

Liina-Kaisa Tynkkynen, FT, dosentti  
Tenure track -tutkija (Assistant Professor)

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Tampereen yliopisto

liina-kaisa.tynkkynen@tuni.fi  
040 190 1675

## **LAUSUNTO**

Valtiovarainvaliokunta

**Viite:** Valtiovarainvaliokunnan etäkuuleminen 11.3.2021 klo 11.00

**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 <https://www.eduskunta.fi/valtiopaivaasiakirjat/HE+241/2020>

**Teema:** Uudistuksen taloudelliset vaikutukset, mm. vaikutukset julkisen talouden kestävyYTEEN, kuntatalouteen ja valtiontalouteen, rahoitusmallin toimivuus ja hyvinvointialueiden rahoituksen riittävyys

## Lausunto

Kiitän valiokuntaa mahdollisuudesta antaa asiantuntija-arvioni edellä mainitusta hallituksen esityksestä. Valiokunta on pyytänyt arvioimaan esitystä uudistuksen taloudellisten vaikutusten, (mm. vaikutukset julkisen talouden kestävyteen, kuntatalouteen ja valtiontalouteen), rahoitusmallin toimivuuden ja hyvinvointialueiden rahoituksen riittävyyden näkökulmista. Oma asiantuntemukseni liittyy sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmien ja -politiikan alueelle. Näiden linssien läpi tarkastelen myös annettuja teemoja ja ennen kaikkea kahta jälkimmäistä. Aluksi teen lyhyen katsauksen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän nykytilaan, jonka jälkeen siirryn tarkastelemaan hallituksen esitystä edellä mainituista näkökulmista.

## Nykytila ja tulevaisuuden haasteet

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto suoriutuu monilla mittareilla hyvin kansainvälisissä vertailuissa<sup>1</sup>. Sen *keskeisiä vahvuuksia*<sup>2</sup> ovat esimerkiksi erikoissairaanhoidon tuottavuus ja laatu, kokonaiskustannusten maltillisuus suhteessa bruttokansantuotteeseen, laaja kannatuspohja ja pätevä, korkeasti koulutettu henkilöstö. On kuitenkin yleisesti todettu<sup>3</sup>, että *palvelujärjestelmä on useilta osin uudistuksen tarpeessa*. Peruspalveluiden saatavuus ja resursointi on heikkoa ja ihmisen sosioekonominen asema on vahvasti yhteydessä (perus)terveydenhuollon saatavuuteen. Järjestelmä on monin paikoin pirstaleinen ja asiakasprosesseista sekä koko järjestelmästä puuttuu kokonaisuuden hallinta ja ohjaus. Ennaltaehkäisyn ja terveydenedistämisen osalta (mitattuna esimerkiksi ennaltaehkäistävänä kuolleisuutena) suomalainen järjestelmä ei yllä samalle tasolle esimerkiksi muiden Pohjoismaiden kanssa<sup>2</sup>. Sama koskee myös terveydenhuollon julkisen rahoituksen tasoa, joka on muihin Pohjoismaihin verrattuna suhteellisen alhainen.

Sote-uudistusta on yritetty toteuttaa jo yli vuosikymmenen ajan. Vaikka järjestelmän kokonaisuudistus on antanut odottaa itseään, järjestelmä on viimeisten vuosien aikana kehittynyt paikallisten ja alueellisten ratkaisujen kautta ja osin kansallisten uudistuspyrkimysten myötävaikutuksella. Yhtäältä kehitys on ollut kohti isompia, maakuntien tai sairaanhoitopiirien laajuisia palveluiden järjestäjiä.<sup>4</sup> Toisaalta kehitys on ollut pistemäistä ja paikallisia palveluita turvaamaan pyrkivää esimerkiksi kokonaisulkoistusten kautta. Rakenteellisesti järjestelmä on kaiken kaikkiaan jo kehittynyt suuntaan, jota hallituskin nyt käsiteltävässä esityksessään tavoittelee.

Muutosta on tapahtunut myös kunnallisen sote-järjestelmän ulkopuolella. Ne, joilla on varaa voivat hankkia palveluita myös yksityiseltä sektorilta omalla rahalla pienen Kela-korvauksen ja mahdollisesti yksityisten vakuutusten turvin. Noin viidesosalla suomalaisista on yksityinen

<sup>1</sup> Barber RM, Fullman N, Sorensen RJD ym. 2017. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015.

