

Virkamiesvallasta poliittiseen ohjaukseen Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon uudistaminen 1972–2023

MATTI RIMPELÄ

Hyvinvointialueiden alkua on kuvattu synkäksi (HS 19.10.2023). Toimipisteitä suljetaan ja korvataan etäpalveluilla. Ikäihmisille tarjotaan vähemmän ympärivuorokautista hoivaa. Tämäkään ei riitä. Valtiovarainministeriön mukaan jopa kolmannes hyvinvointialueista on tulkinut virheellisesti valtion rahoituksen kasvua vuodelle 2026: ”Julksen talouden tila ja hallituksen talousohjelma eivät anna mahdollisuutta tasapainottamiseen varatun ajan pidentämiseen. Emme tule hyväksymään suunnitelmia, joissa on virheellisiä oletuksia rahoituksen korjaamisesta. Jos alijäämiä ei kateta vuoteen 2026 mennessä, valtio voi aloittaa arviointimenettelyn, joka voi johtaa hyvinvointialueiden liittämiseen toisiinsa.” (Valtioneuvosto 2023)

Sosiaali- ja terveydenhuollon lähistoriasta nousee näkyviin kriisejä ja hallintoreformeja, mutta ei mitään sellaista, mitä tänään on käynnissä. Näkymät keskittyvät nykyhetkeen. Uudistusten prosesseja on kuvattu (Leppo 2010; Hiilamo 2015; Puska 2020), mutta niitä on analysoitu harvoin kriittisesti (Hiilamo 2021). Lähistoriasta johdetut tulevaisuuden ennakoinnit puuttuvat (Wessberg ym. 2022). Poikkeuksena on talous.

Jatkan tulkintojani sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen lähistoriasta (Rimpelä 2023). Ensin kuvaan kolmea hallinnon uudistamisaaltoa, joita on toimeenpantu vuosina 1972–1984 ja 1990–2010 sekä vuodesta 2023 alkaen (nk. soteuudistus). Seuraavaksi esitän niitä yhdistäviä ja erottavia tekijöitä sekä tarkastelen soteuudistuksen kriittisiä kysymyksiä. Kiinnitän erityisesti huomiota poliittiseen ohjaukseen. Pohdin, onko soteuudistuksessa unohdettu, mitä aikaisemmissa uu-

distuksissa on ajateltu, suunniteltu ja tehty sekä mitä niistä olisi voitu opittaa (Kransdorff 1998; Stark & Head 2019; Jalonen 2023).

Laajojen hallintoreformien juurista

Terveydenhuollon valtionhallintoon vakiintui 1900-luvun alkupuolella kaksitasoinen asiantuntijarakenne: keskusvirastona lääkintöhallitus sekä lääneissä lääninlääkärit, -terveysisaret ja -kättilöt. Kunnat vastasivat käytännön toteutuksesta. Sosiaalihuoltoon muodostui vastaava hallintorakenne myöhemmin. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ja läänien sosiaali- ja terveystalokset perustettiin 1960-luvun päättyessä.

Viime vuosisadan puolenvälin jälkeen erikoissairaanhoidon kustannukset kasvoivat nopeasti. Lääkäripula rapautti maaseudun perussairaanhoitoa. Sairastamisen kustannukset potilaille lisääntyivät. Kun tarttuvat taudit saatiin hallintaan ja lapsikuolleisuus vähenemään, uudeksi haasteeksi tuli työikäisten miesten kuolleisuus. Lukuisten erityislakien viidakossa kokonaisuus ei ollut ollut minkään tahon hallinnassa.

Pekka Kuusen (1961) johdolla valmistui esitys terveydenhuoltopoliittiseksi ohjelmaksi. Sairastamisen kustannuksia vähennettiin sairausvakuutuksella ja valmisteltiin kansanterveystyön uudistamista. Viimeisten viiden vuosikymmenen aikana kriisit ja hallintoreformit ovat vuorotelleet. Monet tänään ajankohtaiset kysymykset olivat esillä jo 1960-luvulla (Väänänen 1969).

Terveysthuollon kriisistä vahvaan valtionohjaukseen

Kansanterveystyön uudistaminen käynnistyi vuonna 1972. Kunnat vastasivat sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta. Valtioneuvosto hyväksyi vuosittain kuntia sitovan valtakunnallisen viisivuotissuunnitelman, jonka toimeenpanoa lääkintöhallitus ja lääninhallitukset valvoivat. Sosiaalihuolto tuli suunnittelujärjestelmän piiriin 1980-luvun puolivälissä. Perusterveydenhuolto koottiin kuntien terveyskeskuksiin. Esillä oli neljä vaihtoehtoa:

1. Terveysasemista ja terveydenhoidollisista paikallisneuvoloista muodostuu terveydenhuollon kenttäorganisaatio. Poliklinikan tavoin toimivalla terveysasemalla on vähintään 4–6 lääkäriä, monipuolinen tutkimusvälineistö, hieman sairaansijoja ja sairautot sairaankuljetusta varten. (Kuusi 1961)
2. Terveyskeskuksen hoidettavaksi annetaan kunnan kansanterveystyö erikoislääkärijohtoista sairaanhoitoa lukuun ottamatta. (Kansanterveystoimikunta 1969)
3. Paikallisen terveydenhuollon palvelukeskus, jossa toimivat terveysneuvolat, terveydenhoitotoimisto, lääkäreiden vastaanotot, laboratorio, röntgen, kuntoutusosasto, kotisairaanhoidokeskus, paikallissairaala, hammashoito, sairaankuljetus, potilasasuntola, lääkkeiden jakelu sekä sairausvakuutus- ja sosiaalipalvelut. (Puro 1969)
4. Terveysthuoltokeskus palvelee alueellisesti samaa väestöryhmää ja sisältää sairaalaosaston ja avohoito-osaston sekä ennaltaehkäisevän ja kuntouttavan toiminnan osaston. (Väänänen 1969)

