

**5.11.2015**

**VIRKAMIESELVITYS: UUSIEN ITSEHALLINTOALUEIDEN MUODOSTAMINEN**

## Sisällys

1	Saatteeksi .....	3
2	Tiivistelmä.....	4
2.1	Keskeiset perustelut sote-järjestämisen, integraation toteutumisen ja talouden näkökulmista.....	5
2.2	Muut keskeiset perustelut.....	10
3	Yksityiskohtaiset perustelut .....	11
3.1	Järjestämisen edellytyksistä ja aluejaon perusteista eri lukumäärillä .....	11
3.1.1	Valtiosääntöoikeudellisia näkökohtia aluejaotukseen .....	11
3.1.2	Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen edellytykset .....	16
3.1.3	Taloudelliset edellytykset ja säästöpotentiaali .....	36
3.1.4	Sote-uudistuksen tavoitteiden toteutuminen .....	43
3.2	Edellytykset yhtenäisiin aluerajoihin ja mahdollisiin tehtävien siirtoihin .....	44
3.2.1	Vaalipiirijako .....	44
3.2.2	Toiminnalliset alueet .....	45
3.2.3	Maakuntajako ja siihen perustuvat muut aluejaot .....	45
3.2.4	Aluehallintovirastojen aluejako .....	45
3.2.5	Itsehallintoalueille mahdollisesti siirrettävistä tehtävistä aiheutuvat kriteerit .....	46

# 1 Saatteeksi

Hallitusohjelmassa todetaan, että: ”sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisen tavoitteena on terveyserojen kaventaminen ja kustannusten hallinta. Uudistus toteutetaan täydellisellä horisontaalisella ja vertikaalisella integraatiolla sekä vahvistamalla järjestäjien kantokykyä. Hallitus valmistelee sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiskäytännön kuntaa suurempien itsehallintoalueiden pohjalta. Itsehallintoalueita on yhteensä korkeintaan 19. Valtion aluehallinnon ja maakuntahallinnon yhteensovituksessa tehdään erikseen päätös, jolla yksinkertaistetaan julkisen aluehallinnon järjestämisestä. Ensisijaisena ratkaisuna on toimintojen keskittäminen tehtäviltään ja toimivallaltaan selkeille itsehallintoalueille.”

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä valtiovarainministeriö asettivat 10.9.2015 sote- ja aluehallintouudistuksen valmistelua varten virkamiesohjausryhmän ja projektiryhmän (STM068:00/2015). Tämä muistio on valmisteltu projektiryhmän (pj. Tuomas Pöysti) ohjauksessa toimivassa, Järjestämisen edellytykset ja aluejako -valmisteluryhmässä (pj. Liisa-Maria Voipio-Pulkki). Asettamispäätöksen mukaan valmisteluryhmän tehtävänä on ollut määrittellä perusteet, joiden mukaisesti kuntaa suuremmat itsehallintoalueet voidaan muodostaa ja valmistella 15.10.2015 mennessä ehdotus aluejaksi siten, että hallitus voi määrittellä jatkovalmistelun pohjana olevan itsehallintoalueiden lukumäärän ja alustavan aluejaon. Projektiryhmä ja muut asetetut valmisteluryhmät ovat antaneet työhön sen kuluessa kommentteja ja täydennyksiä.

Asiasta järjestettiin keskustelutilaisuus 29.9.2015, johon osallistui sosiaali- terveydenhuollon toimijoita ja asiantuntijoita kunnista ja kuntayhtymistä, kuntien ja maakuntien liittojen edustajia, valvontaviranomaisten edustajia, muiden ministeriöiden (sisäministeriö, oikeusministeriö, työ- ja elinkeinoministeriö, liikenne- ja viestintäministeriö) edustajia sekä korkeakoulujen ja tutkimuslaitosten edustajia (VATT, ETLA) sekä asiakkaiden ja potilaiden järjestöjen edustajia. Kuulemisessa esillä olivat vaihtoehdot, joissa itsehallintoalueita olisi 4–5, 6–9, 10–12 sekä 13–19. Lisäksi on erikseen kuultu oikeusministeriön edustajaa vaalijärjestelmään liittyvistä kysymyksistä, ympäristöministeriön edustajaa rakennusvalvontaan liittyvistä kysymyksistä sekä valtiosääntöasiantuntijoita. Keskusteluissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat ovat pitäneet pääsääntöisesti parhaimpina lukumäärävaihtoehtoja 4–5 ja 10–12, ministeriöt lukumääriä 10–12 ja kuntatoimijat lukumääriä 13–19.

Projektiryhmä käsittelee muistiota ja hyväksyi täsmennetyn muistion 19.10.2015 pidetyssä kokouksessaan.

## 2 Tiivistelmä

Tässä muistiossa tarkastellaan itsehallintoaluejakoa vaihtoehdoilla 4–5, 6–9, 10–12 sekä 13–14 ja 15–19. Arvioinnissa aluejakomalleja vertaillaan ensisijaisesti keskenään eikä suhteessa nykytilaan tai muihin vaihtoehtoihin toteuttamistapoihin. Keskeisimmät arviointikriteerit ovat 1) perustuslain 19 §:n mukaisten riittävien ja yhdenvertaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden turvaaminen, 2) taloudellisesti tuottavan ja kustannusvaikuttavan palvelujärjestelmän toteuttaminen siten, että sen avulla pystytään vastaamaan myös kestävyysvajeeseen sekä 3) kestävä ratkaisu alueellisesta itsehallinnosta, jolle voidaan antaa muitakin kuntien yhteistoiminnassa hoitavia tehtäviä sekä valtion aluehallinnon tehtäviä nykyisiä sektoriorganisaatioita ja hallinnon tasoja vähentäen.