<http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2817%2930818-8.pdf>

<sup>2</sup> OECD (2019), Suomi: Maan terveysprofiili 2019, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, <https://doi.org/10.1787/342765e3-fi>.

<sup>3</sup> Keskimäki I, Tynkkynen L-K, Reissel E, Koivusalo M, Vuorenkoski L, Rechel B, Karanikolos M. 2019. Finland: Health System Review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327538/18176127-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>4</sup> Tynkkynen L-K, Keskimäki I, Reissel E, Koivusalo M, Vuorenkoski L, Rechel B, Karanikolos M. 2019. Centralising health care administration in Finland – an inevitable path? Eurohealth, Dec 2019.

sairauskuluvakuutus<sup>5</sup>. Suomalaisen järjestelmän erityispiirre on lisäksi se, että työssäkäyvä väestö kuuluu isolta osin kattavan työterveyshuoltojärjestelmän piiriin saaden tätä kautta perusterveydenhuoltotasoiset vastaanottopalvelut. *Etenkin perusterveydenhuoltotasoisien palveluiden ja niihin kytkeytyvien erikoissairaanhoidon palveluiden alueella suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä onkin jakautunut kolmeen rinnakkaiseen järjestelmään*<sup>3</sup>.

Suomessa on suuria alueellisia eroja sekä terveystalouden kysyntään että tarjontaan liittyvissä tekijöissä ja alue-erot ovat korostuneet viime vuosikymmeninä siten että harvaan asutun maaseudun väestö on vanhempaa, heikommin koulutettua ja sairaampaa kuin kaupungeissa ja niiden lähialueilla<sup>6</sup>. Toisaalta paljon palveluita käyttävien asiakasryhmien kannalta monen toimijan vastuulla olevat palvelut voivat luoda esteitä asiakaslähtöiselle palveluiden yhteensovittamiselle<sup>7</sup>.

Useat yhteiskunnalliset kehityskulut haastavat palvelujärjestelmiä ympäri maailman. Palvelutarpeiden kasvu tulevina vuosina lisää paineita palvelutuotannon tehostamiseen ja palveluiden vaikuttavuuden arvioimiseen, jotta palveluiden saatavuus voidaan turvata kaikille niistä tarvitseville<sup>2</sup>. Kun väestön ikärakenne haastaa ennen kaikkea hoivapalveluja, on terveydenhuollon kustannuskehityksen kannalta keskeisimmäksi kustannusten kasvun ajuriksi tunnistettu kehittyvä lääketiede ja lääketieteenteknologian. Samaan aikaan kun voimme hoitaa entistä useampia sairauksia ovat myös niihin tarvittavat lääkkeet ja teknologiat entistä kalliimpia. Digitalisaatio ja teknologia sekä väestön kasvaneet odotukset palvelujärjestelmää kohtaan haastavat nykyisiä toimintamalleja ja tapoja tuottaa palveluja. Johtopäätöksenä tästä voikin todeta, että samaan aikaan kun suomalainen sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmä kaipaa rakenteellista uudistamista, tarvitaan myös muunlaista sääntelyä ja ohjausta (esimerkiksi palveluvalikoiman tarkempi määrittely) sekä radikaalia toimintatapojen uudistamista. Nyt käsittelyssä oleva uudistus ei siis tyhjennä uudistusten pakkaa, vaan reformeja on tehtävä sote-uudistuksen ulkopuolellakin.

## Hallituksen esityksen arviointi

Seuraavassa arvioin hallituksen esitystä. Aluksi kuitenkin huomautan, että esitetyn, hyvin mittavan uudistuksen vaikutusten arviointi ja ennakointi on hyvin vaikeaa. Suomalaisen palvelujärjestelmän erityispiirteiden vuoksi muiden maiden kokemuksia ei voida suoraan soveltaa arvioitaessa suomalaisen järjestelmän uudistamista ja sen vaikutuksia. Samankaltaista uudistusta ei myöskään ole toteutettu missään muualla näin laajan sosiaali- ja terveystalouden integraation osalta, vaikka alueellisia esimerkkejä Suomesta onkin löydettävissä. Paljon jää myös toimeenpanossa ratkaistavaksi. Kuten hallituksen esityksessäkin useaan kertaan mainitaan, uudistuksen onnistuminen riippuu ennen kaikkea siitä, miten hyvinvointialueet ryhtyvät hoitamaan järjestämistehtäväänsä ja kykenevät palvelujärjestelmän strategiseen johtamiseen.