Neljäs vaihtoehto on tänään kiinnostava siksi, että se esitettiin osana ehdotusta hallinnon kokonaisuudistukseksi: ”Keskussairaalapirejä suurempien sairaanhoitopiirien muodostamista suunniteltaessa olisi hyvä liittää peruskuntien avo- ja sairaalahoito yhteiseen hallintojärjestelmään. Jos nyt jätetään avohoidon kehittäminen kuntien oma-toimisuuden varaan, ollaan muutaman vuoden kuluttua yhtä hankalassa yhtenäistämiprozessissa kuin nyt olemme sairaalahoidossa.” (Väänänen 1969)

Terveysthuoltokeskuksesta tuli ensimmäisen reformiaallon kriittinen kysymys. Voimavarojen nopea lisääminen tuotti aluksi myönteisen kuvan, mutta vähitellen tuli näkyviin hälyttäviä merkke-

jä. Kansanterveystyö oli kaventumassa liukuhihnamaiseksi avosairaanhoidoksi. STM:n työryhmä julkaisi vuonna 1979 kriittisen analyysin ja esitti kolmea kehittämissuuntaa: 1) parannetaan terveyskeskusten avosairaanhoidon saatavuutta, 2) turvataan hoitojatkuvuutta sekä 3) kehitetään hoidon sisältöä ja laatua. Ensimmäinen käynnistettiin paikallisia omalääkäri- ja omahoitajakokeiluja. Seuraavaksi toteutettiin Kelan johtama omalääkärikokeilu ja STM:n järjestämä väestövastuukokeilu sekä kokeiltiin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen yhteistyötä asuinalueilla.

Byrokriatikiikka ja kunnallisen itsehallinnon vahvistamista

Julkisen hallinnon yleistä uudistamista valmistettiin 1980-luvulla. Keskeisiä kysymyksiä olivat sosiaalivaltion kriisi, byrokriatian purkaminen, virkainimistysten politisoituminen, läheisyysperiaate, lähidemokratia ja kuntien itsehallinnon vahvistamisesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa suunnitelmissa strategisia tavoitteita olivat yhteistyö, alueellistaminen ja väestövastuu. Vuosikymmenen päättyessä haasteina olivat uhkaava henkilöstöpula ja terveyskeskusten kriisiytyminen.

Toisessa reformiaalossa yhdistettiin ministeriössä sosiaalihuolto ja terveydenhuolto samoille osastoille. Lääkintöhallitus ja sosiaalihalitus yhdistettiin sosiaali- ja terveyshallitukseksi, joka lakkautettiin joulukuussa 1992. Tehtävät jaettiin ministeriölle ja kolmelle uutena perustetulle organisaatiolle. Tarkemmin perustelematta erotettiin valtionhallinnossa toisistaan sosiaali- ja terveyspalvelujen 1) rahoitus, 2) ammattihenkilöstön koulutus, 3) valvonta sekä 4) seuranta, kehittäminen ja arviointi.

Esittäessään sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelujärjestelmän purkamista hallitus katsoi, että se oli edistänyt toimivan sekä kustannuksiltaan kohtuullisen palvelujärjestelmän rakentamista, mutta hallinnon kehittämistavoitteet olivat muuttuneet. Yksinkertaisempi valtionhallinto tuottaisi kunnille laajan toimintavapauden ja edistäisi toimintojen taloudellisuutta ja tehokkuutta. (HE 216/1991.) Vuodesta 1993 alkaen vastuu sosiaali- ja terveyspalveluista siirtyi kunnille. Seuraavaksi käynnistettiin aluehallintouudistus, jossa purettiin lääninhallintoa. Vuonna 2009 lopetettiin lääninhallitukset. Stakes ja Kansanterveyslaitos yhdistettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseksi (THL).

Valvonnan pelkistäminen pääosin omavalvonnaksi päätti 2010-luvun alussa toisen reformiaallon.

Kuntauudistuksesta uuteen aluehallintoon

Vuosituhanneen vaihteessa jouduttiin toteamaan, että valtionhallinnon keventäminen ei tuottanut toivottuja tuloksia. Kuntien väliset erot kasvoivat. Väestön ikääntyminen lisäsi sosiaali- ja terveystalvelujen kuormitusta. Erikoistuneiden palvelujen kustannukset kasvoivat jatkuvasti. Palvelujen saatavuutta pyrittiin parantamaan hoitotakuusäädöksillä. Hallitusohjelmista johdettiin vaihtuvia kehittämishoijelmia, joiden toimeenpanoon varattiin korvamerkittyjä määrärahoja. Tuloksena oli valtionohjauksen paradoksi: palvelujen järjestäminen oli kuntien vastuulla, mutta valtio valvoi palvelujen kehittämistä tiukalla normi- ja rahoitusohjauksella (Rimpelä 2023, 169–203). Poliittista ohjausta vahvistivat myös vuodesta 2004 alkaen hyväksytyt peruspalveluohjelmat, joissa kuntapalvelujen rahoitusta tarkasteltiin valtionalouden ja kuntatalouden näkökulmista (Niiranen ym. 2013, 47)

Vuonna 2006 käynnistyneessä PARAS-hankkeessa tavoiteltiin vahvoja peruskuntia edistämällä kuntien yhdistymistä. Samanaikaisesti keskusteltiin maakunnallisista terveystalveireistä sekä ”Risikon mallista”, jossa vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja valtaosaa erityispalveluja järjestäisi 40–60 kuntien muodostamaa sosiaali- ja terveystalvuetta.¹ Tulokset jäivät vaatimattomiksi.

