

SOTE viidelle alueelle – vaikutusten ennakkoarviointi



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (sote-laki) tarkoituksena on uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, tuottamista, hallintoa, suunnittelua, rahoitusta ja valvontaa. Lain keskeisenä tavoitteena on turvata yhdenvertaiset, asiakaslähtöiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveystalvet koko maassa. Lakiluonnoksen mukaan maahan muodostetaan viisi sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymää (sote-alueita), joilla on kattava järjestämisvastuu julkisista sosiaali- ja terveystalvetuista.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on arvioinut sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta sote-järjestämislakiesityksen vaikutukset. Arvioinnin kohteena on parlamentaarisen ohjausryhmän johdolla valmisteltu lakiesitys. Ennakkoarvio on jo kolmas samasta aihepiiristä. Arviointi toteutettiin 13.8–15.9.2014.

THL katsoo, että lakiesitys mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon välttämättömän rakenteellisen uudistamisen ja tavoitteeksi asetetun laaja-alaisen integraation.

Kiitän arvioinnin eri vaiheissa kuultavina olleita asiantuntijoita sekä arvioinnin toteuttanutta THL:n asiantuntijaryhmää.

Helsingissä 15.9.2014

Juhani Eskola, pääjohtaja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamassa vaikutusarvioinnissa lakia tarkastellaan sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannon mukaan kuudesta eri näkökulmasta:

1. palveluverkko ja palvelujen tuotanto sekä palvelujen integraation toteutuminen mallissa;
2. ehdotuksen mukaisen hallinto- ja tuotantorakenteen toimivuus;
3. edellytykset turvata riittävien ja yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, ml. lähipalvelut;
4. vaikutukset valtion ja kuntien talouteen;
5. asiakas- ja potilastietojen rekisterinpito ja tietojen käsittely; sekä
6. palvelujärjestelmän ja -rakenteen ohjattavuus.

Arvioinnissa on myös mahdollisuuksien mukaan tarkasteltu sitä, missä määrin vaikutukset perustuvat ehdotettuun lainsäädäntöön ja missä määrin ne riippuvat sen toimeenpanosta.

Vaikutusarvioinnin tulos ja sen perustelut käsitellään tässä arvioinnissa yllä esitetyn rakenteen mukaisessa järjestyksessä. Tausta-osiossa verrataan Suomen tilannetta muiden maiden uudistuksiin sekä esitellään vaikutusarvioinnin toteutusta ja sote-alueiden nykytilaa. Vaikutusarvioinnin keskeisin tulos esitellään seuraavalla aukeamalla.

Vaikutusarvioinnin tulos pähkinäkuoressa

Palveluverkko, palvelujen tuotanto ja palvelujen integraation toteutuminen

- Uudistus luo edellytyksiä suunnata voimavaroja uudelleen erityistason palveluista perustason palveluihin sekä sovittaa yhteen palveluja.
- Uudistus luo edellytyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon laitospäsitin hallitulle vähentämislle ja tarvittaessa keskittämislle.

Hallinto- ja tuotantorakenteen toimivuus

- Muodostuva hallinto- ja tuotantorakenne on nykyistä selkeämpi, mutta vaatii jatkotyöstämistä.
- Järjestelmän hallintaan ja ohjattavuuteen tulee olennaisesti vaikuttamaan erityisesti tuotantovastuullisten kuntien ja kuntayhtymien määrä.
- Palvelujärjestelmän vinoumia on mahdollista korjata, mikäli tuotantovastuullisia toimijoita syntyy korkeintaan 4–5 kullekin sote-alueelle.

Riittävien ja yhdenvertaisten palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden turvaaminen

- Järjestämisvastuun keskittäminen sote-alueille edistää palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja laatua.
- Uudistus luo edellytyksiä parantaa peruspalvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta sekä mahdollistaa nykyaikaisten tuotantotapojen käytön nykyistä paremmin erityisesti lähipalveluissa.

Valtion ja kuntien talous

- Taloudellisten vaikutusten suuruusluokan arviointiin on esitettävä runsaasti varauksia.
- Suomesta tehtyjen harvojen arviointien perusteella sote-integraatio hidastaa sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannusten kasvuvauhtia maltillisesti, arviolta 0–1 tai 0–2,4 prosenttia.
- Uudistus ei sellaisenaan hillitse kustannusten kasvua, vaan edellyttää päätöksentekijöiltä ja johtajilta kykyä ja taitoa hyödyntää lakiesityksen mukaisen sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiokentteen tarjoamat mahdollisuudet.
- Kustannuskehitykseen vaikuttavat keskeisesti valtakunnalliset poliittiset päätökset kuntien tehtävistä ja sosiaali- ja terveyspalvelujen menokatoista sekä se, miten taloudellisilla kannusteilla hillitään kustannuskehitystä.
- Sote-alueille ehdotettu rahoitusjärjestely parantaa kuntien menojen ennakoitavuutta.

Asiakas- ja potilastietojen rekisterinpito ja tietojen käsittely

- Esitys mahdollistaa sen, että alueille muodostuu yhteen toimiva tietohallinto, mikäli alueet niin päättävät.
- Uudistuksesta seuraa merkittäviä muutoksia tietohallintoon. Aikaa muutosten toteuttamiseen ja niistä aiheutuviin kustannuksiin varautumiseen on vähän.
- Uudistus sisältää tietohallinnon ja -järjestelmien osalta huomattavia mahdollisuuksia mutta myös suuria riskejä, joita huolellinen ennakkosuunnittelu voi lieventää.
- Tiedonhallintaa joudutaan uudistamaan merkittävästi eikä uudistuksen alkuvuosina saada kaikkea arvioinnissa ja seurannassa tarvittavaa tietoa.
- Tietosisältöjen vertailukelpoisuus jää toimeenpanossa huolehdittavaksi ja sisältää riskin yhdenmukaisen kansallisen tiedon menettämisestä.
- Asiakas- ja potilastietojen rekisterinpitovastuun siirtyminen sote-alueille on selvä parannus nykyiseen, mutta jättää vielä yksityiskoh- tia toimeenpanossa ratkottavaksi.

Palvelujärjestelmän ja -rakenteen ohjattavuus

- Uudistus vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista ohjausta.
- Sosiaali- ja terveysministeriöön perustettava kansallinen ohjausyksikkö tarvitsee selvän toimeenpanotehtävän ja toimintamallin, ja toimiva työnjako muiden kansallisten toimijoiden kanssa tulee varmistaa.
- Sosiaali- ja terveysministeriön ja sote-alueen välinen neuvottelumenettely edellyttää tarkentamista kuten myös ministeriön alaisen hallinnon rooli esimerkiksi tietotuotannossa.
- Sote-alueen ja tuotantoalueiden välinen tulosohtausprosessi ja järjestämisspätös vaativat täsmentämistä.

Muuta

- Syntyvä järjestämisrakenne luo edellytyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän uudistamiselle ja asiakkaiden valinnanmahdollisuuksien parantamiselle ajan mittaan.
- Esitys käynnistää jo pitkään odotetun sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusprosessin, joka on kunnianhimoinen laajuudessaan ja joka seuraa kansainvälisiä uudistussuuntia.

TAUSTA

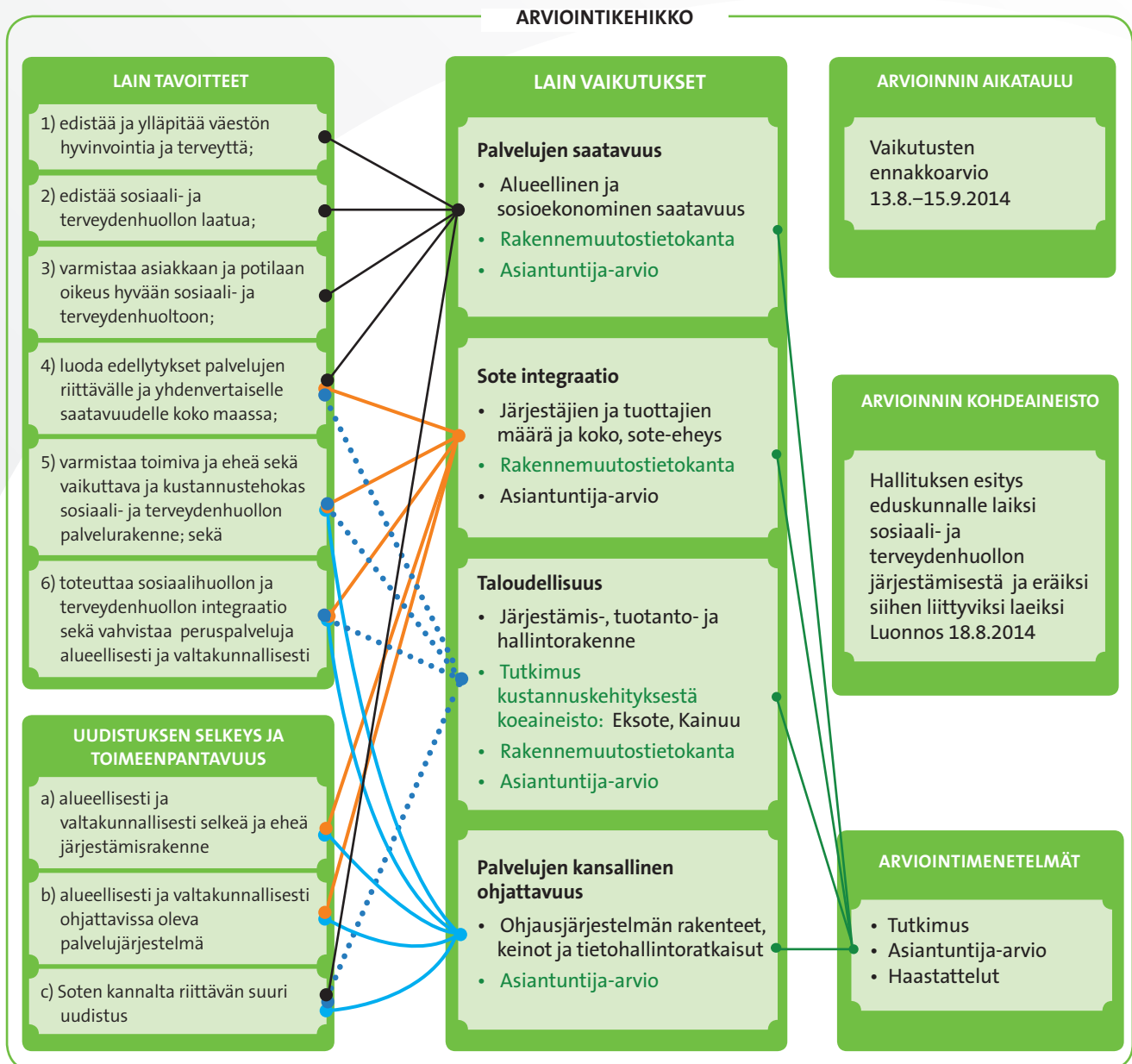
Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden haasteet ja niihin haetut ratkaisut eivät ole ainutlaatuisia, mutta monet ovat toteuttaneet rakenteelliset uudistukset jo aiemmin. OECD on raporteissaan kehottanut Suomea varautumaan muun muassa ikääntymisen mukanaan tuomiin kansantalouden menoihin, eriarvoistumisen lisääntymiseen palvelujen saannissa sekä keskittämään erikoissairaanhoidon päivityksiä. Arvioitu lakiluonnos pyrkii osaltaan vastaamaan talouden haasteisiin kokoamalla Suomen pirstaleiset järjestämis- ja tuotantorakenteet suuremmiksi kokonaisuuksiksi sekä integroimalla sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisvaltaisemmin. Täysin vastaavaa, kerralla toteutettua uudistusta ei ole tehty muissa maissa. Toisaalta muissa maissa ei myöskään ole Suomen kuntapohjaisen järjestelmän kaltaista pirstaleista rakennetta. Useissa OECD-maissa on julkisesti rahoitetun järjestelmän uudistuksilla luotu vastaava kolmiportainen järjestelmä: valtio–alueet–kunnat. Suomen voidaan arvioida olevan muita Pohjoismaita ja useita muita vertailukelpoisia maita jäljessä reformityössään. Suomella on siten erinomaiset mahdollisuudet hyödyntää muiden hyviä ja huonoja kokemuksia.

Rakennettaan jo uudistaneissa maissa painopiste on siirtymässä vähittäisiin uudistuksiin, joissa tärkeintä on yhteistyö eri toimijoiden välillä, asiakaslähtöisyys, toiminnan tulosten mittaaminen sekä selkeä sosiaali- ja terveyspoliittinen näkemys järjestelmän tulevaisuudesta. Laadun seurantaan ja parantamiseen käytetään tällöin suomalaista järjestelmää enemmän keskushallinnon voimavaroja. Kansainvälisessä vertailussa sote-lakiesitys kattaa vielä suhteellisen heikosti asiakaslähtöisyyteen ja valinnanvapauden liittyvät kysymykset.

Tässä arvioinnissa käytetään THL:ssä käyttöönotettua lainsäädännön vaikutusarvioinnin yleistä viitekehystä, jota hyödynnettiin jo maaliskuussa 2014 julkaistussa aiemman järjestämislakiluonnoksen arvioinnissa. Tämänkertaisessa arvioinnissa lakiuudistuksen rakenteelliset ja hallinnolliset vaikutukset painottuvat jonkin verran enemmän, mikä johtuu sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannossa määritellyistä arviointikysymyksistä sekä lain yleisestä luonteesta ja sen jättämästä liikkumavarasta. Käytännössä sääntelyn väljyys voi mm. johtaa huomattaviin alueellisiin eroihin toimeenpanossa, mikä luonnollisesti vaikeuttaa tavoitekohtaista arviointia.