Nyt käsillä oleva uudistus on iso hallinnollinen uudistus, jonka rinnalla sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmän kehitykseen vaikuttaa myös muu lainsäädäntö ja sääntely. Keskeisiä lainsäädäntöhankkeita ovat mm. asiakasmaksulainsäädäntö, hoitotakuulainsäädäntö ja palvelusetelilain uudistaminen. Myös mahdollinen monikanavarahoituksen uudistaminen ja työterveyshuoltojärjestelmässä tapahtuvat uudistukset vaikuttavat siihen, millaiseksi julkisesti

<sup>5</sup> Finanssiala. Sairauskuluvakuutuksen lukumäärätilasto 2009-2020

<sup>6</sup> Manderbacka ym Terveystalouden oikeudenmukaisuus edellyttää paikkatietoista politiikkaa. THL Suomen sosiaalinen tila 1/2019.

<sup>7</sup> Sinervo T, Tynkkynen L-K, Vehko T. (eds.). Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Helsinki: Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos

rahoitettujen sosiaali- ja terveyspalveluiden kysyntä muodostuu etenkin perusterveydenhuollon palveluiden osalta.

Huomioiden uudistuksen toimeenpanoon ja muut järjestelmän kehitykseen liittyvät tekijät on vaikutusten arviointi haastavaa. Jos esitys siirtyy toimeenpanovaiheeseen, onkin sen vaikutuksia seurattava ja arvioitava kattavasti suhteessa uudistukselle asetettuihin tavoitteisiin, jotka yleisesti ovat kannatettavia.

## Rahoitusmallin arviointia

Uudistuksessa kansallista sote-järjestelmän ohjausta vahvistetaan huomattavasti. Tämä on ollut pitkän aikavälin tavoite, joka on myös monelta osin perusteltu. Valtiontason ohjauksen vahvistamisen puolesta puhuu myös se, että ainakin alussa hyvinvointialueiden rahoitus olisi valtiollista. Samalla se kuitenkin herättää kysymyksen hyvinvointialueiden todellisesta itsehallinnosta, kansalaisten osallistumismahdollisuuksista ja alueellisen demokratiasta. Jos keskeiset päätökset esimerkiksi hyvinvointialueiden rahoituksen tasosta tehdään muualla kuin hyvinvointialueilla ei itsehallinto kaikilta osin toteudu. En kuitenkaan pidä tätä esteenä uudistuksen etenemiselle vaan asiana, jota on syytä uudistuksen mahdollisesti siirtyessä toimeenpanovaiheeseen seurata ja jatkokehittää vastaamaan vahvempaa alueellista itsehallintoa.

Se, että hyvinvointialueilla ei ole mahdollisuutta säätää oman rahoituksensa tasoa (so. verotusoikeuden puuttuminen) voi rajoittaa alueiden mahdollisuuksia toteuttaa palveluiden järjestämistä vastuutaan, vähentää kannusteita resurssien vaikuttavaan ja tehokkaaseen kohdentamiseen ja edelleen aiheuttaa riskin kustannusten ei-tarkoituksenmukaiseen kasvuun. Koska rahoitus tulee alkuvaiheessa pelkästään valtiolta (pois lukien asiakasmaksut) sisältyy malliin ns. pehmeän budjettirajoituksen ongelma. Tämä tarkoittaa, että valtio viimekädessä vastaa hyvinvointialueiden rahoituksesta, vaikka ne ylittäisivätkin budjettinsa tai joutuisivat muuten taloudelliseen ahdinkoon. Samalla kun tämä on perusoikeuksien toteutumisen näkökulmasta oikea linjaus, heikentää se hyvinvointialueiden kannusteita tehokkaaseen palveluiden järjestämiseen. Väestön hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen näkökulmasta hyvinvointialueiden kannustimet proaktiiviseen ja vaikuttavaan ennaltaehkäisevään toimintaan yhdessä kuntien kanssa voivat myös olla heikot. ***Taloudellisten kannustimien ja alueellisen hyvinvointipolitiikan näkökulmasta hyvinvointialueiden verotusoikeus yhdistettynä valtionosuusjärjestelmään olisikin perusteltu seuraava askel, jos nyt esitetty uudistus siirtyy toimeenpanovaiheeseen.***

