



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

THL:n arviointiryhmä

SOTE-uudistuksen vaikutusten alustava arviointi

THL:n arviointiryhmä

SOTE-uudistuksen vaikutusten alustava arviointi



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto Raili Silius

Copy-Set Oy
Helsinki 2013

Esipuhe

Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL) on pyydetty sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain vaikutuksista kaksi asiantuntija-arviota. Niistä ensimmäinen, alustava arvio, on nyt valmistunut samaan aikaan järjestämislakityöryhmän esityksen kanssa. Lopullinen arvio valmistuu maaliskuussa 2014.

Lain valmistelu ja vaikutusten arviointi on ollut haasteellista. Suomessa tarvitaan väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi perusteellinen reformi. Tätä korostavat sekä kansainväliset kokemukset että tarve kuroa umpeen kestävyysvajetta. Uudistuksen vaikutukset tulevat kantamaan usean vuosikymmenen ajan. On selvää, että uudistus on kiireellinen.

Lain valmistelutyötä on tehty ristikkäisten paineiden alla, mutta tehty työ on ollut hyödyllistä. Vallitsee suuri yksimielisyys, että uudistettavan lainsäädännön tulee vahvistaa erityisesti peruspalveluja. Ne ovat keskeisiä suomalaisten terveyden ja hyvinvoinnin kannalta.

Lain alustavassa arvioinnissa on hyödynnetty THL:ssä käyttöön otettua lainsäädännön vaikutusarvioinnin yleistä viitekehystä. Siinä painottuu monitieteisyys ja yhteiskunnallisten vaikutusten arviointi. THL on tarkastellut lakiesitystä tiukasti suomalaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen ja saatavuuden kannalta. Kiireisen aikataulun lisäksi arviointia on vaikeuttanut se, että esitys on eräiltä tärkeiltä osiltaan ollut epävarma aivan loppuun asti. Järjestämislakityöryhmän lopullinen esitys valmistui vain kolme vuorokautta ennen alustavan arvion toimeksiannon määräaikaa.

THL katsoo, että uudistuksen monet periaatteet ja lähtökohdat ovat oikeita. Lakiehdotus sisältää askeleita kohti toimivaa ja eheää sekä vaikuttavaa ja kustannustehokasta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta. Periaatteessa laki myös mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisen integraation ja väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen. Se myös tukee jossain määrin sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen kokonaisuuden ohjausta ja laadun kehittämistä.

Eräät keskeiset linjaukset ja useat poikkeusperusteet heikentävät kuitenkin edellytyksiä saavuttaa uudistuksen tavoitteet. Kansainvälisesti katsoen meillä on edelleen jäämässä hyvin hajautunut järjestelmä, mikäli esitys pannaan toimeen nyky muodossaan. Järjestäjätahoja on mahdollisesti syntymässä noin 50. Poikkeusperusteiden sallimiseen liittyy riski, että perustason alueita syntyy suuri määrä ja ratkaisut jäävät puolinaisiksi. Perustason alueet vaikeuttavat alueellisesti kestävä ja asianmukaisesti johdettavissa olevan palvelujärjestelmän muotoutumista. Tällaisenaan lakiehdotus ei vielä turvaa edellytyksiä yhdenvertaiselle palvelujen saatavuudelle koko maassa.

THL:n arvioinnin mukaan lakiehdotuksen jatkotyöstämisessä kannattaa hyödyntää ehdotukseen sisältyvä mahdollisuus luoda ns. kansallinen käsikirjoitus sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteista ja keinoista esimerkiksi kymmenen vuoden aikajänteellä.

THL kiittää lakiehdotuksen eri vaiheissa kuultavina olleita asiantuntijoita. Osoitan erityisen kiitoksen tämän arviointiraportin valmisteluun osallistuneille lukuisille THL:n asiantuntijoille. Tämä alustava arvio on saatu aikaan vajaan kuukauden tiukalla aikataululla. Tehty työ osoittaa, miten tärkeää meille kaikille on, että saamme uudistuksen seuraavaan vaiheeseen niin ripeästi kuin mahdollista.

THL haluaa kansallisena asiantuntijalaitoksena kaikin tavoin edistää hyvän uudistuksen aikaansaamista ja aikanaan sen toteuttamista ja vaikutusten seurantaa.

Helsingissä 18.12.2013

Pekka Puska
pääjohtaja

Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiryhmä pyysi Terveyden ja hyvinvoinnin laitosta (THL) laatimaan valmisteluryhmälle alustavan arvion lakiehdotuksen vaikutuksista liitettäväksi työryhmän loppuraporttiin.

THL:n laatima alustava arvio perustuu pääosin 27.11.2013 päivättyyn luonnokseen lakiehdotuksesta sekä 28.11.2013 päivättyyn yksityiskohtaisiin perusteluihin. Arvioinnissa on pyritty mahdollisuuksien mukaan ottamaan huomioon arviointiprosessin aikana järjestämislakityöryhmän lakiehdotukseen tekemät muutokset, mukaan lukien 16.12.2013 tehdyt.

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

Järjestämislakiehdotuksen alustavan vaikutusarvioinnin perusteella THL:n arviointiryhmä esittää seuraavaa:

- *Sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisen järjestämiskäytännön pirstaleisuus ja vastuutahojen ja alueellisten toimijoiden suuri tarve ohjaaville linjauksille puoltaa työryhmän ehdotuksen suuntaisen lakiuudistuksen pikaista läpiviemistä ja toimeenpanoa. Ehdotusta pitää kuitenkin olennaisilta osiltaan edelleen parantaa. Uudistuksen pitkäaikaisuus ei voi pitää hyvänä, sillä se haittaa vakavasti toiminnan pitkän aikavälin suunnittelua. Lisäksi se haittaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakenteiden ja toiminnan syvällistä uudistamista, jota tarvitaan julkisen talouden kestävyyssvajeen umpeen kuromisen takia kiireesti.*
- *Lakiehdotuksen peruslähtökohta nykyistä vahvemmista sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjistä on oikea, mutta esitetyt muutokset eivät riitä takaamaan asetettujen tavoitteiden toteutumista. Mikäli uudistus toteutetaan esitetyssä muodossa, tuloksena on edelleen hyvin hajautunut järjestelmä, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjätahoja voi muodostua lähemmäksi 50.*
- *Perustason alueet vaikeuttavat alueellisesti kestävä ja johdettavissa olevan palvelujärjestelmän muotoutumista merkittäväällä tavalla.*
- *Käytettävissä olleiden kustannustietojen perusteella näyttää siltä, että uudistus hillitsee sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten kasvua.*
- *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.*

- *Lakiehdotus sisältää askeleita oikeaan suuntaan ja se luo pohjaa myöhemmille sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksille. Lakiesityksen jatkovalmistelussa on syytä rajoittaa merkittävästi poikkeusperusteiden käyttöä, jotta ehdotettu uudistus ei lukitsisi sosiaali- ja terveydenhuoltoa vuosiksi puolinaisiin ratkaisuihin.*
- *Lakiesityksen jatkovalmistelun yhteydessä olisi laadittava kansallinen käsikirjoitus sosiaali- ja terveydenhuollon pitkäjänteisen uudistamisen tavoitteista ja keinoista. Parhaimmillaan suunnitelma sisältäisi suuntaviivat sosiaali- ja terveydenhuollon 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, har bett Institutet för hälsa och välfärd (THL) att utarbeta en preliminär analys av lagförslagets konsekvenser som bilaga till arbetsgruppens slutrapport.

THL:s preliminära analys baserar sig huvudsakligen på det utkast till lagförslag som är daterat 27.11.2013 och på detaljmotiveringen från 28.11.2013. Vid utvärderingen har i mån av möjlighet beaktats de ändringar som beredningsgruppen gjort i lagförslaget under analysprocessen, inklusive ändringarna 16.12.2013

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

På basis av den preliminära genomgången av lagförslagets effekter vill THL:s analysgrupp framföra 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 föreslår. Förslaget bör emellertid fortfarande till väsentliga delar förbättras. En fördröjning av reformen kan inte anses vara bra, eftersom den skulle medföra ett allvarligt hinder för en långsiktig planering av verksamheten. En fördröjning hindrar också den djupgående reform av servicesystemets strukturer och funktioner inom social- och hälsovården som behöver genomföras i brådskande ordning för att minska hållbarhetsgapet i de offentliga finanserna.*
- *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 inom social- och hälsovården kan uppgå till närmare 50.*
- *Områdena på basnivå kommer på ett betydande sätt att komplicera utformningen av ett regionalt hållbart servicesystem med adekvat ledarskap.*
- *De kostnadsuppgifter som fanns till förfogande ger vid handen att reformen kommer att bromsa höjningen av driftskostnaderna för social- och hälsovården.*
- *En omfattande tillämpning av grunderna för avvikelser 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 realiseras inte genom det föreliggande förslaget. Under social- och hälsovårdens premisser finns det inga grunder för områden på basnivå.

- *Lagförslaget innebär flera steg i rätt riktning och skapar en grund för framtida strukture reformer inom social- och hälsovården. I den fortsatta beredningen av lagförslaget är det skäl att i avgörande grad begränsa möjligheten att tillämpa avvikelsegrunder för att social- och hälsovården inte i flera år framåt ska läsas in i halvdana lösningar.*
- *I samband med den fortsatta beredningen av lagförslaget behövs ett nationellt manuskript som ska innehålla både mål och metoder för en långsiktig reform av social- och hälsovården. I idealfallet skulle planen innefatta strukturella riktlinjer för ordnandet av social- och hälsovården samt finansiering, säkerställande av viktiga nationella produktionsstrukturer och verkställighet av reformen.*

Sisällys

Esipuhe	3
Tiivistelmä	5
Sammandrag	7
1 TAUSTA	11
1.1 Toimeksianto	11
1.2 Arvioinnin viitekehys	12
1.2.1 Vaikutusten ennakoarviointi prosessina	12
1.2.2 Arvioinnin ulottuvuuksia	13
1.3 Arvioinnin kohde: Sote-järjestämislain keskeiset tavoitteet	14
1.4 Arviointimenetelmistä	16
2 LAKIEHDOTUKSEN ALUSTAVAA ARVIOINTIA	18
2.1 Rakenteelliset ja hallinnolliset muutokset	18
2.1.1 Nykytila	21
2.1.2 Uudistuksen tuomat muutokset	23
2.2 Rakenteellinen ja toiminnallinen integraatio	26
2.2.1 Rakenteellinen integraatio	27
2.2.2 Toiminnallinen integraatio	29
2.2.3 Järjestämisvastuun laajentamisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon integraation arvioituja vaikutuksia joihinkin palveluihin	30
2.3 Palvelujen rahoitus	34
2.4 Lakiehdotuksen taloudellisten vaikutusten alustava arviointi	36
2.4.1 Asetelma	36
2.4.2 Tulokset	38
2.5 Vaikutukset palvelujen laatuun	40
2.5.1 Järjestäjätahojen koko ja palvelujen laatu	40
2.5.2 Näyttöön ja hyviin käytäntöihin perustuva sosiaali- ja terveydenhuolto	41
2.6 Kansallinen ohjattavuus ja ohjauksen mekanismit	43
2.7 Palveluiden saatavuus ja kansalaisten yhdenvertaisuus	45
2.8 Uudistuksen selkeys ja toimeenpantavuus käytännön toimijoiden näkökulmasta	46
3 ARVIO LAKIEHDOTUKSEN TAVOITTEIDEN TOTEUTUMISESTA JA TOIMEENPANTAVUUDESTA	49
4 JOHTOPÄÄTÖKSET	52
Lähdekirjallisuutta	56
Liite 1 Toimeksianto	57
Liite 2 Luonnoskarttoja uusista sosiaali- ja terveysalueista lakiluonnoksessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä esitetyillä kriteereillä	58

1 TAUSTA

1.1 Toimeksianto

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettama sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (sote-laki) valmisteluryhmä on 20.11.2013 pyytänyt Terveyden ja hyvinvoinnin laitosta (THL) laatimaan valmisteluryhmälle ja myös uudistuksen jatkovalmisteluun kaksi arviota uudistuksen vaikutuksista: 1) alustava arvio sote-järjestämislain vaikutuksista liitettäväksi työryhmän loppuraporttiin sekä 2) yksityiskohtainen vaikutusarvio valmisteluryhmän esittämän järjestämislakiehdotuksen mukaisesta palvelurakenteesta eduskunnalle annettavaa hallituksen esitystä varten (liite 1).

Sote-järjestämislain virkamiesvalmistelun tukena on ollut laajapohjainen lakityöryhmä, jossa säädöshankkeen vaikutuksia on tunnistettu sekä työryhmän toimesta että kuulemalla valmisteluelimen ulkopuolisia asiantuntijoita. THL:n toteuttama vaikutusten ennakoarviointi on jatkumoa tälle työlle.

THL:n pääjohtaja nimesi 22.11.2013 asiantuntijaryhmän valmistelemaan arviointia. Arviointiryhmän puheenjohtajiksi määrättiin ylijohajat 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. Tämän raportin työstämiseen ovat osallistuneet lisäksi johtava asiantuntija Reijo Väärälä, ylilääkäri Hannu Rintanen, erikoistutkija Jutta Järvelin ja tutkija Vesa Syrjä. Lisäksi lukuisat THL:n asiantuntijat ovat osallistuneet tämän raportin taustatyöhön.

THL:n vaikutusarviointi toteutetaan kahdessa vaiheessa: Ensimmäinen vaihe on tässä raportissa kuvattu alustava arviointi, joka toteutettiin 20.11.–18.12.2013 välisenä aikana. Toinen vaihe on varsinaista jatkovalmistelua tukeva arviointi, joka toteutetaan 15.3.2014 mennessä. Tässä esitettävä alustava arvio vaikutuksista on valmisteltu kiireellisellä aikataululla liitettäväksi sote-valmisteluryhmän 19.12.2013 jätettävään loppuraporttiin. Vaikutusten arviointi perustuu 27.11.2013 päivättyyn luonnokseen laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä 28.11.2013 päivättyyn pykälien yksityiskohtaiseen perusteluun. Lisäksi on pyritty ottamaan huomioon arviointiprosessin aikana järjestämislakityöryhmän lakiehdotukseen 11.12. ja 16.12. tekemät muutokset.

Tämä THL:än laatima *alustava arvio sote-uudistuksen vaikutuksista* liitetään valmisteluryhmän peruspalveluministerille 19.12.2013 luovutettavaan loppuraporttiin tukemaan uudistuksen jatkovalmistelua.

1.2 Arvioinnin viitekehys

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

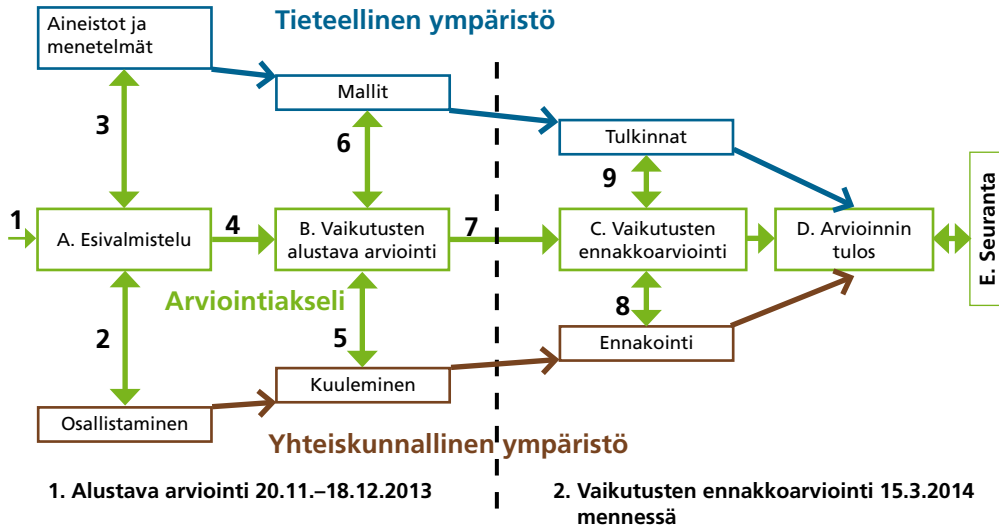
Tässä arvioinnissa käytetään THL:ssä käyttöön otettua lainsäädännön vaikutusarvioinnin yleistä viitekehystä. Viitekehysten muotoilussa on hyödynnetty yleisiä sekä kansallisia että kansainvälisiä vaikutusarvioinnin periaatteita ja oikeusministeriön oheistusta (OM 2007:6). THL:n soveltamassa viitekehyksessä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

Säädösehdotuksen vaikutuksia arvioidaan asetettuja tavoitteita vasten keskittyen olennaisiin vaikutuksiin, tavoiteltuihin ja mahdollisiin kielteisiin vaikutuksiin sekä kustannusvaikutuksiin. Vaikutuksia jäsennetään 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 ennakoarviointi prosessina

Säädösehdotusten vaikutusten ennakoarviointi 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 ennakoarvioinnissa (kuvio 1).

