamiskeskus kokousta jäsenkuntiansa kanssa, mukana on myös sote-johtoa ja IT-edustusta.	
Sote- ratkaisut Päijät-Hämeessä ja IT	Alueen keskustaajungin erilainen tietojärjestelmä suhteessa erikoissairaanhoidon ja alueen muiden toimijoiden yhtenäiseen järjestelmäratkaisuun epäyhtenäistää rakenteen. Tietojärjestelmäerot eivät korosta kuvaa Heinolan ja/tai Hollolan jäämisestä perustason alueeksi.	
Pirkanmaa	<p>Shp:n PirKanta-hankkeen aluepäällikkö tekee yhteistyötä paikallishankkeittensa kanssa. IT-ratkaisujen näkökulmasta Pshp:n alue on monimutkainen, jopa pirstaleinen, joskin viime vuosina jossain määrin yhtenäisyyttä on syntynyt yhteistoiminta-alueiden kautta. Tavoitteena on saada yksi yhteinen liityntäpiste Kantaan, kun niitä on nyt kullakin 1-2. Osa organisaatioista hyödyntää tätä yhteistä liityntäpistettä pian (kevät 2014) ja osa myöhemmin. PirKanta-hankkeen ohjausryhmä toimii myös Pirkanmaan osalta Kuntaliiton Vakava-hankkeen sote-konaisarkkitehtuurin yhteistyöryhmänä, ja linjaa yhdessä Pirkanmaan alueen KA:n jatkosuunnitelmia. Tavoitteena on tätäkin kautta keskittää suunnittelua ja toteutusta, mutta toistaiseksi alueella on useampia erillisiä ja yhteisiä IT-ryhmiä.</p> <p>Sairaanhoitopiirissä ja perusterveydenhuollossa on eri potilastietojärjestelmät. Alueen perusterveydenhuollossa on 6:lla toimijalla Pegasos, 5 toimijalla Efficca ja 6 toimijalla Mediatri. Pirkanmaalla ei nykyisin: voi katsella/ käyttää alueellisesti toistensa tietoja, kaikki toimivat erikseen</p> <p>Sosiaalihuolto: alueen osaamiskeskus kokousta jäsenkuntiansa kanssa, mukana on myös sote-johtoa ja IT-edustusta.</p>	<p>SHP koordinaatio 1</p> <p>IT-yhtenäisyys 0</p> <p>”Kypsyysaste 1”</p> <p>Sosiaalihuolto 1</p>
Sote- ratkaisut Pirkanmaalla ja IT	Erikoissairaanhoidon järjestelmä on erilainen kuin yhdenkään perusterveydenhuollon ml. keskustaajungin. Pirkkalalla ja Vesilahdella on yhteinen IT ja yli 20 000 asukasta. Nokia löytäisi IT-kumppanin Hämeenkyröstä, Valkeakoski, Akaa-Urjala ja Lempälä omaavat samanlaisen IT-ratkaisun. Sastamalalla ja Punkalaitumella on yhteinen IT, Kangasala-Pälkäneellä on yhteinen IT. Muu tilanne on hyvin hajanainen. Keskustaajunki - Tampereen kanssa sama järjestelmä on vain Orivedellä.	