THL:n yleisen viitekehyksen muotoilussa on hyödynnetty kansallisia ja kansainvälisiä vaikutusarvioinnin periaatteita ja oikeusministeriön ohjeistusta. Säädösehdotuksen vaikutuksia arvioidaan tällöin asetettuja tavoitteita kohden keskittyen olennaisiin vaikutuksiin, tavoiteltuihin ja mahdollisiin kielteisiin vaikutuksiin ja taloudellisiin vaikutuksiin. Vaikutuksia jäsenetään myös suorina tai välillisinä vaikutuksina sekä välittömästi että jonkun ajan kuluttua toteutuvina vaikutuksina. Ehdotettuja muutoksia ja niiden vaikutuksia verrataan nykytilaan ja odotettavissa olevaan kehitykseen, jos voimassa olevaa lainsäädäntöä ei muutettaisi.

*Vaikutusten
ennakoarviointi on
osa lainsäädännön
kehittämistyötä.*



Arvioinnissa on hyödynnetty:

- tietoa ja kokemusta sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisista uudistuksista ja kokeiluista
- alueellisten uudistusten ja kokeilujen pohjalta tehtyjä laskelmia uudistusten kustannusvaikutuksista
- mallinnuksia lain pohjalta syntyvistä järjestäjätahoista ja ehdotuksen mukaisen hallintorakenteen toimivuudesta ja kustannuksista
- mallinnuksia lain vaikutuksista asiakas- ja potilastietojen rekisterinpiintoon ja tietojen käsittelyyn
- THL:ssä syntynyttä kokonaisnäkemystä koko maan alueellisista järjestelyistä mm. toistuvien aluekierrosten antaja hyödyntäen
- sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien avainhenkilöiden haastatteluja uudistuksen odotettavissa olevista vaikutuksista ja vaikutusmekanismeista
- kansainvälistä tutkimus- ja seurantatietoa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismalleista ja uudistuksista

THL:ssä sovellettava säädösehdotusten vaikutusten ennakoarvioinnin viitekehys ja -kehikko on kuvattu tarkemmin maaliskuussa 2014 julkaistussa SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi-raportissa (Erhola ym. 2014).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämis- ja tuottamistietoja on kerätty monista eri lähteistä ns. RAMU-järjestämistietokantaan.

Tulevien sote-alueiden oletetaan tässä arvioinnissa noudattavan pääsääntöisesti nykyisten erityisvastuualueiden (ERVA) rajoja:

- Etelä-Suomen sote-alue (HYKS-ERVA)
- Itä-Suomen sote-alue (KYS-ERVA)
- Pohjois-Suomen sote-alue (OYS-ERVA)
- Väli-Suomen sote-alue (TAYS-ERVA)
- Länsi-Suomen sote-alue (TYKS-ERVA)

Itä-Suomi on monien elinoloja kuvaavien osoittimien valossa muita alueita epäedullisemmassa asemassa. Etelä-Suomi erottuu väestörakenteeltaan muista alueista.

Sote-alueiden väestö, palvelujen tarve ja voimavarat

Lakiehdotuksen 10 § mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi muodostetaan viisi sosiaali- ja terveysaluetta (sote-alue), joita ei ole erikseen nimetty. Oletuksena arvioinnissa on, että nykyiset erityisvastuualueet (ERVA) muodostavat pohjan sote-alueille.

Taulukossa 1 sote-alueita kuvataan valikoiduilla hyvinvointia ja väestörakennetta kuvaavilla mittareilla, kukin poimittuna viimeisimmältä tilastovuodelta. Sähköisessä liitteessä (ks. takakansi) kuvataan erojen kehitys aikasarjana vuodesta 2000 lähtien. (www.thl.fi/sotkanet)

Maan eri alueiden välillä on näissä mittareissa melko suuria eroja. Väestörakenteeltaan Etelä-Suomi erottuu selvästi muista: väestörakenne on nuorempi, huoltosuhde edullisempi, koulutustaso korkeampi ja muita kuin Suomen virallisia kieliä äidinkielenään puhuvien osuus selvästi suurempi kuin muilla sote-alueilla. Myös pitkäaikaistyöttömien osuus työvoimasta on Etelä-Suomessa pienempi kuin muilla alueilla ja väestön terveydentila yleisesti ottaen parempi; toisaalta kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuus on melko suuri ja toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneiden osuus on suurempi kuin muilla alueilla.

Alkoholijuomia myydään 15 vuotta täyttäneitä kohti Länsi-Suomessa vähemmän kuin muilla alueilla, ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuus, toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneiden osuus sekä pitkäaikaistyöttömien osuus ovat pieniä. Itä-Suomi on monien elinoloja kuvaavien osoittimien valossa muita alueita epäedullisemmassa asemassa: pitkäaikaistyöttömien osuus on suurin, ja myös kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuus sekä toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneiden osuus on korkea. Väestörakenne on vanhuspainotteinen, ja väestön terveydentila on yleisesti ottaen muiden alueiden tilannetta huonompi, vaikka ikärakenteen erot on otettu huomioon.

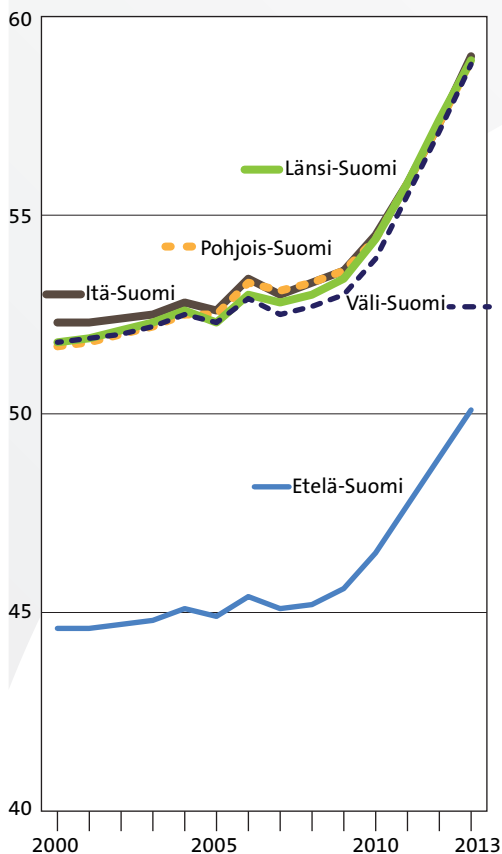
Taulukko 1

	Koko maa	Etelä-Suomi	Itä-Suomi	Pohjois-Suomi	Väli-Suomi	Länsi-Suomi
ELINOLOT						
Pitkäaikaistyöttömät, % työvoimasta (2013)	2,8	2,3	3,6	3,0	3,4	2,5
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 25–64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä (2012)	2,1	2,6	2,3	1,6	1,8	1,5
Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0–17-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä (2012)	1,4	1,5	1,7	1,2	1,3	1,2
TERVEYS						
THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioitu (2010) ¹	100,0	88,5	115,7	114,2	99,1	97,7
ELINTAVAT						
Alkoholijuomien myynti, 100% alkoholia, litraa / 15 vuotta täyttäneet (2013)	9,1	9,1	9,4	9,8	8,9	8,6
VÄESTÖRAKENNE						
75 vuotta täyttäneet, % väestöstä (2013)	8,5	7,0	10,0	8,4	9,3	9,6
Huoltosuhde, demografinen (2013) ²	55,7	50,1	59,0	58,9	58,8	58,9
Muu kuin suomi, ruotsi tai saame äidinkielenä / 1 000 asukasta (2013)	53,0	92,0	25,8	21,3	33,1	46,6
Koulutustasomittain (2012) ³	345,0	378,0	323,0	329,0	329,0	327,0

¹ seitsemän sairausryhmän pohjalta muodostettu summaindeksi, koko maa tuoreimpana ajanjaksona = 100;

² alle 15-vuotiaita ja 65 vuotta täyttäneitä sataa 15–64-vuotiasta kohti;

³ perusasteen jälkeen suoritetun korkeimman koulutuksen keskimääräinen pituus henkeä kohti (vuosia*100)



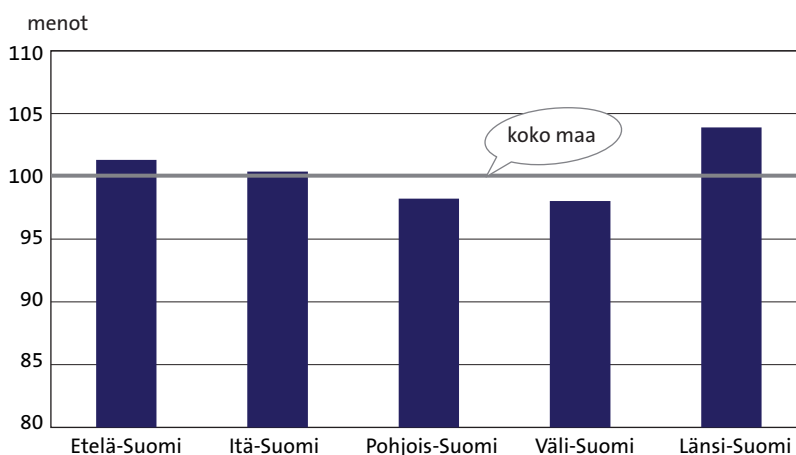
Kuvio 1

Demografinen huoltosuhde: alle 15-vuotiaita ja 65 vuotta täyttäneitä sataa 15–64-vuotiasta kohti

Demografiset trendit ovat varsin selkeitä: huoltosuhde kasvaa, ikärakenne vanhenee, koulutustaso paranee ja muita kuin Suomen virallisia kieliä puhuvien osuus kasvaa. Etelä-Suomi on muita edullisemmassa asemassa.

Palvelujen tarve ja voimavarat ovat epätasapainossa

Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen suhteellinen tarve vaihtelee sote-alueittain melko paljon. Palvelujen tarve on vähäisin Etelä-Suomen sote-alueella, noin 9 prosenttia alle maan keskitason ja korkein Itä-Suomen sote-alueella, noin 10 prosenttia keskimääräistä korkeampi. Ero palvelujen tarpeessa sote-alueiden välillä on lähes 20 prosenttia. Kunnallista sosiaali- ja terveydenhuoltoa ei kuitenkaan resursoida väestön palvelujen tarpeiden mukaan, sillä sote-alueiden välillä on selviä eroja tarvevakioituissa menoissa. Väli-Suomen ja Pohjois-Suomen sote-alueiden tarvevakioidut menot ovat noin 2 prosenttia maan keskitasoa matalammat ja Länsi-Suomen sote-alueen menot ovat noin 4 prosenttia keskitasoa korkeammat. Sote-alueiden välillä tarvevakioitujen menojen ero on noin 6 prosenttia (kuvio 2).



Kuvio 2

Kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut menot sote-alueittain vuonna 2012, koko maa = 100

Sote-alueiden toiminta kattaa kolme neljäsosaa väestön sote-menoista

Sote-alueiden toiminta rahoitetaan kuntien maksamien kapitaatioperusteisten maksujen lisäksi asiakasmaksuilla ja muilla käyttötuotoilla. Valtio osallistuu sote-alueiden rahoitukseen epäsuorasti kuntien valtionosuuksien kautta. Sairausvakuutus korvaa sote-alueiden väestön lääkkeiden, yksityisten terveyspalvelujen käyttöä ja matkakuluja. Työnantajat rahoittavat osan sote-alueen asukkaiden työterveyspalveluista. Kaiken kaikkiaan sote-alueilla käytetään kunnalliseen sosiaali- ja terveystoimeen, sairausvakuutuksen korvaamaan terveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon karkeasti arvioiden 4 600–4 800 euroa asukasta kohti vuodessa (taulukko 2, kuvio 3). Tästä noin 72–74 prosenttia on sote-alueiden toimintaan ohjattavaa kuntien ja valtion rahoitusta.

Taulukko 2

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon, sairausvakuutuksen korvaaman terveydenhoidon ja työterveyshuollon menot sote-alueittain karkeasti arvioituna vuoden 2012 tiedoilla, euroa per asukas

Sote-alue	Kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto			Sairausvakuutuksen korvaama terveydenhoito*			Työterveyshuolto**			YHTEENSÄ
	Kunta ja valtio	Muut***	Yhteensä	Kela	Omvastuut	Yhteensä	Kela	Työnantajat	Yhteensä	
Etelä-Suomi	3 381	503	3 884	317	256	573	68	93	160	4 617
Itä-Suomi	3 559	559	4 118	383	207	590	50	59	109	4 817
Pohjois-Suomi	3 537	622	4 159	369	188	556	53	65	119	4 834
Väli-Suomi	3 413	509	3 922	351	219	569	56	69	125	4 616
Länsi-Suomi	3 436	619	4 055	349	243	591	55	68	122	4 768
KOKO MAA	3 419	544	3 962	343	228	571	58	75	133	4 667

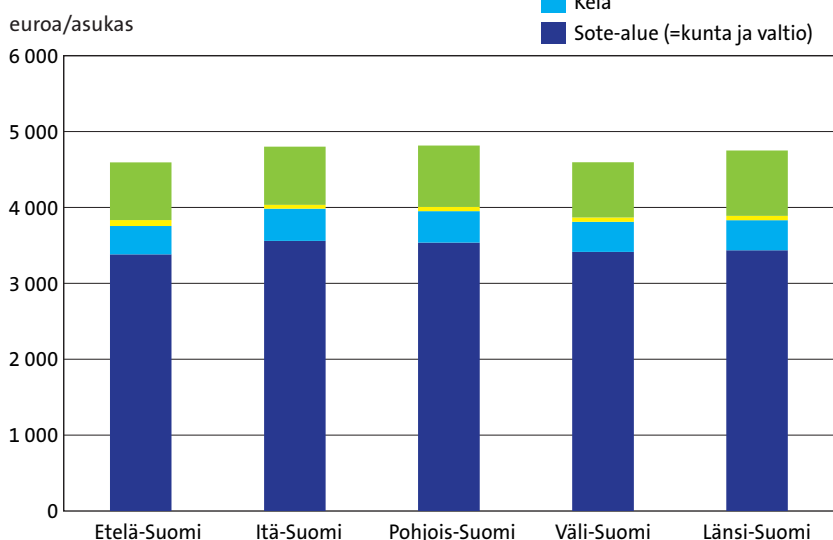
* Lääkkeet, lääkärinpalkkiot, hammashoito, tutkimus ja hoito, matkat

** Vuoden 2009 tiedot muunnettuna vuoden 2012 hintatasoon

*** Asiakasmaksut ja muut käyttötuotot

Kuvio 3

Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisrahoitus sote-alueittain karkeasti arvioituna vuoden 2012 tiedoilla, euroa per asukas



* Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut ja muut käyttötuotot, lääkkeiden, matkakulujen ja yksityisen terveydenhuollon omavastuut

Sote-alueista päätettäessä tulee pohtia onko nykyinen erä-aluejako paras pohja muodostuville sote-alueille.

