

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle

Anneli Pohjola, sosiaalityön professori (emer.)

Asia: HE 109/2024 vp Hallituksen esitys eduskunnalle valtion talousarvioksi 2025

<https://www.eduskunta.fi/pdf/HE+109/2024>

Kuulemisen teemana hyvinvointialueiden rahoitus sekä palvelujen saatavuus.

Pydytetyt osa-alueet:

- hyvinvointialueiden rahoitus sekä palvelujen saatavuus
- rahoituksen riittävyys, tehdyt ja tulevat säästöt, hallinnollisten kustannusten osuus hyvinvointialueiden budjetista, asiakasmaksut, hoitotakuu ja terapiatakuu, ml. Kela-korvaukset, vanhuspalvelujen, sosiaalityön ja mielenterveyspalvelujen tilanne, henkilöstön saatavuus, ml. ostopalvelut, sairaalaverkko ja palvelujen saavutettavuus

Kiitän valiokuntaa mahdollisuudesta osallistua kuultavaksi meneillään olevassa suuressa yhteiskunnallisessa murroksessa. Kyse ei ole ”vain” tavanomaisesta vuosittaisesta valtion tulo- ja menoarviosta, vaan hyvinvointivaltiomme peruskysymyksistä, jopa suunnan muutoksesta. Vastaavan kaltaisessa tilanteessa olemme olleet 1990-luvun historiallisessa lamassa, jonka seurauksia kannamme yhä edelleen. Tutkijana muistutan, miten tärkeää on oppia historiasta ja välttää jo kerran tehtyjä, tutkitusti seurauksiltaan pitkäkestoisiksi ja lopulta kalliiksi osoittautuneita ratkaisuja.

I. Hyvinvointialueiden tilanne ja palvelujen saatavuus

Hyvinvointialueet ovat toimineet runsaan 1,5 vuotta. Uudistuksen kokoluokka on valtavan suuri, on puhuttu ”vuosisadan uudistuksesta”. Sen massiivisuutta kuvaa, että soten osuus *valtion budjetista on runsas neljäsosa* ja sote työllistää maan työllisestä työvoimasta *lähes joka viidennen työntekijän* (17,2 %). Sote on työllistäjänä selkeästi maan suurin elinkeinoala verrattuna toisella tilalla olevaan teollisuuteen (teollisuus yhteensä 13,9 %, StatFin 2022). Tämän kokoluokan toimintaa ei uudisteta hetkessä. Muutos tarvitsee pitkäjänteisen tuen.

Paradoksaalisesti kustannusten hillintää ja säästöjen toteutumista odotetaan heti, vaikka se on mahdotonta. Hyvinvointialueiden rahoitus on tiukka. Rahoitus on alun perin asetettu liian ahtaaksi, sillä kustannuslaskelmat perustuivat kuntien sote-menoihin ja kunnat olivat sote-uudistusta odottaessaan vuosia alibudjetoineet sote-menonsa. Lisäksi tilannetta ovat ennakkoimattomasti vaikeuttaneet palkkakustannusten merkittävä nousu, henkilöstöpula ja vuokratyövoiman käyttö sekä yleinen kustannustason nousu inflaation myötä.

Yhtälö on vaikea ja *hyvinvointialueet tarvitsevat aikaa tasapainottumiseen*. Vaarana on palvelujen saatavuuden merkittävä heikkeneminen, kun hyvinvointialueet joutuvat tekemään paniikkiratkaisuja palveluverkon karsimisessa säästöjen kerryttämiseksi. Mikäli näin edetään, uudistuksen tavoitteena oleva palvelujen yhdenvertaisuus heikkenee merkittävästi sekä alueellisesti että väestöryhmien välillä.

Silti on huomattava, että toistaiseksi hyvinvointialueet ovat kaikesta huolimatta suoriutuneet varsin hyvin palvelujen toteuttamisessa. Niille on tärkeä antaa aikaa ja työrauha uudistuksen jatkamisessa. Paljon keskusteltu hallintokin asettuu paikoilleen, kun siirtymäaikaa on riittävästi. Palvelut edellyttävät toimiakseen toimivan organisaation ja hyvän johdon.