KYS-erva	<p>Tietohallintotoimikunta toimii KYS/ERVA johtoryhmän alaisuudessa, kaikki 5 sairaanhoitopiiriä ovat mukana ja lisäksi Kuopion kaupunki (perusteena on se, että Kuopio on KYS-ERVA-alueen suurin kaupunki sekä se, että saadaan pth-näkökulma kehittämiseen mukaan). Kokoon tuu n. 3 kertaa keväällä, 3 syksyllä. Ollaan erittäin tyytyväisiä mm. käyttöönotettuun yhteiseen KYS-ERVAn aluetietoverkkoon, joka yhdistää fyysisesti kaikki KYS-ERVAn piirit keskenään. Lisäksi se mahdollistaa liitännät kansallisiin palveluihin alueellisesti siten, että nyt riittää yksi liitännätpiste alueelta vaihtoehtoisen viiden liitännän sijaan. Piirien välisiä vanhoja yhteyksiä on voitu purkaa pois ja saada palvelut yhteisen tietoliikenteen piiriin. Se taas mahdollistaa yhteiset alueverkkopalvelut, kuten LYNC federaatiot, videokonsultaatiot, alueellisen arkistoratkaisun, alueellisen kliinisten tietojen välittämisen jne. Jatkossa siis videoyhteyden tai LYNC yhteyden ottaminen piiristä toiseen alueella on yhtä helppoa kuin puhelun soitto pikavalinnalla. KYS-ERVA-alue on ollut aktiivinen myös kansallisessa KA työssä. Täällä on osallistuttu työryhmiin ja tuotu esiin alueellista näkökulmaa ja ennen kaikkea sen mahdollisuuksia KA:n kannalta. KYS-ERVAn alueverkkoa, ESSHP /ISSHP ICT yhteistyötä ja yhteistä tietoturvaliikettä voi pitää alueellisenä saavutuksena. Erva-alueen aluehankkeet tekevät säännöllisesti yhteistyötä mm. säännöllisillä kokouksilla ja vierailuilla toistensa alueilla. Alueellisissa käyttöönottohankeissa on erilaisia alatyöryhmiä kunkin sairaanhoitopiirin piirteiden mukaisesti, mm. tiedonhallinnan työryhmä, henkilöstön koulutustyöryhmä. Työryhmien tuotoksia hyödynnetään alueella. Tavoitteena ovat mahdollisimman</p>
----------	---

	yhtenäiset toimintakäytänteet / -mallit. Arvio: Erva-koordinaatio on vahvaa.	
Pohjois-Savo	<p>PSSHP:n tietohallinnon alueellinen neuvottelukunta, PSSHP:n kunnallisen terveydenhuollon organisaatiot, kokoontuu 5-6 x /v. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella alueellisten IT-hankkeiden käyttöönotossa noudatetaan alueellista projektikäytäntöä. Kuopion kaupungilla ja PSSHP:llä on lisäksi vielä oma erillinen yhteistyöryhmä, jossa käsitellään PSSHP:n ja Kuopion kaupungin suunnitteilla olevia ja olemassa olevia hankkeita. Se on ns. tietojenvaihtofoorumi. PSSHP:ssä tietohallinnon alueellisessa neuvottelukunnassa käsitellään alueellista koordinaatiota edellyttävät yhteistyöhankkeet, vakiintunut käytäntö n. kymmeneltä vuodelta, toimii hyvin. PSSHP:ssä ICT-palvelutuotannossa Istekki Oy:llä on merkittävä asema.</p> <p>Sairaanhoitopiirissä on eri järjestelmä kuin perusterveydenhuollossa (Uranus). Perusterveydenhuollossa on käytössä yhtenäinen aluePegasos. (Kuopio, Ylä-Savo, Kysteri, Pieksämäki 1.4.2014 alk.)</p> <p>Sosiaalihuolto; Tammikuussa 2014 järjestettiin Kuopiossa sosiaalihuollon tiedonhallinnan alueellisen kehittämisen työkokous. Suunnitelmilla jatketaan sosiaalijohtajien kokouksessa. Ensimmäiseksi yhteistyöhön otettiin Pohjois-Savon alue.</p>	<p>SHP koordinaatio 3</p> <p>IT-yhtenäisyys 2</p> <p>”Kypsyysaste 5”</p> <p>Sosiaalihuolto 1</p>
Pohjois-Savon alue ja IT	<p>ESH (Uranus) ja Pth välillä on eri ratkaisu. AluePegasos on ”sote-alueaisesti” laajassa käytössä mukana Ylä-Savon sote (Iisalmi, Kiuruvesi, Sonkajärvi, Vieremä), Kuopio, Kysteri (Juankoski, Kaavi, Keitele, Leppävirta, Pielavesi, Rautavaara, Tervo, Vesanto, Lapinlahti?) ja Sisä-Savo (Suonenjoki, Rautalampi).</p> <p>Effica-käyttäjien ryhmä (jokaisella oma Effica) ovat Varkaus (Varkaus isäntäkuntana ja Joroinen (joka kuntana kuuluu ESSHP) sekä Siilinjärvi ja Lapinlahti, joiden väestöpohja riittää omaksi perusalueeksi.</p>	