Kun itsehallintoalueiden lukumäärää tarkastellaan ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen edellytysten ja sote-uudistukselle asetettujen tavoitteiden toteutumisen kannalta, näyttävät muistiossa tarkastelluista vaihtoehtoista tarkoituksenmukaisimpana vaihtoehdot 4–5 ja 10–12. Sote-järjestämisen edellytysten valossa haasteellisimpana vaihtoehtona näyttävät ratkaisut, joissa alueita olisi joko 6–9, 13–14 tai 15–19. Mitä suurempi on alueiden määrä, sitä selvempää on, että osa alueista jäisi tehtävän toteuttamisen kannalta liian pieniksi. Yli 12 alueen ratkaisut johtavat siihen, että on tingittävä sote-uudistuksen tavoitteiden toteutumisesta sekä palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden että kustannusten kasvun hillinnän osalta. Myös riski alueratkaisun ristiriitaisuudesta perustuslain kanssa on tällöin suuri.

Vertailtaessa neljän ja viiden itsehallintoalueen ratkaisuja voisi neljä aluetta olla parempi alueelliseen väestörakenteeseen liittyvät seikat huomioiden erityisesti pitkällä aikajänteellä. Toisaalta viiden alueen ratkaisu kytkettyisi nykyisten erityisvastuualueiden toiminnallisiin kokonaisuuksiin. Tällöin kullakin alueella olisi omana toimintana myös vaativan erityistason palvelut ja nykyinen yliopistollinen sairaala. Siksi viiden alueen ratkaisua voidaan pitää näistä kahdesta perustellumpana toiminnallisena kokonaisuutena etenkin muutoksen johtamisen näkökulmasta.

10–12 alueen ratkaisusta parhaimpana voidaan sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta pitää 12 alueen ratkaisua, koska silloin kukin itsehallintoalue muodostaisi toiminnallisesti tarkoituksenmukaisen integroidun kokonaisuuden ja alueiden laajojen päivystysyksiköiden verkosto olisi optimaalinen. 12 alueen ratkaisu näyttää toimivimpana myös niiden julkisen hallinnon tehtävien kannalta, joiden osalta on tarpeen varautua mahdolliseen tehtävien siirtymiseen itsehallintoalueille.

Sekä viiden että 12 alueen ratkaisu perustuisivat molemmat selkeään toiminnalliseen kokonaisuuteen ja loisivat kumpikin nykytilaan verrattuna huomattavasti paremmat edellytykset sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle.

Kun vertaillaan viiden ja 12 alueen ratkaisuja keskenään, on näillä aluejakoratkaisuilla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kannalta toisiinsa verrattuna osin erilaiset vahvuudet ja heikkoudet. Viiden alueen ratkaisussa alueelliset erot palvelutarpeessa olisivat selvästi pienemmät ja viiden alueen ratkaisu myös mahdollistaisi yhdenvertaisten palvelujen saatavuuden varmemmin. Myös alueiden taloudellisten edellytysten erot olisivat selvästi pienemmät ja potentiaali kustannustehokkaaseen toimintaan etenkin pitkällä aikavälillä olisi 12 alueen vaihtoehtoa parempi.

12 alueen ratkaisun vahvuuksina suhteessa viiden alueen ratkaisuun voidaan pitää erityisesti sen kytkeytymistä toiminnallisesti integraation kannalta kaikkein keskeisimpään kokonaisuuteen eli laajaan päivystykseen. Lisäksi tällä ratkaisulla voidaan nähdä olevan viiden alueen ratkaisua parempi yhteys hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta keskeiseen kuntapäätöksentekoon, kun alueet olisivat pienempiä. Myös kansanvaltaisuuden toteutumisen kannalta 12 alueen ratkaisua voidaan pitää parhaimpana. Alueelta vaaleilla valitun valtuuston päätöksenteko kohdistuisi suorimmin siihen toiminnalliseen kokonaisuuteen, joka on kaikkein keskeisin ihmisten palvelujen toteutuksen kannalta.

Kun tarkastellaan alueiden määrää itsehallintoalueille mahdollisesti siirrettävien maakuntien liittojen ja muiden kuntien yhteistoiminnassa hoitamien tehtävien näkökulmasta, on 12 alueen ratkaisu viiden alueen ratkaisua parempi. Tämä aluejakoratkaisu mahdollistaisi parhaiten myös päällekkäisten organisaatorakenteiden purkamisen. Myös useimmat valtionhallinnosta mahdollisesti siirtyvät tehtävät soveltuisivat paremmin tähän alueratkaisuun. Osa valtionhallinnon tehtävistä soveltuisi kuitenkin paremmin viiden alueen vastuulle.

## 2.1 Keskeiset perustelut sote-järjestämisen, integraation toteutumisen ja talouden näkökulmista

Sosiaali- ja terveysministeriön ja valtiovarainministeriön asettama selvityshenkilötyöryhmä totesi alueista: "...että itsehallintoalueilla tulee olla riittävä väestöpohja, sote-infrastruktuuri ja taloudellinen kantokyky siten, että ne pystyvät järjestämään alueensa asukkaille kattavat sosiaali- ja terveyspalvelut. Kattavien sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen kyvykkyys tarkoittaa erityisesti sitä, että ne kykenevät järjestämään sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon että vaativan ja perustason sosiaalitoimen palvelut ja integroimaan ne täydellisesti keskenään."

Selvityshenkilötyöryhmän ehdotusten mukaan "samaa aluejakoa olisi perusteltua soveltaa mahdollisimman laajalti aluehallinnon tehtävissä. Itsehallintoalueiden on mahdollistettava kansanvaltaisuuden toteutuminen ja perustettava mahdollisimman pitkälle toiminnallisiin ja taloudellisiin alueellisiin kokonaisuuksiin ja etenkin maakuntajako olisi tarpeen ottaa huomioon aluejakoa muodostettaessa. Samaa aluejakoa olisi perusteltua soveltaa mahdollisimman laajalti aluehallinnon tehtävissä ja valtion aluehallinnon jaotusten perustana. Aluejaossa otetaan lisäksi huomioon kielelliset olosuhteet ja kielellisten oikeuksien toteutuminen."