Vuonna 2011 aloittanut hallitus lopetti PARAS-hankkeen. Uudeksi tavoitteeksi tuli kuntien lukumäärän merkittävä vähentäminen ja sen rinnalle kuntien yhdessä muodostamat riittävän suuret sosiaali- ja terveydenhuoltoalueet. Vuonna 2013 THL julkaisi aloitteen, jossa vastuu peruspalveluista ehdotettiin siirrettäväksi 12–15 järjestäjälle. Julkisesti rahoitetuiksi tuottajiksi hyväksyttäisiin myös yksityisiä palvelutuottajia. Valinnanvapaus toimisi kehityksen käyttövoimana. Raha seuraisi potilasta. (Erhola ym. 2013). Hallitus asetti koordinaatioryhmän valmistelemaan linjaukset sosiaali- ja terveydenhuollon perusratkaisuiksi valtionalouden vuosien 2014–2017 kehysten pohjalta. Eduskuntapuolueet pääsivät sopimukseen uudistuksen linjauksista maaliskuus-

1 Peruspalveluministeri Paula Risikko esitti tämän mallin vuonna 2009.

sa 2014. Hallituksen esityksen (taulukko 1) käsittely keskeytyi eduskunnassa perustuslakivaliokunnan toteamiin ongelmiin

Vuonna 2017 eduskunnalle annettu esitys (taulukko 1) pysähtyi valiokuntavaiheeseen: ”Sote-uudistuksen pitkä kuolinkamppailu – näin viimeiset päivät etenivät. Sote kaatui ja hallitus siinä mukana.” (Yle 8.3.2019) Soteuudistus ei kuitenkaan kuollut. Kolmas hallituksen esitys annettiin eduskunnalle vuoden 2020 päättyessä (taulukko 1). Vuoden 2023 alussa astuivat voimaan lait hyvinvointialueiden perustamisesta, hallinnosta ja rahoituksesta.

Strategista aaltoilu

Edellä kuvatut hallinnon uudistamisaallot eivät muodosta yhteiseen strategiseen päämäärään pyrkivää kokonaisuutta (taulukko 2). Ensimmäisessä voidaan puhua tilaaja–tuottaja-asetelmasta: valtionalhallinto tilasi ja kunnat tuottivat. Palvelujen voimavaroja, järjestämistä, seurantaa, arviointia, valvontaa ja kehittämistä tarkasteltiin kokonaisuutena. Kotimaisissa ja kansainvälisissä arvioinneissa katsottiin, että hallinnon uudistamisessa saavutettiin sille asetettuja tavoitteita.

Myönteisten arviointien rinnalla huoli terveyskeskuksista voimistui (Rimpelä 2004; Leppo 2010). Se mikä toimi hyvin palvelujen laajentamisessa ei toiminut yhtä hyvin niiden uudistamisessa. Paine julkisen hallinnon yleiseen uudistamiseen kasvoi. Kansantalouden syvän laman oloissa purettiin hallintojärjestelmää, jota oli kahden vuosikymmenen aikana rakennettu. Samalla purettiin myös vanhempaa asiantuntijajohtoista viranomaishallintoa. Terveydenhuolto kaventui sairaanhoidoksi. Vuosituhannen vaihteessa jouduttiin toteamaan, että hajanainen kuntarakenne ei kyennyt vastaamaan uusiin haasteisiin (Rimpelä 2004).

Kolmannen reformiaallon alkaessa tehtävänä oli ensin kuntarakenteen uudistaminen ja sitten palvelujen järjestämisvastuun keskittäminen joko vahvoille peruskunnille tai kuntien yhdessä muodostamille hallintoyksiköille. Vuosina 2013–2015 siirryttiin uuteen vaiheeseen, jonka iskusanoituukseksi tuli ”sote irti kunnista”. Kahden hallituksen esitykset kaatuivat puoluepoliittisiin erimielisyyksiin ja perustuslaillisiin ongelmiin (Hiilamo 2015; 2021; Puska 2020). Kolmas hallituksen esitys jatkoi uudelleen muotoiltuna ja hieman karsittuna kahden ensimmäisen yleistä strategista suun-

Taulukko 1. Pääkohdat ja tavoitteet hallituksen esityksissä soteuudistukseksi vuosina 2014, 2017 ja 2020