1 Palveluverkko ja palvelutuotanto ml. lähipalvelut sekä intergraation toteutuminen

Etelä-Suomen sote-alueella asukkaita on lähes kaksi miljoonaa, Väli-Suomen sote-alueella runsas miljoona, muilla alueilla alle miljoonan, Itä-Suomen alueen ollessa pienin hieman alle 700 000 väestöpohjalla (taulukko 3). Maantieteellisesti laajin on Pohjois-Suomen sote-alue, joka kattaa lähes puolet (47 %) Suomen pinta-alasta, mutta jolla on väestöä alueista toiseksi vähiten, hieman yli 700 000. Rannikkoseuduilla sijaitsevat Etelä- ja Länsi-Suomen sote-alueet muodostuvat nauhamaisena sijaitsevista sairaanhoitopiireistä. Luontevat kulkuyhteydet etäisimmästä kunnasta yliopistolliseen sairaalaan puuttuvat erityisesti Länsi-Suomen sote-alueella.

Uudistuksen yhteydessä sairaaloiden voimavaroja voidaan suunnata tarpeen mukaisesti avopalvelujen tehostamiseen.

Uudistus tarjoaa mahdollisuuden sosiaalipalvelujen saatavuuden ja laadun parantamiseen.

Nykyiset kaksikymmentä sairaanhoitopiiriä sijoittuvat melko tasaisesti sote-alueille; Pohjois-Suomen ja Etelä-Suomen sote-alueilla on viisi, Väli-Suomen alueella neljä ja Etelä-Suomen ja Länsi-Suomen alueilla on kolme sairaanhoitopiiriä. Etelä-Suomen sote-alueella kuntia on 39, muilla alueilla kuntien määrä vaihtelee 62:sta 68:aan.

Yhteistyöalueiden (kuntayhtymät ja isäntä- tai vastuukuntamalleilla toimivat yhteistoiminta-alueet) osuus sote-järjestäjistä on pienin Etelä-Suomen sote-alueella (18 %) ja Pohjois-Suomen sote-alueella (29 %). Isäntäkuntamallilla toimivia sote-järjestäjiä on eniten Väli-Suomen sote-alueella.

Puolet sote-järjestäjistä palvelee alle 20 000 asukkaan aluetta. Suurin osa niistä on väestöltään pieniä, itsenäisesti palvelunsa tuottavia kuntia; näiden osuus on suurin Pohjois-Suomen sote-alueella (74 %).

Sairaanhoidon palveluja tuottaa Suomessa yli sata erikoislääkärijohtoista sairaalaa (ks. karttaa s. 10). Muilla kuin Etelä-Suomen alueella erikoislääkärijohtoisia sairaaloita on 13–19 sote-aluetta kohti. Mukana ovat keskus-sairaalat, psykiatriset sairaalat sekä erikoislääkärijohtoiset terveyskeskus-sairaalat. Maantieteellisesti erillään olevia ja/tai eri kunnissa sijaitsevia erikoislääkärijohtoisia sairaaloita on selvästi eniten Etelä-Suomen-alueella (lähes 40). Yleislääkärijohtoisia terveyskeskussairaloita tai -vuodeosastoja on noin 240, eniten Itä-Suomen sote-alueella. Asukkaita Itä-Suomen sote-alueella on yhtä terveyskeskussairaala kohden runsaat 13 000 (tk-sairaloita yli 60).







Sellaisia terveysasemia, joissa on ainakin joinakin päivinä viikossa lääkärin vastaanottoa, on Suomessa noin 570 (runsat sata jokaisella erityisvastuualueella). Asiaa selvitettiin keväällä 2013 terveyskeskuksiin suunnatulla kyselyllä¹. Väestöön suhteutettuna lääkärinvastaanoton palveluverkko on tiheintä Länsi- ja Pohjois-Suomen sote-alueilla (noin 7 000 asukasta terveysasemaa kohden).

Sosiaalipalveluja tuottavat Suomessa kaikki kunnat joko itsenäisesti tai yhteistyössä muiden kanssa. Palveluverkko on hajanainen ja palvelujen saatavuus vaihtelee kuntien suurista kokoeroista johtuen. Pienten kuntien sosiaalitoimen ongelmana on osaamisen ja sosiaalityöntekijöiden puute, varsinkin sellaisilla sosiaalitoimen alueilla, joilla tarvitaan erityisosaaamista (esim. lastensuojelu). Viimeisimmän tilastotiedon mukaan (2007) Pohjois-Suomessa, jossa on suhteellisesti eniten väestöpohjaltaan pieniä kuntia, oli vähiten sosiaalityöntekijöitä, 6 työntekijää 1 000 asukasta kohden. Eniten sosiaalityöntekijöitä oli Etelä-Suomen alueella, 9 työntekijää 1 000 asukasta kohden. Suomessa ei toistaiseksi ole pystytty ratkaisemaan jo kroonistunutta sosiaalityöntekijäpulaa, joka tulee lähivuosina vain pahenemaan eläköitymisen myötä.

¹ Rintanen, Hannu; Puromäki, Henna; Heinämäki, Liisa; Terveystieteiden tutkimuskeskuksen avosairaanhoidon järjestelyt Suomessa - Kysely terveyskeskuksille keväällä 2013. Työpäpaperi: 2014_018. THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-216-4>

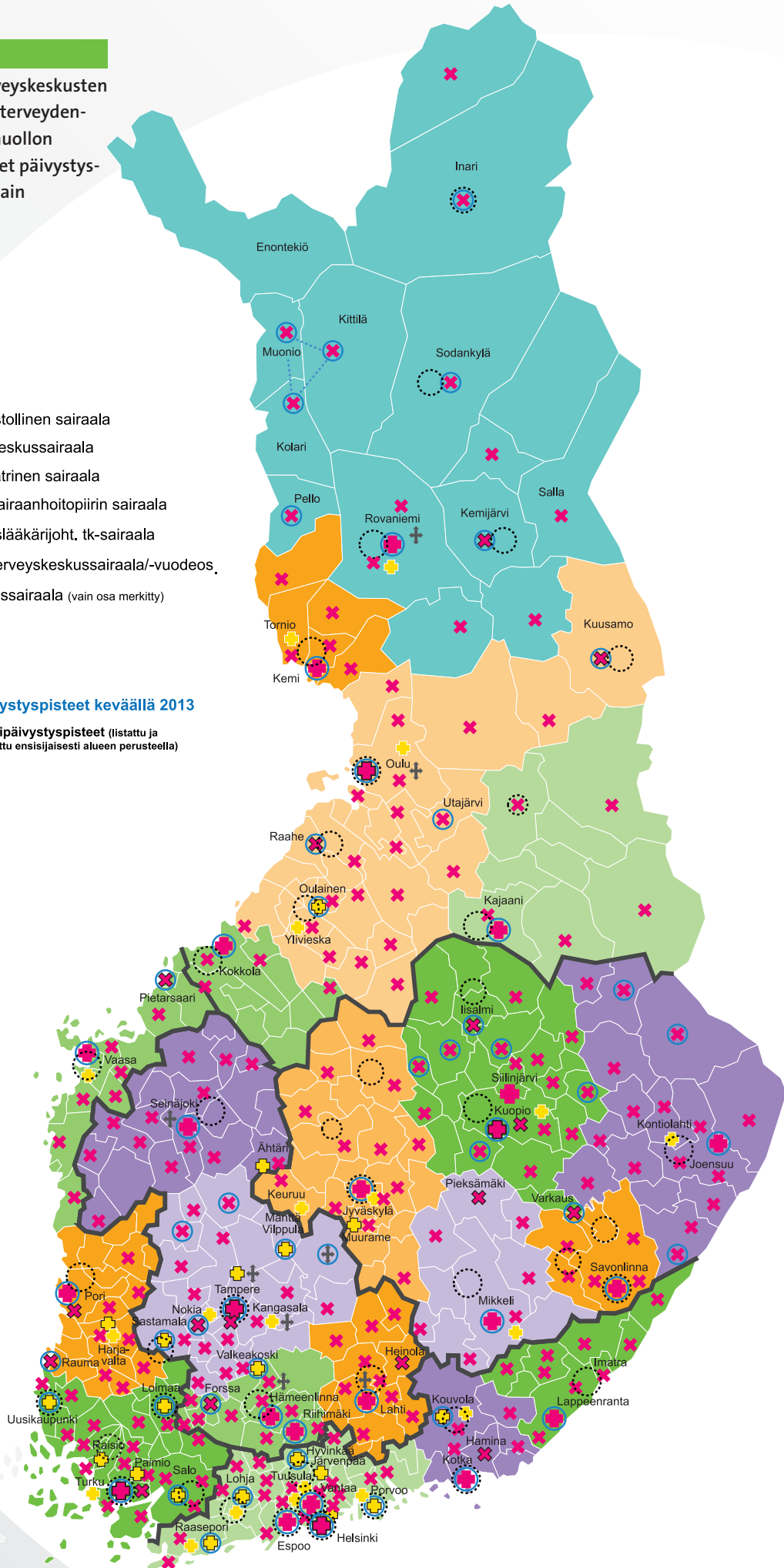
Sote-kartta

Sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastot sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ympärivuorokautiset päivystyspisteet sote-alueittain

-  Yliopistollinen sairaala
-  Muu keskussairaala
-  Psykiatrinen sairaala
-  Muu sairaanhoitopiirin sairaala
-  Erikoislääkärijoht. tk-sairaala
-  Muu terveyskeskussairaala/-vuodeos.
-  Yksityissairaala (vain osa merkitty)

 **Yöpäivystyspisteet keväällä 2013**

-  **Sosiaalipäivystyspisteet** (listattu ja paikannettu ensisijaisesti alueen perusteella)



Tavoitteena on, että yksi, tehokkaasti johdettu taho vastaa palveluista ja budjetista.

Oheiseen karttaan on merkitty sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastojen lisäksi sekä terveydenhuollon että sosiaalitoimen virka-ajan ulkopuoliset päivystyspisteet. Terveydenhuollon ympärivuorokautisia päivystyspisteitä on tällä hetkellä noin kuusikymmentä. Erityisvastuualueittain niiden määrät vaihtelevat 10 ja 14 välillä². Karttatarkastelussa huomio kiinnittyy erityisesti Tampereen ja Helsingin välisen moottoritien varteen syntyneeseen yöpäivystyspisteiden ketjuun. Päivystysjärjestelyt tulevat olennaisesti määrittämään miten palvelujärjestelmää kehitetään.

Sosiaalipäivystyspisteet on listattu ja paikannettu karttaan ensisijaisesti alueen perusteella. Järjestelyistä on melko ongelmallista saada täysin kattavaa ja luotettavaa tietoa, koska sosiaalipäivystyspalvelut on tuotettu hyvin moninaisesti eivätkä ne yleensä noudata terveydenhuollon palvelujen järjestämistapoja tai rajoja.

Sosiaalipäivystys toimii virka-aikaan suuremmissa kunnissa yleensä jossakin kunnan sosiaalitoimen toimipisteessä. Ilta-, yö- ja viikonloppupäivystys on usein järjestetty usean kunnan tai eri yhteistoiminta-alueiden yhteisenä toimintana. Fyysisesti sosiaalipäivystys voi olla poliisilaitoksella tai esimerkiksi turvakodeissa. Monessa kunnassa sosiaalipäivystys on virka-ajan ulkopuolella hoidettu siten, että nettisivuilla kehoitetaan ottamaan yhteyttä 112:een. Useassa kunnassa ei ole mainittu erillistä käyntiosoitetta.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio on toteutunut huonoiten pienen väestöpohjan kunnissa, joille siitä voisi olla eniten hyötyä. Lakiehdotuksen tavoitteena on mahdollisimman laaja sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio, joka suunnitellaan yhdessä ja varmistetaan järjestämissä päätöksessä sekä sote-alueen että tuottajien välisissä tulossopimuksissa.