Sote-järjestämislain vaikutusten alustava arviointi tehtiin 20.11.–18.12.2013 välisenä aikana (kuvio 1). Prosessi käynnistyi (1) neuvotteluilla STM:n edustajien kanssa, jolloin täsmennettiin ministeriön ja valmisteluryhmän toiveita, arvioinnin ongelmanasettelua sekä arvioinnin syvyyttä ja laajuutta käytettävissä olevan ajan ja aineistojen suhteen. 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) prosessin. Säädösehdotuksen vaikutusten tunnistaminen (4) ja käytettävien arviointimenetelmien valinta (6) käynnistivät varsinaisen arvioinnin. Yhtenä vaikutusten ennakoarvioinnin menetelmänä hyödynnettiin myös kahdeksan sosiaali- ja terveydenhuollon laaja-alaisen asiantuntijan kuulemista (5). Tässä raportoitava sote-järjestämislain vaikutusten alustava arviointi (B) perustuu THL:n asiantuntijaryhmän eri menetelmillä ja aineistoilla tekemään yhdessä pohdittuun arviointiin.



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

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 palveluiden saatavuus, asiakaskeskeisyys, vaikuttavuus ja potilasturvallisuus, kustannusvaikuttavuus sekä palveluiden 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 asukkaiden hyvinvointia, sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä elämän eri vaiheissa sekä tukea ihmisiä selviytymään omatoimisesti.

Myös palveluiden laatu on järjestelmien toimivuuden ulottuvuus, joskin sen määritelmä voi vaihdella. Sosiaali- ja terveydenhuollossa jo mainittujen vaikuttavuuden ja potilas- ja asiakasturvallisuuden ohella laatuksitteessä painottuvat usein esimerkiksi vaatimus hoitokäytäntöjen perustumisesta näyttöön ja hoitoprosessien sujuvuudesta. Viime vuosina myös asiakkaiden ja potilaiden palvelukokemusta on pidetty keskeisenä laatua ohjavana tekijänä. Tämän on ajateltu korostuvan erityisesti valinnan mahdolli-

suuksien lisääntyessä, ja silloin kun sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkailla ja potilaila 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 tai sen vaikutukset kunnallisen itsehallinnon ja kunnan asukkaiden vaikuttamis- ja osallistumismahdollisuuksiin eivät kuulu tämän arvioinnin piiriin.

Järjestämislaila 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. Niinpä tämä arviointi kohdistuukin 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 palveluiden saatavuuden ja kustannusten kehityksestä. Lain ta-

voitteista toinen, neljäs ja viides ovat luonteeltaan tällaisia välillisiä tavoitteita, joiden kautta järjestelmä pyrkii edistämään ja ylläpitämään väestön hyvinvointia ja terveyttä. Kuudes tavoite on selvimmin järjestelmän rakenteeseen liittyvä ja siinä mielessä luonteeltaan pikemmin keino parantaa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuden edellytyksiä kuin suoraan sen toimintakykyä.

Lakiehdotukseen sisällytetyt 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 toteutumisen mahdollisimman tasapainoisesti.

Järjestämislailla luodaan uusi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiskäytännöt sekä säädetään rahoituksesta, kehittämisestä, ohjauksesta ja valvonnasta. Lakiehdotuksen keskeisenä pyrkimyksenä on määrittellä sosiaali- ja terveystalouden uudet järjestäjätahot ja niiden keskinäinen vastuunjako, siirtää järjestämistä vastuu entistä vahvemmilta tahoilta 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 myötä käynnistetään tosiasiaa laaja ja mittava kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus. Tämän vuoksi on olennaista, että jo tässä alustavassa arvioinnissa arvioidaan myös uudistuksen selkeyttä ja toimeenpantavuutta.

Arviointikysymykset ovat siten 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. Syntyykö 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.

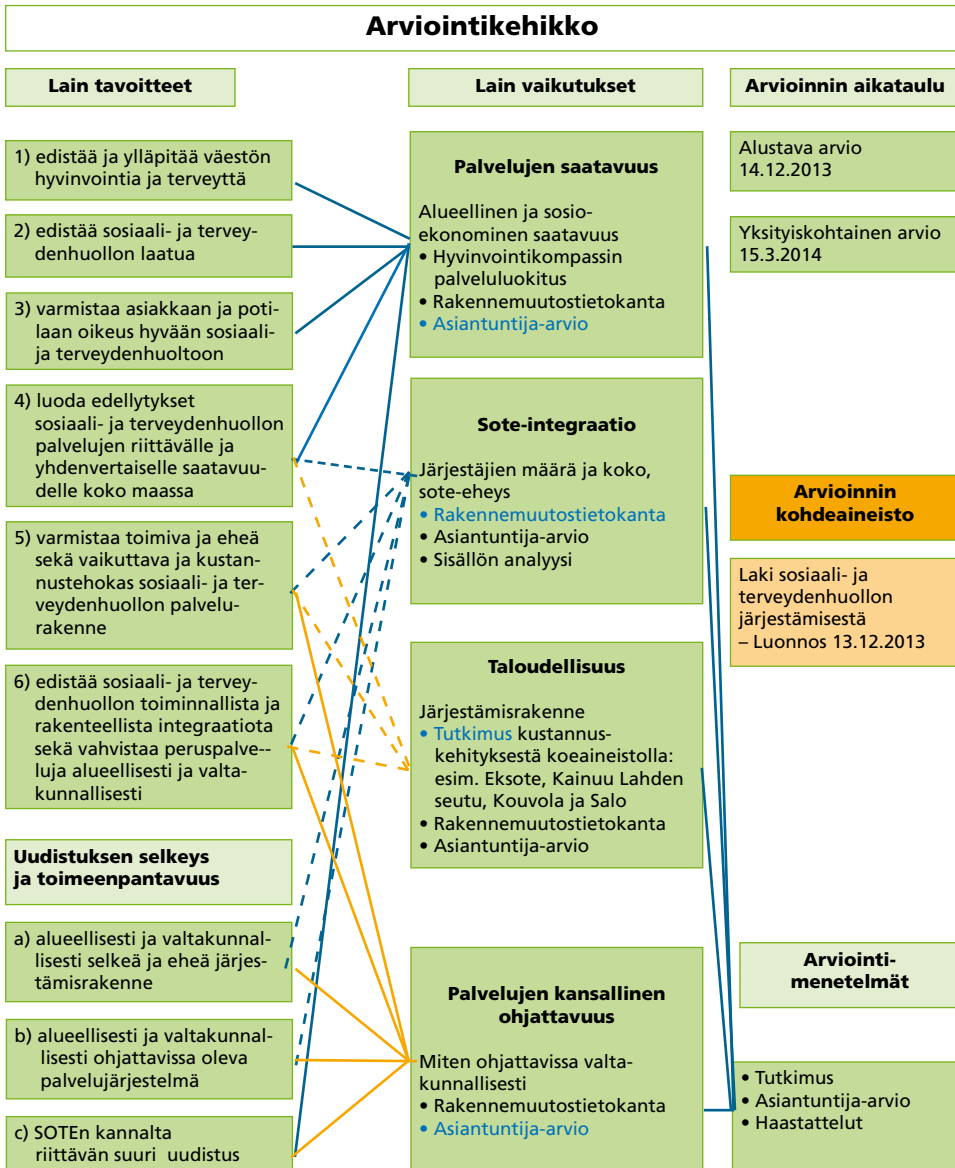
Suomessa on toteutettu aluetason sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä uudistuksia, joissa on uudistettu myös toimintaa palvelujen saatavuuden ja laadun parantamiseksi. Tietoa uudistusten vaikutuksista on saatavilla vasta lyhyeltä ajalta.

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

- sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien avainhenkilöiden haastatteluja uudistuksen odotettavissa olevista vaikutuksista ja vaikutusmekanismeista
- sisältöanalyysia, jossa lakitekstin ja perustelumuistion sisältöä tutkittiin laadullisen aineiston analyysiohjelmalla
- kansainvälistä tutkimus- ja seurantatietoa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisalustoista ja niiden uudistuksista.



Kuvio 2. Arviointikehikko.

2 LAKIEHDOTUKSEN ALUSTAVAA ARVIOINTIA

Alustavan arvioinnin tulokset esitetään alla ensin suhteessa uudistuksen järjestelmätason vaikutuksiin s.o. muutoksiin järjestelmän rakenteissa, hallinnossa, järjestämistä vastuun jakautumisessa ja palvelujen integraatiossa. Tämän jälkeen käsitellään vaikutuksia talouteen, palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen, laatuun ja vaikuttavuuteen sekä järjestelmän kansalliseen ohjattavuuteen. Johtopäätöksiä-osiossa peilataan vaikutusarvioinnin tuloksia lain tavoitteista johdettuihin kysymyksiin.

2.1 Rakenteelliset ja hallinnolliset muutokset

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 terveyspalvelujen 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 (Thomson, Foubister ja Mossialos 2009) viittaa siihen, että mitä suurempi on järjestäjä- ja rahoittajatahon väestöpohja, sitä paremmat ovat mahdollisuudet turvata yhdenvertainen terveyspalvelujen saatavuus ja hallinnollinen tehokkuus sekä terveydenhuollon rahoituksen kestävyys.

Sote-järjestämislakiehdotukseen sisältyy pyrkimys suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen rakenteen parantamiseen talouden ja laadun näkökohdista. Rakenteellisia ja järjestämistä vastuun muutoksia koskevat säännökset sisältyvät pääosin lakiehdotuksen 2. lukuun. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi perustetaan sosiaali- ja terveysalueita, joilla on pääsäännön mukaan kattava järjestämistä vastuu sosiaali- ja terveyspalveluista. Jokaisen kunnan on kuuluttava sosiaali- ja terveysalueeseen. Pääsäännöstä poiketen sosiaali- ja terveysalueiden sisällä voi kuitenkin olla perustason alueita, joilla on järjestämistä vastuu sosiaalihuollosta ja osasta terveyspalveluja.

Sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden muodostamisen edellytykset on määritelty lakiehdotuksen 8 §:ssä ja voimaanpanolain 3 ja 4 §:issä. Sosiaali- ja terveysalue muodostuu maakunnan keskuskaupungista tai vähintään 50 000 asukkaan kunnasta sekä mainittujen kuntien työssäkäyntialueeseen, yhdyskuntarakenteeltaan yhtenäiseen alueeseen tai samaan toiminnalliseen kokonaisuuteen kuuluvista muis-

Taulukko 1. Terveyspalvelujen julkiset järjestäjät (tilaajat) ja rahoittajat EU-maissa.

	Järjestäjä/tilaaja		Rahoittaja	
	Lukumäärä	Asukkaita/ järjestäjä/tilaaja	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)

ta 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 olevala vähintään 20 000 asukkaan kunnalla on oikeus, muttei velvollisuutta muodostaa perustason alue. Jos kunta muodostaa perustason alueen, ja se on työssäkäyntialueen 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.

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. Jos sosiaali- ja terveysalueeseen kuuluu perustason alue, on sillä sosiaali- ja terveysalueen sijasta järjestämisvastuu sosiaalihuollosta ja perusterveydenhuollosta. Tällöin 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.

Tässä arviossa ei käsitellä esitettyjä sosiaali- ja terveysalueen, perustason alueen tai erityisvastuualueen hallintomalleja (vastuukunta, kuntayhtymä) eikä siten oteta kantaa esimerkiksi vastuukuntamallin perustuslainmukaisuuteen tai hallintomallin tarkoituksenmukaisuuteen tai vaikutuksiin toiminnan kannalta.

Sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden muodostamisen rinnakkaisia ja vaihtoehtoisia edellytyksiä on lakiehdotuksessa useampia. Koska näiden soveltaminen voi vaihdella alueittain, lain seurauksena järjestämismallissa tapahtuvia muutoksia, alueiden tulevaa lukumäärää ja väestömäärää ei ole ehdotuksen pohjalta mahdollista ennustaa tarkasti. Alla on kuitenkin pyritty kuvaamaan tämänhetkistä tilannetta ja tulevan rakenteellisen muutoksen arvioitua laajuutta siinä määrin kuin se on mahdollista.

2.1.1 Nykytila

Vuonna 2013 Manner-Suomessa on 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.

Itsenäisesti palvelunsa järjestävistä kunnista 62 prosenttia on alle 20 000 asukkaan kunta, 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.

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. Keskussairaalaapaikkakunnista alle 50 000 asukkaan kuntia ovat Län-

Taulukko 2. Perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestämistapa vuonna 2013 (THL 2013).

Palvelujen järjestäjä	Asukasluku					
	Alle 20 000	20 000–50 000	50 000–100 000	Yli 100 000	Yhteensä	Yli 50 000
Kunta itse	55	22	5	7	89	12
Kuntayhtymä	9	20	1	1	31	2
– Perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut	2	12	1		15	1
– Vain perusterveydenhuolto	7	7			14	0
– Perusterveydenhuolto ja yksittäisiä sosiaalipalveluja		1		1	2	1
Vastuukunta	9	14	5	3	31	8
– Perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut	6	9	2	1	18	3
– Vain perusterveydenhuolto	1	3	1	1	6	2
– Perusterveydenhuolto ja yksittäisiä sosiaalipalveluja	2	2	2	1	7	3
Yhteensä	73	56	11	11	151	22

si-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, sosiaalipalveluiden järjestämistavat ja laajuus vaihtelevat paljon. Tämän takia nykytilan kuvaaminen selkeästi tai yksinkertaisesti ryhmiteltynä 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 Uudistuksen tuomat muutokset

Lakiehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveysalue muodostuu maakunnan keskuskäytöstä 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 keskuskäytöstä on kaikki mainittu sote-järjestämislakiehdotuksessa. Kotkaa lukuun ottamatta maakunnan keskuskäytöstä on alueen suurin kaupunki. Alle 50 000 asukkaan kaupunkeja ovat Kajaani ja Kokkola. Kaikki 18 maakuntien keskuskäytöstä ovat myös keskussairaala-alueita. 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 keskuskäytöstä 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 keskuskäytöstä 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 kokonaisuutena muodostuisi 20.

Useimpien maakuntien rajalla on 1–2 kuntaa, joiden sijoittuminen syntyväälle 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 keskuskaupungin 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 arvioitu määrä ja koko on esitetty taulukossa 3. Kuviossa 3 on esitetty arvio Suomeen syntyvistä sosiaali- ja terveysalueista ja perustason alueista.

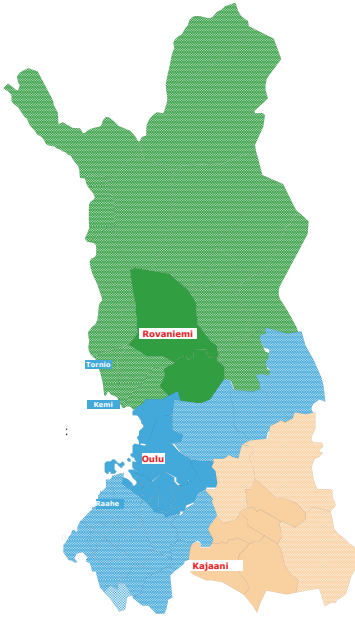
Liitteessä 2 on esitetty pääpiirteittäinen arvio mahdollisesti syntyvistä alueista maakunnittain.