Aluejaon päätavoite sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta on luoda järjestämisvastuun edellyttämät riittävän kantokykyiset alueet, joiden avulla voidaan toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon vertikaalinen ja horisontaalinen integraatio siten, että asiakkaan oikeus palveluihin toteutuu yhdenvertaisesti, ja luoda edellytykset palvelujen kustannustehokkaalle järjestämiselle. Tarkoituksena on estää kilpavarustelu ja osaoptimointi. Tämä edellyttää vanhojen rakenteiden purkamista.

Tässä muistiossa on tarkasteltu erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä viidellä eri aluemäärällä: 4–5, 6–9, 10–12, 13–14 ja 15–19.

*4–5 alueen päävaihtoehdossa*, jossa kullakin alueella olisi mukana myös erityisen vaativien palvelujen taso, voidaan ajatella olevan pitkällä tähtäimellä kaikkein suurin potentiaali sote-palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden sekä kustannushyötyjen näkökulmasta (mittakaa-

vaetu). Malli voisi (mutta sen ei välttämättä tarvitsisi) pohjautua nykyisten erikoissairaanhoidon eritysvastuualueiden (erva) maantieteellisille alueille, jos alueiden lukumäärä olisi viisi. Tällä ratkaisulla pienimmän itsehallintoalueeden väestöpohja olisi noin 740 000 asukasta, mikä olisi palvelujen järjestämisen, alueiden taloudellisten edellytysten ja kustannusten enustettavuuden kannalta erittäin hyvä. Jos määrä olisi neljä, muodostuisi kaksi vahvaa ja suurta aluetta eteläiseen Suomeen sekä alueet itäiseen ja pohjoiseen Suomeen. Ruotsinkielisten palveluiden turvaaminen edellyttäisi sisäisiä toiminnallisia järjestelyitä.

Itsehallintoalueilla olisi erinomainen sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen kantokyky ja ne kykenisivät integroimaan palvelut täydellisesti, koska vain kaikkien harvinaisimpia ja kansallisesti keskitettyjä palveluita voitaisiin joutua ostamaan oman toiminta-alueen ulkopuolelta. Palvelujen yhdenvertainen saatavuus turvattaisiin siten tällä vaihtoehdolla parhaiten. Jokaisella itsehallintoalueella olisi alueiden koon takia 1–3 laajaa päivystysyksikköä, jotka sisältävät perusterveydenhuollon ja kaikkien lääketieteen pääerikoisalojen päivystyksen sekä sosiaalipäivystyksen. Laaja päivystysyksikkö on osa samaa toiminnallista kokonaisuutta ja tukee olennaisella tavalla peruspalveluiden toimivuutta.

Laajojen päivystysyksiköiden lisäksi tarvittaisiin joitakin kevyempiä ”satelliittipäivystysyksiköjä”, jotka kykenisivät huolehtimaan tavallisimmista kiireellisistä tehtävistä ensihoidon ja laajan päivystysyksikön tukemina. Vaihtoehto mahdollistaisi kustannustehokkaan tuotantorakenteen ja tehottomien yksiköiden toiminnan uudelleen suuntaamisen, joten itsehallintoalueella olisi erinomaiset mahdollisuudet tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen ja sitä kautta kustannuskehityksen hillintään.

Alueiden suuruus, laajojen päivystysyksiköiden sijoittuminen ja vaalijärjestelmä voisivat johtaa itsehallintoalueiden sisäiseen hallinnolliseen järjestäytymiseen ja päätöksentekoon. Tällöin kustannustehokas työnjako voisi tarvita tuekseen kansallista säädöspohjaista ohjausta.

4–5 alueen vaihtoehdossa, jossa kullakin alueella olisi mukana myös erityisen vaativien palvelujen taso, voidaan ajatella olevan pitkällä tähtäimellä kaikkein suurin potentiaali sote-palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden sekä kustannus-  
hyötyjen näkökulmasta

Tässä vaihtoehdossa rahoitusratkaisu olisi yksinkertaisin, koska alueiden taloudelliset edellytykset olisivat parhaimmat ja lähimpänä toisiaan. Jos rahoitus perustuisi kokonaan tai pääosin itsehallintoalueen verotusoikeuteen, tässä vaihtoehdossa erilaisten tasausjärjestelyjen tarve olisi vähäisin. Kuitenkin jo viidellä alueella itäpohjoisuunta jäisi muuta Suomea heikommaksi taloudellisesti, ja lisäksi väestö on siellä sairaampaa.

Järjestäjätahojen suuri koko takaisi myös jokaiselle alueelle runsaasti järjestämisoaamista, jonka avulla tuottajakunnan laajuutta, työnjakoa ja toimintaa voitaisiin suunnitella, seurata ja ohjata. Siten yksityisen ja kolmannen sektorin tuottajat voitaisiin hallitusti integroida osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallista kokonaisuutta monituottajamallin mukaisesti. Toisaalta alueiden suuri koko voisi jossain määrin suosia suurimpia sote-tuottajia ja heikentää kansallisen ohjauksen vaikuttavuutta.