Tukitoimia valtiolta kuitenkin tarvitaan:

- 1. Lisääajan antaminen hyvinvointialueiden alijäämien tasapainotukseen,** asetettu aikataulu on aivan liian tiukka massiivisen muutoksen toteuttamiseen.
- 2. Budjettiin sisältyvän yksityisten lääkärikäyntien Kela-korvausta vastaavan summan siirtäminen hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon lääkärin lisäämiseen.** Kela-korvausten tavoitteena on esitetty olevan terveydenhuollon ruuhkien purkaminen, jolloin *vaikuttavuutta tuottaa rahoituksen kohdentaminen sinne, missä ruuhkat ovat*. Sote-uudistuksen tavoitteena on peruspalvelujen vahvistaminen, ja perusterveydenhuolto on jäänyt pitkään kehittämisen katveeseen. Mikäli siirtoa hyvinvointialueille ei toteuteta, kyseinen määräraha on syytä poistaa budjetista siltä puuttuvan vaikuttavuuden vuoksi.
- 3. Painopiste hyvinvointialueiden sisällölliseen kehittämiseen ja sisältöohjaukseen.** Hyvinvointialueita tarkastellaan taloudellisina tuotantoyksikköinä, jolloin niiden perustehtävä sosiaalisen ja terveydellisen hyvinvoinnin mahdollistajana häviää. Perustehtävä ei ole tuottaa säästöjä, vaan hyvää sosiaalista tukea ja terveyttä kansalaisille perustuslain, muun lainsäädännön ja hyväksytyjen sopimusten mukaisesti. Hyvinvointialueiden ohjauksessa korostuu taloudellis-hallinnollinen ohjaus, jota on siirretty enenevästi valtionvarainministeriöön vailla substanssin tuntemusta. *Soten uudistaminen edellyttää kuitenkin erityisesti sisältöjen kehittämistä ja sen tueksi vahvaa kansallista sisältöohjausta*. Uusista toimintatavoista syntyy samalla myös taloudellista hyötyä.
- 4. Keskeisimpään hyvinvointialueiden ongelmaan tarttuminen: erikoissairaanhoidokeskeisyyden purkaminen.** Haettujen säästöjen osalta kyseessä on paljon resursseja sitova toiminta-alue, jota uudistamalla saadaan siirrettyä taloudellista liikkumavaraa sote-palveluiden kokonaisuuteen. Sote-uudistuksen tavoitteena on peruspalvelujen vahvistaminen, mutta *hyvinvointialueet ovat organisoituneet pitkälti edelleen erikoissairaanhoidokeskeisesti*, jolloin tavoitetta ei ole päästy toteuttamaan. Se näkyy myös sairaalaverkkokeskustelussa, jossa nykyrakenteeseen puuttumista ei sallita. *Sairaalat ovat keskeisessä roolissa erikoissairaanhoidossa ja niiden työnjakoon on tarpeen tehdä muutoksia*. Kyse on enemmänkin työnjaosta kuin sairaalaverkon muuttamisesta, joka ymmärretään lakkauttamisina.

II. Investoiminen ennaltaehkäisevään sosiaali- ja terveydenhuoltoon

Talousarviossa keskitytään pisteittäisiin rahoitusleikkauksiin ja *pitemmällä aikavälillä säästöjä tuovat investoinnit* jäävät tiukoissa talousraameissa toimivien hyvinvointialueiden vastuulle. Erityisesti *ennaltaehkäisevään sosiaali- ja terveydenhuoltoon tulisi satsata investointina, joka vähentää ongelmien kehittymistä ja siten korjaavan toiminnan kustannuksia*. Lainsäädännössä säädetty prosentin rahoitusosuus hyvinvointialueiden budjeteista ei ole riittävä, vaan toimintaa tulisi kannustaa lisäsatsauksilla. Sotessa ehkäisevä toiminta

on sekä kuntien että hyvinvointialueiden vastuulla, mutta molempien taloustilanteessa toiminta uhkaa jäädä kehittämättä ja toimijat pallottelevat tehtäviä toisilleen.