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

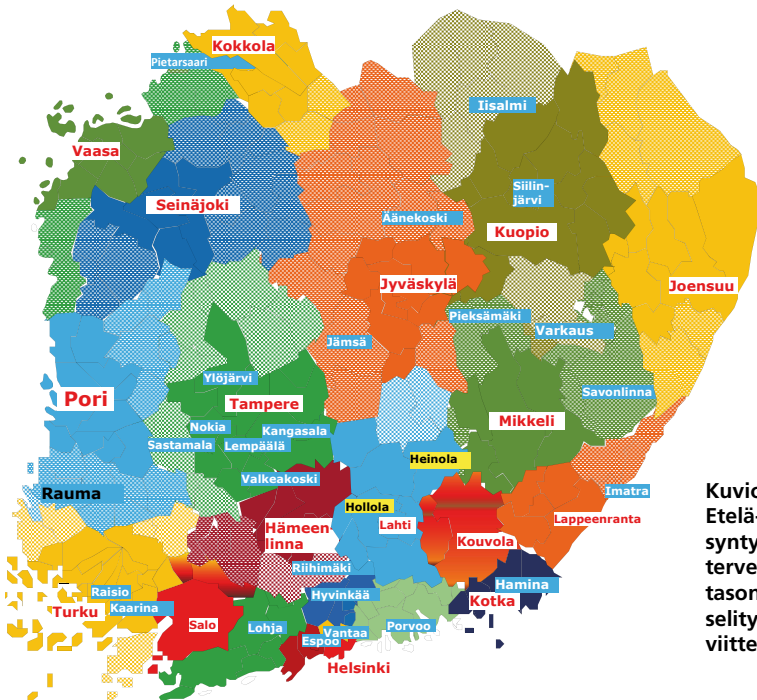
Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu voi jakautua osin kahtia sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen välillä. Järjestämisvastuun jakautumisen käytännön toteutus jää riippumaan sosiaali- ja terveysministeriön perustason alueelle myöntämästä luvasta järjestää joitakin erikoissairaanhoidon palveluja. Siten erikoissairaanhoidon osalta kehityskulkua ei voida vielä tarkasti kuvata. Perustason palveluiden järjestäjätahojen väestöpohjat kasvaisivat joka tapauksessa merkittävästi nykyiseen verrattuna. Kansainvälisesti katsoen järjestäjätahojen lukumäärä olisi kuitenkin edel-

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



Kuvio 3a. Alustava arvio Pohjois-Suomeen syntyvistä sosiaali- ja terveysalueista ja perustason alueista. (Kuvion selitykset on esitetty alaviitteessä 1.)



Kuvio 3b. Alustava arvio Etelä- ja Keski-Suomeen syntyvistä sosiaali- ja terveysalueista ja perustason alueista. (Kuvion selitykset on esitetty alaviitteessä 1.)

1 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.

leen väestöön suhteutettuna poikkeuksellisen korkea ja alueiden väestöpohjat keskimäärin pieniä. Hyviä edellytyksiä taloudellisesti kestäväan 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 järjestämistahoja. 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.

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

Lisäksi ongelmaksi saattaa muodostua se, että perustason ja sosiaali- ja terveysalueiden muodostaminen mahdollistaa alueellisesti erilaisia ratkaisuja, joka 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, myös sairaaloissa, vankiloissa, nuorisotyössä, koulussa, vanhusten hoidossa, lastensuojelussa, päihdehuollossa jne. Riippumatta siitä, kuuluuko järjestämisvastuu sosiaalipalveluista sosiaali- ja terveysalueelle vai perustason alueelle, liittyy haasteita toimivien yhteistyörakenteiden varmistamiseen sosiaalipalvelujen ja muiden palvelujen välillä.

2.2 Rakenteellinen ja toiminnallinen integraatio

Integraatio eli yhteensovittaminen on sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen kansainvälinen valtasuuntaus. Yhteensovittamisella viitataan sekä hallinnolliseen ja organisaatioiden että palveluprosessien integraatioon. Nykyisin hyvinvointiongelmat ovat valtaosaltaan pitkäaikaisia ja monimuotoisia, ja niiden hoito vaatii moniammatillista, monen tahon välistä yhteistyötä. Siksi asiakaslähtöinen palvelujen yhteensovittami-

nen 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.

2.2.1 Rakenteellinen integraatio

Järjestämislakiehdotuksen yhtenä keskeisenä tavoitteena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota toteuttamalla ns. rakenteellinen integraatio. Arvioinnin kannalta keskeistä on se, miten ehdotus edistää ns. rakenteellisen integraation toteuttamista. Rakenteellisella integraatiolla tarkoitetaan lakiehdotuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun organisoimista mahdollisimman laajasti samalle järjestäjätaholle.

Integraation tavoitteena on koota sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteko, johtaminen, rahoitus ja palvelut yhdelle alueensa väestöstä vastaavalle taholle. Tämä nähdään keinona turvata palvelujen yhdenvertainen saatavuus, erityisesti perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus. Sosiaali- ja terveysalueen tasolla yhtenäinen järjestämisvastuu kaikista palveluista mahdollistaa voimavarojen siirron peruspalveluihin alueen sisällä.

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.

Rakenteellisella integraatiolla tarkoitetaan lisäksi palvelujen horisontaalista ja vertikaalista integraatiota. Horisontaalisella integraatiolla tarkoitetaan perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen integraatiota. Vertikaalisella integraatiolla tarkoitetaan erityistason ja perustason toimimista yhtenä saumattomana kokonaisuutena, kuten erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimintaa terveydenhuollon kokonaisuudessa.

Lakiehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon vertikaalinen ja horisontaalinen integraatio toteutuu hallinnollisesti kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveysalueella silloin kun sosiaali- ja terveysalueeseen ei kuulu perustason alueita. Horisontaalinen integraatio toteutuu hallinnollisesti perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluissa sekä sosiaali- ja terveysalueella että perustason alueella.

Vertikaalista ja horisontaalista integraatiota alueellisena kokonaisuutena häiritsee perustason alueiden mahdollisuus järjestää perusterveydenhuollon ja sosiaalihuol-

lon palvelut ja osan erikoissairaanhoidon palveluista. Lakiehdotuksessa on siis tingitty sekä vertikaalisen että horisontaalisen integraation tavoitteesta, mikä merkitsee käytännössä myös jonkinlaista riskiä erikoissairaanhoidon pirstoutumisesta nykyisestä pienempiin tuotantoyksiköihin, erityisesti mikäli peruspalvelualueille myönnetään poikkeuslupia erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämiseen. Integraation osittainen toteutuminen johtaa merkittäviin ongelmiin.

Muodostuva perustason alue vaikeuttaa omaa tehtäväänsä tuottaa väestölleen yhdenvertaiset ja kokonaisvaltaiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Lisäksi sen olemassaolo aiheuttaa sosiaali- ja terveysalueelle vaikeuksia koordinoida 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.

Edelleen esitetyn laajuinen integraation tavoitteista tinkiminen johtanee ainakin pitkällä tähtäimellä siihen, että niillä alueilla, joilla vain osittainen integraatio toteutuu, palvelurakenteen mukanaan tuomat ongelmat kuten peruspalvelujen heikkoko saatavuus 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, johon esitetty ratkaisu viittäisi. Erityisen ongelmallista lakiehdotuksen tavoitteiden kannalta olisi, mikäli Uudellemaalle esitetty ratkaisu laajenisi muualle maahan.

Uudenmaan maakuntaan muodostetaan lakiehdotuksen mukaan yksi Uudenmaan sosiaali- ja terveysalue -kuntayhtymä, jolla on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu. Uudenmaan sosiaali- ja terveysalueella 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 järjestämisvastuuta erikoissai-

raanhoidosta, kehitysvammaisten erityishuollosta, vaativasta sosiaalihuollosta eikä 24/7-päivystyksestä, vaan Uudenmaan sosiaali- ja terveysalue päättää itse työnjaosta alueella sijaitsevien sairaaloiden kesken. Käytännössä tämä merkitsee, että Uudellamaalla perustason alueella on järjestämistä perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluista ja sosiaali- ja terveysalueella 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 terveysalueen (so. erikoissairaanhoidon) suuntaan, kuin aiemmin 26 yksittäistä kuntaa. Tämä voi olla joko vahvuus neuvotellessa voimavarojen kohdentamisesta tai muodostaa aiempaa vahvemman esteen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyölle ja järkevälle erityistason ja perustason työnjaolle.

2.2.2 Toiminnallinen integraatio

Rakenteellista integraatiota koskevilla säännöksillä luodaan edellytyksiä myös sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnalliselle integraatiolle, jolla tarkoitetaan laajoja järjestämisen rakenteita, joissa sosiaali- ja terveyspalvelut muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Muutos laajemman kokonaisuuden suuntaan on siis vähäinen sosiaali- ja terveysalueilla, joilla on peruspalvelualueita. Jäljelle jäävä hallinnollinen rajapinta sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen välille vähentää mahdollisuuksia uudelleen suunnata alueen voimavaroja peruspalveluja vahvistavasti.

Käytännön tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallinen integraatio tarkoittaa perinteiset toiminta- ja ammattirajat ylittävien kokonaisuuksien muodostamista. 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. Forssa, Kainuu, Eksote). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat usein suhtautuneet hallinnollisten integraatioiden suunnitteluvaiheessa epäluuloisesti uusiin ratkaisuihin. Erityisen suurta muutosvastarintaa on ollut pienissä organisaatioissa, joissa lähijohtajuuden haasteet usein korostuvat. Sosiaali- ja terveydenhuollon välillä on erilaisia paradigmoja, joiden on ajateltu estävän integraa-

tion 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 myös erilaisia johtamisen malleja ammattilaisten erilaisiin tarpeisiin, joiden yhteisenä tavoitteena on kuitenkin potilaan tai asiakkaan etu. Tälläkin osin pienehköt peruspalvelualueet tulevat muodostumaan johtamisen kannalta ongelmallisiksi, mikä saattaa aiheuttaa ainakin muutoksen alkuvaiheessa ylimääräisiä haasteita.

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 terveyspalveluihin. 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, mielenterveystyöhön ja päihdehuoltoon, lastensuojeluun, kehitysvammahuoltoon sekä yleiseen sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.

Sosiaalihuollon yhteistyötarpeet ovat terveydenhuollon lisäksi lähes yhtä suuret erityisesti työhallinnon palvelujen, asuntoviranomaisten, koulun, nuorisotyön ja poliisin kanssa. Paikallistason yhteistoiminnan kannalta olisi tärkeää, että syntyvä järjestämisrakenne tukisi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon sisäistä integraatiota että sosiaalihuollon keskeisiä yhteistyösuhteita muiden alojen kanssa. Tässä suhteessa sosiaali- ja terveystieteiden ja perustason tehtävien ja keskinäissuhteiden määrittely on ongelmallista.

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 terveystieteiden palveluista eli lakiehdotuksen mukaan Kouvolassa ja Salossa.

2.2.3 Järjestämisvastuun laajentamisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon integraation arvioituja vaikutuksia joihinkin palveluihin

Vanhuspalvelut

Vanhuspalveluissa 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.

Valtaosa sairaaloiden aikuisasiakkaista on iäkkäitä, joista osa on monisairaita ja toiminnanvajeisia ja joilla on kohonnut riski joutua laitoshoitoon. Suomessa yli 75-vuotiaiden monisairaiden vanhusten riski palata päättäneen sairaalajakson jälkeen takaisin sairaalaan on muita Pohjoismaita korkeampi.

Laitoshoidon purku on olennainen osa hallituksen hyväksymää rakenneuudistuspakettia. Edellä mainituista syistä saumaton hoidon ja palvelujen räätälöinti palveluketjussa on välttämätön, jotta vanhusten laitoshoidon voidaan todella purkaa. Kliinisesti tärkein silmukka on paluu sairaalasta kotihoidon asiakkaaksi: se ei saa johtaa takaisin sairaalaan tai sijoitukseen lyhytaikaisosastolle.

Ehdotettu rakenne, jossa iäkkäiden palvelut jäisivät mahdollisesti perustettavien perustason alueiden vastuulle, on ongelmallinen, sillä järjestämistä vastuullisten tahojen koko ei välttämättä riittäisi asianmukaisten palvelujen järjestämiseen eikä integraatio perustason palvelujen ja erikoissairaanhoidon välillä toteutuisi.

Mielenterveyspalvelut

Suomessa on kokemusta siitä, että yhdistämällä sekä perus- että erikoistason mielen- terveys- ja päihdetyö sekä niihin liittyvä sosiaalityö onnistutaan vähentämään sairaalahoitoa, pakon käyttöä ja kehittämään avohoitoa niin että jonot poistuvat ja kustannukset alenevat (mm. Eksote: väestö 135 000). Myös henkilöstön saanti on helpottunut työtaakan vähetessä. Arvion mukaan toiminta voisi tehostua edelleen, jos vastuuväestö olisi vieläkin suurempi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallinen integraatio on mielen- terveys- ja päihde- palvelujen kannalta myönteistä. Asiantuntijanjärjestyksen mukaan osa nykyisistä sairaanhoitopiireistä on väestöpohjaltaan liian pieniä psykiatrisen erikoissairaanhoidon järjestämiseen optimaalisesti. Jos järjestäjien väestöpohja pienenee edelleen, muuttuu tilanne tältä osin vielä ongelmallisemmaksi. 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.

Päihdepalvelut

Päihdeongelmaisten hoitoon erikoistuneita palveluja tuotetaan nykyisin hallinnollisesti sosiaalipuolelle sijoittuvina päihdehuollon avo- ja laitospalveluina (A-klinikat, nuorisosaamat, selvämis- katkaisu- ja kuntoutusyksiköt mm.) sekä erikoissairaanhoidon päihdepsykiatrisina palveluina. Päihdehuollon erityistason avopalvelujen kattavuus on puutteellinen ja keskittyy Etelä-Suomeen.

Päihdepalvelut ovat erityispalveluja, jotka hyötyvät toiminnallisesti nykyistä laajemmista järjestäjätahoista ja osaamisen integroinnista (päihdehuollon erityispalvelut ja päihdepsykiatrinen osaaminen). Laajempien väestöpohjien kautta voitaisiin varmistaa erityispalvelujen yhdenvertainen saatavuus koko maassa. Laajempi väestöpohja mahdollistaa myös osaamisen tehokkaamman levittämisen perustason palveluihin ja sähköisten itsehoitoa tukevien palvelujen kehittämisen. Perustason alueiden muodostaminen kuitenkin rikkoisi rakennetta ja vaarantaisi näiden etujen saavuttamista. Palvelujen toteutuksessa on tärkeä varmistaa lähipalveluina tuotettava helposti saatavilla oleva apu, tuki, hoito ja kuntoutus, joista riittävän suurella ja riittävää asiantuntemusta omaavalla järjestäjällä on paremmat mahdollisuudet vastata. Myös yhteistyö asuminen- ja työvoimapalvelujen kanssa on kuitenkin tärkeä varmistaa.

Päihdehuollon erityispalveluista yli puolet on voittoa tavoittelemattomien kolmannen sektorin toimijoiden tuottamia, ja palvelu hankitaan kilpailuttamalla. Eriyistason palveluja järjestävillä sosiaali- ja terveystalveilla tulee olemaan nykyistä parempaa kilpailutusosaamista sekä päihdetyön erityispalvelujen että muiden sosiaali- ja terveystalvelujen kilpailuttamiseen hankintalain mukaisesti. Perustason alueilla ei vastaavaa osaamista välttämättä olisi.

Lastensuojelu

Lastensuojelun palvelujen järjestäminen sosiaali- ja terveystalveella parantaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja laatua. Asiantuntijanäkemyksen mukaan huostaanotto, sijaishuoltoon sijoittaminen ja huostaanoton lopettaminen sekä huostaanoton ehkäisemiseen liittyvä intensiivinen perhekuntoutus ja näiden tehtävien hoitamisen edellyttämät erityispalvelut ovat tehtäviä, joiden asianmukainen järjestäminen edellyttää ainakin sosiaali- ja terveystalveen 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.

Lastensuojelu linkittyy käytännössä vahvasti muihin perustalveluihin, joista avo- huollon kannalta tärkeitä ovat peruskunnan hoidettaviksi jäävät varhaiskasvatus, koulun oppilashuolto ja nuorisotoimi. Riippumatta siitä kuuluuko lastensuojelu sosiaali- ja terveystalveelle vai perustason alueelle, tarvitaan tässä uusia horisontaalisen ja vertikaalisen integraation käytäntöjä.

Sosiaalityö

Sosiaalityötä koskeissa 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 suu-

ri ja riittävän asiantuntemuksen omaava järjestäjä kykenee toteuttamaan laadukkaita sosiaalipalveluja myös lähipalveluina. Lisäksi horisontaalinen sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio palvelee myös sosiaalityötä. 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 (jalkautuvat 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 järjestämisvastuun kokoaminen sosiaali- ja terveystaloudelle loisi nykyiseen verrattuna paremmat edellytykset tälle kehitykselle. Perustason alueilla järjestäjän koko ei välttämättä riittäisi tehtävien asianmukaiseen hoitoon.