#### *6–9 alueen vaihtoehdossa*

Itsehallintoalueilla olisi kokonsa puolesta hyvä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen kyvykkyys ja ne kykenisivät periaatteessa integroimaan

6–9 alueen vaihtoehdossa itsehallintoalueilla olisi kokonsa puolesta hyvä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen kyvykkyys. Alueista muodostuisi kuitenkin keskenään hyvin erilaisia.

palvelut kullakin alueella lähes täydellisesti. Palvelujen yhdenvertainen saatavuus turvattaisiin siten hyvin. Tämänkaltaisella itsehallintoalueiden määrällä myös pienimpien itsehallintoalueiden väestöpohja olisi todennäköisesti yli 200 000 asukasta, mikä olisi kustannusten satunnaisvaihtelujen kannalta erittäin hyvä. Mallissa olisi todennäköisesti viisi itsehallintoaluetta, joilla olisi yliopistollinen keskussairaala ja erityisen vaativan sosiaalihuollon yksikkö sekä 1–4 muunlaista itsehallintoaluetta. Malli säilyttäisi vain pienen osan nykyisistä rakenteista, joten toiminnallisten muutosten aikaansaaminen olisi mahdollista. Ruotsinkielisten palveluiden turvaaminen edellyttäisi alueiden sisäisiä toiminnallisia järjestelyitä

Alueista muodostuisi kuitenkin keskenään niin erilaisia, että etenkin laajan päivystyksen hoitaminen edellyttäisi itsehallintoalueiden yhteistyöstä säätämistä palveluiden saavutettavuuden turvaamiseksi ja toisaalta kilpavarustelun välttämiseksi. Yhdellä tai useammalla 6–9 itsehallintoalueesta pitäisi olla laajan päivystyksikön palveluita kahdella eri paikkakunnalla. Laajojen päivystyksiköiden lisäksi saatettaisiin tarvita joitakin ”satelliittipäivystyksikköjä”. Itsehallintoalueiden sisäinen palvelurakenne olisi siten lähtökohtaisesti heterogeeninen ja sen seurauksena palveluihin pääsy voisi olla alueellisesti eriytyneenä. Tämä voisi asettaa haasteita integraation ja hoidon porrastuksen yhdenmukaiselle toteutumiselle, vaikeuttaa työnjaon hallintaa ja siten heikentää kustannustehokkuutta.

Taloudelliset edellytykset sote-palvelujen järjestämiseen olisivat riittävät. Jos rahoitus perustuisi kokonaan tai pääosin itsehallintoalueen verotusoikeuteen, tarvittaisi tasausjärjestelmä. Itsehallintoalueilla olisi kohtalaisen hyvät mahdollisuudet tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen. Periaatteessa vaihtoehto mahdollistaisi tehottomien yksiköiden toiminnan uudelleen suuntaamisen ja yksityisen ja kolmannen sektorin hallitun hyödyntämisen toiminnallisesti integroidussa monituottajamallissa. Käytännössä alueiden erilaisuus ja laajojen päivystyksiköiden ympärille muodostuvat ”pienalueet” voisivat kasvattaa osaoptimoinnin riskiä ja lisäisivät huomattavasti valtion ohjauksen tarvetta verrattuna 4-5 alueen vaihtoehtoon. Siten vaihtoehto edellyttäisi riittävän toimivaltaisia alueellisia yhteistyörakenteita ja sopimista, joiden puitteissa sovittaisiin itsehallintoalueiden yhteistyöstä keskitettävien palveluiden, tutkimuksen ja opetuksen kohdalla ja joiden kautta yhteistyön ja työnjaon keskusohjaus välittyisi.

*10–12 alueen päävaihtoehdossa* kaikilla järjestäjillä olisi vastuu integraation kannalta keskeisistä toiminnallisista kokonaisuuksista. Pienimpienkin itsehallintoalueiden väestöpohja olisi todennäköisesti noin 170 000 asukasta, jolloin päästäisiin kustannusten satunnaisvaihtelujen näkökulmasta jo varsin hallittuun tilanteeseen. Mallissa olisi viisi itsehallintoaluetta, joilla olisi yliopistollinen keskussairaala ja erityisen vaativan sosiaalihuollon yksikkö sekä 5–7 muunlaista itsehallintoaluetta. Malli säilyttäisi vain pienen osan nykyisistä rakenteista, joten toiminnallisten muutosten aikaansaaminen olisi mahdollista. Mallin toteutuksessa olisi erikseen otettava huomioon ruotsinkielisten palvelujen turvaaminen.

10–12 alueen päävaihtoehdossa tavoitteet toteutuisivat erittäin hyvin, koska kaikilla järjestäjillä olisi vastuu integraation kannalta keskeisistä toiminnallisista kokonaisuuksista ja alueiden koon arvioidaan suosivan peruspalveluiden vahvistamista.

Itsehallintoalueilla olisi hyvä sosiaali- ja terveystalouden palveluiden järjestämisen kyvykkyys, ja ne kykenisivät integroimaan palvelut kullakin alueella lähes täydellisesti. Palvelujen yhdenvertai-

nen saatavuus varmistettaisiin siten hyvin. Vain poikkeuksellisen harvinaisten palveluiden toteuttamisessa jouduttaisiin sopimaan palveluiden toteuttamisesta oman itsehallintoalueen ulkopuolisten toimijoiden kanssa. Mallissa olisi viisi itsehallintoaluetta, joilla olisi yliopistollinen keskussairaala ja erityisen vaativan sosiaalihuollon yksikkö sekä 5-7 muuta itsehallintoaluetta. Erityisesti alueiden lukumäärällä 12 itsehallintoalueiden ja laajojen, peruspalveluita integroidusti tukevien päivystysyksiköiden (perusterveydenhuolto, pääerikoisalot ja sosiaali-päivystys) määrä voisi olla yhtenevä. Näin kaikkien itsehallintoalueiden palvelut olisivat perusrakenteeltaan pääosin samanlaisia. Laajojen päivystysyksiköiden lisäksi saatettaisiin tarvita joitakin kevyempiä ”satelliittipäivystysyksikköjä”, jotka kykenisivät huolehtimaan tavallisimista kiireellisistä tehtävistä ensihoidon ja laajan päivystysyksikön tukemina. Peruspalveluiden vahvistaminen olisi 12 alueen mallissa kaikkien intressissä, koska keskitettyjen erityispalveluiden kapasiteetti omalla alueella olisi rajallinen, ja tehtävien hoito olisi mahdotonta ilman hyvin toimivaa perustasoa ja tiivistä yhteistyötä. Näin alueiden koon voidaan arvioida suosivan peruspalveluiden vahvistamista. Lisäksi alueiden koko johtaisi todennäköisesti alueiden välillä muutoinkin vertailukelpoiseen ja monipuoliseen tuotantorakenteeseen: jokaisella itsehallintoalueella olisi lähtökohtaisesti yksi erityispalveluiden pääasiallinen toiminnallinen yksikkö, muutamia keskisuuria peruspalveluiden toiminnallisia yksiköitä asutuskeskuksissa ja tarvetta myös pienille, etenkin sosiaalipalveluiden toimijoille haja-asutusalueilla. Erikokoiset yksityisen ja kolmannen sektorin tuottajat voitaisiin itsehallintoalueella ohjata selkeästi integroiduksi osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallista kokonaisuutta monituottajamallin mukaisesti.