Alueveron näkökulmasta esityksen keskeisenä heikkoutena voidaan katsoa olevan sen, että monet hyvinvointialueet ovat jäämässä melko pieniksi ja ne ovat niin väestönsä kuin erilaisten tarvetekijöiden suhteen hyvin erilaisia. Jos (ja kun) alueiden veropohjissa on suurta variaatiota voi alueveron säätäminen muodostua jo tästä näkökulmasta haastavaksi. Tällöin keskeinen kysymys rahoitusmallin kehittämisen näkökulmasta on, kuinka suuri alueiden oman rahoitusvastuun (so. veron suuruus) tulisi olla, jotta se loisi kannusteita alueille vaikuttavien palveluiden järjestämiseksi.

Nähdäkseni ***nyt esitetty rahoitusmalli on kuitenkin parannus nykytilanteeseen*** ja se perustuu vahvaan tietopohjaan. Rahoitusmallissa tarvetekijöiden rooli korostuu, minkä voidaan katsoa

olevan linjassa yleisten terveystaloudellisten tavoitteiden kanssa. Sen voi katsoa luovan nykyistä paremman pohjan yhdenvertaisempien palveluiden toteutumiseen maan eri alueiden välillä. Maantieteellisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta palvelujärjestelmän resurssit ovat vahvimmat alueilla, joilla useilla mittareilla väestö voi kaikista parhaiten. Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen onkin tärkeää ennen kaikkea niiden asiakasryhmien näkökulmista, jotka peruspalveluidensa osalta nojaavat vahvasti julkisiin, verovaroin rahoitettuihin palveluihin (etenkin ensisijainen terveydenhuolto ja sosiaalipalvelut) ja niiden alueiden palveluiden turvaamisen kannalta, joiden väestön tarpeet ja palveluihin käytössä olevat voimavarat eivät nyt kohtaa.

Rahoitusmallia on kritisoitu paljon julkisuudessa. ***Oman arvioni mukaan ongelmia koituu ennemmin riittämättömästä kokonaisrahoituksen tasosta, ei niinkään siitä mallista, jonka mukaisesti rahat jaetaan hyvinvointialueille.*** Siirrynkäin seuraavassa tarkastelemaan rahoituksen riittävyyttä ja sitä, millaisia keinoja järjestäjillä on käytössään rahojen tehokkaalle ja vaikuttavalle kohdentamiselle.

## Rahoituksen riittävyys ja palveluiden järjestäminen

Hallitus on asettanut uudistuksen yhdeksi tavoitteeksi kustannusten kasvun hillinnän. Yksi keino tavoitteen saavuttamiseen on hallituksen esitykseen sisältyvä suunnitelma varata resursseja kattamaan vain 80% tulevaisuuden palvelutarpeen kasvusta. Samaan aikaan tiedämme, että Suomen terveydenhuollon julkisen rahoituksen osuus on alle pohjoismaisen tason ja että ihmiset maksavat asiakasmaksuina ja muina ns. "out-of-pocket" -maksuina terveydenhuollon kustannuksista enemmän kuin esimerkiksi muut Pohjoismaat. Myös sosiaalipalvelut ja hoiva ovat monin paikoin aliresursoituja, kun verrataan esimerkiksi muiden Pohjoismaiden rahoituksen tasoon. Kun tähän vielä lisätään tieto siitä, että väestön palvelutarpeet (esimerkiksi ikääntymisen ja kroonisten sairauksien yleistymisen myötä) ja toisaalta kallistuvat teknologiat ja hoidot tulevat kasvattamaan kustannuksia entisestään tulevaisuudessa on vaarana, että uudistus perustuu liiankin optimistiseen käsitykseen siitä, miten sote-järjestelmän kustannukset tulevaisuudessa kehittyvät. Esityksessä on esitetty melko optimistisia arvioita esimerkiksi digitalisaation tai ikääntyvien terveydentason kehittymisestä ja mukanaan tuomista säästövaikutuksista.