Etelä-Savo	<p>Merkittävä asia on ESSHP:n ja ISSHP:n välinen tietotekniikkainfrastruktuurin yhdistäminen. Projekti toimii oppimisprojektina suurempien piirien järjestelmien yhdistämiselle. 1.1.2014 alkaen aloitti yhteiset HR- ja talousjärjestelmät, materiaalihallinto ja apuvälinekeskusjärjestelmät. 2.12.2013 aloitti jo yhteinen käyttötuki ja lähituki ja kevään aikana yhtenäistetään työasemaratkaisut, ICT laadunhallinta ja syksyllä virtuaalisointi. Lisäksi syksyllä 2014 ESSHP:lle toteutetaan KYS-ERVA yhteensopiva arkistoratkaisu. ISSHP ja ESSHP yhteistyö on tiivistä. ESSHP:n alueella toimii Ester-yhteistyöryhmä, joka perustettiin kun alueella otettiin käyttöön Effica-potilastietojärjestelmä. Ryhmässä oli alkuun edustus jokaisesta Effican käyttöönottavasta/käyttävästä organisaatiosta. eReseptin myötä ryhmän kokoonpano on laajennettu myös Pegasos-käyttäjään eli Pieksämäki on ollut mukana tässä ryhmässä. Etelä-Savossa toimii Ester-yhteistyöryhmä hyvin. ISSHP:ssä on tietohallinnon oma johtoryhmä.</p> <p>Itä- ja Etelä-Savo ovat aktiivisia MediIT:n suuntaan. Etelä-Savon shp on kirjautunut mukaan Medi-IT:n kanssa Kiila-hankkeeseen, ISSHP ei ole siinä mukana.</p> <p>Sairaanhoitopiirejä on alueella 2 kpl (ESSHP ja ISSHP). Niissä ja perusterveydenhuollossa on sama järjestelmä (Effica), lukuun ottamatta Pieksämäkeä, joka liittyy Pohjois-Savon AluePegasokseen 1.4.2014 alk.)</p> <p>Sosiaalihuolto; ei aktiviteettia.</p>	<p>SHP koordinaatio 3</p> <p>IT-yhtenäisyys 3</p> <p>”Kypsyysaste 6”</p> <p>Sosiaalihuolto 0</p>
Etelä-Savon	Vaikka alueella on kaksi sairaanhoitopiiriä, on alueen IT ratkaisu yhtenäinen sekä	

alue ja IT	erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon osalta ja voisi IT-näkökulmasta muodostaa yhden sote-alueen lukuun ottamatta Pieksämäkeä, joka on IT-teknisesti liittymässä osaksi Pohjois-Savoa ja Heinävetä, joka ei ole mukana alueen IT-ratkaisuissa vaan on liittynyt osaksi Pohjois-Karjalan yhtenäistä aluejärjestelmää.	
Pohjois-Karjala	<p>Pohjois-Karjalassa toimii muutaman kerran vuodessa kokoontuva Terveystietojärjestelmien maakunnallinen asiantuntijaryhmä, jossa käsitellään koko maakuntaa koskevat tietojärjestelmähankkeet. Pohjois-Karjalan Tietotekniikkakeskuksen (PTTK) hallussa on koko maakunnan tietotekniikka.</p> <p>Alueen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto ovat saman tietojärjestelmän käyttäjiä kaikki (Mediatri)</p> <p>Sosiaalihuolto, ei aktiviteettia</p>	<p>SHP koordinaatio 3</p> <p>IT-yhtenäisyys 3</p> <p>”Kypsyysaste 6”</p> <p>Sosiaalihuolto 0</p>
Pohjois-Karjalan alue ja IT	Alue muodostaa yhtenäisen kokonaisuuden. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto ovat samassa tietojärjestelmässä ja yhteisrekisterissä.	
Keski-Suomi	<p>KSSHP: ssä on johtoryhmätasoinen foorumi. Johtoryhmätoiminta vastaa koordinaatiosta. KSSHP on kirjautunut mukaan Medi-IT:n kanssa Kiila-hankkeeseen.</p> <p>Erikoissairaanhoidon käytössä sairaanhoitopiirissä on Effica, joka on sama järjestelmä kuin osalla perusterveydenhuollon toimijoita. YhteisEffica käyttävät KSSHP: ESH ja Seutusterveyskeskus: Keuruu, Multia, Petäjävesi, Laukaa, Konnevesi, Toivakka, Joutsa ja Luhanka) ja Jyte-alue eli (Jyväskylä, Hankasalmi, Muurame, Uurainen)</p> <p>Eri järjestelmää käyttäviä on lisäksi 2, kummallakin eri järjestelmä (AluePegasos (Wiitaunioni, Saarikka ja Kinnula) sekä Mediatri (Äänekoski)</p>	<p>SHP koordinaatio 2</p> <p>IT-yhtenäisyys 2</p> <p>”Kypsyysaste 4”</p> <p>Sosiaalihuolto 0</p>
Keski-Suomen alue ja IT	Pohjoinen alue, Viitasaari, Saarijärvi, Karstula, Kinnula-seutu käyttää omaa yhteistä Alue-Pegasosta (yhteensä yli 20 000) ja Äänekoskella on oma muista erilainen tietojärjestelmä, joten IT-mallinnuksessa löytyy kaksi perustasoa. Muu Keski-Suomi on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon osalta yhdenmukaisten tietojärjestelmäratkaisujen piirissä.	