Tässä vaihtoehdossa itsehallintoalueiden valtakunnallinen ohjaus olisi alueiden vertailukelpoisuuden vuoksi selkeää ja kohdistuisi pääosin suoraan itsehallintoalueisiin. Vaalien kautta toteutuvat asukkaiden osallistumisoikeudet kohdistuisivat parhaiten siihen toimintoon, joka on kaikkein keskeisin asukkaiden palvelujen toteutuksen kannalta.

Vaihtoehdossa itsehallintoalueiden taloudelliset edellytykset sote-palvelujen järjestämiseen olisivat riittävät. Vaihtoehto mahdollistaisi kustannustehokkaan tuotantorakenteen ja tehotomien yksiköiden toiminnan uudelleen suuntaamisen. Vaihtoehto edellyttäisi kuitenkin laajempia alueellisia yhteistyörakenteita ja sopimista, joiden puitteissa sovittaisiin itsehallintoalueiden yhteistyöstä keskitettävissä palveluissa, tutkimuksessa ja opetuksessa ja joiden kautta yhteistyön ja kansallisen tason työnjaon valtakunnallinen ohjaus osaltaan myös välittyisi.

Itsehallintoalueella olisi hyvät mahdollisuudet tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen ja sitä kautta kustannuskehityksen hillintään. Rahoituksen näkökulmasta osa alueista olisi kuitenkin pitkällä tähtäimellä liian heikkoja laajalti oman verotusoikeuden pohjalta tapahtuvaan rahoitukseen. Silloin tarvittaisiin monimutkaista rahoituksen tasoitusta.

13–19 itsehallintoalueen vaihtoehdoissa mahdollisuudet yhdenvertaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseen koko maassa ja täydellisen integraation toteutuminen vaikeutuisivat alueiden lukumäärän kasvaessa.

*13–14 itsehallintoalueen vaihtoehdossa* pienimpien itsehallintoalueiden väestöpohja olisi todennäköisesti noin 150 000 asukasta, jolloin pienimpien alueiden taloudellinen vakaus ei ole hyvä kustannusten satunnaisvaihtelujen hallinnan näkökulmasta. Myöskään palvelujen järjestämisen edellytykset eivät olisi kaikilla alueilla hyvät, jolloin palvelujen yhdenvertainen saatavuuden turvaaminen ei toteutuisi niin hyvin kuin edellisissä vaihtoehdoissa. Mallissa olisi viisi itsehallintoaluetta, joilla olisi yliopistollinen keskussairaala ja erityisen vaativan sosiaalihuollon yksikkö sekä 8–9 muunlaista, keskenään huomattavan erilaista itsehallintoaluetta. Kaikilla itsehallintoalueilla ei todennäköisesti



olisi edellytyksiä ylläpitää laajaa päivystysyksikköä, vaan ainoastaan ”satelliittipäivystysyksikköä”. Osa itsehallintoalueista vastaisi yliopistosairaaloiden ylläpidosta ja vaativimpien erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palvelujen tuottamisesta. Palvelutarpeen satunnaisvaihtelu loisi joillekin itsehallintoalueille toiminnallisia ja taloudellisia riskejä, joten vaihtoehto edellyttäisi vahvoja alueellisia yhteistyörakenteita. Valtion keskusohjauksen merkitys korostuisi. Jos rahoitus perustuisi kokonaan tai pääosin itsehallintoalueen verotusoikeuteen, tarvittaisi monimutkainen tasausjärjestelmä.

Mahdollisuudet tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen ja sitä kautta kustannuskehityksen hillintään olisivat rajoittuneemmat, koska vaihtoehto ei kaikilta osin mahdollistaisi kustannustehokasta tuotantorakennetta ja tehottomien yksiköiden toiminnan uudelleen suuntaamista.

*15–19 itsehallintoalueen vaihtoehdossa* pienimpien itsehallintoalueiden väestöpohja olisi alle 100 000, mahdollisesti jopa vain noin 50 000 asukasta. Usealla alueella on siten varsin heikko taloudellinen vakaus kustannusten satunnaisvaihtelujen näkökulmasta. Palvelujen järjestämisen edellytykset olisivat osalla alueista heikot, joten palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaaminen olisi vaihtoehdoista kaikkein heikoin. Mallissa olisi viisi itsehallintoaluetta, joilla olisi yliopistollinen keskussairaala ja erityisen vaativan sosiaalihuollon yksikkö sekä 10–14 muunlaista, keskenään huomattavan erilaista itsehallintoaluetta. Malli säilyttäisi pääosin nykyiset erikoissairaanhoidon ja myös maakuntien liittojen rakenteet. Tällä voisi olla hidastavia ja estäviä vaikutuksia välttämättömien toiminnallisten muutosten aikaansaamiseen. Mallin toteutuksessa olisi erikseen otettava huomioon ruotsinkielisten palvelujen turvaaminen.

Osalla itsehallintoalueista olisi hyvin rajallinen kyky sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseen ja rajallinen kyky integroida palvelut täydellisesti keskenään. Siten perusoikeuksien yhdenvertainen toteutuminen vaarantuisi osan alueista jäädessä väestöpohjan, osaamisen ja taloudellisten edellytysten puolesta liian heikoiksi.