### Hyvinvointialueet järjestäjinä

Uudistuksessa olemassa olevat resurssit jaetaan uudelleen eri alueiden välillä ja lakiesityksessä korostuu usko kuntia vahvempien tai laajempien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäjien kykyyn järjestää suomalaisten sote-palvelut paremmin (so. tehokkaammin ja vaikuttavammin) kuin nykyisessä järjestelmässä. Samalla kun järjestäjien koon kasvattaminen on sinänsä perusteltua, ei se pelkästään riitä. Hyvinvointialueiden järjestämistehtävän toteuttaminen tulee olemaan vaativa tehtävä. Ehdotettujen hyvinvointialueiden alaisuudessa tulisi toimimaan erittäin suuria, vaativaan erityisosaamiseen nojaavia palvelutuotantoyksiköitä samaan aikaan kun hallituksen esitys tavoittelee peruspalveluiden sekä hyvinvoinnin ja terveydenedistämiseen tähtäävien palveluiden vahvistamista. Se, miten hyvinvointialue onnistuu ohjaamaan palvelujärjestelmää ja muuttamaan sen tasapainoa korjaavista ja ongelmakeskeisistä palveluista väestön terveyttä ja hyvinvointia edistäviin ja tukeviin palveluihin on keskeistä myös rahoituksen riittävyyden näkökulmasta. ***Esitys ei kuitenkaan varmista tai juurikaan tue***

**palvelujärjestelmän siirtymistä strategisempaan ja nykyistä erikoissairaanhoidopainotteista järjestelmää purkavaan ohjausmalliin.**

Uudistuksen tavoitteiden saavuttamisen ja myös rahoituksen riittävyyden näkökulmasta on keskeistä, miten hyvinvointialueille varmistetaan riittävät resurssit ja osaaminen ohjata kooltaan ja professioiden vaikutusvallan kannalta suurten erityistason palveluiden ja pienempien, myös professiohierarkiassa alempana olevien peruspalveluyksiköiden muodostamaa kokonaisuutta. Heikko järjestämisosaaminen yhdistettynä suhteellisen heikkoihin kannustimiin voi johtaa tilanteeseen, jossa hyvinvointialueen niukka budjetti syödään ns. korjaavissa ja jo syntyneiden ongelmien hoitamiseen tähtäävissä palveluissa, eikä resursseja ole osoittaa ennaltaehkäiseviin ja perustason palveluihin siinä määrin, kun tarve olisi. Vaarana on, että samaan aikaan kun erikoissairaanhoidon kustannukset kasvavat parempien mutta samalla kalliimpien hoitojen seurauksena, kurjistuvat perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut entisestään. Tämä ei kuitenkaan ole pelkästään nyt esitetyn mallin ominaispiirre vaan kyseinen tilanne on vahvasti läsnä myös nykyjärjestelmässä.

### **Yksityisen ja julkisen sektorin työnjako**

Rahoituksen riittävyyden näkökulmasta on huomion arvoista, että samaan aikaan kun esityksessä uskotaan vahvempien tai laajempien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäjien kykyyn järjestää suomalaisten sote-palvelut tehokkaammin ja vaikuttavammin kuin nykyisessä järjestelmässä, kavennetaan järjestäjien keinovalikoimaa toteuttaa järjestämistehtäväänsä myös esimerkiksi yksityisen sektorin hyödyntämisen näkökulmasta. Hallituksen esityksessä julkisen sektorin järjestämisvastuuta ja yksityisen ja julkisen työnjakoa palveluiden tuotannossa selkeytetään. **Katson tämän periaatteen tasolla olevan hyvä asia.** Samalla katson siihen sisältyvän käytännön toimeenpanon näkökulmasta riskin vaikuttavien toimintamallien purkautumisesta ja järjestelmän uudistumisen vaikeutumisesta. Oman tulkintani mukaan ulkoistusten tekeminen ja työvoiman hankkiminen yksityisiltä palveluntuottajilta olisi myös jatkossa mahdollista melko lailla nykytilan mukaisesti. Hallituksen esitys maalaa kuitenkin melko epäselvän kuvan siitä, kuinka laaja mahdollisuus hyvinvointialueilla tosiasiaa on järjestää palveluja haluamallaan tavalla. **Vaikka periaatteen tasolla vaikutukset eivät välttämättä olisi kovinkaan dramaattisia voi palveluiden hankkiminen yksityisiltä palveluntuottajilta muodostua käytännössä hankalaksi<sup>8</sup>.**