Hallituksen esitys	Uudistuksen pääkohdat ja tavoitteet
HE 324/ 2014	<p>Uudistus: Maahan muodostetaan viisi sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymää vastamaan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä. Tuottamisesta vastaavat sosiaali- ja terveysalueen järjestämisspäättöksessä määritellyt kuntayhtymät. Sosiaali- ja terveysalueet saavat rahoituksen kunnilta ja osoittavat sen tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille, jotka voivat täydentää omaa palvelutuotantonsa yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Valtioneuvosto antaa eduskunnalle joka neljäs vuosi selonteon sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän aikavälin strategisista tavoitteista. STM ohjaa toimintaa. Valtionohjauksella varmistetaan, että uudistukselle asetetut tavoitteet kestävyysvajeen supistamisesta saavutetaan</p> <p>Tavoitteet: Yhteiseen hallintoon integroidut palvelut järjestään ja tuotetaan asiakaslähtöisesti parantamalla väestön yhdenvertaista pääsyä oikea-aikaisiin ja tarpeenmukaisiin palveluihin, vahvistamalla palvelu- ja hoitopolkujen toimivuutta, vähentämällä tarpeentonta päällekkäisyyttä, mahdollistamalla uusien toimintatapojen ja käyttöönottoa sekä purkamalla hallinnonalojen välisiä raja-aitoja. Kuntalaisten oikeus lähipalveluihin turvataan.</p>
HE 15/2017	<p>Uudistus: Suomeen muodostetaan 18 maakuntaa, joita johtaa vaaleilla valittava maakuntavaltuusto. Keskeisiä tehtäviä ovat sosiaali- ja terveydenhuolto ja pelastustoimi. Maakunnan omille sekä yksityisille ja kolmannen sektorin palvelun tuottajille järjestetään tasapuoliset edellytykset. Asiakkaan valinnanvapaudesta valmistellaan erityislaki. Rahoitusvastuu siirtyy valtiolle. Valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi strategiset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollolle sekä päättää maakuntia sitovasti palvelurakenteen kehittämisen edellyttämistä toimenpiteistä sekä laajakantoisten investointien ja tietojärjestelmäpalvelujen toteuttamisesta. Valtioneuvosto voi käynnistää maakunnan talouteen liittyvän arviointimenettelyn. Yhteistyön ja tarkoituksenmukaisen palvelurakenteen varmistamiseksi muodostetaan viisi yhteistyöaluetta.</p> <p>Tavoitteet: Vuoteen 2030 mennessä sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset ovat vuositasolla 3 miljardia euroa alemmat kuin ne olisivat ilman uudistusta. Toteutetaan asiakaskeskeinen palveluintegraatio, luodaan edellytyksiä vaikuttavimpien toimintatapojen käyttöönottoon, kavennetaan terveys- ja hyvinvointieroja sekä parannetaan palvelujen yhdenvertaista saatavuutta.</p>
HE 241/ 2020 vp	<p>Uudistus: Uudeksi hallintotasoksi muodostetaan 21 hyvinvointialuetta, joille siirretään kuntien vastuulla olevat sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen tehtävät. Päätävä toimielin on vaaleilla valittava aluevaltuusto. Mahdollistetaan monituottajaratkaisut. Valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi strategiset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollolle sekä valtuuttaa valtiovarainministeriön esityksestä hyvinvointialueet ottamaan pitkäaikaista lainaa investointisuunnitelman mukaisten investointien rahoittamiseksi. Yhteistyön ja tarkoituksenmukaisen palvelurakenteen varmistamiseksi muodostetaan viisi yhteistyöaluetta, jotka laavat hyvinvointialueiden kanssa nelivuositteisen yhteistyösopimuksen. Valtio vastaa rahoituksesta, jonka taso sovitetaan julkisen talouden pidemmän aikavälin kestävyteen. Uudistuksen tullessa voimaan siirrytään suoraan täysimääräiseen laskennalliseen rahoitukseen. Hintakehitys huomioiden kokonaiskustannusten kasvuksi oletetaan noin 2,4 prosenttia vuodessa.</p> <p>Tavoitteet: Kavennetaan hyvinvointi- ja terveyseroja, turvataan yhdenvertaiset ja laadukkaat palvelut kaikille Suomessa asuville, parannetaan palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta, turvataan ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastataan yhteiskunnallisten muutosten tuomiin haasteisiin, kuten väestön ikääntymiseen ja huoltosuhteen heikkenemiseen ja hillitään osaltaan julkisen talouden kustannusten kasvua. Toiminnan painopiste siirtyy perustason palveluihin ja ehkäisevään työhön. Asiakastason palveluintegraatio paranee. Tietoon perustuva ohjaus vahvistuu.</p>

taa (taulukko 1). Toimeenpanon alkaessa yllättävät kansainväliset tekijät muuttivat toimintaympäristön toiseksi siitä, mitä se oli ollut hallituksen valmisteltaessa ja hyväksyttäessä.

Kahden ensimmäisen aallon strateginen pääsuunta oli selvä, mutta vastakkainen: ensin keskitettiin, sitten hajautettiin. Kolmannessa on keskitetty ja hajautettu. Kunnat olivat Suomen itsenäistymisestä alkaen vastanneet julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta ja paljolti rahoittamisestakin. Tammikuussa 2023 ne jäivät sivustakatsojiksi. Kuntarakenteen suurin ongelma ei kuitenkaan jäänyt historiaan. Se siirtyi uuteen hallintoon: suuret erot hyvinvointialueiden välillä väestössä, elinvoimassa ja tulevaisuuden näkymissä. Yhtenä vaihtoehtona oli viisi suuraluetta, joista keskusteltiin jo 1960-luvulla (Väänänen 1969). Poliittisessa harkinnassa päädyttiin kuitenkin pääosin maakuntajakoon tietoisena siitä, että useilla hyvinvointialueilla elinvoima ja väestömäärä olivat kriittisen pieniä.

Hajauttamisessa erityisen merkitykselliseksi näyttää muodostuvan 1990-luvun alussa päätet-

ty voimavarojen, valvonnan, ammattihenkilöstön koulutuksen sekä seurannan, arvioinnin ja kehittämisen erottaminen toisistaan (Rimpelä 2023, 189). Sote-uudistuksessa tämä jako syveni, kun vastuu kokonaisrahoituksesta säädettiin valtiolle ja sen sisällä valtioneuvostolle ja valtionvarainministeriölle ilman vastuuta muista palvelujen järjestelmällisen kehittämisen kriittisistä ehdoista.

Haasteena talouden tasapainottaminen

Soteuudistusta hyväksyttäessä asetettiin kustannuskasvun hidastamiselle selkeät tavoitteet ja aikataulu (HE 241/2020 vp). Kun hyvinvointialueiden talousarvioita valmisteltiin syksyllä 2022 huomattiin, että menot nousevat valtion budjettoimaa suuremmiksi. Esimerkiksi Pirkanmaan hyvinvointialueella arvioitiin alijäämän kattamisen vaativan 2–3 prosentin säästöjä. Vuoden 2022 päättyessä hyvinvointialueiden talousarviot vuodelle 2023 olivat noin 900 miljoonaa euroa alijäämäisiä.

Taulukko 2. Yhteistä ja erilaista sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon uudistamisessa vuosina 1972–1985 ja 1990–2010 sekä vuodesta 2023 alkaen