Kaikilla itsehallintoalueilla ei olisi edellytyksiä ylläpitää laajaa päivystysyksikköä, vaan ainoastaan ”satelliittipäivystysyksikköä”. Osa itsehallintoalueista vastaisi yliopistosairaaloiden ylläpidosta ja vaativimpien erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palvelujen tuottamisesta. Alueiden lukumäärän kasvaminen lisäisi kilpailua henkilöstöstä ja vaikeuttaisi myös tätä kautta erityisosaamista edellyttävien palvelujen toteuttamista monilla alueilla. Palvelutarpeen satunnaisvaihtelu loisi pienille itsehallintoalueille huomattavia toiminnallisia ja taloudellisia riskejä, joten vaihtoehto edellyttäisi erityisen vahvoja alueellisia yhteistyörakenteita. Valtion keskusohjauksen merkitys korostuisi selvästi eniten.

Mahdollisuudet tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen ja sitä kautta kustannuskehityksen hillintään olisivat rajalliset, koska vaihtoehto ei mahdollistaisi kustannustehokasta tuotantorakennetta ja tehottomien yksiköiden toiminnan uudelleen suuntaamista. Osa itsehallintoalueista ei olisi riittävän vahvoja toimijoita hyödyntämään tehokkaasti monituottajamallia. Palvelutarjonnan puutteet voisivat johtaa kalliiden ostopalveluiden hankintaan.

Myös rahoituksen näkökulmasta tämä vaihtoehto olisi ongelmallisin. Joidenkin itsehallintoalueiden taloudelliset edellytykset sote-palveluiden järjestämiseen eivät olisi riittävät. Itsehallintoalueiden väliset erot väestörakenteessa, sosiaali- ja terveydenhuollon menoissa, verokertymässä ja BKT:ssa tasoittuisivat huonosti. Jos rahoitus perustuisi kokonaan tai pääosin itsehallintoalueen verotusoikeuteen, tarvittaisi monimutkainen tasausjärjestelmä.

*Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen* näkökulmasta edellä kuvatuissa vaihtoehdoissa tarvittaisiin eri tasoille ja eri asioihin kohdistuvaa ohjausta. Ohjauksen näkökulmasta suurem-

milla alueilla (4–5 ja 6–9) edellyttäisiin sen vahvistamista, että alue ei eriytyisi sisäisesti ja siten palvelutuotanto ei osaoptimoituisi ja kilpavarustelu kiihtyisi alueen sisällä. Pienempiä itsehallintoalueita tulisi puolestaan ohjata yhteistoimintaan siten, että väestön palveluiden tarve katettaisiin mutta välttyttäisiin kilpavarustelulta itsehallintoalueiden välillä.

## 2.2 Muut keskeiset perustelut

*Vaalipiirijako.* 4–5 aluetta edellyttäisi todennäköisesti, että itsehallintoalue jaetaan sisäisiin vaalipiireihin riittävän alueellisen edustavuuden turvaamiseksi. 10–12 alueen vaihtoehdossa itsehallintoalue voisi olla yhtenä vaalipiirinä, mikä olisi vaalijärjestelmän kannalta selkeämpää. Edustuksellisen järjestelmän kannalta olisi myös selkeintä, että eduskuntavaalien ja itsehallintoalueiden vaalipiirit olisivat mahdollisimman pitkälle yhteensopivat.

Aluejakoarvioon vaikuttaa myös perustuslain 2 §:ssä säädetty kansanvaltaisuusperiaate, johon sisältyy yksilön oikeus osallistua ja vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristönsä kehittämiseen. Kansanvaltaisuuteen sisältyy alueen asukkaiden mahdollisuus saada edustajansa vaaleilla valittuun toimielimeen sekä yksilön oikeus osallistua ja vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristönsä kehittämiseen. Perustuslakikeskustelussa on myös esitetty, että alueilla tulisi olla jokin yhteinen identiteetti, joka olisi kytköksissä alueen asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamistarpeeseen. Tästä näkökulmasta kansanvaltaisuus toteutuisi parhaiten itsehallintoalueiden lukumäärillä 10–12, 13–14 ja 15–19. Lukumäärillä 4–5 ja 6–9 itsehallintoalueista muodostuisi niin suuria, että päätöksenteon alueellinen edustavuus ja mahdollisuus osallistua toteutuisivat heikommin.

*Muut itsehallintoalueille mahdollisesti siirtyvät tehtävät.* Hallituksen tavoitteena on, että valtion aluehallinto ja maakuntakuntahallinto sovitetaan yhteen ja yksinkertaistetaan (valtio, alueet ja kunnat). Tähän liittyen selvitetään ja arvioidaan aluehallinnon uudet organisointimallit sekä tehtäväjako itsehallintoalueiden, valtion keskus- ja aluehallinnon sekä kuntien välillä.

Liitetaulukossa 1 kuvataan Manner-Suomen nykyisiä aluejakoja ja alueiden määriä. Sisäministeriössä toteutetaan hanke, jossa pelastustoimi uudistetaan sosiaali- ja terveystoimen palvelurakenteen uudistamisen yhteydessä muodostettavien itsehallintoalueiden pohjalle samassa aikataulussa ja samalla aluejaolla. Maakuntien liittojen ja valtion aluehallinnolle kuuluvat alueiden kehittämistehtävät ovat olleet esillä mahdollisina itsehallintoalueille jo perustamisvaiheessa siirtyvinä tehtävinä<sup>1</sup>.

Kun itsehallintoalueiden lukumäärää tarkastellaan mahdollisesti vastaanotettavien tehtävien näkökulmasta, erityisesti kuntien yhteistoimintaan perustuvien ja eräiden valtion tehtävien siirto suurille itsehallintoalueille (lukumäärä 4–5 ja 6–9) olisi toiminnallisesta näkökulmasta haasteellista, sen sijaan keskisuurille (lukumäärä 10–12 ja 13–14) siirto onnistuisi paremmin. Osalle erityisesti valtionhallinnolta mahdollisesti siirtyvistä tehtävistä 15–19 aluetta toisi suuria haasteita.