Uudistus pakottaa muuttamaan vallitsevia käytäntöjä yksityisen ja julkisen työnjaon osalta. Samalla joudutaan purkamaan monien toimijoiden näkökulmasta hyväksi todettuja, mutta sellaisenaan lainsäädännön vastaisia toimintamalleja. Vaikka tietyissä tilanteissa, esimerkiksi laajojen kokonaisulkoistusten kohdalla, pidän tiukempaa sääntelyä oikeansuuntaisena, ei liene tarkoituksenmukaista, että sääntelyllä estetään toimivien yhteistyömallien toimeenpaneminen ja sellaisten hankintojen tekeminen, joilla voidaan tuottaa entistä tehokkaampia ja vaikuttavampia palveluja. Julkisen sektorin tekemät hankinnat eivät automaattisesti johda kustannustehokkaampiin palveluihin. On kuitenkin pulmallista jos toimeenpanossa lainsäädäntöä tulkintaan eri tavoin kuin lainsäätäjät on tarkoittanut ja näin syntyy tilanne että toimivia malleja ei voida toimeenpanna.

Esitykseen sisältyy pykäliä, joiden nojalla jotkut ulkoistussopimukset tai sopimusehdot voisivat muuttua mitättömiksi tai uuden sääntelyn mukaan lainvastaiset sopimukset voitaisiin irtisanoa. En

<sup>8</sup> Viitataan käymiini keskusteluihin esimerkiksi Pirkanmaan sote-toimijoiden kanssa

pysty osaamiseni puitteissa arvioimaan, kuinka suuren riskin esitetyt pykälät muodostavat esityksen läpimenon kannalta. Katson kuitenkin, että sopimusten irtisanomiseen, mitätöimiseen ja uudelleen neuvotteluun liittyviä kustannuksia ja muita vaikutuksia esimerkiksi kuntatalouden näkökulmasta ei ole pystytty arvioimaan kunnolla. Uudistukselle asetettu aikataulu on tiukka ja sopimusten läpikäynti ja uudelleen neuvottelu on iso prosessi. On vaikea arvioida riittääkö annettu maksimissaan viiden vuoden aikajänne toteuttamaan tätä.

Hyvinvointialueilla voi ainakin osittain olla nykyisiä kuntia paremmat mahdollisuudet kehittää hankintaosaamistaan ja siten tehdä strategisempia ja kokonaisvaikutuksiltaan tuloksellisia hankintoja. Yksityisen palvelutuotannon hyödyntämisessä tämä on nähdäkseni keskeistä, jotta hyvinvointialueella säilyy tosiasiallinen järjestämisvastuu palveluista kaikissa tilanteissa. Osa hyvinvointialueista olisi kooltaan kuitenkin myös tässä suhteessa melko pieniä. Tämä voi hankaloittaa niiden kykyä panostaa hankintaosaamiseen ja toimia tuottajia vahvempina neuvottelijoina kilpailutustilanteissa. On myös hyvä huomata, että yksityinen markkina on joiltain osin hyvinkin keskittynyt<sup>9</sup>, mikä lisää haasteita hyvinvointialueille saada kilpailutuksista esimerkiksi kustannussäästöjä. Samaan aikaan sosiaali- ja terveyspalveluiden markkinoilla iso osa palveluntuottajista on pieniä mikroyrityksiä, joiden osallistuminen suuriin kilpailutuksiin ei välttämättä ole mahdollista. **Jotta tilaajien nykyistä suurempi keskimääräinen koko ei johtaisi siihen, että myös kilpailutusten koot suurenevät ja näin entisestään tukevat markkinoiden keskittymistä muutamalle suurelle palveluntuottajalle, olisi myös muita mahdollisuuksia toteuttaa palveluiden hankintaa yksityisiltä tuottajilta kehitettävä.** Tältä osin palvelusetelilainsäädännön ja henkilökohtaisen budjetin kehittäminen ovat keskeisiä nyt käsittelyssä olevan kokonaisuuden ulkopuolisia lainsäädäntökokonaisuuksia, joita edistämällä voitaisiin myös tukea ihmisten valinnanmahdollisuuksia ja osallisuutta.