Yhteistä	Erialaista
<p>Vuosia jatkuneesta moniäänisestä yhteiskunnallisesta keskustelusta edettiin nopeasti hallituksen esitykseen, kun poliittisessa tilanteesta siihen avautui 'mahdollisuuksien ikkuna'.</p> <p>Perusteluaineistoihin kirjattiin yleisiä tavoitteita. Hallitusten esityksissä ei yksityiskohtaisemmin ennakoitu vaikutuksia sosiaali- ja terveyspalveluihin. Siirryttäessä toimeenpanoon valmisteluaineistosta ei löytynyt perusteltua näkymää sosiaali- ja terveyspalvelujen tulevaan kehitykseen.</p> <p>Suorat vaikutukset keskittyivät peruspalveluihin. Vaikutukset ongelmiin erikoistuneisiin palveluihin jäivät huomattavasti vähäisemmiksi.</p> <p>Yhteisenä ongelmana on ollut perussairaanhoidon kriisiytyminen, johon ratkaisuksi tarjottiin 1) lääkärit ammattiharjoittajina ja/tai yrittäjinä tai 2) lääkärit perusterveydenhuollon laajemman organisaation työntekijöinä.</p> <p>Valmistelun ja toimeenpanon aineistoissa ei viitattu aikaisempien reformien arviointeihin. Kansainvälistä tutkimusta ei hyödynnetty.</p>	<p>Ensimmäisen hallinnonuudistus keskittyi terveyspalveluihin. Soteuudistuksessa sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio on ollut keskeisenä tavoitteena.</p> <p>Kahdessa ensimmäisessä pidettiin tärkeänä palvelujen järjestämistä paikallisesti tietylle väestölle. Soteuudistuksessa ei viitattu väestövastuuseen. Strategiaksi tuli 'sote irti kunnista'.</p> <p>Ensimmäistä vauhditti työikäisen väestön kuolleisuuden lisääntyminen. Terveydenhoito oli terveyspalvelujen toisena päätehtävänä sairaanhoidon rinnalla. Soteuudistus on keskittynyt sairaanhoitoon ja sosiaalipalveluihin.</p> <p>Ensimmäisen toimeenpanossa edettiin vaiheittain maaseudulta alkaen. Kaksi viimeisintä tulivat voimaan samanaikaisesti koko maassa.</p> <p>Ensimmäistä reformia toimeenpantaessa kansantalouden kasvu mahdollisti lisäinvestoinnit. Kahden muun toimeenpanoa on hallinnut julkisen talouden velkaantuminen.</p> <p>Ensimmäisen uudistuksen toimeenpanoa ohjasi sosiaali- ja terveydenhuoltoon erikoistunut valtioneuvostonhallinto. Soteuudistuksen toimeenpanoa ovat ohjanneet valtionvarainministeriö ja valtioneuvosto.</p>

Toukokuun 2023 hallitusneuvotteluista uutisoitiin, että sote-uudistuksen rahapula tuli neuvottelijoille yllätyksenä. Valtiovarainministeriön mukaan se ei voinut olla yllätyks, kun tieto oli ollut tarjolla jo kuukausia. Hyvinvointialueiden talouden alijäämäksi ennakoitiin edelleen noin 900 miljoonaa euroa. Kesän 2023 päättyessä arviot alijäämästä kasvoivat 1,2 miljardiin euroon, 4,2 prosenttiin toimintakuluista. Hyvinvointialueiden johtajien mukaan alijäämää tuottivat siirtymävaiheen toteutus ja rahoituksen tason tarkistusmenettely, joiden seurauksena valtionrahoitus vuoden 2023 ei vastannut kunnilta siirtyneiden palvelujen todellisia tuotantokustannuksia (HYVIL 2023).

Asiantuntijalausunnossa eduskunnan sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnalle lokakuussa 2023 huomautettiin, että kunnille ennakoitiin vuodelle 2023 noin 2,4 miljardin euron ylijäämää, mutta hyvinvointialueille 1,2–1,4 miljardin euron alijäämää. Alijäämän kasvuun oli myötävaikuttanut rahoituksen mitoittamisen perusteena käytetty hyvinvointialueindeksi, jossa kustannusten kasvuksi vuodelle 2023 oli arvioitu 3,5 prosenttia, vaikka toteutunut kasvu oli noin 7 prosenttia. Lausunnossa ennakoitiin, että sama toistuu vuoden 2024 rahoituksessa. (Aronkytö 2023.)

Sitouttajina arviointimenettely ja lainanottovaltuudet

Soteuudistusta valmisteltaessa epäiltiin, että valtion piikin ollessa avoinna hyvinvointialueet eivät sitoudu talouden tasapainottamiseen. Sitoutumista varmistamaan säädettiin arviointimenettelystä: alijäämän toistuessa arvioidaan hyvinvointialueen edellytykset vastuullaan olevien tehtävien hoitamiseen ja tehdään ehdotukset talouden tervehdyttämiseksi sekä palvelujen järjestämisen edellytysten turvaamiseksi tarvittavista toimista (HE 241/2020 vp).

Kun hyvinvointialueiden talouden tila suhteessa valtion asettamiin tavoitteisiin tuli näkyviin, ongelmaksi ei tullutkaan sitoutuminen. Pikemminkin päinvastoin. Arviointimenettelyn uhka sitoutti talouden tasapainottamiselle annettuihin tavoitteisiin ja aikatauluun: ”Pohde [Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue] pystyi koviin ratkaisuihin. Valtuuston kokous mittasi luottamushenkilöiden kykyä pitää vaikeat päätökset omissa käsissään. Toinen vaihtoehto on, että keskushallinto Helsingissä alkaa tehdä päätöksiä pohjoispohjalaisten

puolesta.” (Kalevan pääkirjoitus 21.11.2023)

Kalevan pääkirjoituksessa todettiin myös toinen sitouttaja: ”Isoja säästöjä tarvittiin akuutisti, jotta hyvinvointialueita rahoittava valtio myöntäisi ensi vuodelle lainanottovaltuuden. Jos sitä ei tule, vaarassa on Oulun uuden yliopistosairaalan töiden jatko.” Kun Pirkanmaalle myönnettiin 900 miljoonan euron lainanottovaltuudet yliopistosairaalan uudistamiseen, päätökseen liittyi ehtoja talouden tasapainotusohjelmasta (Valtionvarainministeriön tiedote 2.11.2023)

Jos hyvinvointialue ei sitoutunut vaadittuun talouden tasapainottamiseen, se ei voinut toteuttaa lainoitusta vaativaa investointiohjelmaansa. Riittävät laskennalliset säästöt annettussa aikataulussa olivat mahdollisia vain leikkaamalla palveluja. Leikkauksia on valmisteltu laajuudella, syvyydellä ja nopeudella, joiden rinnalla 1990-luvun lammaleikkaukset olivat pintaraapaisuja. Erityisesti on huomattava, että edellä viitatuissa tapauksissa hyvinvointialueet joutuivat leikkaamaan kiireellisesti muita palvelujaan voidakseen jatkaa investointejaan yliopistosairaalan uudistamiseen. Korvaajiksi esitetyt yhteisöllinen asuminen, etäpalvelut ja liikkuvat palvelut ovat mahdollisuuksia, mutta tutkimukseen perustuvaa näyttöä esitetystä mittakaavassa ei ole.