---

<sup>1</sup> Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja itsehallintoalueiden perustamisen sekä aluehallintouudistuksen valmistelu - Selvityshenkilöhanke. STM Raportteja ja muistioita 2015:36

Itsehallintoalueiden aluejaosta tulisi muodostua samanlainen perusaluejako kuin maakuntajako on tällä hetkellä, ja toisaalta itsehallintoalueiden tulisi vähentää tarvetta sektorikohtaisiin erillisiin organisaatioihin. Jos pelastustoimen tehtävät ja maakuntien liittojen tehtävät siirretään itsehallintoalueille, ei maakuntajakoa eikä pelastustoimen aluejakoa erillisenä enää ole.

Myös itsehallintoalueen sisään jäävien aluejakojen tulisi olla yhteensopivia itsehallintoalueisiin. Lisäksi aluehallintovirastojen aluejako olisi sopeutettava itsehallintoalueiden aluejakoon sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämistä ja tuottamista valvovina viranomaisina.

### 3 Yksityiskohtaiset perustelut

#### 3.1 Järjestämisen edellytyksistä ja aluejaon perusteista eri lukumäärillä

##### 3.1.1 Valtiosääntöoikeudellisia näkökohtia aluejaotukseen

*Perustuslain näkökohdat liittyvät erityisesti siihen, onko tulevilla itsehallintoalueilla kyky huolehtia riittävästä sosiaali- ja terveystalveluista sekä muista itsehallintoalueille alkuvaiheessa mahdollisesti säädettävistä talveluista ja tehtävistä yhdenvertaisesti. Perusoikeuksien toteutuminen toteutuisi parhaiten itsehallintoalueiden lukumäärillä 4–5 ja 10–12. Lukumäärillä 6–9, 13–14 ja 15–19 itsehallintoalueiden keskinäinen heterogeenisuus ja joidenkin itsehallintoalueiden pieni koko ei tue parhaalla tavalla perustuslain turvaamien perusoikeuksien toteutumista. Erityisen ongelmallista tämä olisi lukumäärillä 13–14 ja 15–19.*

*Perusoikeuksien turvaamisvelvollisuus edellyttää, että jos hallinnollisesti toimiva aluejako on mahdollista määrittellä useilla vaihtoehtoisilla tavoilla, niistä valitaan parhaiten kielelliset oikeudet toteuttava vaihtoehto. Ongelmallista on myös, jos kielivähemmistö jää pieneksi. Kielellisten oikeuksien toteutumisen arviointi on mahdollista vain aluejaon yksityiskohtien (kartat) perusteella. Kielellisten oikeuksien toteutumista ei kuitenkaan tulisi tarkastella aluejaosta erillisenä kysymyksenä, koska kielellisten oikeuksien toteutuminen pystytään turvaamaan myös muilla keinoilla.*

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen näkökulmasta perustuslain näkökohdat liittyvät erityisesti siihen, onko tulevilla sote-alueilla taloudelliset edellytykset huolehtia riittävästä sosiaali- ja terveystalveluista

Perustuslain 121 §:n 4 momentin mukaan itsehallinnosta kuntia suuremmilla hallintoalueilla säädetään lailla. Tällä säännöksellä on ilmaistu mahdollisuus järjestää kuntia suurempia itsehallintoalueita, kuten maakuntia, itsehallinnon periaatteiden mukaisesti (HE 1/1998 vp, s. 176/II). Säännöksestä ei ole sinänsä luettavissa tarkkoja reunaehtoja näiden hallintoalueiden suuruudesta. Perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännössä on kuitenkin katsottu perustuslain 121 §:n 1 ("Suomi jakaantuu kuntiin, joiden hallinnon tulee perustua kunnan asukkaiden itsehallintoon") ja 4 momentin muodostavan yhdessä kokonaisuuden, josta seuraa tietynlaiset rajat sille, millaiseksi kuntarakenne Suomessa voidaan muodostaa (PeVL 20/2013 vp, s. 9/II; PeVL 67/2014 vp, s. 6/I). Kunta on tarkoitettu yleisesti ottaen maakuntia pienemmäksi

hallintoyksiköksi. Perustuslain 121 §:n 4 momentissa tarkoitetun itsehallintoalueen tulisi puolestaan täyttää alueelliselle itsehallintojärjestelmälle asetettavat vaatimukset, joihin voidaan ajatella kuuluvan jokin alueellinen identiteetti. Kysehän on lähtökohtaisesti alueen asukkaiden itsehallinnosta. Erityisen suuret itsehallintoalueet saattavat jäädä alueen asukkaiden näkökulmasta etäisiksi.

Perustuslain muut säännökset, joilla on merkitystä aluejaon kannalta, ovat PL 2 § (kansanvaltaisuus), 6 § (yhdenvertaisuus), 14 § (vaali- ja osallistumisoikeudet), 17 § (kielelliset oikeudet), 19 § (sosiaaliturva), 21 § (oikeusturva), 22 § (perusoikeuksien turvaaminen) ja 122 § (aluejaot).

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen näkökulmasta perustuslain näkökohdat liittyvät erityisesti siihen, onko tulevilla sote-alueilla taloudelliset edellytykset huolehtia riittävästä sosiaali- ja terveyspalveluista (PL 19 §) yhdenvertaisesti (PL 6 §). Mitä suurempi itsehallintoalueiden lukumäärä on, sitä vaikeammaksi muodostuu yhdenvertaisen palvelurakenteen toteuttaminen. Perustuslain 22 § mukainen velvoite siitä, että julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen, rajoittaa lainsäätäjän harkintavaltaa aluejaon osalta. Näin ollen itsehallinnollisten alueiden lukumäärä voi nousta perustuslakikysymykseksi, jos osa alueista jää niiden tehtäväksi säädettyjen sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien ja niiden rahoituksen kannalta liian heikoiksi.