Suomessa järjestöt ovat yksi tärkeä toimijajoukko, jotka vastaavat monista hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen sekä erityisryhmien palveluiden kokonaisuuksista. Järjestöt ovat myös tärkeä kansalaisyhteiskunnan osa ja ne tarjoavat yhden väylän asukkaiden ja asiakkaiden osallistumiselle esimerkiksi palveluiden ja palvelujärjestelmän kehittämiseen. Järjestöjen toiminta on tunnustettu osana lainsäädäntökokonaisuutta mutta järjestöjen toimintaedellytysten seurantaan on kiinnitettävä huomiota uudistusta toimeenpantaessa.

## Uudenmaan erilliskäyttö

Uudellemaalle perustettaisiin neljä hyvinvointialuetta ja lisäksi Helsingin kaupungille annettaisiin järjestämisvastuu sote-palveluista. Erikoissairaanhoidon palveluista vastaisi HUS-yhtymä johon Helsingin kaupungin ja neljän hyvinvointialueen tulee kuulua. Käytännössä tämä tarkoittaa, että hallituksen tavoitteleva laaja hallinnollinen integraatio ja yhden johdon alaisuudessa toimiminen ei Uudellamaalla eli noin 1/3 suomalaisista kohdalla toteudu. Sen ei tarvitse merkitä uudistuksen tavoitteiden vesittymistä, mutta **nähdäkseni ratkaisuun sisältyy kustannusten kasvun hillinnän ja perustason palveluiden vahvistamisen näkökulmista riskejä.**

Yksi keskeinen kysymys HUS osalta liittyy sen omistajaohjaukseen eli siihen kuinka hyvin viisi Uudenmaan palveluiden järjestäjää pystyvät tosiasiallisesti ohjaamaan HUS:n toimintaa. Toisaalta vastaan voi tulla myös kysymyksiä siitä, miten palveluiden tuottaminen ja työvoima jakautuu HUS:n ja viiden järjestäjän kesken. **On mahdollista, että alueelle syntyy päällekkäistä erikoissairaanhoidon tuotantoa, millä voi olla ennen kaikkea vaikutuksia työvoiman**

<sup>9</sup> Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvitykset

**saatavuuteen ja saatavuuden turvaamiseen. Pällekkäiset toiminnot voivat myös kasvattaa kustannuksia. Tämän osalta kansallisen ohjauksen on oltava vahvaa ja hyvinvointialueita ja Helsinkiä omistajaohjaustyössä tukevaa.**

Uudenmaan ratkaisu voi toisaalta tarjota esimerkia siitä, mihin suuntaan tulevaisuudessa saatetaan mennä myös muualla Suomessa. On mahdollista, että erikoissairaanhoido alkaa entistä vahvemmin keskittyä viiden yliopistosairaalan ympärille, jotka sitten myös erikoistuvat keskenään. Lääketieteen ja teknologian kehitys ohjaa tulevaisuudessa siihen, että jokaisella yliopistosairaalla ei liene mahdollisuus ylläpitää kaikkea tarvittavaa osaamista vaan työnjakoa tehdään (ja tehdään toki jo nyt) kansallisesti. Nykyisen rakenteen säilyessä ennallaan tulee hyvinvointialueiden muodostamien yhteistyöalueiden rooli korostumaan.