Poliittinen valinta

Terveystieteiden tutkimuspäivillä joulukuussa 2023 kerrottiin, että STM:ssä ollaan vasta valmistelemaan hyvinvointialueiden ohjaamista ja että ohjaus tulee perustumaan valtioneuvoston linjauksiin. Toimeenpanon valtioneuvostosta on vastannut valtionvarainministeriö ja päätöksistä valtioneuvosto. Tässä on huomattava ero aikaisempiin hallinnon uudistuksiin, joissa toimeenpanon ohjauksesta vastasi STM:n hallinnonala

Verrattaessa soteuudistusta 1990-luvun laman oloissa toimeenpantuun hallinnon uudistukseen erona on Suomen sisäinen julkisen talouden liikumavara. Kansainvälinen talouslama ei jättänyt 1990-luvun Suomelle harkinnan mahdollisuutta julkisen talouden tasapainottamisessa. Tänäkin julkisen talouden velkaantuminen on saatava hallintaan, mutta aikataulut on ollut Suomen sisäinen poliittinen valinta.

Poliittiset valinnat ovat tulleet näkyviin myös kahdessa muussa suunnassa. Kuntatalouden ylijäämäksi vuonna 2023 ennakoitaan 2,4 miljard-

dia euroa, hyvinvointialueiden alijäämäksi 1,2–1,4 miljardia euroa. Osa kuntatalouden ylijäämästä olisi voitu käyttää hyvinvointialueiden alijäämän kattamiseen. Hyvinvointialueet ovat vähentämässä merkittävästi sairaanhoidon henkilökoh- taisia vastaanottoja, mutta yksityisen sairaanhoidon Kela-korvauksiin lisätään 500 miljoona euroa vuosina 2024–2027.

Kahden ensimmäisen uudistamisaallon kriittinen analyysi yhdistettynä kansainvälisen kirjalli- suuden hyödyntämiseen olisivat tuottaneet arvo- kasta oppia kolmannen valmisteluun ja toimeen- panoon. Kun rahoituksen suhde kustannuksiin tuli näkyviin, olisi voitu valmistella ja hyväksyä tarvittavat lakiesitykset hidastamaan – tavoitteista tinkimättä – tasapainottamisen aikataulua esimer- kiksi vuodella. Hyvinvointialueet olisivat saneet kohtuullisesti aikaa uuden hallinnon vakiinnut- tamiseen ja palvelujen uudistamiseen ilman pak- kotahtista talouden sopeuttamista. Poikkeuksellisten ulkoisten voimien muuttama julkisen talou- den kehitys olisi riittänyt perusteluksi. Tätä mah- dollisuutta ei ole käytetty.

Pohdinta

Julkisen hallinnon reformeista on runsaasti kansainvälistä ja kotimaista tutkimusta (Pollitt & Bouckaert 2017; Christensen & Lægreid 2022; Jäntti ym. 2022). Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon uudistamista voidaan tarkastella jatku- vana reformivirtana, joka on tarjonnut rikkaan ai- neiston analyysiin. Yhdessä niitä ei kuitenkaan ole aikaisemmin tarkasteltu. Toisen aallon arvioin- teja on esitelty äskettäin (Rimpelä 2023, 170–203), kolmannelta on valmistunut yksittäinen ar- viointitutkimus (Hiilamo 2021). Nyt toimeenpa- nossa oleva uudistus tulisi ymmärtää yhtenä vai- heena tulevaisuudessa väistämättä jatkuvassa hal- linnon uudistusten virrassa, jota voisi ohjata lähi- historiasta oppiminen. Oppimisen sijasta hallin- toreformeille kuitenkin on tunnusomaista institu- tionaalinen unohtaminen (Grint ym. 1996; Stark & Head 2019).

Poliittinen ohjaus on aina ollut mukana hallin- toreformeissa, vaihtuvassa vuorovaikutuksessa pe- rustehtävien asiantuntijuuden kanssa. Yhtenä esi- merkkinä asiantuntijuuden ja poliittisen ohjauksen vuorovaikutuksesta on THL:n vuonna 2013 julkaisema aloite, joka antoi vahvaa tukea ”so- ten irrottamiseen kunnista” (Erhola ym. 2013).

Väestövastuu oli ollut sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen perustana 1800-luvulta alkaen. Sii- hen ei aloitteessa viitattu. Perusterveydenhuol- lon tehtävät kavennettiin sairaanhoidoksi. THL:n aloitetta siteerattiin paljon kevään 2015 eduskun- tavaalikkampanjoissa (Puska 2020).

Ensimmäisen – pääosin onnistuneeksi todetun – reformiaallon valmistelun viime vaiheessa poliit- tinen ohjaus oli näkyvää (Kekki 2012, 68), mut- ta toimeenpanon valtionohjauksesta vastasi sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonala. Toisen aallon yhtenä tavoitteena oli poliittisen ohjauksen vah- vistaminen virkamiesvaltaa murtamalla: ”Lähtö- kohtana todelliselle hallinnon uudistamiselle on, että tavoitteet asetetaan hallinnon ulkopuolelta politiikasta. Vain se voi murtaa jatkuvasti voimistuneen keskusvallan – virkamiesvallan.” (Tiiho- nen 1987). Asiantuntijaohjoinen kokonaishallin- ta – virkamiesvalta – purettiin. Julkisten resurssien kontrollivalta keskitettiin ministeriöiden ja kunti- en poliittiselle johdolle (Yliaska 2010).