Yhteistoiminta-alueilla ja kuntayhtymissä, jotka on perustettu perusterveydenhuollon järjestämiseksi, sosiaalipalvelujen järjestämistavat ja laajuus vaihtelevat paljon. Nykytilan kuvaaminen selkeästi tai yksinkertaisesti ryhmiteltynä on ongelmallista. Terveydenhuoltonsa itse järjestävissä kunnissa sosiaalitoimi ja perusterveydenhuolto toimivat kaikissa (yhtä kuntaa lukuun ottamatta) yhdessä. Yhteensä noin 92 prosenttia Manner-Suomen väestöstä asuu kunnissa, joissa sosiaali- ja terveystoimen integraatio on toteutettu laajasti kuntatasolla (taulukko 3). Kunnat, joissa sosiaali- ja terveyspalvelut toimivat edelleen erillään, ovat keskikooltaan pieniä, noin 6 300 asukkaan kuntia. Yhteistoiminta-alueille asetetut tavoitteet (mm. Paras-puitelaki) perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvien sosiaalipalvelujen järjestämisestä eheänä kokonaisuutena ovat toteutuneet huonoimmin pienissä kunnissa.

Joillakin alueilla, kuten esimerkiksi Etelä-Karjalassa ja Kainuussa, on terveydenhuollon (perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon) sekä sosiaalitoimen integraatio toteutettu laajasti.

Lakiehdotuksen mukaan järjestämissä päätöksessä on määriteltävä miten sosiaali- ja terveyspalvelut toteutetaan tavalla, joka turvaa asiakkaan palvelukokonaisuuden yhteen sovittamisen, integraation. Erityisesti tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien tulee huolehtia palvelujen integraatiosta ja palvelujen toteuttamisesta lähellä asiakasta. Tämä on

² THL on koonnut sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisen ja tuottamistietoja monista eri lähteistä ns. RAMU-järjestämistietokantaan.

Päivystystietojen perustana on THL:ssä vuonna 2011 tehty kokonaisselvitys päivystyspalvelujen tilasta (<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085348>). Tietoja on päivitetty, ensisijaisesti nettitietojen avulla vuonna 2013 ja myös tätä arviointia varten kesällä 2014.

Taulukko 3

Sosiaali- ja terveystoimen integraation toteutuminen sote-alueittain, nykytilan kuvaus

Sote-alueet	Kunnat sote-alueella	Terveystoimen itse järjestävät kunnat	Yhteistoiminta-alueiden (yht 62) jäsenkunnat			Väestö	
			Sosiaali- ja terveyspalvelut yhdistetty	Sosiaali- ja terveyspalvelut yhdistetty *	Sosiaali- ja terveyspalvelut erillään **	Kaikki kunnat	Sosiaali- ja terveyspalvelut yhdistetty
Etelä-Suomi	39	23	14	2	1 887 566	1 869 253	
Itä-Suomi	68	14	28	26	817 166	691 806	
Pohjois-Suomi	68	27	37	4	741 135	734 769	
Väli-Suomi	67	14 ***	34	19	1 109 280	927 363	
Länsi-Suomi	62	11	31	20	867 457	744 843	
YHTEENSÄ	304	89	144	71	5 422 604	4 968 034	

* kaikki sosiaalipalvelut tai ilman päivähoitoa

** joitakin yksittäisiä sosiaalipalveluja voi olla yhdistetty

*** yhdessä kunnassa merkittävä osa sosiaalipalveluja on kunnan toimintaa, loput yksityisen yrityksen tuottamaa

Suuri väestöpohja mahdollistaa monipuoliset palvelut ja varmistaa lähipalvelujen saatavuuden.

Lähipalvelujen toteuttamisessa tarvitaan tiivistä yhteistyötä kuntien muiden palvelujen kanssa.

merkityksellistä erityisesti paljon ja usein palveluja tarvitseville. Sen sijaan harvoin tai kerran elämässä tarvittavia erikoispalveluja voidaan ja tulee keskittää erityisesti, jos se parantaa palvelujen saatavuutta, kustannustehokkuutta tai laatua.

Lähipalvelujen saatavuuden ja osaamisen varmistaminen voi edellyttää niiden organisoimista nykyistä merkittävästi laajemmilla väestöpohjilla. Tämä koskee erityisesti aikuissosiaalityötä, lastensuojelua, vammaispalveluja sekä mielenterveys- ja päihdepalveluja. Juuri julkaistussa tutkimuksessa³ on osoitettu, että mielenterveys- ja päihdepalvelujen monipuolisuus ja osaaminen varmistuu, kun alueen väestömäärä on vähintään yli 150 000 asukasta. Asiakkaiden palvelujen yhteensovittaminen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon työnjaon tarkentamista toimivien palveluketjujen muodostamiseksi. Palveluketjuissa varmistetaan ennaltaehkäisevä työ, varhainen puuttuminen sekä erikoistuminen palveluihin, joita ei kannata tuottaa pienelle väestöpohjalle. Järjestämis- ja tuottamisrakenteen laajentuessa voidaan olettaa myös palvelujen sisältöjen yhdenmuukaistuvan ja saatavuuden varmistuvan.

Palvelujen yhteensovittaminen edellyttää myös hyvää yhteistyötä kuntien tuottamien muiden palvelujen kanssa. Esimerkiksi lasten, nuorten ja perheiden palveluissa keskeiset yhteistyötahot ovat kasvatusta, opetusta ja nuorisopalveluita sekä kolmas sektori, lisäksi opiskeluhoito järjestetään koulun ja sote-palvelujen yhteistyönä. Lisäksi sosiaalipuolella tulee olla toimiva yhteys muun muassa työvoimapolkuun. Palveluiden tarpeessa oleville vanhuksille lähipalvelu tarkoittaa kaupungeissa kävelyetäisyyttä ja erityisesti maaseudulla aiempaa tehokkaampia liikkuvia palveluja, muuten on uhkana, että vanhuksat joutuvat palveluja saadakseen muuttamaan taajamaan. Oikeanlaisen palvelukapasiteetin ja esteettömän liikkumisen varmistaminen erityisesti ikääntyneille ja liikuntaesteisille edellyttää yhteistyötä kunnan muiden palvelujen kanssa. Esimerkiksi joukkoliikenteen esteettömyys ja saavutettavuus tulee saada tukemaan yksittäisten henkilöiden toimintakykyä, osallisuutta ja hyvinvointia.

3 LINKKI: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014090138960>

Ammattilaisten joustavia työaikajärjestelyjä tulee lisätä erityisesti lääkäreiden osalta.

Tällä hetkellä sairaalaverkko on tarpeettoman tiheä eivätkä nykyinen palvelukoneisto ja laitteisto ole optimaalisessa käytössä. Huomiota tulee kiinnittää joustavien työaikojen lisäämiseen ja toimenkuvien laaja-alaimistamiseen myös muiden kuin hoitohenkilöstön parissa. Lääkäreiden joustava työaika lisäisi huomattavasti olemassa olevan teknisen ja muun kapasiteetin käyttöä ja mahdollistaisi sairaalaverkon merkittävän harventamisen.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäjinä sote-alue, palvelujen tuottajat ja kunnat

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on jatkossakin kunnan tehtävä. Sen perustana on hyvinvointikertomus, joka tehdään valtuustokausittain. Kunnan tulee seurata asukkaiden elinoloja, hyvinvointia ja terveyttä alueittain ja väestöryhmittäin ja raportoitava siitä valtuustolle vuosittain. Lain seurauksena kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijuus siirtyy kunnasta sote-alueelle ja tuottajaorganisaatioille, mikä on kunnille uusi tilanne.

Sote-alue ja tuottamisvastuussa olevat kunnat ja kuntayhtymät tekevät hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä omassa toiminnassaan ja antamalla asiantuntemusta kunnille. Asiantuntemuksen luonnetta tai tehtäviä, joihin se liittyy, ei ole tarkemmin määritetty. Näillä kaikilla toimijoilla on oma tärkeä tehtävänsä, ja ilman tiivistä yhteistyötä ja yhteisiä tavoitteita ei väestön hyvinvointia ja terveyttä ole mahdollista edistää eikä ylläpitää hyvällä tasolla.

Asukkaiden ottaminen mukaan palvelujen suunnitteluun ja arviointiin antaa uuden mahdollisuuden kääntää palvelujen tuottamisnäkökulma asiakasnäkökulmaksi.

Lakiehdotuksessa edellytetään, että sote-alue ja tuotannosta vastaavat keräävät eri tavoin asukkaiden näkemyksiä hyvinvoinnin ja terveyden tilasta, sote-palvelujen laadusta ja toimivuudesta. Lisäksi palvelujen käyttäjiä tulisi ottaa mukaan palvelujen kehittämiseen ja heitä tulisi kannustaa aloitteellisuuteen. Asiakkaiden näkemykset on otettava huomioon sekä sote-alueen järjestämispäätöksessä että tuotannosta vastaavien vuotuisissa suunnitelmissa.

Asukkaiden osallisuuden vahvistaminen päätöksenteossa ja suunnittelussa on tärkeä osa tavoiteltaessa yhdenvertaisia ja asiakaslähtöisiä palveluita. Korostamalla erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien osallisuutta voidaan saavuttaa tavoitetta hyvinvoinnin ja terveyden eriarvoisuuden vähentämisestä sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Arvioinnin tausta-aineisto löytyy verkosta ks. takasivu.

Osana vaikutusten ennakoarviointia THL:n asiantuntijat haastattelivat 15 palvelujärjestelmässä toimivaa johtajaa⁴, jotka kaikki olivat mukana pohtimassa lakiesityksen myötä sote-alueellaan uudistuvia järjestämisen ja tuottamisen rakenteita. Haastattelut toteutettiin lakiehdotuksen julkistamisen (18.8.2014) jälkeen välillä 19.8.–1.9. Haastateltavilla oli käytössään lakiehdotuksen luonnosversio noin viikkoa ennen haastattelua.

Haastattelujen antia on hyödynnetty arvioinnin kaikissa osioissa.

Sote-johtajien näkemyksiä lakiehdotuksesta

Keskeinen viesti haastatteluissa oli, että perusrakenne ja tavoitteet ovat lakiehdotuksessa kohdallaan. Esitystä tulee viedä eteenpäin, kunhan tärkeimmät tulkinnanvaraiset kohdat täsmennetään. Ajatusta, että lakiehdotuksen hyväksyminen siirtyisi tai se joutuisi uuteen valmisteluun, pidettiin mahdottomana, koska nykyiset palvelujen järjestäjät tarvitsevat viipymättä linjaukset järjestelmien uudistamiseksi. Lakiehdotuksen suurimpana puutteena pidettiin sitä, että suunnitelmat monikanavahoituksen uudistamiseksi ovat vasta valmisteluvaiheessa, mutta sitä ei pidetty esteenä lakiehdotuksen toteuttamiselle. Kaikissa haastatteluissa nostettiin käytännön hankaluutena esille erittäin kiireinen aikataulu ja siitä johtuvana uhkana, ettei uudistuvien rakenteiden pohtimiseen ole riittävästi aikaa. Käytännön ehdotuksena keskusteluissa nostettiin esille, että uusiutuville rakenteille tulisi alueilla muodostaa prosessitavoitteet, joiden asteittainen saavuttaminen kirjattaisiin järjestämispäätökseen ja joita seurattaisiin vuosittain seuraavan neljän vuoden jaksona.

Haastateltujen käytännön toimijoiden mielestä lakiehdotus mahdollistaa oikeansuuntaisen rakenteellisen muutoksen

Edellyttää

- lain täsmentämistä, jotta sen tulkinnanvaraisuus vähenisi ja syntyisi yhtenäinen rakenne
- integraatiovelvollisuuden korostamista sekä järjestämisessä että tuotannossa
- ymmärtämistä, että muutos on prosessi ja tavoitteisiin edetään asteittain
- vahvaa, osaavaa johtamista sote-alueella ja toimivia seurantajärjestelmiä
- vahvoja tuotantoalueita, joilla on intressi ja velvollisuus tehdä päätöksiä alueen talouden ja väestön tarpeiden (mm. palvelujen tasavertaisen saatavuuden) näkökulmasta
- uudenlaista johtamista ja ammattilaisten sitoutumista uudistamiseen tuotantoalueilla
- että nykyiset rakenteet (kiinteistöt mm.) eivät kahlitse uudistumista
- toimivaa kuntayhteyttä (rahoitus ja horisontaalinen yhteistyö)

Mahdollistaa

- palvelujen rationalisoinnin – päällekkäisyydet, sekavat organisaatiot ja ”löysät” pois
- palvelurakenteen muuttamisen tarpeita vastaavaksi (laitoshoito, kotihoito, kuntoutus, erikoissairaanhoidon työnjako ja keskittäminen, päivystys mm.)
- kustannusten kasvun hillitsemisen.

4 Honga Göran, sairaanhoitopiirin johtaja, Vaasan sairaanhoitopiiri; Ikonen Anna-Kaisa, pormestari, Tampereen kaupunki; Jolkkonen Juha, osastopäällikkö, sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut, Helsingin kaupunki; Kekkonen Raimo, sairaanhoitoalueen johtaja, Lohjan sairaanhoitoalue; Kinnunen Juha, sairaanhoitopiirin johtaja, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri; Kirmanen Tiina, toimialajohtaja, hyvinvointipalvelut, Imatran kaupunki; Kuosmanen Pekka, tuotantojohtaja, Joensuun kaupunki; Kärnä Mikko, kunnanjohtaja, Enontekiön kunta; Lehtonen Olli-Pekka, sairaanhoitopiirin johtaja, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri; Leskinen Hannu, sairaanhoitopiirin johtaja, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri; Nieminen Markku S., toimialajohtaja, sydän- ja keuhkokeskus, HUS; Nummi Jouni, kuntayhtymän johtaja, Eskoon sosiaalipalvelujen kuntayhtymä; Pääkkönen Tuomo, lääkintöneuvos; Sutinen Pia, osastopäällikkö, perhe- ja sosiaalipalvelut, Helsingin kaupunki; Ylitähti-Katajisto Kirsti, hyvinvointijohtaja, Oulun kaupunki

2 Hallinto- ja tuotantorakenteen toimivuus

Ehdotuksen vaikutuksesta voi muodostua kolmenlaisia kuntayhtymiä: sote-kuntayhtymiä, tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä ja omaisuus kuntayhtymiä.