OYS-erva	On tietohallintopäälliköiden yhteistyöryhmä ja Ervajohton työryhmä. Arvio: erva-koordinaatio on kohtalaista.	
Pohjois-Pohjanmaa	<p>Alueella on tietohallinnon yhteistyöryhmä ja ICT-yhteistyötä. Eri ammattikuntien välinen yhteistyö on luotu shp:n koordinoimana mm. apteekit, tietosuojavastaavat, arkistovastaavat, tietoturva yhteistyö ja organisaatioiden ja toimittajien yhteistyön koordinointi. On yhteinen Kanta-liittymisen hanke.</p> <p>PPSHP erikoissairaanhoidon ja Oulaskaankaan sairaalan erikoissairaanhoidon käyttävät ESKO-järjestelmää, joka ei ole perusterveydenhuollon käytössä. Oulun yhteispäivystyksessä on Effica samoin eteläisessä yhteispäivystyksessä. Alueella on käytössä 16 erillistä Efficaa muutoin perusterveydenhuollossa. Lisäksi alueella on 3 Mediatriin ja 1 Pegasoksen käyttäjä.</p> <p>Kaikki alueen perusterveydenhuollon yksiköt ovat kuitenkin mukana Kunta-Eskossa, jolla välitetään tietoa Pth-esh välillä sekä yhteinen liittymä PPSHP:stä</p>	<p>SHP koordinaatio 3</p> <p>yhtenäisyys 1</p> <p>”Kypsyysaste 4”</p> <p>Sosiaalihuolto 0</p>

	Kelan Kantaan.	
Pohjois-Pohjanmaa	<p>Koko Pohjois-Pohjanmaan alueella pth-esh tiedonvaihtoa tukee alueESKO, mutta se ei ole perusterveydenhuollon oma järjestelmä missään eikä siis varsinainen pth-esh integraatio.</p> <p>Raahella on Pyhäjoen ja Siikajoen kanssa yhteinen alueEffica, joka tukee ajatusta niiden muodostamasta perusalueesta, jossa olisi myös erikoissairaanhoidoa.</p> <p>Kallio ky(Ylivieska, Nivala , Alavieska, Sievi)omistaa yhteisen alueEffican ja yli 20 000 asukasluvun.</p> <p>Selänne ky (Haapajärvi, Pyhäjärvi, Reisjärvi, Kärsämäki) omistaa yhteisen alue-Effican. Asukasluku on n. 19 000. Vieressä toimii Sote-piiri Helmi (Haapavesi (Isäntäkunta), Siikalatva, Pyhäntä), jonka asukasluku jää myös alle perusalueen. Silläkin on käytössä isäntäkuntamallilla Effica. Tämä kokonaisuus yhdessä olisi väestöpohjaltaan perusalue.</p> <p>Alueelle voisi siten IT-integraation näkökulmasta syntyä sote-alueen lisäksi 2-3 perustason aluetta.</p>	
Lappi	<p>On alueellinen tietohallintostrategia (LSHP alue) sekä yhteistyötä kuten perusterveydenhuollon toimintayksikön strategiatyö, koulutus, ohjeistus ja yhteistyöalusta Granite. Lapilla on yhteinen Kanta-liittymisen hanke jossa LSHP on koordinaattori. Yhteiseen Kanta-liittymisen hankkeeseen ei kuulu LPSHP.</p> <p>Länsi-Pohjan alueella on oma erillinen tietohallintonsa; yhteinen järjestelmä, konesalipalvelut, aluejärjestelmä, ylläpito, tietohallinnon päivystys 24/7 ja yhteiset kehittämishankkeet sekä oma Kanta-liittymisen hanke.