



15.2.2021

Asia: HE 241/2020 vp Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi

Lausunto

Kiitän eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokuntaa mahdollisuudesta lausua otsikossa mainitusta sääntelykokonaisuudesta, jota kutsun seuraavassa sote-uudistukseksi.

Vuodesta 2005 alkaen Suomen hallitukset ovat yrittäneet uudistaa sosiaali- ja terveyspalveluiden hallintoa (Valli-Lintu 2017, 2019). Kaikissa yrityksissä on ollut sama perusajatus: sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämis- ja rahoitusvastuun siirtäminen nykyistä isommille alueille. Toistaiseksi kaikki yritykset ovat kerta toisensa jälkeen päättäneet epäonnistumiseen (Erhola ym. 2019; Hiilamo 2020). Valtava määrä valmistelutyötä on mennyt hukkaan (esim. Manssila ja Mattson 2019). Tämä yllättävää siksi, että asiantuntijat ja valtaosa kentän toimijoistakin on koko ajan kannattanut perusajatusta nykyistä suuremmista ja vahvemmista järjestäjätahoista (esim. STM 2011; 2012a; STM 2012b; 2013; 2015a; 2015b).



Sote-uudistuksen takeltelu on yllättävää myös siksi, että monet alueet ovat jo siirtäneet sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen integroiduille kuntayhtymille. Hyvien kokemusten myötä malli on saanut yhä laajempaa suosiota. Erityistä hyötyä järjestämistehtävän integraatio on osoittanut Covid19- pandemian hoidossa. Rahoituksen ja hallintomallin uudistaminen eivät ole kuitenkaan mahdollista ilman valtakunnallista lainsäädäntöä. Selkeän edustuksellisuuden ja päätöksentekojärjestelmän (vaaleilla valitut edustajat ja heidän muodostamansa päätöksentekaelimet) puutteet ovat hankaloittaneet integroitujen kuntayhtymien toimintaa.

Sote-uudistus tarkoittaa sosiaali- ja terveystalouden hallinnon ja rahoituksen uudistamista. Kyseessä ei ole palveluiden sisällön uudistus. Uudistuksen jälkeenkin sote-järjestäjän on tarjottava asukkailleen ”tarpeen mukaisia palveluita”, mutta oikeutta saada palveluita ei ole täsmennetty lainsäädännössä muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta. Tärkeimmät sosiaali- ja terveystalouden sisältöä määrittävät lait ovat sosiaalihuoltolaki (1301/2014) ja terveydenhuoltolaki (1326/2010). Sote-uudistus ei pyri yhdistämään lakeja eikä uudistamaan perusteellisesti niiden sisältöä. Sen sijaan uudistuksen kohteena on ollut sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen, tuotanto ja rahoitus. Näin on täälläkin ker-
taa.

Nyt uudistuksessa ei ole toisin kuin edellisellä vaalikaudella laajentaa valinnanvapautta (esim. Brommels ym. 2016; Erhola ym. 2013). **Valinnanvapauteen palattaneen uudistuksen seuraavissa vaiheissa, mikäli järjestämisen, tuotannon ja rahoituksen uudistaminen tällä kertaa onnistuu.** Joka tapauksessa nyt ehdotetussa sääntelyssä pitäisi tukea monituottajamallia, joka auttaa säästämään kustannuksia ja parantamaan laatua.

Julkisen ja yksityisen toimijan lähtökohdat ovat täysin erilaiset. Julkisen tahon velvollisuus on turvata kaikille asukkailleen perustuslaissa mainitut sote-palvelut. Onnistumisen mitta-



reita ovat palveluiden saatavuus ja laatu. Yksityinen yritys pyrkii ennen muuta kasvattamaan sijoitetun pääoman tuottoa maksimoimalla voittoa. Edellä kuvattu ristiriita on todellinen ja on usein johtanut ongelmiin, kun julkisia palveluita on alettu tuottaa yksityisesti. Tämä ei kuitenkaan saisi johtaa helppoihin ideologisiin kantoihin, joissa yrityksiä pidetään asiayhteydestä riippumatta julkisten palveluiden tuhoajina tai pelastajina.