Esityksen mukaan muodostetaan viisi sote-alueen kuntayhtymää, joilla on järjestämisvastuu sosiaali- ja terveyspalveluista. Palvelujen tuottamisesta vastaavat ne lain 14 §:ssä asetetut tuottamisvastuun edellytykset täyttävät kunnat ja kuntayhtymät, joille tuottamisvastuu osoitetaan sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksessä. Tuottamisvastuu kattaa kaikki sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tehtävät ja palvelut pois lukien kattava ympärivuorokautinen päivystys, jonka tuottamisvastuun sote-alue voi kohdistaa vain joillekin alueen kunnista tai kuntayhtymistä. Poikkeuksena pääsäännöstä sote-alue voi päättää rajoitetun tuottamisvastuun antamisesta niin sanotulle teemalliselle kuntayhtymälle, jos tälle on asiakkaiden tarpeista tai palvelujen tuottamisesta johtuva erityinen syy. Järjestämispäätöksessä voidaan myös määrätä, että sote-alueella on tuottamisvastuu päätöksessä erikseen määritellyistä tukipalveluista. Lisäksi sote-alue voi ottaa tuottamisvastuun sellaisista sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä ja palveluista, joiden toteuttaminen ei ole osoittautunut mahdolliseksi muulla tavoin.

Lain perusteella syntyvien hallinnollisten organisaatioiden täsmällistä määrää on vaikea arvioida ennalta.

Jos nykyisen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän jäsenkunnat eivät toisin sovi, sen kiinteistöjen, rakennusten ja niihin liittyvän muun omaisuuden omistus ja hallinnointi jää kyseisen kuntayhtymän tehtäväksi. Ehdotuksen vaikutuksesta muodostuu kolmenlaisia kuntayhtymiä: sote-kuntayhtymiä, joihin kaikki alueen kunnat kuuluvat, sekä tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä ja omaisuus kuntayhtymiä. Eri kuntayhtymien jäsenpohjat voivat olla erilaisia.

Ehdotuksen vaikutuksesta sekä järjestämisvastuussa että tuottamisvastuussa olevien tahojen määrän voidaan arvioida vähenevän olennaisesti. Lain perusteella syntyvien erilaisten hallinnollisten organisaatioiden täsmällistä määrää on kuitenkin vaikea arvioida ennalta, sillä laki jättää tässä liikkumavaraa. Tuottamisvastuun edellytykset ja laajuus on määritelty lain 14 §:ssä siten, että säännös ohjaa verraten vahvojen ja harvalukuisien organisaatioiden muodostumiseen, vaikka se ei olekaan sisällöltään täysin yksiselitteinen. Tuottamisvastuullisten toimijoiden määrä riippuu alueellisista ratkaisuista ja siitä, missä määrin sote-alueilla perustetaan ehdotuksen mahdollistamia teemallisia kuntayhtymiä, jotka on kuitenkin tarkoitettu poikkeuksiksi. Hallinto-organisaatioiden määrää saattaa lisätä omaisuus kuntayhtymien muodostuminen. Niiden määrää on vaikea arvioida ennalta, sillä se riippuu alueelle muodostettavasta tuotantorakenteesta ja siihen liittyvistä omaisuusjärjestelyistä. Toimeenpano ratkaisee myös sen, kuinka paljon erilaisia tuottajayksiköitä, tukipalveluja ja varsinaisia sote-palveluja sijoitetaan sote-alueiden tuotannoksi.

Toimijoiden määrän väheneminen luo nykyiseen verrattuna paremmat mahdollisuudet järjestelmän hallintaan ja ohjaamiseen.

Mitä enemmän erilaisia tuottamisvastuullisia organisaatioita alueilla perustetaan, sitä vaikeammin hallittavaksi ja ohjattavaksi palvelujen tuotantorakenne muodostuu. Järjestämisvastuun ja tuottamisvastuun eriyttäminen ei ole laissa yksiselitteistä. Laki ei suoraan määritä, mitkä hallinnolliset tehtävät ja vastuut eri tilanteissa kuuluvat sote-alueelle ja mitkä tuottamisvastuulliselle taholle. Järjestäjälle on laissa tietoisesti

annettu mahdollisuus ottaa tuottamisvastuuta. Lisäksi järjestämis- ja tuottamisvastuun erottelu on tehty niin yleisellä tasolla, että käytännössä tuottajan tehtäväksi voi jäädä järjestämisluontoisia tehtäviä. Tämä vaikuttaa hallinto- ja tuotantorakenteen toimivuuteen ja ohjattavuuteen ja saattaa aiheuttaa päällekkäisyyksiä toiminnassa ja ristiriitoja toimivallan ja vastuun jaossa. Järjestämispäätöksen merkitys on tässä olennainen. Sääntelyn väljyys voi johtaa huomattaviin alueellisiin eroihin lain toteutuksessa.

Lain toimeenpano edellyttää lukuisia hallinnollisia toimia ja uudelleenjärjestelyjä.

Lain edellyttämiä uudelleenjärjestelyjä ovat muun muassa useiden olemassa olevien kuntayhtymien purkaminen tai niiden tehtävän, toimialan ja organisaation muuttaminen, uusien kuntayhtymien perustaminen, henkilöstön aseman järjestäminen, omaisuusjärjestelyt sekä uusien johtamis- ja toimintamenetelmien kehittäminen. Toimeenpanovaiheen aikataulu on tähän nähden huomattavan tiukka. Kaikkia suunniteltuja ja tarvittavia toimia tuskin saadaan tehdyksi ehdotuksessa asetetussa aikataulussa, vaan lain toimeenpano ja esimerkiksi tarkoituksenmukaisen tuotantorakenteen muodostaminen jatkuu pitempään. Lain tavoitteiden saavuttaminen saattaa vaarantua, ellei jo toimeenpanovaiheen alussa aseteta selviä tavoitteita, joita kohti edetään. Toimeenpanon valtakunnallinen ohjaus ja tuki on tavoitteiden saavuttamisen kannalta ensiarvoisen tärkeää.

Järjestämislakiluonnoksen voidaan katsoa parantavan valtionhallinnon ohjausmahdollisuuksia luomalla ohjaukseen uusia institutionaalisia rakenteita ja välineitä.

Myös järjestämisvastuussa olevien tahojen määrän vähenemisen voidaan arvioida tehostavan ohjausta. Ohjaaminen tapahtuu informaatio-ohjauksen keinoin, mutta perustuu merkittävästi lisääntyvään ja aiempaa järjestelmällisempään yhteistoimintaan palvelujärjestelmän kanssa. Järjestelmällisen ja aktiivisen seurantamenettelyn luominen esimerkiksi omavalvontaohjelmien yhteyteen tätä varten on erittäin tärkeää.

Sote-alueiden ohjauksen keskeiset välineet ovat joka neljäs vuosi tehtävä järjestämispäätös ja vuosittaiset tulossopimukset. Ehdotus ei määrittele kovin tarkasti ohjausvälineiden yksityiskohtia, vaan jättää paljon muodostuvien käytäntöjen varaan. Ohjauksen tehokkuutta saattaa käytännössä heikentää tilaajan ja tuottajan roolien eriytyminen sekä paikallispoliittiset ja historialliset syyt. Palveluntuottajilla on edelleen keskeinen rooli erityisesti asiakaslähtöistä integraatiota ja kustannustehokkuuden parantamista koskevissa järjestelyissä. Toimeenpanossa tulisi kiinnittää erityistä huomiota käytännön toimintamallien luomiseen sote-alueiden ohjaustehtävää ja etenkin järjestämispäätöksen laatimista varten. Ohjauksen tehokkuuteen vaikuttaa olennaisesti järjestämispäätösten konkreettisuus ja ohjausvoimaisuus.

Järjestämislakiluonnos luo edellytyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon ja erityisesti sen hallinnon paremmalle kustannustehokkuudelle.

Kustannustehokkuuden voidaan odottaa paranevan hallinnollisten toimijoiden määrän vähentyessä sekä erityisesti hallinnollisten tehtävien ja palvelujen keskittämisellä. Hallinnon ja toiminnan kustannustehokkuuden kehitykseen vaikuttaa kuitenkin ratkaisevasti tuottamisvastuullisten toimijoiden määrä ja tuottamisrakenteen yhtenäisyys tai sirpaleisuus. Mitä enemmän sote-alueelle syntyy erityyppisiä toimijoita (järjestäjä/tuottaja/omistaja), sitä enemmän saattaa muodostua päällekkäistä hallintoa.

3 Edellytykset turvata riittävien ja yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

Järjestämisen kokonaisintegraatio ja järjestämisvastuun keskittäminen suurille sote-alueille edistää palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja laatua.

Järjestämispäätös

Sosiaali- ja terveysalueen on laadittava joka neljäs vuosi järjestämispäätös tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien kanssa käytyjen neuvottelujen perusteella. Järjestämispäätöksen hyväksyy sosiaali- ja terveysalueen toimielin ja sosiaali- ja terveysministeriö hyväksyy päätöksen lakiluonnokseen kirjatussa neuvottelumenettelyssä. Järjestämispäätöksen toteutumista on seurattava ja arvioitava vuosittain ja päätöstä on tarvittaessa muutettava. Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä määriteltävistä asioista.

Lakiluonnoksen mukaisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kokonaisintegraation voidaan odottaa tukevan yhdenvertaisten palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta, koska se mahdollistaa voimavarojen rationaalisen kohdentamisen ja koordinoinnin sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden mukaisesti. Laki suurentaisi olennaisesti järjestämisvastuisten toimijoiden kokoa. Kansainvälisten kokemusten perusteella tämän voidaan odottaa johtavan yhdenvertaisuuden lisääntymiseen ja palvelutuotannon alueellisten vaihteluiden pienenemiseen. Järjestäjätahoilta edellytetään kuitenkin niin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiosaamista kuin kykyä seurata, kehittää ja ohjata palvelutuotantoa. Johtamisen laaja-alainen osaaminen korostuu.

Vahvaa järjestämisaamista tarvitaan erityisesti siirryttäessä uusiin palvelujen järjestämistapoihin, tilaaja-tuottajamalleihin ja palvelusetelin tai valinnanvapausjärjestelmien käyttöön. Näihin liittyvät hankinta-, hyväksymis-, seuranta- ja ohjaustoiminnot tarjoavat hyviä mahdollisuuksia kehittää ja ohjata palvelutuotannon laatua.

Järjestäjätahojen tulee olla tarpeeksi vahvoja, jotta ne pystyvät keskittämään tuotantoa suuriin yksiköihin laadukkaiden palvelujen sitä edellyttäessä ja toisaalta tarvittaessa hajauttamaan tuotantoa pieniin yksiköihin tai järjestämään liikkuvia palveluita ja sähköisiä palvelukokonaisuuksia. Mahdollisuus koordinoida palvelutuotannon eri osia ja niiden henkilöstön käyttöä perustuu suurien järjestäjien laajoihin taloudellisiin ja osaamisresursseihin.

Järjestämispäätös tarjoaa uusia mahdollisuuksia ohjata saatavuutta ja laatua, mutta sen sisällön määrittely vaatii aikaa ja poikkeuksellisen vahvaa osaamista

Useat järjestämispäätöksessä määriteltävät asiat koskevat suoraan palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, saavutettavuutta ja laatua. Päätöksessä on määriteltävä muun muassa seuraavat asiat:

- miten lähipalvelujen saatavuus ja saavutettavuus varmistetaan;
- sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu- ja palvelutaso sekä yhtenäiset käytännöt;
- ja miten mainittujen kohtien toteutumista seurataan ja arvioidaan.

Lakiluonnoksesta tai sen perusteluista ei kuitenkaan käy tarkemmin ilmi, mitä vaadittujen määrittelyjen tulee sisältää tai kuinka yksityiskohtaisia kirjauksia niistä tulee tehdä. Ei myöskään ole selvää, kuinka yksityiskohtaisesti lainsäätäjä edellyttää sote-alueiden puuttuvan tuotantorakenteen yksityiskohtiin tai tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien ja tuottajien väliseen suhteeseen.

Palvelujen saatavuus- ja laatu näkökulmasta järjestämisosaimisen keskeisiä alueita:

- väestön tarvitsemien ja lainsäädännön edellyttämien kokonaisuuksien hahmottaminen
- selkeä näkemys kunkin alueen vahvistettavista, ennallaan säilytettävistä ja supistettavista palveluista
- hankintalainsäädännön ja siihen liittyvien menettelyjen hallinta
- hoito- ja palvelukokonaisuuksien tuotannon määrittely ja hallinta
- tuottajille maksettavien korvausten määrittely ja taloudellisten ohjausinstrumenttien käyttö
- tuottajiin kohdistuvien laatuvaatimusten ja -kriteerien määrittely
- palvelutuotannon sisällön ja laadun seuranta ja ohjaus
- tutkimus- ja kehittämistyön ja käytännön palvelutuotannon nivominen toisiinsa.