Vammaispalvelu

Vammaispalvelujen haasteena on asiakaslähtöisen kokonaisuuden ja pysyvän palvelun rakentaminen. Kuntakohtaiset erot vammaispalvelujen saatavuudessa ja soveltamisessa ovat suuret, koska palvelujen suunnitteluun ja toteuttamiseen vaikuttavat kuntakohtaiset resursoinnit sekä kuntien epäyhtenäiset soveltamisohjeet. Vammaispalveluiden toimivan kokonaisuuden järjestäminen edellyttää kokonaisuuden hallintaa ja osaamista vammaisen henkilön erityisistä tarpeista ja elämäntilanteesta. Erityisen järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvat palvelut on järjestetty melko hyvin, mutta harkinnanvaraisten palvelujen järjestäminen on jäänyt monessa kunnassa vähäiseksi. Viimeaikaisen talouskehityksen johdosta on ollut havaittavissa kunnissa painetta rajoittaa myös erityisen järjestämisvelvollisuuden alaisena olevien palvelujen järjestämistä.

Vammaispalvelujen toimivan kokonaisuuden järjestäminen edellyttää kokonaisuuden hallintaa ja osaamista vammaisen henkilön erityisistä tarpeista ja elämäntilanteesta. Vammaispalvelujen järjestämisvastuun kokoaminen sosiaali- ja terveystaloudelle loisi puitteet sille, että palvelut voidaan järjestää mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ja yksilöllisesti ja palvelujen tasavertainen saatavuus voidaan turvata. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation voidaan olettaa parantavan erityisesti vaikeavammaisten terveyspalvelujen saatavuutta, jossa nykyisin on paljon vaihtelua. Etenkin väestömääriltään pienillä perustason alueilla palvelujen asianmukainen järjestäminen voi osoittautua vaikeaksi. Näin voi olla erityisesti pienten erityistä asiantuntemusta edellyttävien vammaisryhmien, kuten kielelliseen vähemmistöön kuuluvien henkilöiden kohdalla.

Apuvälinepalvelut

Nykyään moniin sairaanhoitopiireihin (13/20) on perustettu alueelliset apuvälinekeskukset. Näissä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon apuvälinepalveluilla on yhteiset apuvälineet, rekisterit, ohjeistukset ja saatavuusperusteet. Joissain keskuksissa on konkreettisesti yhdistetty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon apuvälinepalvelut fyysisestikin samaan yksikköön (esim. OYS) ja joissakin keskuksissa lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluiden yhteyteen on keskitetty osa vammaispalvelun laitteiden ja välineiden luovutustoimintaa (esim. Kanta-Häme). Alueellinen keskittäminen parantaa apuvälineiden kierrätystä ja alentaa hankintakustannuksia ja parantaa siten myös kustannustehokkuutta. Järjestämisvastuun laajentaminen ei kuitenkaan tarkoita, että kaikki palvelut pitäisi myös tuottaa keskitetysti, vaan ne voidaan edelleenkin toteuttaa tarpeen mukaan lähipalveluina.

2.3 Palvelujen rahoitus

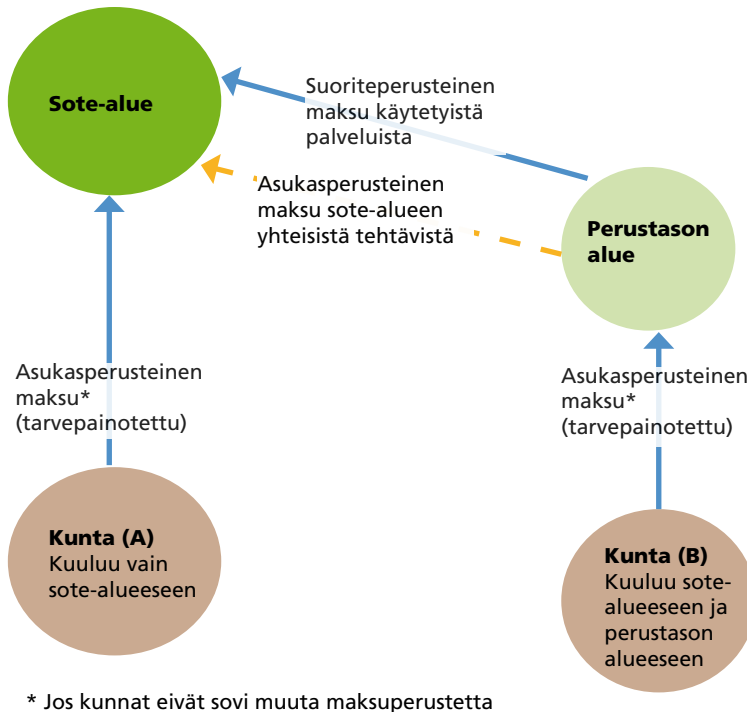
Edellä tarkasteltiin järjestämisvastuun muutoksen todennäköisiä vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon käyttö- ja hallintokustannuksiin. Järjestämisvastuun lisäksi taloudellisesti merkittävää on miten sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden rahoitus toteutetaan.

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-



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

li- 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 palveluiden 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.

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.

2.4 Lakiehdotuksen taloudellisten vaikutusten alustava arviointi

Uuden lainsäädännön taloudellisia vaikutuksia arvioitaessa pitää ottaa huomioon sen vaikutukset sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä aiheutuviin kustannuksiin että hallinnollisiin kustannuksiin. Järjestämislain kustannusvaikutukset ulottuvat myös sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolelle. Näiden vaikutusten rahamääräinen arviointi on vaikeaa, joten taloudellinen arviointi rajataan tässä vaiheessa sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttökustannuksiin ja hallinnollisiin kustannuksiin.

Koska ehdotetun järjestämislain mukaista palvelujärjestelmää ei ole otettu vielä käyttöön, sen todellisia kustannusvaikutuksia ei pystytä vielä tarkasti laskemaan. Maassamme toimii kuitenkin jo yksittäisiä organisaatioita, joissa useat kunnat yhdessä vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Tällaisia ovat esimerkiksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri Eksote sekä Kainuun maakunnan hallintokokeilu. Näiden kahden alueen vertailulla on mahdollista saada alustavaa arviota rakenneuudistuksen mahdollisesta vaikutuksesta sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuskehitykseen.

Ehdotetun järjestämislain vaikutukset palvelujen käyttökustannuksiin riippuu useista eri tekijöistä. Näistä yksi on todennäköisesti se, kuinka tehokkaasti sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja palveluketjut alkavat uudessa organisaatiossa toimia, kun järjestämisvastuun lisäksi myös valtaosa tuotantovastuusta siirtyy uudelle organisaatiolle.

2.4.1 Asetelma

Ehdotetun järjestämislain taloudellisia vaikutuksia arvioitiin tässä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri Eksotesta sekä Kainuun hallintokokeilusta saatavilla olevien tietojen perusteella. Eksote aloitti toimintansa 1.1.2010 ja Kainuun hallintokokeilu toteutettiin 1.1.2005–31.12.2012.

Kustannusvaikutusten arvioimiseksi jokaiselle Eksoten ja Kainuun kunnalle valittiin vertailukunnat Paltamon työllistämismallin arviointitutkimusta varten kehitettyä menetelmää käyttäen (Härkänen ja Kaikkonen, 2010). Tässä arvioinnissa vertailukunnat valittiin viiden kriteerin perusteella: kunnan asukasluku, naisten osuus väestöstä, 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä, työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus 16–64-vuotiaista sekä työttömien osuus työvoimasta. Kunnat asetettiin järjestykseen sen perusteella, miten lähellä niiden kriteerit olivat Eksoten tai Kainuun kuntien kriteereitä, ja ne saivat tämän perusteella järjestysluvun. Järjestysluvun mukaan 10 lähintä kuntaa saivat yhden pisteen ja loput järjestyslukujen erotuksen itseisarvon käänteislukuun perustuvan pistemäärän, joka oli alle yhden ja sitä lähempänä nollaa, mitä suurempi järjestyslukujen erotus oli. Kuntakohtainen vertailupistemäärä saatiin

Taulukko 4. Eksoten kuntien (ilman Imatraa) ja Kainuun hallintokokeiluun osallistuvien kuntien vertailukunnat.

Alue	Tutkittava kunta	Vertailukunta
Eksote	Lappeenranta	Akaa
	Lemi	Petäjävesi
	Luumäki	Hanko
	Parikkala	Kustavi
	Rautjärvi	Heinävesi
	Ruokolahti	Kauhajoki
	Savitaipale	Lavia
	Taipalsaari	Vesilahti
Kainuu	Hyrnsalmi	Tuusniemi
	Kajaani	Kokkola
	Kuhmo	Sodankylä
	Paltamo	Valtimo
	Puolanka	Utajärvi
	Ristijärvi	Kannonkoski
	Sotkamo	Parikkala
	Suomussalmi	Kemijärvi

laskemalla edellä kuvatut kriteerikohtaiset pistemäärät yhteen. Eniten pisteitä saanut kunta valittiin vertailukunnaksi (taulukko 4). Ahvenanmaan kunnat jätettiin vertailuista pois.

Lappeenrannan ”lähimmäksi” kunnaksi valikoitui Lahti. Koska Lahti kuuluu Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymään, valittiin Lappeenrannan vertailukunnaksi toiseksi lähin eli Akaa. Kajaanin ”lähimmäksi” kunnaksi valikoitunut Imatra kuuluu osittain Eksoteen, joten Kajaanin vertailukunnaksi valittiin Kokkola.

Imatra jätettiin Eksotesta pois, koska Eksote järjestää Imatralle ainoastaan erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon palvelut, muut palvelut Imatra järjestää itse.

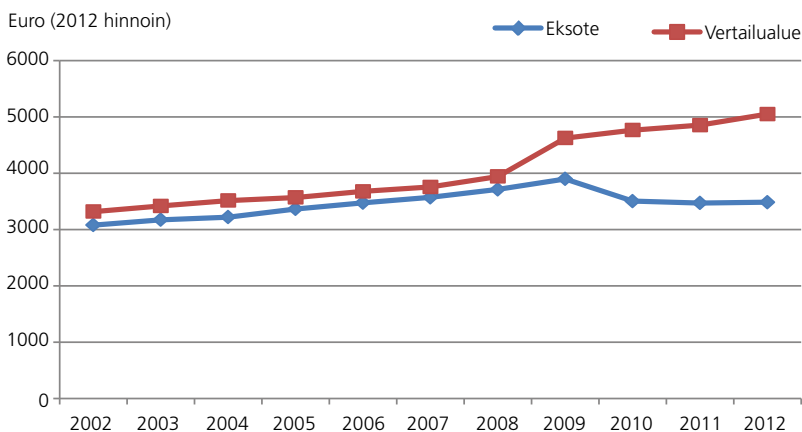
Eksoten ja Kainuun kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksia koskevat tiedot kerättiin Sotkanetistä vuosilta 2002–2012. Eksoten tiedot koottiin kunnittain ja tämän jälkeen yhdistettiin koko Eksoten tiedoiksi. Kainuun kuntien tiedot olivat saatavilla ainoastaan Kainuun hallintokokeilun alueen tasolle koottuna. Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannukset sisältävät toimintamenot, poistot sekä arvonalennukset ja vyörytyserät. Kustannukset deflatoitiin Tilastokeskuksen julkisten menojen hintaindeksillä vuoden 2012 tasolle.

2.4.2 Tulokset

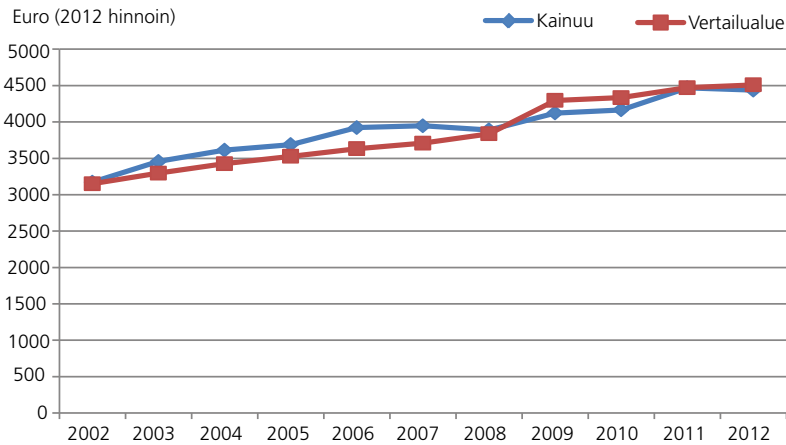
Kuviossa 5 esitetään asukasta kohden laskettujen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten kehitys vuosina 2002–2012 Eksotessa ja vastaavalla vertailualueella. Kustannusten kehitys oli hyvin samanlaista Eksotessa ja vertailualueella vuosina 2002–2009. Sen sijaan vuodesta 2009 eteenpäin Eksoten kustannuskehitys erkani vertailualueen kustannuskehityksestä. Eksotessa käyttökustannukset alenivat, kun taas vertailualueella käyttökustannusten kasvu oli hyvin samanlaista kuin kustannusten kasvu vuosina 2002–2008.

Asukasta kohden lasketut sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannukset kasvoivat Eksotessa keskimäärin 3,4 prosenttia vuodessa ajanjaksolla 2002–2009, kun vertailukunnissa kustannukset kasvoivat 5,0 prosenttia. Suurempi kustannusten keskimääräinen kasvu vertailualueella johtuu pitkälti vuosien 2008 ja 2009 välisestä kustannusten kasvusta. Vuonna 2010 asukasta kohden lasketut käyttökustannukset alenivat Eksotessa 10,1 prosenttia, mutta kasvoivat vertailualueella 3,0 prosenttia. Eksoten toiminta käynnistyi vuoden 2010 alussa, joten sosiaali- ja terveystieteisiin vaikutukset näkyivät todennäköisesti jo vuoden 2010 käyttökustannuksissa. Vuosina 2011–2012 käyttökustannukset alenivat Eksotessa keskimäärin 3,6 prosenttia vuodessa, kun vertailualueella käyttökustannukset kasvoivat keskimäärin 3,0 prosentin vuosivauhdilla.

Kuviossa 6 kuvataan sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten kehitystä vuosina 2002–2012 Kainuun hallintokokeilun alueella ja vertailualueella. Käyttökustannusten kehitys näyttää hyvin samanlaiselta Kainuun hallintokokeilun alueella ja vertailualueella, joskin tarkempi tarkastelu paljastaa eroja kustannusten kasvuluvuissa.



Kuvio 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannukset asukasta kohti Eksotessa ja vertailualueella vuoden 2012 hinnoin.



Kuvio 6. Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannukset asukasta kohti Kainuussa ja vertailualueella vuoden 2012 hinnoin.

Ennen Kainuun hallintokokeilua vuosina 2002–2004 asukasta kohti lasketut sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannukset kasvoivat Kainuussa keskimäärin 6,7 prosenttia vuodessa, kun vertailualueella keskimääräinen kasvu oli vain 4,3 prosenttia. Kokeilun voimaantumisen jälkeen käyttökustannusten kasvu hidastui Kainuun hallintokokeilun alueella vertailualueella alhaisemmaksi. Vuodesta 2004 vuoteen 2005 asukasta kohti laskettujen käyttökustannusten kasvu Kainuussa oli 2,1 prosenttia (vertailualueella 2,9 prosenttia), ja pidemmällä aikavälillä vuosina 2006–2012 käyttökustannukset kasvoivat Kainuussa keskimäärin 2,7 prosenttia vuodessa (vertailualueella 3,6 prosenttia vuodessa).

Päädymme tässä vaiheessa arvioimaan lakiehdotuksen vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon kustannuksiin asiantuntija-arvioiden perusteella. Useat haastatellut olivat sitä mieltä, että sosiaali- ja terveysalueiden muodostaminen tulee siirtymävaiheessa aluksi nostamaan hallinnon kustannuksia. Tietojärjestelmien yhdenmukaistaminen on yksi tällainen lisäkustannuksia aiheuttava tekijä. Toisaalta myös arvioitiin, että hallinto yksinkertaistuu, kun kuntien päällekkäisiä hallinnollisia toimia yhdistetään sosiaali- ja terveysalueen hallintoon. On kuitenkin todennäköistä, että lyhyellä aikavälillä hallinnon kustannukset tulevat siirtymävaiheessa nousemaan suurempien sosiaali- ja terveysalueiden myötä. Vaikutukset kokonaiskustannuksiin jäänevät verraten pieniksi, sillä hallintokustannusten osuus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista oli Sotkanetin mukaan vain noin 1,4 prosenttia vuonna 2012.