Digitalisaatio ja automatisaatio tarjoavat ennennäkemättömiä mahdollisuuksia erityisesti peruspalveluiden tuottamiseen. Vanhat rakenteet – kiinteistö- ja tietojärjestelmäinvestoinnit, oman nurkkakunnan edut ja vanhentuneet ajattelutavat – estävät tai ainakin hidastavat välttämätöntä uudistumista. Sipilän hallituksen sote-uudistajat uskoivat vahvasti kilpailuun, yksityisiin yrityksiin ja uuteen teknologiaan peruspalveluiden parantamisessa. Kännykstä piti tulla jokaiselle halukkaalle uusi oma sote-keskus. Marinin hallituksen tulevaisuuden sote-keskusohjelma kannustaa uudistuksiin julkisten tuottajien kesken.

Uutta teknologiaa voidaan käyttää esimerkiksi ajanvaraukseen, yhteydensaantikanaviin, etäpalveluihin ja omahoitotyökaluihin. Kunnat ja kuntayhtymät ovatkin ottaneet näitä käyttöönsä. Yksityisten toimijat ovat kuitenkin pystyneet uudistamaan toimintamallejaan tehokkaammin ja kattavammin kuin julkiset toimijat. Yksityisillä on tärkeä etu suhteessa julkisiin toimijoihin. Kyse on investoimisen logiikasta. Yrityksen kannattaa uhrata rahaa tutkimukseen ja tuotekehittelyyn, joiden avulla se voi synnyttää uuden sukupolven tuotteita ja toimintamalleja. Onnistuessaan yritys voi levittää niitä laajalle alueelle – parhaimmillaan koko maailmaan. Mitä laajempia markkinoita yritys tavoittelee, sitä suurempia investointeja se kykenee tekemään. Julkinen toimija palvelee oman alueensa asiakkaita. Se ponnistelee toki parempien palveluiden kehittämiseksi, mutta ei voi odottaa saavansa ponnisteluista hyötyä oman alueensa ulkopuolella. Siksi myös investoinnit ovat vaatimattomampia. **Monituottajamalli (sisältäen yhteisyritykset) mahdollistaa parhaimmillaan investoinnit ja innovaatiot, jotka ovat hyödyllisiä kaikille osapuolille.**



Uudistuksen varsinainen pihvi koskee yhä väestöpohjia. Sote-uudistuksen valmistelussa erityisesti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) asiantuntijat (THL 2011, 2012) ovat tuoneet esille, että Suomen kuntien asukasluku ja voimavarat poikkeavat – historiallisista syistä – runsaasti toisistaan. Tämä on sote-järjestämisen ja rahoituksen ydinongelma. Suurten ikäluokkien aiheuttama väestön ikääntyminen kärjistää kuntien vaatimusten ja voimavarojen välistä ristiriitaa erityisesti 2020-luvulla. THL:n asiantuntijaryhmät (2011, 2012) ovat korostaneet sitä, että Suomi on sote-rahoituksen ja -järjestämisen kummallisuus kansainvälisessä vertailussa: missään muualla maailmassa ei näin laajoja tehtäviä ole näin eri kokoisten kuntien harteilla (Jonsson 2017).

Riittävän väestöpohjan tasoa on tutkittu empiirisesti esimerkiksi kustannusten vaihtelun, palvelutarpeiden vaihtelun ja vertailevan tutkimuksen avulla (Pekurinen ym. 2011). Pienimpien järjestäjien on mahdotonta ennakoida terveysmenojaan. Vaikeasti sairaan tai vammaisen lapsen syntymä, muutaman ihmisen vakava sairastuminen, epidemioista puhumattakaan, voi kerralla keikauttaa järjestäjän budjetin. Sosiaalipalveluiden osalta vastaava näyttö on heikompi tai olematon (Muuri 2016). Muissa Pohjoismaissa sosiaalipalvelut ovat kuntien vastuulla, mutta Ruotsissa ja Tanskassa kuntia on selvästi vähemmän ja ne ovat suurempia kuin Suomessa (Ruotsissa 290 kuntaa, Norjassa 428 kuntaa, Tanskassa 98 kuntaa ja Islannissa 74 kuntaa).