</p> <p>Lapin erikoissairaanhoidossa (LSHP) on eri tietojärjestelmä (Esko) kuin perusterveydenhuollon toimijoilla. Alueella on 4 Effica käyttäjä, 3 Mediatrin ja 5 Pegasoksen käyttäjä. Myös Länsi-Pohjan alueella erikoissairaanhoidossa (Esko) ja perusterveydenhuollossa on eri järjestelmät. Koko perusterveydenhuolto sekä yhteispäivystys käyttää siellä Alue Pegasosta (LPSHP yhteispäivystys, Ylitornio, Tornio, Keminmaa, Kemi, Oulunkaaren ky. (Simo ta), Tervola (pth, tth). Kyseessä on LPSHP koordinoima aidosti yhtenäinen järjestelmä. (Yhteinen järjestelmä, konesalipalvelut, aluejärjestelmä, ylläpito, tietohallinnon päivystys 24/7, yhteiset kehittämishankkeet)</p>	<p>SHP koordinaatio 3 molemmat shp:t</p> <p>Yhteneväisyys 1</p> <p>Kypsyysaste 4</p> <p>Sosiaalihuolto 0</p>
Lappi ja IT-alueet	<p>Lapin erikoissairaanhoido ja perusterveydenhuolto ovat eri järjestelmissä. Kahden erikoissairaanhoidon järjestelmä on sama tuotemerkki (ESKO), mutta ne eivät ole keskenään integroidut.</p> <p>Perusterveydenhuollon, myös alueellisen yhteispäivystyksen, osalta Ylitornio, Tornio, Keminmaa, Kemi, Oulunkaaren ky(Simo ta) ja Tervola muodostavat kokonaisuuden.</p> <p>Kemijärvi, Pelkosenniemi-Savukoski on rakentanut oman aluePegasoksen, mutta väestömäärä ei riitä perustason alueeksi, mutta ottamalla mukaan ympärillä olevat Pegasoksen käyttäjät; Sodankylän ja Posion, saadaan perustason alue.</p> <p>Rovaniemi keskustaupunkina saisi IT-ratkaisujen näkökulmasta mukaansa vain Kittilän. Muut edellä mainitsemattomat alueen kunnat ovat ottaneet eri järjestelmiä eikä synny kokonaisuuksia.</p>	
Keski-Pohjanmaa	<p>Alueella toimii alueellinen It-neuvottelukunta. Kokkolan kaupungilla on muista erillinen oma tietohallinto. Alueella on kuitenkin yhteinen viestintäsunnitelma, kirjaamiskäytännöt, suunnittelu ja tietohallintatyöryhmä ja yhteinen Kanta-liittymisen hanke. Kokkolan kaupungin liittyminen samaan Effica-järjestelmään</p>	<p>SHP-koordinaatio 3</p> <p>yhtenäisyys 3</p>

	<p>on sovittu tapahtuvaksi 1.1. 2016.</p> <p>Erikoissairaanhoidolla, yhteispäivystyksellä ja peruspalvelujen kuntayhtymällä on yhteinen Effica. Sen ulkopuolelle jää alueella vain Kokkolan kaupunki, jolla silläkin on Effica samassa konesalissa mutta oma tietohallinto.</p>	<p>”Kypsyysaste 6”</p> <p>Sosiaalihuolto 0</p>
Keski-Pohjanmaan IT ja sote-alue	Alueella on yhtenäinen tietojärjestelmäratkaisu, joka muodostaa toiminnallisen kokonaisuuden.	
Kainuu	<p>Alueella on yhteinen tietohallinto ja yhteinen Kanta-liittymisen hanke.</p> <p>Erikoissairaanhoidolla ja perusterveydenhuollolla on yhteinen Kainuun tietohallinnon hallinnoima Effica. Puolanka ei kuulu kuntayhtymään, mutta käyttää sekin samaa Efficaa.</p>	<p>SHP-koordinaatio 3</p> <p>yhtenäisyys 3</p> <p>”Kypsyystaso 6”</p> <p>Sosiaalihuolto 0</p>
Kainuun IT ja sote-alue	Alueella on yhtenäinen tietojärjestelmäratkaisu, joka muodostaa toiminnallisen kokonaisuuden.	

Liite 7. Tietojärjestelmien kehitys kartoilla. THL