Yhteenvedona edellisen tarkastelun perusteella voidaan todeta, että sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen sosiaali- ja terveysalueilla todennäköisesti hillitsee sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten kasvua. Lyhyellä aikavälillä, siirryttäessä nykyi-

sestä järjestelmästä uuteen järjestelmään, hallintokustannukset saattavat kasvaa, mutta niiden vaikutus kokonaiskustannuksiin jää vähäiseksi.

On huomattava, että tässä tarkastelussa ei ole otettu huomioon palvelujen määrässä ja laadussa ja/tai vaikuttavuudessa tapahtuneita muutoksia. Jatkotyössä onkin pyrittävä arvioimaan ehdotetun järjestämislain vaikutuksia palvelujen käyttöön, laatuun, tuottavuuteen ja/tai vaikuttavuuteen.

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

2.5 Vaikutukset palvelujen laatuun

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadun edistäminen on lakiehdotuksessa otettu huomioon antamalla vastuu laadun varmistamisesta palvelujen järjestäjille ja lisäksi toimivaltaa viidelle erityisvastuualueelle. Järjestämisvastuussa ovat sekä sosiaali- ja terveysalue 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. Erityisvastuualueelle on annettu merkittävä rooli palvelujen laadun varmistamisessa, koska se voi edellyttää alueen toimijoilta sitovia päätöksiä laadun ja potilasturvallisuuden edistämiseksi. Keinoina ovat lisäksi tavoitteista, menetelmistä ja mittareista sopiminen.

Palvelujen järjestäjän tehtävänä on varmistaa, että palvelujen laatu vastaa asukkaiden tarpeita. Erityisvastuualueelle on annettu vahva varmistamisen toimivalta, minkä tarkoituksena on tuoda yhtenäisyyttä. Mekanismia, 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 jokin alue ei sitä halua toteuttaa.

2.5.1 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. Tämä koskee erityisesti erikoissairaanhoidon palveluita.

Korkealaatuinen palvelutuotanto edellyttää järjestäjätahoilta niin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiosaamista kuin kykyä seurata, kehittää ja ohjata palvelutuotantoa. Kansainväliset kokemukset osoittavat, että vahvaa järjestämisosaamista

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.

Koska Suomessa eri alojen erikoislääkäreitä on vähän, ei sairaanhoidon järjestämistä ja tuotantoa ole henkilöstöpoliittisistakaan syistä realistista hajauttaa kovin pienille alueille ja sairaaloille. 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 terveysalueen 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, nähtäväksi jää, missä määrin ehdotetut järjestelmämuutokset riittävät tulevaisuudessa takaamaan kaikille kansalaisille laadukkaat ja vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalvelut.

Sosiaalihuollon keskeiset ongelmat liittyvät kasvaviin palvelutarpeisiin, osaamisen ylläpitoon ja kehittämiseen pienissä toimintayksiköissä sekä palvelujen saatavuuteen ja epätasaiseen laatuun. Monissa pienissä kunnissa sosiaalipalveluiden järjestäminen kansallisten tavoitteiden mukaisesti on ollut puutteellista. Laajemman vastuun ja osaamisen kehittämisen kautta on saatu aikaan alueellisesti toimivia ratkaisuja. Kokemukset näistä viittaavat siihen, että sosiaalipalveluiden 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 ratkaisut tuovat ongelmiin alueellisesti vaihtelevia ratkaisuja.

2.5.2 Näyttöön ja hyviin käytäntöihin perustuva sosiaali- ja terveydenhuolto

Aktiivinen tutkimus ja tutkimustietoon nojautuva kehittämistyö luovat pohjaa laadukkaalle, näyttöön ja hyviin käytäntöihin perustuvalla sosiaali- ja terveydenhuollolla. Kansallisella tasolla osaamisen ohjaukselta on pyritty vahvistamaan esimerkiksi yhdistämällä ajankohtaista tietoa hoitomenetelmien vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta eri toimijoiden käyttöön (terveydenhuollon teknologioiden arviointi) ja antamalla kansallisia suosituksia ja ohjeistuksia tiedon implementoinnista käytännön

työhön (esim. Käypä hoito). Monet tutkimukset osoittavat, että dokumentit ja ohjeistukset eivät sinänsä ole riittäviä, vaan tarvitsevat tuekseen alueellisen ja paikallisen tason kehittämistyötä.

Useissa maissa on luotu alueellisia organisaatioita tukemaan yliopistojen, yliopistosairaaloitten ja käytännön potilas-/asiakastyön välistä yhteistyötä. Järjestelyillä on pyritty edistämään tutkimusta ja tutkimustiedon hyödyntämistä ja lisäksi koulutusta ja innovaatiotoimintaa. 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.

Tutkimustoiminnan, kehittämisen ja koulutuksen merkitys nousevat säädösehdoituksessa ja sen perusteluissa esille kuitenkin vielä osin irrallisina kysymyksinä. Lain tavoitteissa ei tule selkeästi esille se, että koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän kansallisen ohjauksen keskeisinä elementteinä tulisi olemaan toimivan rakenteen lisäksi myös jatkuva kehittämistyö. Tutkimusta, koulutusta ja kehittämistä tulisi tarkastella osana sekä koko johtamisjärjestelmää että toiminnan laadullista kehittämistä.

Palveluiden laadullinen kehittäminen edellyttää toiminnan jatkuvaa uusiutumista. Nykyaikainen johtaminen edellyttää jatkuvaa tiedon tuottamista, sen muokkaamista ja 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 luonnollisesti vain osasta tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoimintaa. Normaalit tutkimus-, koulutus- ja kehittämisorganisaatiot vastaavat omalta osaltaan kehittämisestä, mutta 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 tarjo-

amat edellytykset nivoo yhteen tutkimus- ja kehittämislakiehdotteita ja koulutusta jäävät epäselviksi.

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

2.6 Kansallinen ohjattavuus ja ohjauksen mekanismit

Järjestämisvastuultaan hajautetut sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmät tuottavat säännönmukaisesti vaihtelua palveluiden saatavuudessa ja laadussa. Kansalaisten yhdenvertaisuuden takaamiseksi vaihtelua pyritään vähentämään valtion ohjauksella. Valtion ohjaukskeinoja ovat normiohjaus, informaatio-ohjaus ja resurssiohjaus. Valvonnan avulla varmistetaan palvelujen laatua ja turvataan kansalaisten asemaa palvelujen saannissa.

Kansainvälisesti poikkeuksellisen pirstaleisessa suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä on suuri tarve yhtenäiselle kansalliselle ohjaukselle, jotta kohtuuttomilta eroilta palveluiden saatavuudessa ja laadussa vältyttäisiin. Järjestämislakiehdotuksen mukaiset rakenteelliset muutokset eivät vähennä kansallisen ohjauksen tarvetta, koska 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 eritaitiseen kehittymiseen. Seurauksena on, että vaikka järjestelmä eräiltä osiltaan toimii erinomaisesti, se ei kokonaisuutena toimi hyvin.

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 palvelurakennepohjauksen vaikuttavuutta seurataan ja arvioidaan ja 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 toteutumisen 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 2.5.2 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 valtionaloutta koskevien päätösten kanssa. Säännöksessä tarkoitettu kansallisessa kehittämisohjelmassa määritellään koko ohjelmakauden kattavat keskeisimmät sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ja kehittämistä ohjaavat sosiaali- ja terveyspoliittiset tavoitteet ja painopisteet sekä niiden toteuttamista tukevat keskeiset uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset. Ohjelmassa määriteltävät toimenpidesuosituksien tulisi sovittaa yhteen valtion talousarvion ja valtionalouden 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, voidaan niiden keskeisintä arvoa kuitenkin pitää paikallisen kehittämistoiminnan mahdollistajana ja stimuloijana, ei kansallisen palvelujärjestämisen kehittämisen välineenä.

Lakiehdotukseen sisältyvät ohjausmekanismit ja -toimenpiteet ovat valvontaa lukuun ottamatta kuvaukseltaan ja sisällöltään vielä täsmentymättömiä, eivätkä sellai-

senaan riittä takaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon hyvää kansallista ohjattavuutta. Kansallisen ohjauksen kannalta strategisten kehittämissinjausten 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.

2.7 Palveluiden saatavuus ja kansalaisten yhdenvertaisuus

Kansalliset järjestelmät, joissa palveluiden rahoitus- ja järjestämisvastuu on hajautettu alueellisille tai paikallisille tahoille, tuottavat säännönmukaisesti vaihtelua palveluiden resursoinnissa, tuotantovolyymeissa, saatavuudessa ja laadussa. Pyrkimys suurempiin järjestäjätahoihin pohjautuu osaltaan kansalaisten yhdenvertaisuuden lisäämiseen pienentämällä vaihtelua. Erityisesti palveluiden huono saatavuus ja siihen liittyvät jono- ja odotusaikaongelmat herättävät kansalaisissa huolta ja tyytymättömyyttä.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen 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 selvitysten mukaan on merkkejä siitä, että jo muodostetuilla sosiaali- ja terveysalueilla ja kunta-liitoskaupungeissa palveluverkkoa on supistettu kaupunkien keskustoissa eikä reuna-alueilla. Tällöin tavoitteena on ollut resurssien tasaisempi jako koko uudella alueella.

Lakiehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden omavalvonnassa (14§) tulee määritellä palvelujen toteutuminen ja laatu sekä miten palvelujen käyttäjien yhdenvertaisuus varmistetaan. Tietojen julkaisu internetissä myös tärkeä vaade, mutta ongelmaksikin 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.

2.8 Uudistuksen selkeys ja toimeenpantavuus käytännön toimijoiden näkökulmasta

THL:n edustajat haastattelivat kahdeksaa sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttajaa näiden järjestämislakiehdotusta koskevista näkemyksistä.² Haastatellut henkilöt esittivät näkemyksensä 27.11.2013 päivätyn lakiehdotuksen luonnoksen ja sen perustelujen pohjalta. Haastateltavat työskentelevät tai ovat työskennelleet johtotehtävissä kunnissa, sairaanhoitopiireissä tai sosiaali- ja terveysalan järjestöissä. Haastateltavat eivät ole osallistuneet järjestämislain valmistelutyöhön.

Haastateltavat suhtautuivat lakiehdotukseen, yhtä lukuun ottamatta, varovaisen myönteisesti ja pitivät lakiehdotusta askeleena oikeaan suuntaan. Sen avulla erityisesti perustason palvelujen järjestämisvastuu voidaan koota väestöltään aiempaa suuremmille alueille, joilla olisi nykyistä enemmän välineitä osaamisen ja laadun kehittämiseen sekä kustannusten kasvun hallintaan. Rakennuudistuksen onnistuminen edellyttää kuitenkin poliittisten päätöksentekijöiden, virkamiesjohdon ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön välistä luottamusta, yhteistä näkemystä ja sitoutumista uudistuksen toteuttamiseen. Tavoitteisiin ei päästä vain ohjeilla ja määräyksillä.

Haastatellut pitivät parannuksena, että lakiehdotus mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen ohjauksen, koska nykyistä pidetään lähes olemattomana. Erityisvastuualueiden tehtävänä on omalla alueellaan taata laissa määriteltyjen tavoitteiden toteutuminen. Haastatellut pitivät kuitenkin erityisvastuualueiden asemaa epäselvänä ja tehtävää ohjata kansallista kehitystä haastavana, koska erityisvastuualueelle määritellyt ohjausmekanismit ovat heikkoja.

Johtamisen, osaamisen ja voimavarojen kokoaminen nykyistä suuremmille järjestäjille tarjoaa haastateltujen mukaan edellytyksiä lakiehdotuksen tavoitteiden toteuttamiseen ja mahdollistaa sosiaali- ja terveystalouden laadun ja vaikuttavuuden kehittämisen, mutta ei takaa sitä. Keskeistä on palvelutuotannon päällekkäisyyksien poistaminen. Nykyisessä järjestelmässä eri toimijoiden tavoitteet ovat ristiriitaisia, mikä on heikentänyt kansalaisten asemaa palvelunsajina. Karkeita esimerkkejä tästä on muun muassa lastensuojelussa.

Merkittävänä myönteisenä uudistuksena haastatellut pitivät sosiaali- ja terveydenhuollon välisen integraation paranemista sekä etenkin sosiaali- ja terveystaloudella toteutuvaa peruspalvelujen ja erityispalvelujen hallinnollista integraatiota. Epäilyä integraation toteutumisesta käytännössä herätti lakiehdotuksen terveydenhuoltopainotisuus. Tämän ajateltiin johtuvan muun muassa siitä että sosiaalihuoltolaki on vasta valmistelussa.

² Vaikutusarviointia varten 3.-4.12.2013 haastatellut sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttajat Johtaja Jouko Isolauri, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri; Apulaiskaupunginjohtaja Harri Jokiranta, Seinäjoen kaupunki; Toimitusjohtaja Juha Kaakinen, Y-Säätiö; Sosiaalineuvos Sakari Laari; Professori Jorma Lauharanta; Johtaja Olli-Pekka Lehtonen, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri; Lääkintöneuvos Tuomo Pääkkönen; Professori Jari Stenvall, Tampereen yliopisto

Haastatellut korostivat, ettei lakiehdotuksen mukainen sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisen rakenne itsessään johda lain tavoitteiden toteutumiseen muutoin kuin rakenteellisen integraation osalta. Lain muiden tavoitteiden toteutuminen riippuu muun muassa toiminnallisen integraation onnistumisesta, valtionosuusjärjestelmän uudistamisesta, sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusratkaisuksista sekä uudistuksen vahvasta ja onnistuneesta johtamisesta. Lakiehdotuksen tavoitteiden toteutumisen nähtiin riippuvan myös tulevasta kuntarakenteesta.

Haastattelussa nousi esiin useita tekijöitä, joiden vaikutus kokonaisuudistuksen selkeyteen ja toimeenpantavuuteen on ongelmallinen.

Haastatellut nostivat perustason alueet suurimmaksi lakiehdotuksen selkeyttä ja toimeenpantavuutta hankaloittavaksi tekijäksi. Integraation tavoitteena oleva perus- ja erityispalvelujen saattaminen saman johdon ja budjetin alle jää toteutumatta niillä sosiaali- ja terveysalueilla, joilla on perustason alueita. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat tarvitsevat usein perustason palvelujen lisäksi myös erikoistason palveluja, jolloin palvelujen järjestämisvastuu jakaantuu eri tahoille, mikä hankaloittaa saumattomien hoitoketjujen rakentamista. Myös perustason alueiden järjestämisvastuulle kuuluvien sosiaali- ja terveystalvelujen määrittäminen nähtiin ongelmalliseksi. Monet palvelut voidaan katsoa kuuluvan perustason palveluihin, mutta niiden tarve saattaa olla vähäistä pienillä järjestämisalueilla, jolloin henkilöstön osaaminen ja kustannustekijät eivät puolla palvelujen järjestämistä perustason alueella.

Vastuukunnan alaisen toimielimen hahmottaminen koettiin vaikeaksi ja sen arveltiin olevan tosiasiallisesti hyvin lähellä nykyistä kuntayhtymää. Haasteena pidettiin erityisesti vastuukunnan ja toimielimen välille syntyvää toimivaltasuhdetta, jonka arveltiin aiheuttavan vastaavankaltaisia jännitteitä kuin nykyisin on kunnan ja kuntayhtymän välillä.

Erikoissairaanhoidon näkökulmasta ongelmaksi nostettiin erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun osittaisen pirstaloitumisen riski, vaikka tavoitteena on ollut palvelujen kokoaminen suurempiin kokonaisuuksiin. Jotkut haastatelluista nostivat esille maassa tarvittavan enintään 15–20 erikoissairaanhoidon järjestäjätahoa, nyt niitä muodostuu perustason alueiden myötä selvästi enemmän. Tämä saattaa heikentää erikoissairaanhoidon kustannustehokkuutta esimerkiksi toimijoiden välisen kilpavarustelun takia. Tällöin kilpavarustelun ehkäisemisen keskeiseksi keinoksi nousee tarve vahvaan kansalliseen ohjaukseen ja erityisvastuualueiden toimivalta.