Paradoksaalisesti samaan aikaan, *kun hyvinvointialueet ovat rahoitusvaikeuksissa, ehkäisevän toiminnan ja kansalaisneuvonnan tehtävää keskeisesti hoitaneiden sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintamahdollisuudet ajetaan alas*. Vasta puolitoista vuotta sitten järjestöjen rahoituksen jatkuvuudesta tehtiin puolueiden yhteinen parlamentaarinen sopupäättös, kun Veikkauksen tuotot siirrettiin valtion budjettiin. *Kolmanneksen leikkaus (130 milj.) sote-järjestöjen toiminnasta vie hyvinvointialueista ja kunnista pois merkittävästi järjestöjen pitkäaikaisesti tuottamaa ehkäisevää työtä, vapaaehtoistoimintaa ja matalan kynnyksen tukea, ja siirtää palvelutarpeen kalliimpiin korjaaviin palveluihin*. Hyvinvointialueet eivät pysty kattamaan syntyvää tukitoimintojen aukkoa. Käytännössä ehkäisevä ja edistävää työ tulevat jäämään katveeseen, kun niihin tulisi päinvastoin panostaa sekä inhimillisten että kustannussäästöjen kannalta. Leikkausten vaikutukset tulevat olemaan pitkäkestoisia ja yhdenvertaisuuden kannalta erityisesti heikommassa asemassa oleviin kohdistuvia.

Tarvitaan toimia:

- 5. Ehkäisevään toimintaan investoimiseen hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollossa ja myös kuntien hyvinvointityössä,** jotta voidaan tuottaa pitkällä aikavälillä säästöjä sosiaali- ja terveydenhuollon kulurakenteeseen siirtämällä *painopistettä kalliista korjaavista palveluista niiden tarpeiden ehkäisemiseen*. Investoiminen hyvän kierteeseen tuottaa toimivampia rakenteellisia ratkaisuja kuin pisteittäiset leikkaukset.
- 6. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen rahoituksen leikkaukset tulee perua tai vähintään kohtuullistaa niitä merkittävästi,** jotta hyvinvointialueiden tilanteet eivät kuormittuisi tiukassa tilanteessa liikaa, kun asiakkaiden tukitarpeet siirtyvät järjestökentältä niille. Ehkäisevän ja edistävän työn mahdollistamisen lisäksi kysymys on myös laajemmin kansalaisyhteiskunnan/kolmannen sektorin tulevaisuudesta Suomessa.

III. Sosiaalihuollon kehittämisohjelma

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmää ja toimintaa dominoi terveydenhuolto. Sosiaalihuollon kehittäminen on jäänyt jo aikanaan kuntarakenteessa tekemättä ja alalle on *kumuloitunut paljon kehittämisvelkaa*. Alalta puuttuvat esimerkiksi vaativien erikoispalveluiden porrastaminen ja sitä tukeva keskittämisasetus, samoin puuttuu alueellinen tutkimuksen, kehittämisen, koulutuksen ja innovaatioiden TKKI-rakenne, jollaisena yliopistolliset keskussairaalat ovat terveydenhuollossa toimineet jo pitkään. Edelleen sosiaalihuollost puuttuvat tutkitut näyttöön perustuvat työmenetelmät ja niitä tuottava rakenne sekä tutkimukseen perustuvan palveluvalikoiman määrittämistyö.

On aika alkaa investoida terveydenhuollon ohella myös sosiaalihuollon toimintaedellytyksiin. *Sote-uudistuksen korostama palvelujen yhteensovittaminen edellyttää kehittyntä ja yhdenvertaista sosiaalihuoltoa yhteistyöhön terveydenhuollon kanssa*. Kehittynyt ja vaikuttavampi sosiaalihuolto toimii sujuvammin ja säästää kustannuksia, mitä nykyinen heikosti kehittynyt sosiaalihuolto ei tee. Sosiaalihuoltoon tarvitaan leikkausten (100 milj.) sijaan investoimista sen kehittämiseen. Erityinen odotus kiinnittyy hyvinvointialueiden lisäksi laissa säädettyihin *yhteistyöalueisiin* (yta), joiden rakenteita tarvitaan mm. vaativien

erikoispalvelujen mahdollistamiseen sekä TKKI-toiminnan rakentumiseen yhteistyössä yliopistojen ja osaamiskeskusten kanssa.

Toimia tarvitaan:

7. Sosiaalihuollon kehittämisvelkaan tulee vastata, jotta sotien tavoitteisiin palvelujen yhteensovittamisesta voidaan vastata. Sosiaalihuollosta leikkaamisen sijasta **tarvitaan investointia sosiaalihuollon kehittämisohjelman toteuttamiseen.**
8. **Sote-rahoituksen kokonaisuudessa tulee huomioida myös alueellisten yhteistyöalueiden rakentuminen.** Alueellisesti yhteiset rakenteet ovat sosiaalihuollon kehittämisen kannalta välttämättömiä.