Nyt esillä oleva sääntely perustuu edellisellä vaalikaudella esillä olleeseen maakuntamalliin. Sääntelyllä on tarkoitus perustaa 21 hyvinvointialuetta. **Mallin perusrakenne on keskeinen ja se on sellaisenaan toimeenpanokelpoinen.** Sote-järjestämien määrä jää liian suureksi: pienimmillä alueilla ei ole mahdollista tuottaa saman tasoisia palveluita ja taata yhdenvertaisuuden toteutuminen samalla tavoin kuin suurimmilla alueilla. Ehdotettu sääntely on kuitenkin selvä parannus nykytilaan, eikä sitä pidä hylätä tämän puutteen vuoksi.



Maakuntamallin lisäksi nyt esitetään pääkaupunkiseudulle erillisjärjestelyä. **Pääkaupunkiseudun erillISRatkaisulla ei ole sosiaali- ja terveystalittisia perusteita.** Sen seurauksena kolmasosa väestöstä jää vaille integroituja perustason ja erityistason palveluita. Ratkaisu on monimutkaistaa sote-järjestelmää. Se sisältää riskin kustannusten kasvamiseen ja päällekkäisille toiminnoille. Se heikentää sote-järjestelmän ohjattavuutta. Lisäksi se voi heikentää palveluiden laatua.

Kyseessä lienee eräänlainen isoisälauseke¹, jonka tarkoituksena lienee vähentää aluepoliittista vastustusta ja uudistukseen väistämättä sisältyvää alueen kaupunkien poliittisen vallan kaventumista. Poliitikot kamppailevat enemmän estääkseen tappioita kuin saavuttaakseen voittoja: potentiaaliset häviäjät pitävät yleensä kovempaa ääntä kuin potentiaaliset voittajat. Tästä syystä monet uudistukset vesittyvät eikä tavoiteltuja hyötyjä saada.

Keskeinen kysymys pääkaupunkiseudun erillISRatkaisuissa onkin se, kenelle oikeus palveluihin kuuluu – asukkaille vai heitä edustaville kunnille. Uudistuksen sosiaali- ja terveystalittisten tavoitteiden saavuttaminen edellyttäisi sitä, että asukkaiden oikeus on kuntien oikeutta vahvempi. Sote-uudistuksen aikaisemmissa käänteissä perustuslakivaliokunta on tehnyt tiukkoja linjauksia valtapoliittisten päätösten estämiseksi. Tulkinnat jättävät perustuslakiin vain hyvin kapean aukon, josta sote-uudistus voisi mennä läpi. ErillISRatkaisu sisältääkin merkittävän riskin koko uudistuksen läpimenoille.

Pääkaupunkiseudun erillISRatkaisun näkökulmasta oireellista on se, että sosiaali- ja terveystalioikunnalle 12. helmikuuta 2021 antamassaan lausunnossa myös HUS suhtautui esitettyyn malliin kriittisesti. HUS:n lausunnossa kiinnitettiin huomiota siihen, että tiedon

¹ Yhdysvaltojen sisällissodan jälkeen etelävaltiot säätivät lakeja, jotka rajoittivat mustien äänioikeutta muun muassa lukutaitotestien avulla. Kohtuullisuuden nimissä rajoitukset eivät kuitenkaan koskeneet niitä, joilla oli äänioikeus ennen sisällissotaa eikä heidän jälkeläisiään toiseen polveen asti. Tämänkaltaisia helpotuksia alettiin kutsua isoisälausekkeiksi.



kulku Uudenmaan toimijoiden välillä heikkenisi nykytilanteeseen verrattuna. Uudella-
maalla olisi jatkossa kuusi erillistä rekisterinpitäjää, joiden välille olisi tiedon integraatioon
velvoittavia elementtejä. HUSin mukaan tämä heikentäisi merkittävästi erikoissairaanhoi-
don ja peruspalveluiden yhteensovittamista ja pahimmillaan asiakas- ja potilasturvalli-
suutta.