Kolmannessa reformissa vahvistui ensin tervey- denhuollon kehittämisen (valtionohjauksen para- doksi) ja sitten talouden (peruspalveluohjelmat) poliittinen ohjaus ja kolmantena tuli valtionhal- linnon asiantuntijuuden politisoituminen, esi- merkkinä ”Jonottamatta hoitoon” -aloite. Vuosi- na 2019–2020 valmistelun kriittisenä kysymyksenä oli – kahden edellisen esityksen kaaduttua eduskunnassa – hallituksen esityksen muokkaami- nen sellaiseksi, että se tulisi eduskunnassa hyväk- sytyksi. Esitys syntyi hallituspuolueiden intressien yhdistämisen tuloksena.

Tuoreen arviointitutkimuksen mukaan sote- uudistusta valmistelemissa työryhmäraporteissa ja lakiesityksissä viitattiin harvoin vertaisarvioitui- hin tutkimuksiin. Soteasiantuntijoiden lausun- not eduskunnan valiokunnissa eivät olleet julki- sia käsittelyn aikana eivätkä siten alttiita tieteelli- selle kritiikille. Poliitiikan, virkamiestyön ja tutki- mustoiminnan instituutiot ja logiikat eivät koh- danneet tai ne sotkeutuivat toisiinsa. Asiantun- tijat olivat politiikkavetoisia ja virkamiehet esiin- tyivät asiantuntijoina. Yliopistoinstituution tutki- mustoiminta ja asiantuntijuus hajaantuivat useille tahoille. (Hiilamo 2021)

Hallinnon uudistamisessa toimeenpano ratkai- see, missä määrin ja missä suunnassa tavoitteita saavutetaan (Pollitt & Bouckaert 2017). Soteuu- distuksen perustelujen mukaan ”valtion rahoituk- sen tarkoituksena on varmistaa, että kaikilla hy- vinvointialueilla on olosuhteista ja hyvinvointi-

alueen asukkaiden palvelutarpeiden eroista huolimatta edellytykset toteuttaa lakisääteiset tehtävänsä. Uudistukseen todennäköisesti sisältyvien merkittävien muutuskustannusten sekä hyvinvointialueiden rahoituksen määräytymistä vuosina 2023–2029 koskevien poikkeussäännösten takia säästöjen syntyminen nopeasti on epätodennäköistä. Uudistuksen vaikutus riippuu olennaisesti siitä, miten kustannusten kasvua hillitsevät toiminnalliset mekanismit saadaan vietyä käytäntöön ja niistä syntyvät säästö- ja tehostamispotentiaalit hyödynnettyä.” (HE 241/2020) Ilmeisten muutuskustannusten rinnalle tulevat väistämättä myös piilevät kustannukset, joista esimerkkinä on ammattihenkilöiden siirtyminen uusiin tehtäviin tietämättä, millaisia ne tulevat olemaan. Tuottavuus vähenee, kun he etsivät uusia mahdollisuuksia.

Hyvinvointialueet onnistuivat vuoden 2023 alussa odotettua paremmin: palkat maksettiin ja palvelut järjestyivät pääosin saman tasoisina kuin vanhassa hallinnossa. Onnistuminen muuttui kuitenkin kriisiksi, kun valtiovarainministeriön ja valtioneuvoston johdolla valtionohjaus keskittyi talouden kiireiseen tasapainottamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon erikoistunut valtionhallinto jäi sivuosaan.

Lakisäätäinen arviointimenettely on sitouttanut talouden tasapainottamiseen uhkana, jonka realisoituminen olisi tullut ajankohtaiseksi vasta tulevina vuosina. Arviointimenettelyä huomattavasti vahvemmaksi vipuvarreksi ovat nousseet lainanottovaltuudet. Hallituksen esityksen eduskuntakäsittelyssä huomautettiin, että investointien rahoitus ei voi perustua ensisijaisesti hyvinvointialueiden lainanottokykyyn vaan palvelutarpeeseen, talouden ohjaus ei saa irtaantua erilliseksi toiminnallisten ratkaisujen arvioinnista ja toiminnan turvaamisesta (StVM 16/2021 vp.). Tämä huomau-

tus on kuitenkin unohtunut. Lainanottokyvyn taloudellisen arvioinnin varjoon ovat jääneet kaikki muut soteuudistuksen perusteet, tavoitteet ja tiedot (ks. Valtioneuvosto 2022).

Lainanottovaltuuksilla valtiovarainministeriö ja valtioneuvosto ovat pakottaneet hyvinvointialueet tasapainottamaan talouttaan kiireisesti ja menettelyillä, jollaisia ei ole koskaan aikaisemmin nähty Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon historiasa. Hyvinvointialueilla on jouduttu unohtamaan vaikuttavuusperusteisuus, kuten tutkimukseen perustuva näyttö, ennakoivat vaikuttavuusarvioinnit ja riskianalyysit, puhumattakaan sosiaalisten vaikutusten arvioinneista. Odotetut myönteiset vaikutukset – ja myös bumerangivaikutukset – tulevat näkyviin vasta ajan myötä.

Eduskuntakäsittelyssä pidettiin tärkeänä hyvinvointialueiden tietopohjaista valtionohjausta (StVM 16/2021 vp.). Lakia hyvinvointialueiden rahoituksesta on korjattu useita kertoja. Syksyllä 2023 eduskannalle annetussa hallituksen esityksessä (HE 43/2023 vp) sana ”virhe” toistui yli 100 kertaa. Esimerkiksi rahoitukseen mitoittamiseen keskeisesti vaikuttava hyvinvointialueindeksi on kattanut vain 17 prosenttia kustannusten todellisesta kasvusta (HYVIL 2023).