Järjestämispäätösten voidaan alkuvaiheessa odottaa muodostuvan vaihtelevan sisältöiseksi. Osaavalle sote-alueelle, jonka hallinnossa on runsaasti aiempaa kokemusta hankinta- ja hyväksymismenettelyistä, päätös voi olla oiva instrumentti tuotannon laadun seurantaan ja ohjaukseen. Järjestämispäätökseen voidaan kirjata tuottamisvastuisiin kuntayhtymiin ja yksittäisiin tuottajiin kohdistuvia vaatimuksia esim. odotusajoista, asiakastytyväisyydestä, laatu- ja potilasturvallisuusmittareista ja muista kriteereistä. Lain toimeenpanon kiireinen aikataulu voi kuitenkin muodostua ongelmalliseksi päätösten sisällön muokkaamisen kannalta. Myös järjestämispäätösten seurannan tarkemmat alueelliset ja kansalliset mekanismit sekä seurantaan osallistuvien tahojen vastuut, roolit ja tehtävät jäävät lakiluonnoksen pohjalta avoimiksi. Asetuksella tai muilla keinoin annettava tarkempi ohjaus ja tuki ovat tarpeen.

Laaja kunnallinen tuottamisvastuu voi parantaa asiakkaan tarvitseman palvelun kokonaisuutta ja sen laatua

Lakiluonnokseen kirjattu laaja kunnallinen tuottamisvastuu edellyttää pääsääntöisesti sitä, että yksi toimija kykenee tuottamaan kattavan palvelukokonaisuuden. Tämän voidaan odottaa parantavan edellytyksiä sujuville palveluille etenkin sellaisten asiakas- ja potilasryhmien kohdalla, joilla on laajoja ja monipuolisia palvelutarpeita. Asiakkaan näkökulmasta palvelutuotannon sujuvuus ja toimivuus riippuu siitä, pystyykö tuottamisvastuinen toimija edistämään asiakaskeskeistä toimintatapaa ja palvelujen toiminnallista integraatiota. Suuri merkitys on myös sillä, kuinka ”laaja palvelukokonaisuus” tulkitaan. Tarkemman määritelmän puutteessa on mahdollista, että myös melko pienet kunnat katsovat olevansa kykeneviä kantamaan palvelujen tuotantovastuun, vaikka se lain tavoitteet ja henki huomioiden ei ole tarkoituksenmukaista.

Luonnoksen mukaan suppeampi kunnallinen tuottamisvastuu voidaan antaa sitä varten perustetulle teemalliselle kuntayhtymälle, jos siihen on asiakkaiden tarpeista tai palvelujen toteuttamisesta johtuva erityinen syy. Koska kyseeseen tulevia tilanteita ei ole tarkemmin määritelty, säännöstä tulkittaneen vaihtelevasti, ja joillakin alueilla voi syntyä ajatuksia esimerkiksi koko erikoissairaanhoidon varten perustettavista kuntayhtymistä sote-lain myötä purettavien sairaanhoidopiirien tilalle.

Lakiluonnoksen mukaan sote-alue, kunta ja kuntayhtymä voivat toteuttaa tuottamisvastuulleen kuuluvat sosiaali- ja terveyspalvelut omana tuotantona, sopimuksin toisten kuntien tai kuntayhtymien kanssa, hankkimalla palveluja järjestämispäätöksessä hyväksytyjen periaatteiden mukaisesti muulta tuottajalta tai käyttämällä palveluseteliä. Laajat järjestämis- ja tuottamisvastuut antavat periaatteessa mahdollisuuksia palvelutuotannon entistä parempaan koordinointiin ja olemassa olevien henkilöstöresurssien suunnitelmalliseen käyttöön. Näin on periaatteessa mahdollista tasoittaa paikallisia kapasiteettieroja sote-alueen sisällä.

Järjestämispäätöksellä on mahdollista siirtää voimavaroja erityispalveluista peruspalveluihin.

Sote-laki ei suoraan luo uusia rajoitteita yksityiselle palvelutuotannolle. Lain sisältö koskee ensisijaisesti julkista järjestämis- ja tuotantovastuuta ja lähtee alueiden väestön palvelutarpeiden näkökulmasta. Lakiluonnos ei käsittele potilaiden liikkuvuuteen ja valinnanvapauteen liittyviä kysymyksiä eikä asiakas- tai potilaskeskeisyyden vahvistaminen ole lainsäädännön keskiössä. Tässä suhteessa lakiluonnos ei täysin seuraa terveydenhuoltolain ja EU:n potilasdirektiivin viitoittamia linjauksia. Jotta valinnanvapautta voitaisiin hyödyntää laajemmin ja aidosti, tulisi erityisesti perusterveydenhuollon kohdalla säätää siitä lailla. Tämä voidaan harkinnan mukaan tehdä kuitenkin myöhemmin. Toisaalta perusterveydenhuollon saatavuusongelmaa on vaikea, jollei mahdoton ratkaista huomioimatta nykyisiä työterveyshuollon sairausvastaanoton tuottajia.

Näyttöön ja hyviin käytäntöihin perustuva sosiaali- ja terveydenhuolto tarvitsee riittävät kehittämisresurssit

Lain tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan tutkittua tietoa ja näyttöä palveluiden vaikuttavuudesta ja kustannustehokkuudesta sekä tietoa jo kehitetyistä hyvistä käytännöistä. Tutkimukset osoittavat, että dokumentit ja ohjeistukset eivät sinänsä ole riittäviä, vaan tarvitsevat tuekseen alue- ja paikallistason kehittämistyötä, alueellista yhteistyötä yliopistojen, yliopistosairaaloiden ja käytännön asiakas- ja potilastyön välillä sekä tiivistä yhteistyötä valtakunnan tason kehittämistyön kanssa.

Kansallisten toimijoiden, kuten sosiaali- ja terveysministeriön alaisten laitosten ja Kuntaliiton saumaton yhteistyö uudistuksen toimeenpanossa ja sote-alueiden sekä tuotantoalueiden toiminnan arvioinnissa nousee yhdeksi uudistuksen onnistumisen avainkysymykseksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen toteuttamisessa on tärkeää koota yhteen olemassa oleva sosiaalialan osaamiskeskusten, perusterveydenhuollon yksiköiden ja erikoissairaanhoidon kehittämisosaaminen osaksi syntyvien uusien sote-organisaatioiden normaalia toimintaa. Riittävä budjetointi kehittämiseen luo mahdollisuudet tälle. Alueelliseen kehittämistyöhön tarvitaan lisäksi tiivistä kansallisen tason yhteistyötä koordinoimaan ja sovittamaan yhteen sosiaali- ja terveysalueiden työ. Tämä on lakiesityksessä vielä puutteellisesti valmisteltu.

Uutena elementtinä luonnokseen on kirjattu tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan suunnittelu ja yhteensovittaminen sosiaali- ja terveysalueiden tehtävinä, mutta muuten näitä toimintoja tukevat järjestelmät jäävät nykyiseen muotoonsa tai tulkinnanvaraisiksi. Yliopistosairaaloiden asema syntyvässä uudessa järjestelmässä jää lakiluonnoksen pohjalta epäselväksi ja tulisi pikaisesti selkeyttää.

4 Vaikutukset valtion ja kuntien talouteen

*Sote-palvelujen
integraation
taloudellisista hyödyistä
ei ole vielä selvää
kansainvälistä näyttöä.*

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuun keskittämisestä viidelle sote-alueelle ei ole aiempaa kokemusta Suomesta, eikä yhtä kattavasta järjestämisvastuusta myöskään muista maista. Tämän vuoksi lakiesityksen taloudellisten vaikutusten arviointi yksiselitteisesti ja luotettavasti ei ole mahdollista. Tarkastelemme taloudellisia vaikutuksia kansainvälisten arvioiden ja kahdelta esimerkkialueelta saatujen kokemusten perusteella.

Kansainvälisten kokemusten perusteella sosiaali- ja terveyspalvelujen integraation vaikutuksista palvelujen käyttöön ja kustannuksiin ei ole vielä selkeää näyttöä. Laajassa kirjallisuuskatsauksessa (Mason ym 2014) tarkasteltiin Australiassa, Kanadassa, Englannissa, Pohjois-Irlannissa, Skotlannissa, Ruotsissa, USA:ssa ja Walesissa tehtyjen integraatiokokeilujen vaikutuksia palvelujen käyttöön, kustannuksiin, laatuun ja vaikuttavuuteen. Katsauksessa arvioidaan 38 integraatiorahankkeen taloudellisia vaikutuksia. Katsauksessa verrataan sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisintegraation (sisältäen järjestämisen, tuotannon ja rahoituksen) kustannuksia ja hyötyjä ”normaalin” eli disintegroidun hoidon kustannuksiin ja hyötyihin. Rahoituksen ja hoidon integraation taloudellisia vaikutuksia ei ollut mahdollista erottaa toisistaan.

Katsauksen tulokset sekä erikoissairaanhoidon (34 hanketta) että vanhusten laitoshoidon (11 hanketta) käytöstä ja kustannuksista vaihtelivat. Kokonaisintegraatio ei vaikuttanut erikoissairaanhoidon käyttöön ja kustannuksiin 11 hankkeessa, kustannukset alenivat kolmessa hankkeessa ja yhdessä palvelujen käyttö lisääntyi. Lopuista 19 hankkeesta johtopäätöksiä ei voitu tehdä tai ne olivat epäselviä. Joissakin tutkimuksissa sairaaläkäynnit vähenivät potilasryhmissä, joilla oli suuri palvelujen tarve.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisintegraation vaikutuksia vanhusten laitoshoittoon arvioitiin 11 hankkeessa. Neljässä hankkeessa integraatio ei lisännyt eikä vähentänyt laitoshoittoon joutumista. Yhdessä hankkeessa integraatio lisäsi ja kahdessa vähensi laitoshoittoa. Neljässä hankkeessa johtopäätöksiä ei voitu vetää tai ne olivat epäselviä.

Tuotannon mittakaavaedut ja -haitat riippuvat palvelusta

Tavoiteltavien säästöjen saavuttaminen edellyttää myös koko sote-alueen väestön palvelutarpeiden ymmärtämistä ja sen mukaista voimavarojen kohdentamista ja pitkäjänteistä, kyvykästä johtamista.

Sote-lakiesitys kasvattaa sekä järjestämisvastuun että tuotantovastuun mittakaavaa. Myös palvelutuotannon mittakaava voi uudistuksen myötä kasvaa. Tutkimusten mukaan pienissä vanhainkodeissa esiintyy mittakaavaetuja ja suurissa mittakaavahaittoja (ks. Christensen, 2004). Erikoissairaanhoidossa mittakaavaetuja havaitaan joissakin potilasryhmissä (EuroHOPE Study group 2014, Mäkelä ym. 2011). Perusterveydenhuollon tehokkuuden on havaittu riippuvan terveyskeskuksen koosta (väestöpohjalla kuvattuna) siten, että pienten ja hyvin suurten yksiköiden tuotannon tehokkuus on keskikokoisia huonompi (Aaltonen 2006, Aaltonen

Sote-uudistus ei sellaisenaan hillitse kustannusten kasvua, vaan edellyttää päätöksentekijöiltä kykyä ja taitoa hyödyntää lakiesityksen mukaisen sosiaali- ja terveydenhuollon integraatorakenteen tarjoamat mahdollisuudet.

2008). Vanhainkoteja lukuun ottamatta, muista sosiaalipalveluista on niukasti tutkimustietoa tuotannon mittakaavaeduista tai -haitoista.

On korostettava, että sote-lain toimeenpano ei tuo automaattisesti säästöjä, vaikka niin etukäteen arvioitaisiin, koska sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kehitys on viime kädessä poliittisen päätöksenteon tulos ja riippuu siitä kuinka paljon päättäjät ovat halukkaita sijoittamaan verovarvoja julkisesti rahoitettuihin sosiaali- ja terveystalouteen. Siksi arviot lakiesityksen taloudellisten vaikutusten suuruusluokasta voivat olla jo lähtökohdaisesti epätarkkoja tai epätarkoituksenmukaisia.

Lakiesityksen mukaisten tuotantovastuullisten kuntayhtymien toiminnan taloudellisia vaikutuksia voidaan arvioida vain suuntaa antavasti. Kainuun hallintokokeilussa ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystaloudessa (Eksotessa) on toteutettu sote-lakiesityksen tavoittelemia toimintamallia, mutta niiden mittakaava on olennaisesti syntyviä sote-alueita pienempi eivätkä nämä kaksi aluetta edusta koko maata. Sote-uudistuksen toimeenpano koko maan kattavasti voi aiheuttaa alueiden välisiä, ennakoimattomia vaikutuksia, joita ei ole voitu havaita yhteen maakuntaan rajautuneissa uudistuksissa.

Seuraavassa arvioidaan karkeasti taloudellisten vaikutusten mahdollista suuruusluokkaa hyödyntäen havaintoja Kainuun hallintokokeilusta ja Eksoten sosiaali- ja terveystaloudellisten järjestämisen ja tuottamisen integraatiosta. Sote-palvelujen järjestäminen ja tuottaminen on integroitu Kainuun hallintokokeilussa vuodesta 2005 ja Eksotessa vuodesta 2010.

Hämäläisen ja Moision (2011) mukaan Kainuun hallintokokeilu ei hillinnyt eikä kiihdyttänyt sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannusten kasvua. Erhola ym. (2014) päätyivät samankaltaisiin johtopäätöksiin. Arvion mukaan Eksoten muodostaminen hillitsi sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannusten kasvuvauhtia 2,4 prosenttia vuodessa (Erhola ym. 2014). Tuloksiin on syytä suhtautua vielä varauksella, sillä seuranta-aika on vain kolme vuotta, mutta arviointihavainnot ovat yhdenmukaisia Eksotessa tehtyjen, palvelujen tuotantoa koskevien uudistusten kanssa. Eksotessa on vuoden 2010 jälkeen vähennetty pitkäaikaisten vuodeosastojen määrää, integroitu tietojärjestelmiä, vähennetty esimiestason henkilötövuosia sekä optimoitu ja automatisoitu kotihoidon palveluja. Eksoten ja Kainuun hallintokokeilun tulosten taustalla on järjestelmällinen, vuosia kestänyt ja yhteiseen päämäärään pyrkinyt muutosjohtaminen, jota ilman säästöjä tuskin olisi syntynyt.