IV. Sosiaalityön, vanhuspalvelujen ja mielenterveyspalvelujen tilanne sekä henkilöstön saatavuus

*Kun puhutaan sosiaalihuollosta ja sen kehittämisvelasta, puhutaan juuri sosiaalityöstä, vanhuspalveluista ja myös sosiaalisista mielenterveyspalveluista ym. Kaikki nämä alueet ovat akuutisti kehittämisen tarpeessa, tarvitaan sekä sosiaalihuollon kokonaiskehittämistä että tehtävälakohtaista uudistamista. **Sosiaalityö** on sosiaalihuollon ytimessä ammatillisena toimintana sekä alalle tutkimustietoa tuottavana tieteenalana. Sote-uudistuksessa se on jäänyt pitkälti näkymättömiin, ja tähän liittyy pitkälti edellä käsitelty sosiaalihuollon kehittämisohjelma, joka sisältäisi mm. sosiaalityön tutkimusperustaisen kehittämisen, tutkittujen työmenetelmien rakentumisen sekä TKKI-rakanteen.*

Sosiaalityön ja ihmisten sosiaalisten tilanteiden tukemisen merkitystä ei kuitenkaan tunnusteta, vaikka *sosiaalisten tekijöiden vajeet vaikuttavat merkittävästi sairastavuuteen ja siten terveydenhuollon palvelutarpeisiin ja kustannuksiin. Sosiaaliin olosuhteisiin vaikuttaminen on myös vaikuttavinta terveyden edistämistyötä.* Sosiaalityön roolia sotessa tulisi selkeästi vahvistaa.

*Vahvistamisen sijasta sosiaalityötä pyritään tietoisesti heikentämään. Esillä on sosiaalihuollon ammattihenkilölain säätämä sosiaalityöntekijänä tilapäisesti toimimisen kelpoisuuden (12§) muuttaminen, muusta kyseisen lain uudistuksesta irrotettuna, perusteluna sijaispulaan vastaaminen. Millään muulla ammattialalla henkilöstöpulaan ei olla vastaamassa kelpoisuuksia heikentämällä, ei sotien piirissä (lääkärit, hoitajat, psykologit ym.), ei opetustyössä (varhaiskasvattajat, luokanopettajat), ei turvallisuustyössä (poliisit). *Sosiaalityötä ei kohdella yhdenvertaisesti ammattialana, mikä kertoo, että sitä ei myöskään auttamistyönä arvosteta.**

Samalla sosiaalityön asiakkaiden asiakasturvallisuudesta ei kanneta huolta, vaikka sosiaalityöntekijät käyttävät merkittävää julkista päätöksentekovaltaa asiakkaiden oikeuksiin liittyen, ja useat sosiaalityön toiminnat vaikuttavat hyvin pitkään ihmisten elämänsäkuuluun, toisinaan koko elämän ajan (esim. lastensuojelu, vammaispalvelu). Suunniteltu 2 miljoo-
nan säästö kelpoisuuksia alentamalla ei tuota säästöä, kun viroissa olevat sosiaalityöntekijät joutuvat käyttämään työaikaansa epäpätevien ohjaamiseen ja heidän työtehtävistään vastaamiseen, mikä on vakinaisten asiakaspalvelusta pois. Yliopistojen koulutusvolyyymi on kasvanut eduskunnan erillismäärärahoilla ja riittää tilapäisten sosiaalityöntekijöiden

tarpeen kattamiseen. Jatkossa sosiaalityön pysyviä aloituspaikkoja on tarve kasvattaa määräraikaisten rahoitusten sijasta.

Toimia tarvitaan:

- 9. Sosiaalityö tarvitsee sosiaalihuollon kehittämisohjelmaa, jonka kautta sen asemaa ja kehitystä voidaan vahvistaa sotessa.** Sosiaalityötä tulee vahvistaa, sillä sosiaalisten tekijöiden vajeet vaikuttavat merkittävästi ihmisen elämäntilanteeseen ja myös sairastavuuteen. Sosiaaliin olosuhteisiin vaikuttaminen on myös vaikuttavinta terveyden edistämistyötä.
- 10. Sosiaalityötä tulee kohdella yhdenvertaisesti ammattialana, jolloin sen henkilöstövajetta ei tule hoitaa kelpoisuuksia alentuen,** mitä ei tehdä minkään muunkaan ammattiryhmän kohdalla, vaan riittävän koulutusmäärän turvaten. Nykyiset määräraikaiset koulutuksen lisärahoitukset mahdollistavat riittävän tilapäisten sosiaalityöntekijöiden saamisen.