Lakiehdotuksen mukaan perustettavat kiinteistökuntayhtymät saattavat osoittaa ennakoitua suuremmaksi haasteeksi uudistuksen toimeenpanolle. Erikoissairaanhoidon laite- ja kiinteistökokonaisuus on monimuotoinen ja vaikeasti hallittava kokonaisuus. Kun osa uusista sosiaali- ja terveysalueista alueista todennäköisesti koostuu osin eri kunnista kuin nykyiset sairaanhoitopiirit voi syntyä ylimääräistä, päällekkäistä hallintoa, ainakin lyhyellä aikavälillä. Hallinnolliset haasteet saattavat vaikeuttaa merkittävästi tila- ja toiminnallisen suunnittelun yhteensovittamista.

Lakiehdotuksen tarkoituksena on terävöittää kansallista ohjausta, mihin haastateltujen näkemyksen mukaan on myös selvä tarve. Erityisvastuualueiden asema ja ohjausvalta alueensa sosiaali- ja terveysalueisiin ja perustason alueisiin jää asiantuntijoiden näkemyksen mukaan epäselväksi. Erityisvastuualueen kuntayhtymämuotoista hallintomallia haastatellut asiantuntijat pitivät sinänsä perusteltuna, mutta hallintomallilla saattaa olla vaikutuksia erityisvastuualueen tosiasialliseen ohjausvaltaan suhteessa sosiaali- ja terveysalueisiin ja perustason alueisiin.

Erityisvastuualueiden keskeiseksi tehtäväksi nähtiin kansallisen ohjauksen toteuttaminen omalla alueellaan ja toimintojen koordinointi. Vaikka lakiehdotus säätää erityisvastuualueille ohjausvaltaa, ohjausmekanismit lakiehdotus jättää avoimeksi, mikä haastateltujen mukaan tekee erityisvastuualueiden aseman epäselväksi. Haastatteluisa esitettiin myös arvioita, joiden mukaan viiden erityisvastuualueen malli voi johtaa alueellisesti hyvin erilaisiin ratkaisuihin, mikä saattaa olla kansallisen ohjauksen kannalta ongelmallista. Jotkut haastatelluista olivat sitä mieltä, että erityisvastuualueita voisi olla selvästi esitettyä viittä vähemmän.

Erityisvastuualueiden tulee lakiehdotuksen mukaan vastata myös alueensa tutkimus- ja kehittämistoiminnan koordinoinnista. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan pitäisi toteutua sosiaali- ja terveysalueilla ja tukea johtamista ja palvelujen uudistamista. Erityisvastuualueen näiden toimintojen koordinoijana jää haastateltujen mukaan epäselväksi. Myös sosiaalialan osaamiskeskusten asemaa pidettiin selkiintymättömänä. Samoin yliopistojen asemaa lakiehdotuksen mukaisessa järjestelmässä tulisi haastateltujen mukaan selvittää. Etenkin yliopistosairaaloiden suhde sijaintikaupungin sosiaali- ja terveysalueeseen kaipaasi haastateltujen mukaan tarkennusta.

Haastatteluisa esitettiin näkemyksiä, joiden mukaan lakiehdotuksessa sosiaalihuollon asemaa tulisi terävöittää suhteessa terveydenhuoltoon. Vaikka tavoitetta sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta pidettiin perusteiltaan hyvänä, haastatellut muistuttivat sosiaali- ja terveydenhuollon toisistaan poikkeavista tarpeista.

Haastatteluisa keskeisiksi lakiehdotuksen ongelmiksi nousivat 1) perustason alueet, jotka heikentävät integraation toteutumista, 2) erityisvastuualueiden asema, joiden rooli ei ole selkeä ja siksi vaikeuttaa kansallisten linjausten toimeenpanoa ja koordinaatiota sekä 3) sosiaalihuollon asema.

Haastateltujen asiantuntijoiden yleisnäkemys oli kuitenkin, että lakiehdotus on askel parempaan suuntaan sen ongelmakohdista huolimatta. Esille nostettuihin ongelmiin tulisi kuitenkin löytää ratkaisut ennen kuin lakiehdotus saatetaan hallituksen esityksenä eduskunnalle.

Lakiehdotuksen mukainen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisrakenne on haastateltujen asiantuntijoiden mukaan toimeenpantavissa, mutta lain toimeenpanto tulee olemaan hankala ja asettaa muutoksen johtamiselle suuria haasteita. Uudistuksen onnistumisen edellytyksenä pidettiin määrätietoista, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön mukaan ottavaa motivoivaa johtamista. Haastatellut arvioivat yksituumaisesti, että ilman uudistukseen sitoutunutta henkilöstöä muutoksen läpivienti ei tule onnistumaan.

3 ARVIO LAKIEHDOTUKSEN TAVOITTEIDEN TOTEUTUMISESTA JA TOIMEENPANTAVUUDESTA

Yhteenvedonä työryhmä arvioi lakiehdotuksen tavoitteiden toteutumista seuraavasti:

1. Edistääkö ja ylläpitääkö laki väestön hyvinvointia ja terveyttä?

Lakiehdotuksen tavoite toteutuu lähinnä nykyistä vahvempien järjestäjätahojen kautta. Haasteeksi muodostuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja seurannan sekä näihin liittyvien toimenpiteiden toteutusvastuiden jakautuminen kuntien ja useiden eri toimijoiden ja hallinnollisten tasojen välille ilman selkeää esitystä vastuiden jakaantumisesta. Perustason palveluille nykyistä vahvemmaksi suunniteltu rooli mahdollistaa huomion kiinnittämisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen nykyistä paremmin korjaavien toimien rinnalla.

2. Edistääkö laki sosiaali- ja terveydenhuollon laatua?

Laki tarjoaa mahdollisuuden palvelujen laadun parantamiseen koska käytettävissä on suurempien alueiden voimavarat ja osaamispotentiaali. Lakiehdotukseen sisältyvät velvoitteet organisaatioiden omavalvontasuunnitelmista yhdistettynä sosiaali- ja terveydenhuoltolakien hallinnollisiin säädöksiin palvelujen laadun hallinnasta ja seurannasta edistävät laadun kehittämistä. Lopputulos riippuu pitkälti johtamisesta ja siten uudistuksen tuloksena syntyvien kokonaisuuksien johdettavuudesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisesti yhtenäisen seurannan puutteet heikentävät palvelujärjestelmän kehittämisen ja ohjauksen edellytyksiä. Heikosti määritelty yhteistyö akateemisen tiedontuotannon ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon välillä voi pitemmällä aikavälillä heikentää palvelutuotannon laatua. Johtamista ja laadun parantamista tukisi kuitenkin lain turvaama sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisuus ja velvoite yhteiseen koulutukseen ja tutkimukseen.

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

Lakiehdotus ei määrittele oikeutta hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon, vaan tätä koskevat määrittelyt esitetään sosiaali- ja terveydenhuollon sisältölaeissa, mikäli niistä jotakin esitetään. Toisaalta järjestämislakiehdotuksella pyritään erityisesti vahvistamaan peruspalvelujen saatavuutta. Lisäksi järjestämistahojen koon kasvamisen voidaan arvioida parantavan niiden kykyä turvata oikeus hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

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

Tällaisenaan lakiesitys ei turvaa edellytyksiä yhdenvertaiselle ja riittävälle palvelujen saatavuudelle koko maassa, vaan alueiden välille syntyy suuria eroja niiden mahdollisuuksissa turvata väestölle nykyistä paremmat sosiaali- ja terveystalvet. Mikäli alueelle syntyy sekä sosiaali- ja terveysalue että perustason alue, seurauksena voi olla kirjavia ja epätasa-arvoisia ratkaisuja väestölle. Erityisvastuualueet pyrkivät tehtävänsä mukaisesti varmistamaan alueellaan mahdollisimman yhdenvertaisen palvelujen saatavuuden. Erityisvastuualueiden tekemien velvoitavien päätösten tosiasiallinen toimeenpantavuus on kuitenkin epäselvä, vaikka tavoite sinällään on oikea. Kansallisen ohjauksen mekanismit ovat nykyisessä laskiluonnoksessa kokonaisuutena katsoen liian heikkoja takaamaan yhdenvertaiset palvelut kautta maan.

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

Lakiehdotus on askel tähän suuntaan, mutta ei sinällään ole vielä riittävä toivotun kehityksen aikaansaamiseksi. Lakiehdotuksen valmistelu on perustunut pitkälti myös muiden kuin sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden toteuttamiseen, mikä näkyy lopputuloksessa. Yhdistettynä vahaan ja osaavaan alueelliseen johtamiseen voidaan joillakin alueilla saavuttaa lakiehdotuksen tavoitteita muita nopeammin. Uudennaan 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. Sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden tavoitteiden sitominen kansallisen ohjauksen strategiaan linjauksiin luo mahdollisuuksia kansallisesti ohjattavalle palvelujärjestelmälle.

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. Syntyvien perustason alueiden mahdollinen suuri määrä sekä niiden suuri väestöosuus saattavat kuitenkin estää lain tavoitteen toteutumisen käytännössä. Toiminnallisen integraation toteutuminen riippuu pitkälti rakenteellisen integraation onnistumisesta. Palvelujen tuotannossa tapahtuva sopimusyhteistyö ei ratkaise integraatio-ongelmia. Joillakin alueilla on kuitenkin nähtävissä mahdollisuuksia vahvistaa perustason palveluja, mikäli alueet onnistuvat myös johtamaan kehitystä lakiehdotuksen tarkoittamaan suuntaan. Kokonaisuutena poik-

keuserusteiden laaja soveltaminen saattaa uhata lakiehdotuksen tavoitteiden toteutumista kansallisena kokonaisuutena.

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

Lakiehdotus on askel tähän suuntaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjattavuus alueellisena kokonaisuutena oletettavasti paranee jossakin määrin, mutta erityisvastuualueen tekemien päätösten toimeenpanon mekanismi on epäselvä. 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 valtakunnallisen ohjauksen parantamiselle jonkin verran aiempaa parempia välineitä, joiden jatkotyöstäminen voi tuoda merkittävää parannusta sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen ohjattavuuteen. Kokonaisuutena esitetyt valtakunnallisen ohjauksen keinot vaikuttavat kuitenkin vielä riittämättömiltä tiedossa oleviin haasteisiin nähden. Palvelurakenteen eheys saattaa osin parantua, mutta tähän liittyy merkittävää epävarmuutta.

4 JOHTOPÄÄTÖKSET

Sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisen järjestämiskäytännön pirstaleisuus ja vastuuta-hojen ja alueellisten toimijoiden suuri tarve ohjaaville linjauksille puoltaa työryhmän ehdotuksen suuntaisen lakiuudistuksen pikaista läpiviemistä ja toimeenpanoa. Useita vuosia jatkuneen odottelun pitkittymistä ei voida pitää hyvänä, sillä se haittaa vakavasti toiminnan pitkän aikavälin suunnittelua sekä palvelujärjestelmän rakenteiden ja toiminnan syvällistä uudistamista, jota tarvitaan julkisen talouden kestävyysvajeen umpeen kuomisen takia kiireesti.

Kiireisellä aikataululla valmistellun lakiehdotuksen toteuttamiseen liittyy aina riski odottamattomista vaikutusmekanismeista ja yllättävistä seurannaisvaikutuksista, jotka voivat estää lain tavoitteiden toteutumisen ja johtaa ei-toivottuihin tuloksiin. Alustavaa vaikutusarviointia on vaikeuttanut lukuisiin lakiehdotuksen kohtiin viime vaiheissa tehdyt muutokset. Näiden muutosten vaikutuksia muuhun lainsäädäntöön tai sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteisiin ja toimintaedellytyksiin ei sen enempää järjestämislakityöryhmä kuin arviointiryhmäkään ole ehtinyt täysin analysoida.

Järjestämislakiehdotuksen tavoitteena on muuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kansallista rakennetta nykyistä vahvemmaksi ja kestävämmäksi. Lopullisena tavoitteena on väestön terveyttä ja toimintakykyä tukevat, oikeudenmukaiset, laadukkaat, yhdenvertaiset ja nykyistä kustannustehokkaammat palvelut.

Arviointiryhmä katsoo, että lakiesityksen peruslähtökohta nykyistä vahvemmista sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjistä on oikea. Uudistuksen oikeasta suunnasta huolimatta esitetyt muutokset eivät kuitenkaan 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, mikä on välttämätöntä sekä kestävyysvajeen että väestön ikärakenteen muutoksen vuoksi.

Toteutuakseen kansallisesti riittävänä kokonaisuutena sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellinen integraatio edellyttäisi, että pääosa väestöstä olisi sekä vertikaalisen että horisontaalisen järjestelmäintegraation takaavan rakenneratkaisun piirissä. 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.

Järjestämislakiehdotus mahdollistaa yhteensä noin 50 järjestäjätahon syntymisen. Sosiaali- ja terveysalueita tulisi noin 20 ja perustason alueita mahdollisesti noin 30. Arviolta noin neljäsos Mannen-Suomen kunnista ja vajaan puolet väestöstä saataisi kuulua perustason alueeseen. Tämä muodostaa oleellisen uhan koko rakenneuudistuksen tavoitteiden toteutumiselle.

Erytisen haasteen muodostaa voimaannanolakiehdotuksessa 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 mallissa olisi mahdollista siirtää voimavarojen ja toiminnan painopistettä erikoispalveluista perustason palveluihin. Arviointiryhmä ei pysty hahmottamaan mekanismeja peruspalvelujen vahvistamiselle Uudellemaalle ehdotetussa mallissa, ja pitää erityisen ongelmallisena sitä, että Uudellemaalle ehdotettu kaksitasoinen järjestämistä vastuu laajenisi muualle maahan.

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

Lakiehdotus muodostaa monitahoisen kokonaisuuden, jonka vaikutuksia palvelujen järjestäjän tasolla on vaikeaa, joiltain osin jopa mahdotonta ennakoita. Tämä johtuu siitä, että lakiehdotukseen sisältyvät vaatimukset ja reunaehdot järjestäjätahojen ja järjestämistä vastuun suhteen voivat tosiasiaa toteutua eri puolella maata ja eri alueilla hyvin eri tavoin. Järjestäjätahoja, muita toimijoita ja poikkeuksia pääsäännöistä on lakiehdotuksessa useita (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 järjestämistä uudistuksen 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.

Arvioitaessa lakiehdotuksen taloudellisia vaikutuksia tulee ottaa huomioon lain vaikutukset sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä aiheutuviin kustannuksiin että hallinnollisiin kustannuksiin. Järjestämislakiehdotuksen kustannusvaikutukset ulottuvat myös sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolelle. Näiden kustannusvaikutusten

arviointi ei tämän alustavan arvioinnin aikataulussa ollut mahdollista. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden ja Kainuun hallintokokeilun kuntien ja niiden vertailukuntien kustannuskehityksen tarkastelu antaa viitteitä siitä, miten kustannukset saattavat kehittyä palvelujen järjestämistä vastuu siirtyessä kunnilta sosiaali- ja terveysalueelle. Molempien alueiden kuntien käyttökustannusten kasvu oli sosiaali- ja terveysalueiden muodostamisen jälkeen selvästi hitaampaa kuin vertailukunnissa. Hallintokustannusten kehitystä ei ollut mahdollista arvioida, mutta luultavasti ne jonkin verran nousevat siirtymävaiheessa vanhasta järjestämistavasta uuteen. Näiden kustannusten merkitys on kuitenkin hyvin vähäinen. Kustannusvaikutusten arviointiin liittyy lukuisia epävarmuustekijöitä, kuten kuntayhtymien mahdollisten alijäämien käsittely kuntien välisissä kustannusvertailuissa.

Arviointiryhmän käytettävissä olleiden kustannustietojen perusteella näyttää siltä, että sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten kasvua todennäköisesti hillitsi se, että sosiaali- ja terveysalueet järjestävät nämä palvelut. Lyhyellä aikavälillä, siirtymävaiheessa nykyisestä järjestämistä vastuu uuteen, hallintokustannukset saattavat kasvaa, mutta niiden merkitys kokonaiskustannusten kehitykseen jää vähäiseksi.

Kansallisen ohjauksen mekanismit ovat lakiehdotuksessa valvontaa lukuun ottamatta vielä keskeneräisesti määritettyjä, vaikka niiden tarve on ilmeinen. Kaste-tyyppisen kehittämissuunnitelman mekanismit eivät nykyisellään riitä vastaamaan kansallisen järjestelmäohjauksen tarpeisiin.