Hallinnon tutkimuksessa on huomautettu, että perustehtävän tulisi määrittää se, millä tiedolla julkista hallintoa johdetaan (Laihonen ym. 2023). Voidaan perustellusti kysyä, onko soteuudistuksen toimeenpanossa harkitusti sivuutettu perustehtävästä johdettu tutkimukseen perustuva tieto (Jalonen 2023). Vuoden 2024 alkaessa Suomen sosiaali- ja terveystalouden tulevaisuuden näkymät ovat sumuisia. Välittömänä syynä ei kuitenkaan ole hallintoreformi sinänsä, vaan sen toimeenpanolle virheellisiin tietoihin perustuvassa poliittisessa ohjauksessa asetut ehdot.

KIRJALLISUUS

- Aronkytö, Timo (2023) Asiantuntijalausunto eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle 24.10.2023. Hallituksen esitys valtion talousarvioksi ja valtioneuvoston selonteko julkisen talouden suunnitelmasta.
- Christensen, Tom & Lægreid, Per (2022) Taking stock: New Public Management (NPM) and post-NPM reforms—Trends and challenges. Teoksessa Handbook on the Politics of Public Administration.

- Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Erhola, Marina & Jonsson, Pia Maria & Pekurinen, Markku & Teperi, Juha (2013) Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Grint, Keith & Case, Peter & Willcocks, Leslie (1996) Business process reengineering reappraised: the politics and technology of forgetting. In Information

- Technology and Changes in Organizational Work: Proceedings of the IFIP WG8. Springer US.
- Hiilamo, Heikki (2015) Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö. Mistä soteuudistuksessa on kysymys? Helsinki: Into.
- Hiilamo, Heikki (2021) Tutkimukseen perustuvan asiantuntijatiedon käyttö päätöksenteossa: esimerkkinä sote-uudistus. *Hallinnon tutkimus* 40 (2), 111–128.
- HYVIL (2023) Hyvinvointialuejohtajien H23-verkoston kannanotto hyvinvointialueiden rahoituksesta. Hyvil – Hyvinvointialuejohtajien H23-verkoston kannanotto hyvinvointialueiden rahoituksesta
- Jalonen, Harri (2023) Ignorance in organisations – a systematic literature review. *Management Review Quarterly*. <https://doi.org/10.1007/s11301-023-00321-z>
- Jäntti, Anni & Kork Anna-Aurora & Kaisa Kurkela, ym. (2002) Hallinnon tutkimuksen tulevaisuus. Tampere: Vastapaino.
- Kekki, Pertti (2012) Neljäkymmentä vuotta terveyskeskusta: muistelmaa ja faktaa. Helsinki: WSOY.
- Kransdorff, Arnold (1998) *Corporate Amnesia*. Butterworth Heinemann. Oxford.
- Kuusi, Pekka (1961) 1960-luvun sosiaalipolitiikka. Porvoo: WSOY.
- Laihonon, Harri & Kork, Anna-Aurora & Sinervo, Lotta-Maria & Kokko, Petra (2022) Julkisen hallinnon tiedonmuodostus. Teoksessa Jäntti, Anni & Kork Anna-Aurora & Kaisa Kurkela, ym. Hallinnon tutkimuksen tulevaisuus. Tampere: Vastapaino.
- Leppo, Kimmo (2010) Kansan terveys on tahdon asia. *Terveyspolitiikka ja palvelut 2010-luvulle*. Kalevi Sorsa säätiön julkaisuja 3. Helsinki.
- Niiranen, Vuokko & Puustinen, Alisa & Zitting, Joakim & Kinnunen Juha (2013) Sosiaali- ja terveyspalvelut kunta- ja palvelurakennemuutoksissa. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 25, ACTA 245. Itä-Suomen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Pollitt, Christopher & Bouckaert, Geert (2017) *Public Management Reform*. 4th Edition. Oxford University Press.
- Puro, Kari (1969) Terveyskeskus paikallisen terveydenhuollon perusyksikkönä. Teoksessa Hasan, Jeddi (toim.) *Terveydenhuolto: Ongelmia, näkymiä, tavoitteita*. Luentosarja. Jyväskylän yliopiston liikuntatieteiden ja kansanterveyden laitos. Jyväskylä.
- Puska, Pekka (2020) Sote ja sen pitkä kaari. Helsinki: Into.
- Rimpelä, Matti (2004) Vaarantaako kansallinen terveyshanke kansanterveystyön? Teoksessa Rimpelä, Matti & Ollila, Eeva (toim.) *Näkökulmia 2000-luvun terveyspolitiikkaan*. Aiheita 8/2004. Helsinki: Stakes.
- Rimpelä, Matti (2023) Keskustelua lapsiperheiden sosiaalipalveluista valtionhallinnossa 1970–2009. Mistä puhuttiin, mikä muuttui, mikä pysyi ennallaan? Books on Demand.
- Stark, Alistair & Head, Brian (2019) Institutional amnesia and public policy. *Journal of European Public Policy* 26 (10), 1521–1539.
- Tiihonen, Paula (1987) Hajauttaminen hallitusmuodossa. *Hallinnon tutkimus* 6 (1), 34–42.
- Valtioneuvosto (2022) Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2023–2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:18. Helsinki.
- Valtioneuvosto (2023) Hyvinvointialueiden uudistamista on jatkettava kunnianhimoisesti alueilla ja valtakunnallisesti. Kansliapäällikköjen kirje hyvinvointialueille 22.11.2023. VN/32436/2023,
- Väänänen, Ilkka (1969) Kokonaisvaltaisen terveydenhuollon toteuttaminen. *Julkaisussa Kehittyvä terveydenhuolto*. Suomen Lääkärilehti 24 (A 1), 24–32.
- Wessberg, Nina & Hyytinen, Kirsi & Nieminen, Mika & Grönroos, Eveliina (2022) Kestävän kehityksen strategian tuki ja vaikuttavuuden systeminen kokonaistarkastelu. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 44. Helsinki.
- Yliaska, Ville (2010) Hajautuiko valtion valta? *Yhteiskuntapolitiikka* 75 (4), 361–376.

KIRJOITTAJA

Rimpelä, Matti, LKT, MScI, emeritusprofessori