Jos lakiesityksen mukaisten sote-alueiden ja tuotantovastuullisten toimijoiden vaikutuksia tarkastellaan Kainuun hallintokokeilun tulosten mukaan, uudistuksella ei saavuttaisi kustannussäästöjä, mutta se ei myöskään lisäisi sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvuvauhtia. Jos vaikutusta tarkastellaan Eksoten mukaan, vähentäisi sote-järjestämislaki nettokustannusten kasvua vuositason tasolla noin 2,4 prosenttiyksikköä lain voimaantulon ensimmäisinä vuosina. Vuoden 2012 kustannustasolla tämä olisi tarkoittanut noin 450 miljoonaa euroa pienempiä kuluja (Erhola ym. 2014). Tässä arviossa ei ole otettu huomioon Eksotessa kolmen ensimmäisen toimintavuoden aikana syntyneitä alijäämiä. Kun alijäämiä otetaan

Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvu voi hidastua 0–1–2,4 prosenttia vuodessa.

huomioon, vähenee arvio valtakunnan tason vuosisäästöstä noin 190 miljoonaan euroon (Erhola ym. 2014). On kuitenkin huomattava, että vertailualueille mahdollisesti syntynyttä alijäämää ei ollut mahdollista ottaa tarkastelussa huomioon.

Taloudellisten vaikutusten suuruusluokan arviointiin on esitettävä runsaasti varauksia

Arvioihin liittyy merkittäviä varauksia ja epävarmuutta.

- Kainuun hallintokokeilun ja Eksoten tuottamat säästöt ovat vahvasti sidoksissa johtamiseen ja maakunnallisiin ratkaisuihin, jotka saattavat olla mielekkäitä vain kyseisillä alueilla.
- Henkilöstörakenteilla ja johtamisella on ollut merkittävä rooli saatujen kustannushyötyjen tuottamisessa. Nämä eivät automaattisesti toteudu sote-lain myötä.
- Sote-lakiesitys sisältää alijäämän kattamisvelvoitteen.

Yhdistämällä Kainuun hallintokokeilun ja Eksoten perusteella tehdyt laskelmat ja ottamalla huomioon alijäämien kehitys Eksotessa (mutta ei vertailukunnissa), voidaan arvioida että sote-järjestämislain toimeenpano voisi hidastaa kuntien järjestämisvastuulla olevien sosiaali- ja terveysmenojen kasvu 0–1 prosentilla vuodessa. Tällöin säästöt olisivat suuruusluokaltaan 0–190 miljoonaa euroa vuositasona nykyjärjestelmään verrattuna, kun laskelmissa käytetään vuoden 2012 kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannuksia.

Kustannuskehitykseen vaikuttavat keskeisesti valtakunnalliset poliittiset päätökset kuntien tehtävistä ja sosiaali- ja terveyspalvelujen menokatosta sekä se, miten taloudellisilla kannusteilla hillitään kustannuskehitystä.

Hallituksen päätöksellä rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanon vahvistamisesta 28.8.2014 tullaan julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten hallinnan toteuttamiseksi valmistelemaan budjettikehysjärjestelmä, joka tulee asettamaan sote-järjestämislain mukaisille menoille katon. Budjettikehysmenettely voi vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon menokehitykseen enemmän kuin varsinainen sote-uudistus. Budjettikehysmenettely vaatii kuitenkin rinnalleen selkeitä päätöksiä nykyisten subjektiivisten oikeuksien karsimisesta sekä joustoa hoitopääsyn aikarajoissa.

Sote-uudistus saattaa hidastaa kuntien menojen kasvua 0–103–244 miljoonaa euroa vuodessa ja valtion menojen kasvua 0–87–206 miljoonaa euroa vuodessa.

Jos sote-uudistuksen taloudellisia vaikutuksia arvioidaan Kainuun kokemusten perusteella, järjestämislaki ei alenna eikä kasvata sosiaali- ja terveystoimen nettomenoja. Jos uudistuksen tuomat säästöt olisivat vuositasona 190 miljoonaa euroa, nykyisten rahoitusosuuksien perusteella arvioituna se toisi kunnille laskennallisesti yhteensä 103 miljoonan euron vuosisäästön sote-menoissa ja valtiolle laskennallisesti 87 miljoonan euron säästön. Jos vuotuisiksi säästöksi arvioidaan 450 miljoonaa euroa, kuntien säästö olisi 244 miljoonaa euroa ja valtion säästö 206 miljoonaa euroa. Yksittäisen kunnan kohdalla sote-alueen rahoitusperusteet saattavat tuoda nykyiseen verrattuna helpotusta osalle kunnista ja osalle veropaineita, nettosaajan ja nettomaksajan roolista riippuen.

Uudessa palvelujärjestelmässä tietojen käsittelyllä ja tietojärjestelmillä on hyvin suuri merkitys.

Esitys sisältää huomattavia mahdollisuuksia mutta myös suuria riskejä, joita huolellinen ennakkosuunnittelu voi lieventää.

Sote-alueesta tulee keskeinen tiedonhaltija. Lain toimeenpano vaikuttaa siihen, miten muut toimijat saavat tarvitsemansa tiedot ja voi vaihdella eri alueilla.

5 Asiakas- ja potilastietojen rekisterinpito ja tietojen käsittely

Lakiluonnoksen eri kohdissa on paljon mainintoja erilaisten tietojen käytämisestä, seuraamisesta, keräämisestä, raportoimisesta, käsittelystä ja analysoimisesta. Esityksessä on sisäänrakennettuna tietojohdamista ja uudenlaisia veloitteita käyttää tietoa päätöksenteon tukena. Tietojen kerääminen ja hyödyntäminen sekä tietojärjestelmät liittyvät oleellisesti toisiinsa, sillä tiedonhallinnassa käytettävä tieto käsitellään ja säilytetään tietojärjestelmissä.

Tiedonhallintaa joudutaan uudistamaan merkittävästi eikä alkuvuosina saada kaikkea tarpeellista tietoa.

Nykyisin tietoa käytetään päätöksenteossa ja tietojohdamisessa vaihtelevasti. Ei ole kokonaiskuvaa jossa väestön hyvinvointia, terveyttä ja palvelujärjestelmän toimintaa voidaan tarkastella kokonaisuutena. Tietojen tuotantoprosessit joudutaan uudistamaan sekä muuttuvan tiedontarpeen että rakennemuutosten vuoksi. Päätöksenteon tueksi ei valitettavasti saada kunnollista ohjaavaa tietoa ainakaan parin kolmen ensimmäisen toimeenpanovuoden aikana. Uudistus edellyttää merkittäviä investointeja sekä sote-alueiden, palvelujen tuottajien että kansallisen tilastoviranomaisen järjestelmiin. Etukäteen määritetty selvä työnjako kunkin toimijan rooleista, vastuista ja velvollisuuksista on ehdoton edellytys onnistumiselle. Riskit piilevät päällekkäisyyksissä, hankkeiden epäselvyyksissä ja monen toimijan samanaikaisena tekemisenä. Tämä on vältettävissä hyvällä raamitetulla suunnittelulla.

Tiedonhallintaan tulee uusi toimija, sillä Sote-alueille on laissa annettu tiedonkeruun ja analysoinnin tehtäviä. Kansallisiin tilastoihin ei jatkossa saada kuntatietoja nykyiseen tapaan ilman rekisterilakimuutoksia, mutta sote-alueet voivat toimittaa tilastoviranomaisille ainakin osan tiedoista myös kuntajaolla. Myös kunnat, jotka tarvitsevat tietoa laissa niille määrättyihin tehtäviin, kuten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen, tulevat riippuvaisiksi sote-alueiden kautta saatavasta tiedosta.

Tietosisältöjen vertailukelpoisuus jää toimeenpanossa huolehdittavaksi ja sisältää riskin yhdenmukaisen tiedon menettämisestä

Sote-alueiden kerätessä tietoja alueiltaan, lakiluonnos ei edellytä tietosisältöjen kansallista yhdenmukaisuutta, mutta mikäli halutaan vertailukelpoisia tietoja, on myös alueellisen tiedonkeruun tietosisältöjä koordinoitava. Palvelujen järjestäjän ja tuottajan välinen tulohjaus on uusi toiminto. Sote-alueen on kyettävä ohjaamaan palvelujen tuottajat raportoimaan toiminnoistaan yhdenmukaisesti ulosohjauksessa tarvittavan vertailukelpoisen tiedon saamiseksi. STM:n uusi ohjausyksikkö tarvitsee todennäköisesti yksityiskohtaista tietoa arvioidakseen sote-alueiden selviytymistä tehtävissään. Lakiesitys ei anna lainkaan kuvaa siitä, miten ohjausyksikön tiedonsaanti organisoidaan. Tämä on nähtävä selvänä

Palvelujen tuottajien oikeus käyttää toiminnassa syntynyttä tietoa oman toimintansa ohjaukseen jää epäselväksi.

Asiakas- ja potilastietojen rekisterinpitovastuun siirtyminen sote-alueille on nykytilaa selkeämpi ratkaisu, mutta jättää vielä yksityiskohtia toimeenpanossa ratkottavaksi.

puutteena. Toimeenpanossa jää täten ratkaistavaksi toimitetaanko tieto ohjausyksikköön pääasiassa sote-alueilta suoraan vai tilasto- ja rekisteriviranomaisten (THL/Tilastokeskus) jalostamana. Mikäli ohjausyksikkö ottaa tiedot suoraan sote-alueilta, se joutuu itse ohjaamaan ja koordinoimaan sote-alueiden datatuotantoa ja vastaamaan datan käsittelystä. .

Palvelujen tuottajien tulee seurata palvelutuotantoaan, mutta ne eivät ole rekisterinpitäjiä. Lakiluonnoksesta ei löydy selkeitä säädöksiä palvelujen tuottajien oikeuksista ja velvollisuuksista käyttää tuottamaansa tai ali-hankkimaansa palvelua koskevaa tietoa omassa toiminnassaan. Tällä voi olla vaikutuksia toiminnanohjauksen kehittämiseen palvelutuotannossa. Tuottajilla on tärkeä olla riittävä oikeus käyttää omaa toimintaansa koskevaa tietoa toiminnanohjauksessa ja toiminnan kehittämisessä.

Sote-alueen vahva rooli asiakas- ja potilastiedon käsittelyssä luo edellytyksiä hyvän kokonaisuuden syntymiselle, mutta se tapahtuu vain jos kunnat järjestämissopimuksessa niin tahtovat. Myös hajanaiset järjestelyt jäävät mahdollisiksi.

Sote-alueille annetaan tehtäväksi sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan ja asiakas- ja potilastietojen käsittelyn yhteensovittaminen sekä alueellisen kokonaisarkkitehtuurin määrittely. Vastaavasta on erva- ja sairaanhoitopiiritason koordinoimana hyviä kokemuksia. Nykyisten sairaanhoitopiirien tietojärjestelmien kehitystä on arvioitu perusteellisesti aiemmassa raportissa (Erhola ym. 2014). Kuntaliiton koordinoima kuntatoimijoiden yhteistyö on myös koettu hyödyllisenä. Sote-alue voi tuottaa alueelle tietojärjestelmät, joita tuottajien tulee käyttää. Tämä koetaan hyvänä ja nähdään ainoana mahdollisuutena yhtenäistää nykyiset pirstaleiset tietojärjestelmäratkaisut. Laki jättää kuitenkin mahdollisuuden toimia myös nykyisten hajanaisten järjestelmien kanssa.

Asiakas- ja potilastietojen rekisterinpitovastuu siirtyy sote-alueille. Sosiaali- ja terveydenhuollon rekisterit eivät tällä muutu yhdeksi rekisteriksi, ja saumattomuus vaatii vielä lainsäädäntötyötä. Rekisterin pitäjän muutos ei oleellisesti muuta Kanta-suostumustenhallintaa, mutta Kanta-rakenteeseen joudutaan tekemään joitakin muutoksia, mihin tarvitaan resursseja. Palvelujen tuottajille annettujen tehtävien vuoksi rekisterinpitoa voidaan hoitaa lähellä asiakasta.

Lakiuudistuksen toimeenpanossa on vähän aikaa valmistautumiseen

Toimeenpanosta seuraa paljon tietojärjestelmämuutoksia toiminnan kaikilla tasoilla. Niidentoteuttaminen vie aikaa ja resursseja. Kanta-toimeenpano on terveydenhuollossa melko hyvällä tasolla 1.1.2017 mennessä. Vuoden 2016 aikana käyttöön otettavaksi sovittujen tietosisältöjen lisäksi jää kuitenkin vielä paljon tietosisältöjä, joita ei ehditä määrittellä kattavasti 1.1.2017 mennessä. Osa vanhoista potilasasiakirjoista saataneen arkistoon tätä ennen. Sosiaalihuollossa kansallisen järjestelmän käyttöönotto on vasta alkuvaiheessaan vuonna 2017. Kaiken kaikkiaan tulee olemaan vielä paljon tietosisältöjä, joita ei voida kattavasti käyttää Kanta-järjestelmän kautta 1.1.2017.

Omaisuuksjärjestelyjä koskevat pykälät liittyvät myös tiedonhallinnan järjestelmiin ja tilanteesta tulee monimutkainen.