Vanhuspalvelut ovat tehtävälään erityisen vaikeassa tilanteessa ikääntyneiden määrän kasvaessa, vaikka toisaalta yhä suurempi osa ikääntyneistä pärjää omillaan entistä pitempään. Hyvinvointialueet karsivat voimakkaasti ikääntyneiden palveluyksiköitä ja -paikkoja ja siirtävät niitä ns. yhteisöllisen asumisen paikoiksi. Kuitenkin ikääntynyt saa palveluita vasta siinä vaiheessa, kun hän on erittäin heikossa kunnossa, eikä enää pärjää yhteisöllisen palvelun piirissä. *Palvelujen saatavuus ontuu pahasti – palveluita vähennetään samalla, kun palvelutarve kasvaa. Vanhusten palvelut tulee ottaa erityisen kehittämisen kohteeksi, taata riittävästi ympärivuorokautisia hoivapaikkoja ja mahdollistaa arvokas ja kunnioittava huolenpito.*

Arvokkaaseen ja kunnioittavaan huolenpitoon liittyy myös *riittävä henkilöstö*. On paradoksaalista, että *henkilöstömitoitusta päätetään laskea, kun suuri osa yksiköistä on jo saavuttanut tavoitteena olleen mitoituksen*. Huolenpitoa ei ole varaa heikentää. Toisaalta mitoituksen ohella tarvitaan myös yhdessä tekemisen kulttuuria sen sijasta, että ammatillisuuden näkökulmasta rajataan, mitä tehtäviä kukin ammattilainen voi hoitaa. Kaikkien tavoite tulee olla vanhuksen hyvä huolenpito.

Toimia tarvitaan:

- 11. Vanhusten riittävät palvelut tulee ottaa erityisen kehittämisen kohteeksi nykyisen säästöpolitiikan sijasta.** Tarvitaan tarpeen mukainen määrä ympärivuorokautisia hoivapaikkoja sekä arvokkaan ja kunnioittavan huolenpidon turvaaminen.
- 12. Vanhusten huolenpitoa ei varaa heikentää henkilöstömitoituksista tinkimällä.**

Mielenterveyspalvelujen kehittäminen on samoin jäänyt taka-alalle, vaikka *mielenterveysongelmat ovat suurin kansanterveydellinen kysymys*, mm. suurin työkyvyttömyyseläkkeiden syyryhmä. Erityisesti ongelmista kärsivien nuorten ikäryhmien kasvu on huolestuttavaa. Tilanteessa on merkittävä *tilaus ehkäisevälle mielenterveystyölle*, jota tällä hetkellä

tekevät lähinnä järjestöt, mutta niiden rahoitusta leikataan. Merkittävä *tilaus on myös sosiaaliselle mielenterveystyölle*, sillä sosiaaliset tekijät muodostavat keskeisen taustan ja toisaalta myös toipumisen tuen mielenterveydelle. Sosiaalityö tulisi palauttaa takaisin medikalisoituneeseen mielenterveystyöhön.

Kuitenkin keskeisimpänä auttamiskeinona esitetään terapiatakuuta. *Ratkaisuksi on nostettu yksi hoitomuoto tai hoitojen ryhmä, terapia*. Kuitenkin terapeuteista on suuri pula, hoito on usein pitkäkestoista ja kallista sekä useimmiten yhtä henkilöä kerrallaan auttavaa. Mielenterveystyössä on mahdollisuus käyttää monia muita tehokkaita ja toimivia tukimuotoja, joten on vaikea ymmärtää, miksi juuri terapiatakuuta vaaditaan. *Mielenterveysasiakkaita koskee jo hoitotakuu terveydenhuollon piirissä*, siksikin hoitotakuu on tärkeä. Se on myös luottamuksen rakentaja sote-järjestelmään. Mielenterveyspalveluja tulisi laaja-alaisesti kehittää rajautumatta yhteen hoitomuotoon/hoitojen ryhmään/terapiaihin.