Sote-uudistus merkitsee dramaattista muutosta sote-palveluiden rahoitukseen. Ehdotettu
malli perustuu valtion rahoitukseen. **Kannustimien ja kansanvallan näkökulmasta olisi
toivottavaa, että myöhemmin osa alueiden menoista katettaisiin maakuntaveron
kaltaisella järjestelyllä.**

Helsingissä 15. helmikuuta 2021

Heikki Hiilamo
sosiaalipolitiikan professori



Lähteet:

Brommels, Mats & Aronkytö, Timo & Kananoja, Aulikki & Lillrank, Paul & Reijula, Kari (2016). Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa : Selvityshenkilöryhmän loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

Erhola, Marina & Herrala, Jaakko & Hiilamo, Heikki (2019) Syteen vai soteen asiantuntijoiden avulla. Yhteiskuntapolitiikka. 84, 2, s. 226-231

Erhola, Marina & Jonsson, Pia Maria & Pekurinen, Markku & Teperi, Juha(2013). Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Hiilamo, H. (2020). Why did Social and Healthcare Services Reform Fail in Finland? Socialmedicinsk Tidskrift (3):424—432.

Jonsson, Pia Maria (2017). Palveluiden järjestämisen nykytilanne Suomessa. THL:n sote-uudistuksen teemasivut. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-jarjestaminen/palvelujen-jarjestamisen-nykytilanne-suomessa> viitattu 15.2.2021.

Manssila, Sonja & Mattson, Lotta (toim.) (2019). Maakunta- ja sote-uudistuksen loppuraportti. Kokemuksia valmistelutyöstä, oppeja sekä johtopäätöksiä. Valtiovarainministeriön julkaisuja 2019:40. Helsinki: Valtiovarainministeriö.

Muuri, Anu (2016). Kansainväliset kokemukset sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmistä: Sosiaalihuolto. Teoksessa Keskimäki, Ilmo & Moisio, Antti & Pekurinen, Markku



(toim.) Julkisen talouden ohjaus ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutuksen rakenneuudistus.(s. 58-65). Helsinki: Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 22/2016.

Pekurinen, Markku, Erhola, Marina, Häkkinen, Unto, Jonsson, Pia Maria, Keskimäki, Ilmo, Kokko, Simo, Kärkkäinen, Jukka, Widström, Eeva & Vuorenkoski, Lauri (2011). Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

STM (2011). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2011:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM (2012a). Palvelurakennetyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2012:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM (2012b). Palvelurakennetyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2012:30. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM (2013). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:45. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM (2015a) Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja itsehallintoalueiden perustamisen sekä aluehallintouudistuksen valmistelu – Selvityshenkilöhanke. 14.8.2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.



STM (2015b). Virkamiesselvitys: uusien itsehallintoalueiden muodostaminen. 5.11.2015. https://stm.fi/documents/1271139/1860522/Aluejakomuistio_final_0511.pdf/8cab755-d384-44f5-9bae-c0231f25e2a7/Aluejakomuistio_final_0511.pdf.pdf viitattu 14.6.2018.

THL:n asiantuntijaryhmä (2011). Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

THL:n asiantuntijaryhmä (2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen: Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Valli-Lintu, Auli (2017). Sote- ja kuntarakenteen pitkä kuja-juoksu. Helsinki: Kunnallissalan kehittämissäätiö.

Valli-Lintu, Auli (2019). Sote- ja kuntarakenteen pitkä kuja-juoksu – osa II. Helsinki: Kunnallissalan kehittämissäätiö.