Omaisuuksjärjestelyjen osalta lakimuutos aiheuttaa sen, että tietojärjestelmien omistajien, palvelujen järjestäjien ja sote-tuottajien suhteet muuttuvat. Omaisuuksjärjestelyjä koskeva laki perustelumuuksiin ei erikseen selvennä tietojärjestelmiä koskevia järjestelyjä. Kokonaisuus on omaisuusnäkökulmasta monimutkainen. Tietojärjestelmiin liittyy sekä ”hardware” eli palvelimet, päätelaitteet, yms. että tietoliikenneyhteydet, ohjelmistot ja lisenssit. Palvelujen tuottajat tarvitsevat erinäistä tietojärjestelmiä siinäkin tapauksessa että asiakas- ja potilastietojen käsittelyn tietojärjestelmän (ohjelman) tarjoaisi sote-alue. Tietohallinnon IT-omistusratkaisut ovat kentällä kirjavia eivätkä ne noudata samoja omistusrakenteita kuin esimerkiksi kiinteistöt.

6 Palvelujärjestelmän ja -rakenteen ohjattavuus

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmissä, joissa vastuu palvelujen rahoituksesta ja järjestämisestä on hajautettu alueellisille ja paikallisille toimijoille, on tarvetta kansalliselle ohjaukselle, jotta kohtuuttomilta eroilta palvelujen saatavuudessa ja laadussa vältyttäisiin. Kansallisen ohjauksen tarve nyt ehdotetussa järjestelmässä on osittain riippuvainen siitä, missä määrin sote-alueilla ja tuottamisvastuussa olevilla kuntayhtymillä on kykyä ja edellytyksiä seurata, kehittää ja ohjata palvelutuotantoaan kohti yhteisiä kansallisia tavoitteita. Ohjauksen ja ohjattavuuden näkökulmasta lakiluonnoksen vahvuutena voidaan pitää entistä suurempia ja osaavampia järjestäjätahoja, sote-alueita. Heikkoutena voidaan nähdä syntyvän järjestelmän moniportaisuus, joka aiheuttaa epäselvyyksiä vastuunjaossa ja ohjaukseen liittyvässä työnjaossa.

Järjestämis- ja tuottamisvastuuseen liittyvät epäselvyydet luovat epäselvyyttä ohjaukseen.

Lakiluonnoksen mukaisesti rakennettavassa sote-järjestelmässä järjestämis- ja tuottamisvastuut eivät ole täysin johdonmukaisia. Epäselvyydet järjestämisvastuun jakautumisessa sote-alueiden ja tuottamisvastuussa olevien kunt(ayhtym)ien välillä vaikeuttavat alueellista ja kansallista ohjausta. Vaikeuksia voi syntyä ohjaukselta väärästä intressikonfliktien seurauksena, kun yksittäisten kuntien edustajat vastaavat päätöksenteosta sekä sote-alueella että tuottamisvastuussa olevissa kuntayhtymissä ja yksittäisissä kunnissa. On olemassa riski siitä, että tuotantorakennetta ei pystytä ohjaamaan sote-alueen kokonaisuuden kannalta optimaaliseen ja kustannusvaikuttavaan suuntaan, kun kuntien ja kuntayhtymien edustajat samalla kokevat velvollisuudekseen maksimoida yksittäisten kuntien etuja. Jotta näin ei kävisi, sote-alueiden päätöksentekijöille tulee taata mahdollisimman vahva ja riippumaton asema ja mahdollisuudet niin kannustimien kuin rajoittimien käyttöön palvelurakenteen ohjauksessa.

Sote-alueiden taloudellista ohjausvoimaa tuottamisvastuussa oleviin tahoihin nähden heikentää luonnoksessa ehdotettu valtion rahoitusosuuksien kierrättäminen kuntien kautta. Menettelylle ei ehdotuksessa näy varsinaista tausta-argumenttia, vaan se pohjautuu ilmeisesti aiempaan käytäntöön. Valtionosuuksien kierrätys lisää epäselvää roolijakoa:

yksittäiset kunnat toimivat toisaalta sote-alueen kuntaomistajien roolissa, toisaalta sote-alueen alaisina tuottajina. Jos sote-alueille halutaan taata riittävästi ohjausvoimaa palvelurakenteen ja -tuotannon optimoimiseen alueellaan, menettelyn muuttamista tulisi harkita.

Palvelujärjestelmään kokonaisuutena syntyy monipolvinen ohjausketju, jossa osasten yhteensovittaminen voi vaatia runsaasti aikaa ja energiaa. Moniportaisuus voi vaikeuttaa ohjaussignaalien kuuluvuutta ja kulkua järjestelmän tasojen ja toimijoiden välillä. Jos ohjauksen yhteensovittaminen ei onnistu eri tasojen välillä, tuotantoyksiköissä voi syntyä ongelmia eri tahoilta ja viranomaisilta tulevan ohjeistuksen tulkinnassa ja seurannassa.

Järjestämispäätösten sisältöön voi syntyä kohtuutonta alueellista vaihtelua.

Järjestämispäätös on syntyvien sote-alueiden ylivoimaisesti tärkein ohjauskeino. Lakiluonnoksessa kuvattua järjestämispäätöksen sisältöä voidaan tulkita ja toteuttaa monin eri tavoin. Vaatimusmäärittelyissä ja niiden toteutuksessa voi esiintyä alueellista vaihtelua, joka voi asettaa niin kansalaiset kuin tuottajat kohtuuttoman eriarvoiseen asemaan. Tarkentava asetus ja muu ohjeistus ovat tarpeen. Viime kädessä ratkaisevaksi muodostuu sote-alueen ja tuotantoalueiden johtohenkilöiden kyky ohjata ja johtaa toimintaa pitkäjänteisesti kohti yhdessä sovittuja tavoitteita

Järjestämispäätöstä täytyy muokata kulloistenkin edellytysten ja tarpeiden mukaisesti.

Voidaan pohtia, onko lakiluonnoksen mukainen järjestämispäätös tarpeeksi dynaaminen menettely rahoituksen kohdentamisen ja tuotantorakenteen muutoksen ohjauksessa. Alkuvaiheen määrittelyt joudutaan tekemään lyhyessä ajassa, vähäisellä kokemuksella ja mahdollisesti puutteellisella osaamisella ja tiedolla. Nopeasti laadittu järjestämispäätös voi seuraavassa vaiheessa jäädä voimaan, vaikka se olisi huonokin. Ongelmaa voidaan pienentää tekemällä järjestämispäätös vaiheittain nelivuotiskausiksi tai luomalla jatkuva dynaaminen prosessi, tekninen tavoitesuunnitelma ja päätösdokumentti, jonka seuraamiseen tuottamisvastuussa olevat tahot velvoitetaan.

Tiedolla ohjauksen toimijoiden rooli ja keskeinen työnjako on vielä epäselvä ja sitä tulee tarkentaa.

Lakiluonnoksen mukainen palvelujärjestelmän muutos ei tule poistamaan yhtenäisen kansallisen ohjauksen tarvetta. 1990-luvulla toteutetun kansallisen ohjauksen heikentämisen jälkeen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa ovat painottuneet erilaiset ohjelmat ja valvontatoimet. Yhtenäisten kehittämislinjausten luominen, palvelutuotannon seuranta ja siihen perustuva ohjaus ovat olleet kansainvälisesti katsoen heikosti kehittyneitä. Myös tämänhetkessä lakiluonnoksessa valvonta ohjauskeinona painottuu suhteettomasti, kun taas muut ohjausinstrumentit saavat vähän huomiota.

Lähtökohtana tulisi olla, että vahvat sote- ja tuotantoalueet valvovat proaktiivisesti omaa toimintaansa muun muassa omavalvontaohjelmalla. Tällöin voidaan ajatella kansallisen valvonnan tarpeen jopa vähenevän. Lisäksi uudistuksen alkuvuodet pitää suunnitella erikseen. Järjestelmän ollessa jo toiminnassa voidaan esimerkiksi kansallisten toimijoiden ja sote-alueiden roolit arvioida uudelleen joidenkin vuosien kuluessa. On ymmärrettävää, että näitä asioita ei ole vielä mukana raamittavassa esityksessä, mutta ne tulisi sisällyttää tarkasti määritellen ns. toimeenpanosuunnitelmaan.

Yhtenäiset seurantajärjestelmät ovat välttämätön osa uutta ohjausta

Viime vuosikymmeninä tapahtuneen IT-järjestelmien kehittymisen myötä mahdollisuudet tuottaa lähes reaaliaikaista seurantatietoa palvelujärjestelmän toiminnasta ja toimivuudesta ovat olennaisesti parantuneet – myös Suomessa. Ehdotettuun lainsäädäntöön liittyy entistä suurempi tarve seurata ja arvioida sote-järjestelmän toimivuutta ja alueiden järjestämispäätösten pohjalle rakentuvan tuotannon laatua ja kustannuksia.

Tietotekniikan mukanaan tuomia mahdollisuuksia on eri maissa hyödynnetty esimerkiksi ns. kansallisten laaturekisterien avulla. Avointa ja läpinäkyvää vertailutietoa palvelujen saatavuudesta, laadusta ja vaikuttavuudesta kerätään ja toimitetaan niin paikallisen, alueellisen kuin kansallisen kehittämisen ja ohjauksen käyttöön. Olisi ollut toivottavaa, että järjestämislakiluonnokseen olisi sisällytetty kansallisen alustan luominen tulevaisuuden tarpeita vastaavan yhtenäisen seuranta- ja ohjaustiedon keräämiselle ja hallinnoimiselle. Eri toimijoiden (sekä alueellisten että kansallisten) roolitus tietotuotannossa, sen seurannassa, jalostamisessa ja analysoinnissa ovat vielä varsin puutteellisesti kuvattu.

STM:ään kaavaillun kansallisen ohjausyksikön tehtävät määritellään lakiluonnoksessa laveasti ja epätarkasti. Luonnoksen mukaan ne voivat kohdistua mm. sote-alueiden resurssien riittävyden ja allokoinnin seurantaan, valtionosuuksien tarkistuksiin, alueelliseen kehitykseen ja tuottavuuden lisäämiseen. Ohjausyksikön tehtäviin voidaan ajatella sisällytettäväksi myös esimerkiksi kansallisesti yhtenäisten korvausjärjestelmien kehittäminen, yhtenäisten taloudellisten ja laadunseurantajärjestelmien implementoinnin tuki jne. Ohjausyksikkö tarvitsee selkeän toimintamallin ja tehtävät sekä suunnitelman työnjaosta oman alaisen hallintonsa kanssa.

Kansainväliset kokemukset osoittavat että reformien toimeenpano on oma erillinen osaamisalueensa. Teknisen tuen tarve tulee olemaan erittäin suuri ja pula osaajista Suomessa ilmeinen. STM:n alaisen hallinnon rooli on esityksessä käytännössä sivuutettu. Teknisen tuen tulee olla yhdenmukaista, jatkuvaa, poliittikkavapaata, läpinäkyvää, joustavaa ja aluetoimijoita osallistavaa. Reformin laajuus huomioiden tehtävä on poikkeuksellisen suuri, ja merkittävä osa laitosten budjeteista joudutaan suuntaamaan tähän. Toimeenpano ei tapahdu työryhmissä vaan kentällä, ja tämä tulisi huomioida suunnitelmaa laatiessa. Toinen keskeinen oppi kansainvälisistä reformeista on alueiden sitoutumisen suuri merkitys. Koska toimeenpano tulee kestämaan vuosia, tarvitaan alueellisia vaikuttajia – asiantuntijoita, virkamiehiä ja poliitikkoja – vahvistamaan kansalaisten luottamusta uudistukseen erityisesti sen alkuvaiheessa.

STM:n kansallinen ohjausyksikkö tarvitsee selkeän toimintamallin ja tehtävät.

THL:n arviointiryhmä

Arvioinnin on toteuttanut THL:n sisäinen sote-uudistuksen ja rahoitusjärjestelmän asiantuntijaryhmä:

Markku Pekurinen,
Marina Erhola (pj.),
Unto Häkkinen,
Päivi Hämäläinen,
Pia Maria Jonsson,
Maijaliisa Junnila,
Eeva Nykänen,
Ilmo Keskimäki,
Ismo Linnosmaa,
Merja Mikkola,
Anneli Milen,
Anu Muuri,
Eeva Reissell,
Hannu Rintanen,
Timo Seppälä ja
Marja Vaarama (vpj.).

Lisäksi arviointimateriaalin työstämiseen ovat osallistuneet Harriet Finne-Soveri, Arja Hastrup, Satu Kapiainen, Minna Kivipelto, Timo Koskela, Merja Kovanen, Kirstimaria Kuronen, Tuija Martelin, Juha Moring, Tiina Muukkonen, Päivi Nurmi-Koikkalainen, Suvi Parikka, Airi Partanen, Anneli Pouta, Seija Puro, Timo Ståhl, Seppo Tuomola ja Kaarina Wilskman

Terveystieteiden tutkimuskeskus
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

ISBN 978-952-302-314-7 (painettu)
ISBN 978-952-302-315-4 (verkkojulkaisu)

ISSN 1799-3938 (painettu)
ISSN 1799-3946 (verkkojulkaisu)

Lue verkkojulkaisu osoitteesta:
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-315-4>



SOTE
– viittä vaille
valmis?

Tausta-aineisto, liitteet ja lähteet

Verkosta löytyvät

- tämä julkaisu
- diasarja keskeisistä havainnoista
- aiemmat sote-uudistukseen liittyvät vaikutusten ennakoarvioinnit
- tässä arvioinnissa käytetty laaja tausta-aineisto sekä
- tässä julkaisussa hyödynnetyt lähteet ja liitteet.

Katso: <http://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/sote-uudistus/>