Toimia tarvitaan:

13. Mielenterveyspalvelujen kehittämisessä on tarpeen painottaa ennaltaehkäisevää ja sosiaalista mielenterveystyötä. Myös sosiaalityöllä on tärkeä rooli mielenterveystyössä.

14. Mielenterveyspalveluissa on tärkeä kehittää monenlaisia hoito- ja tukimuotoja, ei vain yhtä hoitoryhmää, terapiaa. Terveydenhuollon hoitotakuu kattaisi myös mielenterveyskysymyksissä hoitoon pääsyn.

V. Asiakasmaksut ja hoitotakuu

Monet selvitykset ovat osoittaneet, miten asiakasmaksut ovat Suomessa jo varsin korkeat suhteessa verrokkimaihin ja *miten monilla asiakkailla ei ole varaa hakeutua hoitoon tai ostaa tarvittavia lääkkeitä*. Pulmana on se, että *useat etuuksien leikkaukset ja maksujen korotukset kumuloituvat samoihin ryhmiin, mikä lisää yhteiskuntamme eriarvoisuutta*. Hyvinvointivaltion tulee nimensä mukaisesti kyetä tarjoamaan kansalaisilleen palvelut siten, että jokainen pystyy niitä kohtuudella käyttämään.

Eriarvoisuus eri ryhmien välillä kasvaa asiakasmaksujen korottamisen myötä, sillä julkisiin palveluihin turvautuvat ne, kenellä ei ole työterveyshuoltoa tai yksityistä vakuutusta, useimmiten taloudellisesti heikommassa asemassa olevat pitkäaikaissairaat, työttömät, vammaiset, eläkeläiset.

Merkittävä ongelma järjestelmässämme on monikanavaisuus, jossa sekä työterveys-huolto että yksityiset palvelut hoitavat melko terveitä ihmisiä ja julkiselle jäävät jäännöseränä sairaat, enemmän hoitoa ja monia palveluja eri syistä tarvitsevat. Kysymys kuuluu, *miten meillä on varaa ylläpitää kolmea eri terveyspalvelujärjestelmää, mutta ei varaa hoitaa julkista kaikille kansalaisille tarkoitettua palvelua riittävällä tavalla?*

Tähän liittyy myös hoitotakuun mahdollistuminen ja henkilöstöpula. Usea rinnakkainen järjestelmä vaatii henkilöstönsä ja resurssinsa, jotka eivät aina ole optimaalisessa käytössä. Se näkyy julkisen hoitojonoina, tarpeina hoitotakuulle ja henkilöstöpulana. Lääkäripulaa julkisella kasvattaa myös rahoituksen siirtäminen yksityisiin Kela-korvauksiin.

Ja vielä lopuksi, miksi puhutaan terveystakeskeisesti vain hoitotakuusta, miksi ei nosteta esiin sosiaalityakuuta ja sen hoitamiseen koulutettujen sosiaalityöntekijöiden riittävää määrää?

Toimia tarvitaan:

15. Samanaikaiset etuuksien leikkaukset ja maksujen korotukset kumuloituvat samoihin ryhmiin, mikä kasvattaa väestöryhmien eriarvoisuutta. Asiakasmaksujen korotus vaikuttaa osaltaan tähän kumuloitumiseen, jossa heikommassa asemassa olevia joutuu tilanteeseen, missä palveluihin hakeutumiseen ei ole varaa. Korotukset tulisi perua.

16. Keskeinen rakenteellinen ongelmamme on monikanavainen järjestelmä, jossa julkiset, kaikille kansalaisille tarkoitetut palvelut toteutuvat heikoiten, niihin syntyy jonoja, tarve hoitotakuulle ja henkilöstöpulaa samaan aikaan, kun muissa järjestelmissä hoidetaan terveempiä ihmisiä ilman jonotusta ja ongelmakohtissa asiakkaat lähetetään julkisen hoitoon. Sote-uudistus edellyttää tarpeenmukaisten resurssien kohdentamista julkisiin, kaikille suunnattuihin yhteiskunnallisiin palveluihin.

Rovaniemellä 8.10.2024

Anneli Pohjola

professori (emer.)

anneli.pohjola@ulapland.fi