## Kokonaisarvio

Kaiken kaikkiaan katson, että esitetty malli on isoilta linjoiltaan toteuttamiskelpoinen ja luo pohjan sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän edelleen kehittämislle. **Mallin voi katsoa olevan "lupaus paremmasta", mutta lupauksen lunastaminen edellyttää onnistunutta toimeenpanoa ja kykyä irtautua olemassa olevista konventioista ja tavoista järjestää sosiaali- ja terveystalveluita kansalaisille.** Isommat järjestäjätahot voivat parhaassa tapauksessa muuttaa palvelujärjestelmän painopistettä korjaavista palveluista ennaltaehkäiseviin ja terveyttä ja hyvinvointia tukeviin palveluihin. Pahimmillaan uudet järjestäjätahot vain uusintavat olemassa olevaa työnjakoa ja uudistus jää siltä osin puolittiehen.

Vaikka olen yllä esittänyt useita kriittisiäkin huomautuksia, **arvioni on, että nyt käsittelyssä olevalla uudistuksella olisi mahdollisuus luoda pohja palvelujärjestelmälle, jolla on myös mahdollisuus vastata tulevaisuuden haasteisiin nykyistä järjestelmää vakuuttavammin.** Hyvinvointialueista on mahdollisuus tulla palveluiden järjestäjinä uudenlaisia strategisia toimijoita suomalaisessa sote-palvelukentässä. Tämä edellyttää kuitenkin isoa muutosta vallitsevissa käytännöissä ja siirtymistä palvelujen järjestämiseen, jossa painopiste on väestön palvelutarpeen arvioinnissa ja siihen perustuvassa palvelujen suunnittelussa, mikä edellyttää erityistä analyttistä osaamista ja riittävää tietopohjaa. Näitä reunaehdoja ei esityksessä ole vielä riittävällä tavalla huomioitu.

Lopuksi on syytä todeta, **että uudistukselle asetetut tavoitteet eivät toteudu vain luomalla hyvinvointialueita, joskin nyt esitetty uudistus voi omalta osaltaan tukea tavoitteiden saavuttamista.** Rakenteellisen järjestelmän uudistamisen lisäksi tarvitaan palvelujen ja toimintatapojen uudistamiseen sekä riittäviin resurssien uudelleen kohdentamisiin johtavia sisällöllisiä uudistuksia.

(Perus)palvelujen saatavuuden vahvistamiseksi tarvitaan todennäköisesti myös muita työkaluja kuin nyt käsillä oleva uudistus. Esimerkiksi hoitotakuun ja palvelusetelilainsäädännön kehittäminen ja jossain määrin myös yhteen kytkeminen voisivat olla hyviä tapoja vahvistaa peruspalveluiden saatavuutta. **Peruspalveluiden vahvistamisen tueksi tarvitaan myös vahvaa TKI-töitä joka ei vielä ole esillä nykyisessä esityksessä riittävästi. Erikoissairaanhoidon alalla on olemassa vahvoja TKI-rakenteita mutta perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden osalta tilanne on toinen. Ilman tutkittua tietoa palvelujen asema ei parane.** Kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden aseman vahvistaminen ja asiakaslähtöisemmän järjestelmän kehittäminen edellyttää potilas- ja asiakaslainsäädännön uudistamista. Lääketieteen ja teknologian kehityksen myötä

tulevaisuudessa vaaditaan myös entistä vahvempaa kansallista ohjausta terveydenhuollon palveluvalikoiman ja yhtenäisten hoidonkriteereiden määrittämisessä. Katson tämän olevan kustannusten kasvun hillinnän näkökulmasta ehkä jopa rakenteellisia uudistuksia keskeisempi keskustelu, johon voimme ryhtyä, jos sote-uudistus usean vuoden hiomisen jälkeen siirtyy toimeenpanovaiheeseen.

Etenkin perusterveydenhuoltotasoisten palveluiden ja niihin kytkeytyvien erikoissairaanhoidon palveluiden alueella suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä onkin jakautunut kolmeen rinnakkaiseen järjestelmään. Näin ollen nyt esitetty uudistus ei puutu niihin suuriin rakenteellisiin ongelmiin, jotka tuottavat järjestelmässämme eriarvoisuutta esimerkiksi hoitoon pääsyn suhteen. Jatkossa myös työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden ja monikanavahoituksen purkaminen, jotka ovat olennaisia yhdenvertaisemman ja oikeudenmukaisemman palvelujärjestelmän toteuttamiseksi.