Arviointiryhmän näkemyksen mukaan lakiehdotus sisältää askeleita oikeaan suuntaan ja luo pohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen myöhemmille vaiheille. Haasteeksi muodostuu alueellisten toimijoiden kärsivällisyys ja kestävyys toistuvien osauudistusten kuormittaessa organisaatioita niiden kamppaillessa samalla palvelutuotannon tehokkuusvaatimusten ja kestävyysvajeen tuomien haasteiden kanssa. Jatkovalmistelussa on syytä rajoittaa merkittävästi poikkeusperusteiden käyttöä. Muutoin on olemassa merkittävä riski, että ehdotettu uudistus luokitsee sosiaali- ja terveydenhuollon vuosiksi puolinaisiin ratkaisuihin.

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 työlästä mutta tarpeellista. Muista maista saatujen kokemusten mukaan paras tulos saavutetaan käyttämällä valmistelussa parasta mahdollista kansallista ja kansainvälistä asiantuntemusta. Toimeenpanon onnistumisen edellytys puolestaan on paikallistason osallistaminen uudistuksen suunnitteluun sen alusta alkaen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisen järjestämiskäytännön pirstaleisuus ja vastuutahojen ja alueellisten toimijoiden suuri tarve ohjaaville linjauksille puoltaa järjestämislakityöryhmän ehdotuksen suuntaisen lakiuudistuksen pikaista läpiviemistä ja toimeenpanoa. Ehdotusta pitää kuitenkin olennaisilta osiltaan edelleen parantaa. Uudistuksen pitkittymistä ei voida pitää hyvänä, sillä se haittaa vakavasti toiminnan pitkän aikavälin suunnittelua. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakenteiden ja toiminnan syvällistä uudistamista tarvitaan julkisen talouden kestävyysvajeen umpeen kuromisen takia kiireesti.

Lähdekirjallisuutta

- Haarni I. Keskenäisestä yhdenvertaisuuteen. Vammaisten henkilöiden hyvinvointi ja elinolot Suomessa tutkimustiedon valossa. Helsinki Stakes, 2006. Stakes Raportteja 6/2006. EN
- Halm EA, Lee C, Chassin MR. 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.
- Heinämäki L. Palvelut muutoksessa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen muutos laajemmille palvelujen järjestämisalueille siirryttäessä. Helsinki: THL, 2013. Työpaperi 2/2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-107-5> (julkinen verkossa 7.1.2014)
- Härkänen T, Kaikkonen R. Aineistot ja Menetelmät. Teoksessa Kokko R-L ja Kotiranta P-L (toim.) Työllisyys, terveys ja hyvinvointi : Paltamon työllistämismallin arviointitutkimus 2009–2013: I osaraportti 2.6.2010. Helsinki: THL, 2010. Avauksia 17/2010. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-907-7>
- Junnila M, Hänninen S, Väärälä R. Säädosheidotusten vaikutusten ennakoarviointi THL:ssä. Muistio 13.11.2013, THL:n johtoryhmä.
- Jonsson PM, Agardh E, Brommels M. Hälso- och sjukvårdens strukturreformer: Lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien. Ansvarskommitténs skriftserie. Stockholm: Statens offentliga utredningar (SOU), 2006.
- Magnussen J, Vrangbæk K, Saltman RB (eds.). *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, 2009.
- Moring J, Bergman, Nordling, Markkula, Partanen, Soikkeli (toim.). *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015*. Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. Helsinki: THL, 2013. Työpaperi 15/2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-907-7> (julkinen verkossa 7.1.2014)
- Oikeusministeriön oheistus säädöshoidotusten vaikutusten arvioinnista (OM 2007:6).
- Palosuo H, Sihto M, Lahelma E, Lammi-Taskula J, Karvonen S, ym. Sosiaaliset määrittäjän WHO:n ja Suomen terveyspolitiikassa. Helsinki: THL, 2013. Raportti 13/2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-909-1>
- Rahoitus- ja järjestämisvastuun uudistukset Pohjoismaiden terveydenhuoltojärjestelmissä. Raportissa: Erhola M, Jonsson PM, Pekurinen M, Teperi J. Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi, s. 21–32. Helsinki: THL, 2013.
- Saltman RB, Cahn Z. Restructuring health systems for an era of prolonged austerity. *BMJ* 2013;346:f3972
- Saltman RB, Vrangbæk K, Lehto J, Winblad U. Consolidating national authority in Nordic health systems. *Eurohealth* 2012;18(3):21–14.
- THL:n asiantuntijaryhmä 18.11.2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen. Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa. Helsinki: THL, 2012. Raportti 21/2012. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085349>
- THL. Rakennemuutostietokanta. THL, 2013.
- Thomson S, Foubister T, Mossialos E. 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)
- Riikka-Leena Leskelä, Vesa Komssi, Saana Sandström, Sirkku Pikkujämsä, Anna Haverinen, Sirkka-Liisa Olli, Kirsti Ylitalo-Katajisto. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti. 48/2013, s. 3163–3169.

Liite 1. Toimeksianto

■ SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

KIRJE

1(1)

20.11.2013

~~27.08.2013~~

STM 022:00 / 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. Luonnoskarttoja uusista sosiaali- ja terveysalueista lakiluonnoksessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä esitetyillä kriteereillä.

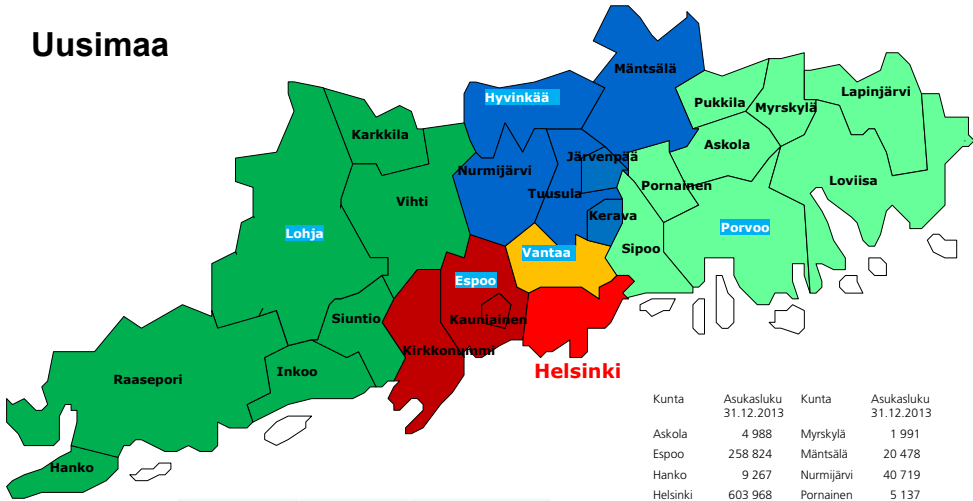
(17.12.2013)

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.

Lähteenä: Maakuntien tyhjät karttapohjat – powerpointtiedosto
VM:n vuoden 2012 karttapohja saatu Jukka Mattilan kautta, H Rintanen muuttanut vuoden 2013 rajojen ja väestötietojen mukaisiksi.

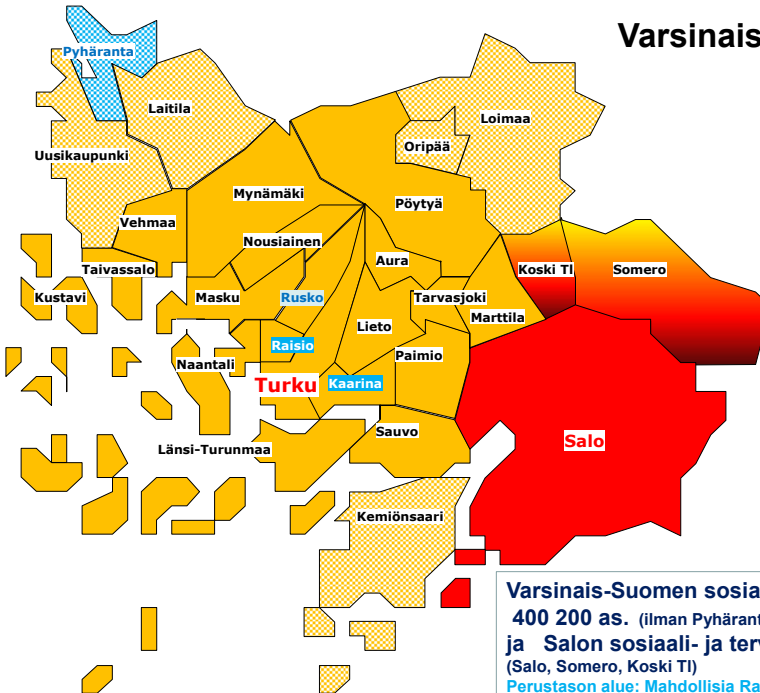
Uusimaa



	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	Asukasluvu 31.12.2013	Kunta	Asukasluvu 31.12.2013
Askola	4 988	Myrskylä	1 991
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	Myrskylä	1 992
Loviisa	15 519		

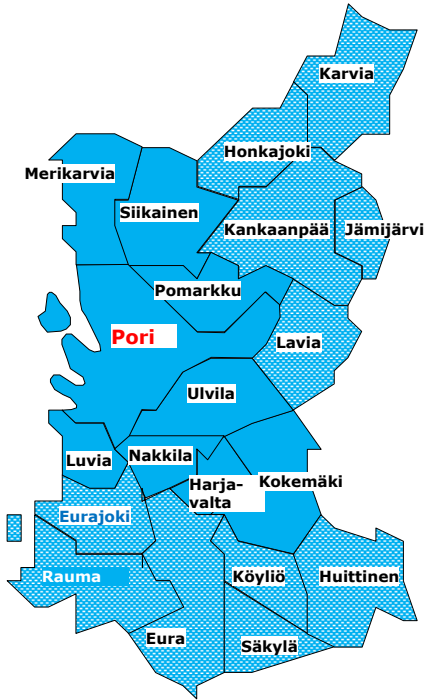
Varsinais-Suomi



Kunta	Asukasluvu 31.12.2013
Aura	3 971
Kaarina	31 363
Kemiönsaari	7 075
Koski Tl	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
Pyhäranta	2 199
Pöytyä	8 569
Raisio	24 562
Rusko	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. (ilman Pyhärantaa)
ja Salon sosiaali- ja terveysalue 66 537 as.
 (Salo, Somero, Koski Tl)
 Perustason alue: Mahdollisia Raisio (+Rusko?) ja Kaarina
 Pyhäranta (ja Laitila ?) Satakunnan soteen ja Rauman
 perustason alueeseen? Ypäjä Kanta-Hämeestä??

Satakunta

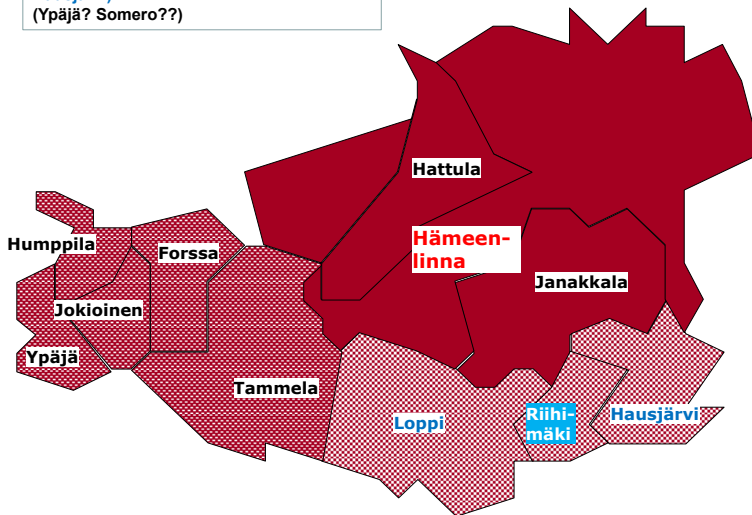


Satakunnan sosiaali- ja terveysalue
227133 as. (mukana Pyhäranta)
 Perustason alueita: Rauma? (+Eurajoki Eura, Pyhäranta, Laitila??)

Kunta	Asukasluku 31.12.2013
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
Luvia	1 916
Luvia	3 380
Merikarvia	3 209
Nakkila	5 747
Pomarkku	2 373
Pori	83 255
Rauma	39 842
Siikainen	1 641
Säkyä	4 631
Ulvila	13 470

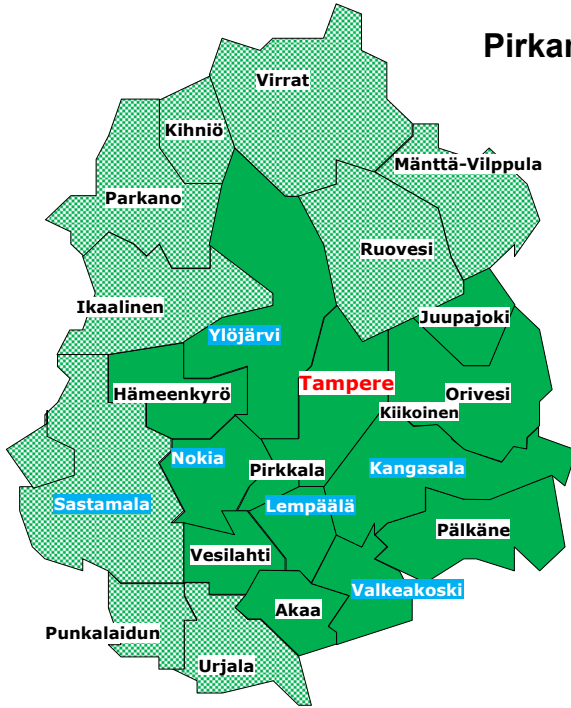
Hämeenlinnan sosiaali- ja terveysalue 175 472 as.
 Perustason alue: Riihimäki (+Loppi, Hausjärvi)
 (Ypäjä? Somero??)

Kanta-Häme



Kunta	Asukasluku 31.12.2013
Forssa	17 727
Hattula	9 720
Hausjärvi	8 866
Humpilla	2 496
Hämeenlinna	67 497
Janakkala	16 921
Jokioinen	5 643
Loppi	8 336
Riihimäki	29 215
Tammela	6 542
Ypäjä	2 509

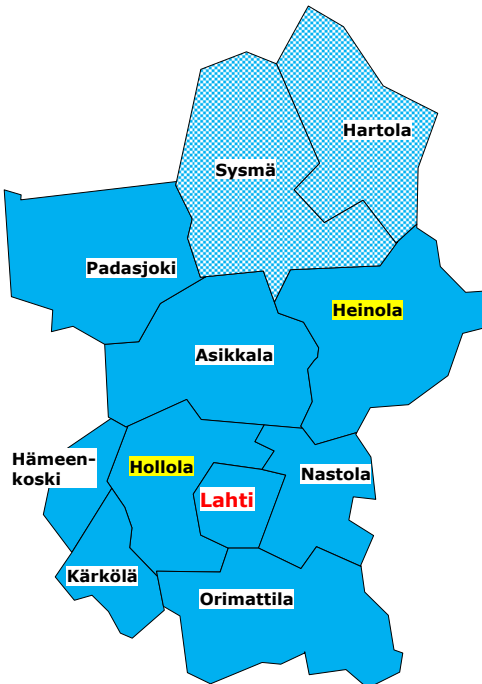
Pirkanmaa



Pirkanmaan sosiaali- ja terveysalue 496 568 as.
 Perustason alueita: Nokia, Ylöjärvi, Kangasala (+ymp.), Lempäälä, Valkeakoski, Sastamala (Punkalaidun?)

Kunta	Asukasluvu 31.12.2013
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

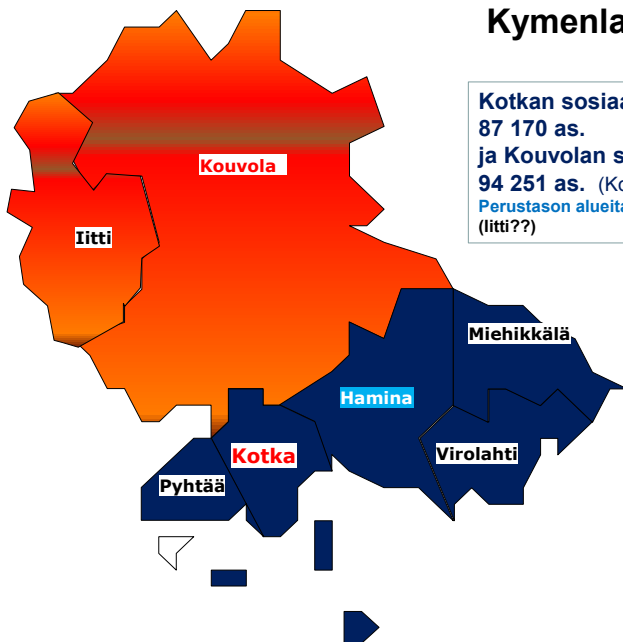
Päijät-Häme



Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysalue 202 548 as.
 Perustason alueita: Heinola, Hollola (+ymp) (litti??)

Kunta	Asukasluvu 31.12.2013
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

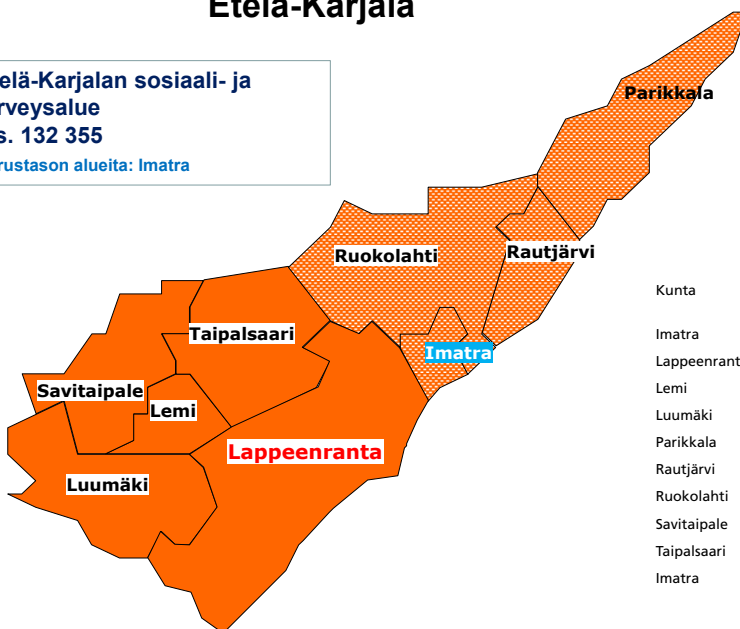


Kotkan sosiaali- ja terveysalue
87 170 as.
ja Kouvolan sosiaali- ja terveysalue
94 251 as. (Kouvola ja Iitti)
Perustason alueita: Hamina
(Iitti??)

Kunta	Asukasluku 31.12.2012
Hamina	21 296
Iitti	6055
Kotka	54 873
Kouvola	87 296
Miehikkälä	2177
Pyhtää	5377
Virolahti	3487

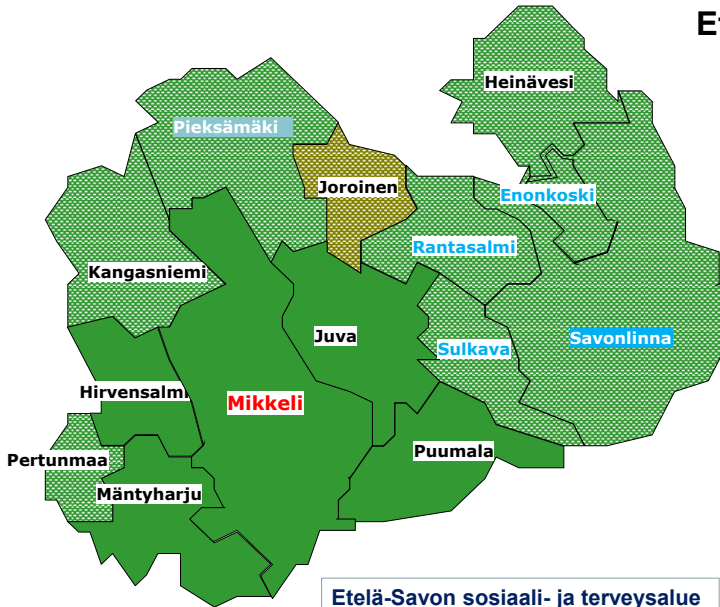
Etelä-Karjala

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



Kunta	Asukasluku 31.12.2013
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
Imatra	28 294

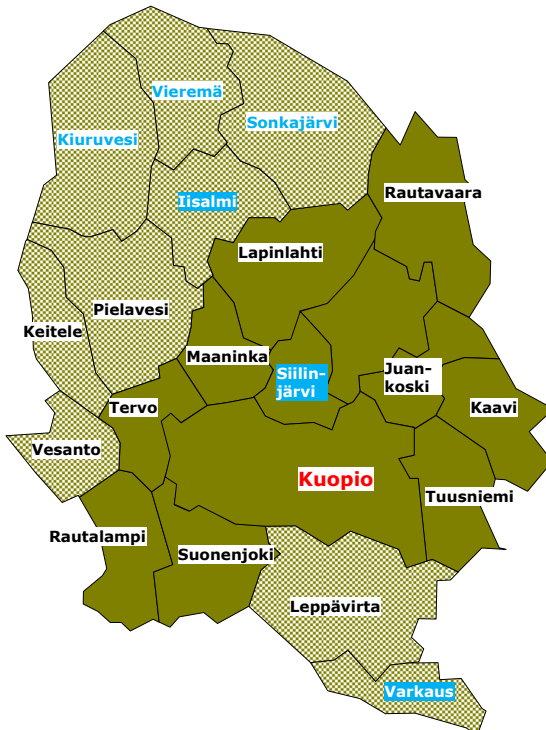
Etelä-Savo



Kunta	Asukasluku 31.12.2013
Enonkoski	1 532
Heinävesi	3 742
Hirvensalmi	2 377
Joroinen	5 291
Juva	6 783
Kangasniemi	5 839
Mikkeli	54 519
Mäntyharju	6 356
Pertunmaa	1 857
Pieksämäki	19 407
Puumala	2 374
Rantasalmi	3 921
Savonlinna	36 584
Sulkava	2 844
Enonkoski	1 532
Heinävesi	3 742
Hirvensalmi	2 377

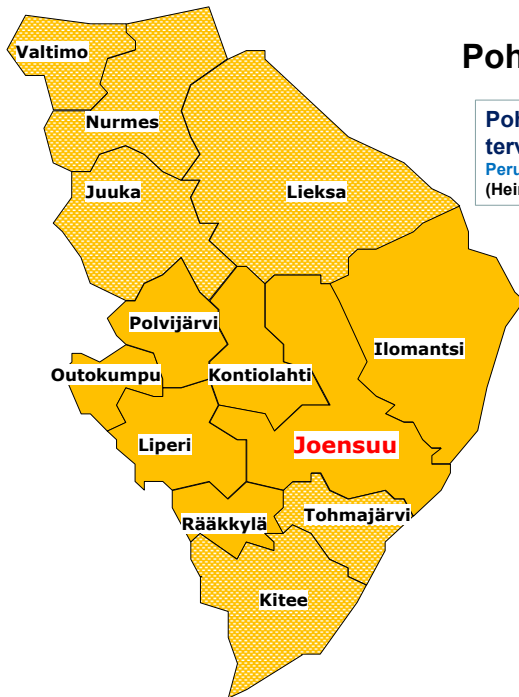
Etelä-Savon sosiaali- ja terveysalue
 148 135 as. (ilman Joroista)
 Perustason alueita: Savonlinna + ymp. ??
 Pieksämäki
 (Heinävesi?)

Pohjois-Savo



Pohjois-Savon sosiaali- ja terveysalue 253 524 as. (sis. Joroinen)
 Perustason alueita: Iisalmi (+ymp), Varkaus (+Joroinen)

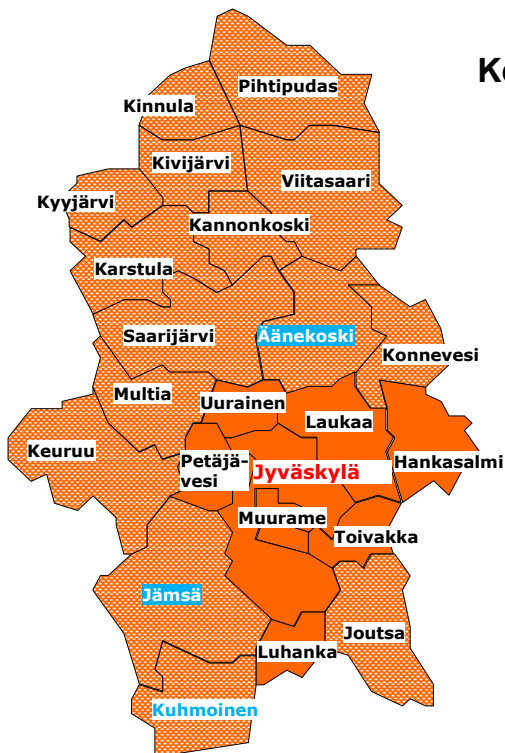
Kunta	Asukasluku 31.12.2013
Iisalmi	22 135
Juankoski	5 093
Kaavi	3 315
Keitele	2 476
Kiuruvesi	2 989
Kuopio	105 136
Lapinlahti	10 289
Leppävirta	10 274
Maaninka	3 826
Pielavesi	4 926
Rautalampi	3 444
Rautavaara	1 813
Siilinjärvi	21 431
Sonkajärvi	4 493
Suonenjoki	7 496
Tervo	1 704
Tuusniemi	2 795
Varkaus	22 340
Vesanto	2 328
Vierämä	3 930
Iisalmi	22 135



Pohjois-Karjala

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveysalue 165 754 as.
Perustason alueita: Ei (Heinävesi??)

Kunta	Asukasluvu 31.12.2013
Iiomantsi	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
Iiomantsi	5 693



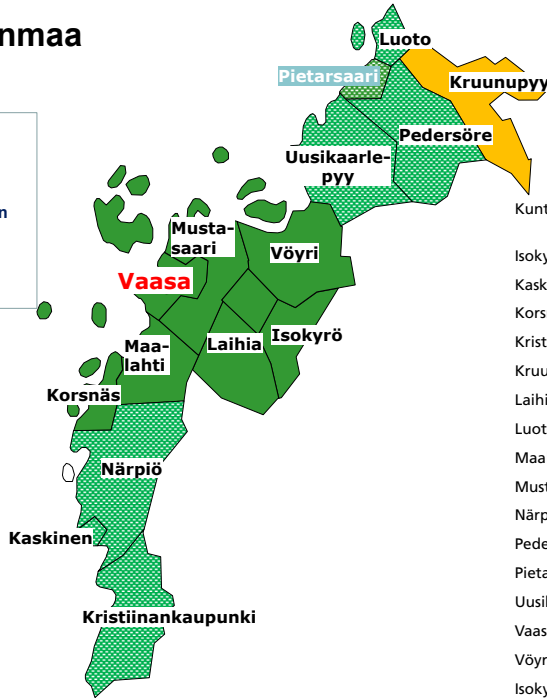
Keski-Suomi

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

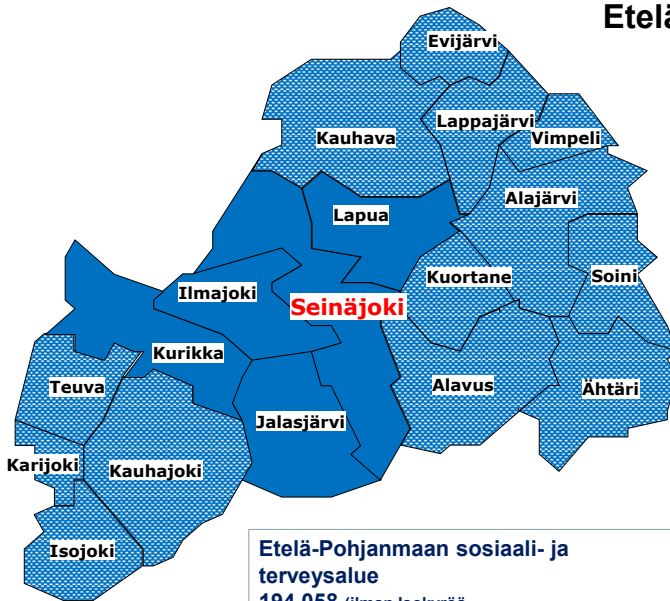
Kunta	Asukasluvu 31.12.2013
Hankasalmi	5 453
Joutsa	4 898
Jyväskylä	133 482
Jämsä	22 354
Kannonkoski	1 553
Karstula	4 376
Keuruu	10 488
Kinnula	1 764
Kivijärvi	1 303
Konnevesi	2 904
Kuumoinen	2 438
Kyyjärvi	1 469
Laukaa	18 481
Luhanka	773
Multia	1 816
Muurame	9 569
Petäjävesi	4 095
Pihtipudas	4 441
Saarijärvi	10 258
Toivakka	2 455
Uurainen	3 569
Viitasaari	6 957
Äänekoski	20 265

Pohjanmaa

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



Etelä-Pohjanmaa



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

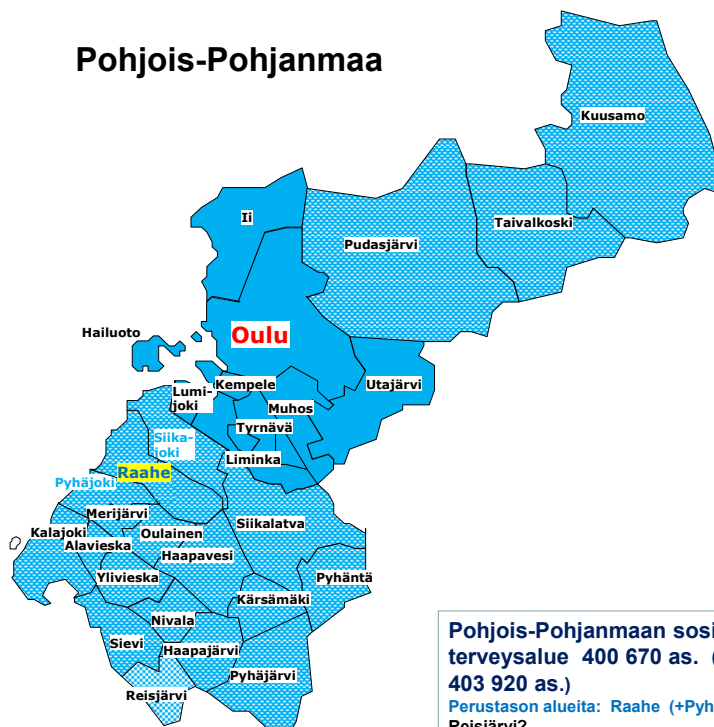
Keski-Pohjanmaa



Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalve 75 276
(mukana Kruunupy)
Perustason alueita: Ei

Kunta	Asukasluku 31.12.2013
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



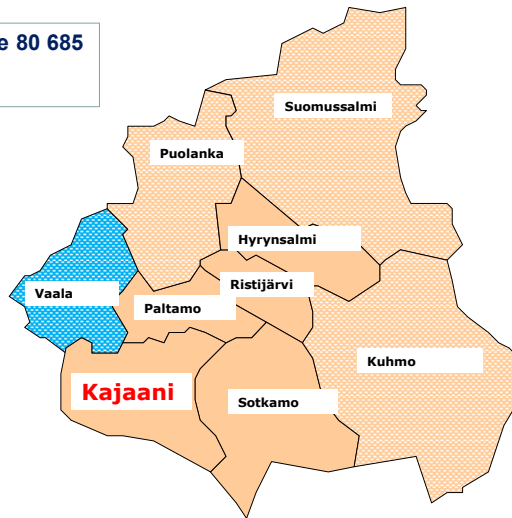
Kunta	Asukasluku 31.12.2013
Alavieska	2 761
Haapajärvi	7 641
Haapavesi	7 283
Hailuoto	986
Ii	9 574
Kalajoki	12 625
Kempele	16 383
Kuusamo	16 167
Käsämäki	2 760
Liminka	9 432
Lumijoki	2 059
Merijärvi	1 176
Muhos	9 948
Nivala	10 985
Oulainen	7 847
Oulu	190 847
Pudasjärvi	8 620
Pyhäjoki	3 311
Pyhäjärvi	5 849
Pyhäntä	1 566
Raahel	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
Alavieska	2 761
Haapajärvi	7 641
Haapavesi	7 283
Hailuoto	986
Ii	9 574

Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalve 400 670 as. (Vaalan kanssa 403 920 as.)
Perustason alueita: Raahel (+Pyhäjoki, Siikajoki ...?)
Reisjärvi?

Kainuu

Kainuun sosiaali- ja terveysalue 80 685 as. (ilman Vaalaa 77 435)
Perustason alueita: Ei

Kunta	Asukasluku 31.12.2013
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 31.12.2013
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