Aluejakoarvioon vaikuttaa joiltain osin myös perustuslain 2 §:ssä säädetty kansanvaltaisuusperiaate. Kansanvaltaan sisältyy yksilön oikeus osallistua ja vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristönsä kehittämiseen. Kansanvaltaisuuden näkökulmasta alueiden asukkailla tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa alueensa palvelujen järjestämiseen. Tämän perusteella perustuslakikeskustelussa on esitetty, että alueilla tulisi olla jokin yhteinen identiteetti, joka kytkeytyisi alueen asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamistarpeeseen. Toisaalta voidaan myös kysyä, onko nykyoloissa mahdollista asettaa lähtökohdaksi alueen asukkaiden yhteistä identiteettiä.

Itsehallintoalueiden aluejaosta ei ole perustuslaissa erillissäännöksiä, vaan aluejakoon sovelletaan perustuslain yleistä aluejakoa koskevaa säännöstä (PL 122 §). Sen mukaan aluejakojen lähtökohtana tulee olla pyrkimys yhteensopiviin aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan. Säännöksen perustelujen mukaan säännös edellyttää vaatimusta välttää monia erilaisia aluejaotuksia valtion alue- ja paikallishallintoa järjestettäessä. Perustuslain aluejakosäännöksen viittausta kielellisten oikeuksien toteutumiseen on linjattu erityisesti perustuslakivaliokunnan käsitellessä aluehallintouudistusta. Perustuslakivaliokunta katsoi, että ”jos hallinnollisesti toimiva aluejako on mahdollista määritellä useilla vaihtoehtoisilla tavoilla, perusoikeuksien turvaamisvelvollisuus edellyttää, että niistä valitaan vaihtoehto, joka parhaiten toteuttaa kielelliset oikeudet”. Valiokunta katsoi myös ongelmalliseksi sen, että kielivähemmistö jää pieneksi.

Itsehallintoalueiden muodostamisessa tulee myös ottaa huomioon perustuslain 122 §:n 1 momentissa asetettu pyrkimys keskenään yhteensopiviin aluejaotuksiin. Perustuslakivaliokunta on kiinnittänyt huomiota siihen, että esimerkiksi nykyisten eduskuntavaalipiirien alueilla on useita erilaisia hallinnon aluejaotuksia, joista vaalipiirijako poikkeaa, ja pitänyt aiheellisenä arvioida vaalipiirijaon yhteensopivuutta muun aluejaotuksen kanssa (PeVM 1/2013 vp, s. 2/1). Aluejaon yhteensopivuutta käsitellään tarkemmin toisaalla tässä muistiossa.

Perustuslain 122 §:ssä on myös viittaus kielellisiin oikeuksiin. Sen mukaan hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiviin aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisten

väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan. Perustuslain 122 §:n tarkoituksena ei ole ensisijaisesti varmistaa yksikielisten yksiköiden tai enemmistöltään ruotsinkielisen alueen muodostaminen, vaan ennen kaikkea turvata palvelut niin suomen kuin ruotsinkin kielellä. Perustuslaista ei siten suoraan voida johtaa tulkintaa, jossa kieliperusteella tulisi toteuttaa tietty aluejaotus kielellisistä syistä.

Aluehallintouudistuksesta annetussa perustuslakivaliokunnanlausunnossa (PeVL 21/2009 vp) valiokunta katsoi, että aluehallintouudistuksen toteuttamisessa ”merkitystä on myös perustuslain 17 §:n 2 ja 3 momentin säännöksillä oikeudesta käyttää omaa kieltään — suomea, ruotsia tai saamea — viranomaisessa sekä julkisen vallan velvoitteesta huolehtia maan suomen- ja ruotsinkielisen väestön yhteiskunnallisista tarpeista samanlaisten perusteiden mukaan”. Perustuslakivaliokunta viittasi myös aiempaan perustuslakiesityksestä antamaansa lausuntoon, jonka mukaan ”kielelliset olosuhteet voivat merkitä myös sellaisia erityisiä syitä, joiden vuoksi sinänsä yhteensopivista aluejaotuksista voidaan poiketa” (PeVM10/1998). Lausunnossa katsottiin, että ”jos hallinnollisesti toimiva aluejako on mahdollista määritellä useilla vaihtoehtoisilla tavoilla, perusoikeuksien turvaamisvelvollisuus edellyttää, että niistä valitaan vaihtoehto, joka parhaiten toteuttaa kielelliset perusoikeudet”. Valiokunta katsoi lähtökohtaisesti perustuslain kannalta ongelmalliseksi sen, että kielivähemmistö jää pieneksi. Aluehallintouudistuksessa kielellisten oikeuksien turvaamiseksi samanlaisten perusteiden mukaan ei riittänyt kielivähemmistön palveluyksikön perustaminen. Valiokunta totesi lisäksi, että ”valtioneuvoston asetuksen sisältämän aluejaotuksen on perustuttava riittävään arvioon ratkaisun kielivaikutuksista”.

Aluevaihtoehdoissa kaksikielisiä alueita olisi riippuen aluejaosta 2-5. Vaihtoehdoissa 4-5, 6-9 ja 10-12 ei olisi sellaista aluetta, jonka enemmistökieli olisi ruotsi. Tällä hetkellä vain Vaasan sairaanhoitopiirin alue on enemmistökieleltään (51 prosenttia) ruotsinkielinen. Jos se kuuluisi nykyistä suurempaan itsehallintoalueeseen, merkinnee tämä nykyisellä väestörakenteella niukan kielenemmistön muuttumista todennäköisesti vähemmistöksi. Keskeistä on tarkastella, pieneneekö osuus siten, että se käytännössä ei turvaa riittävästi ruotsinkielisiä palveluja eli onko olemassa vaihtoehtoja, joissa oikeus sote-palvelujen saatavuuteen ja sitä koskevaan päätöksentekoon toteutuisivat lähes yhtäläisellä tavalla mutta kielelliset oikeudet toteutuisivat paremmin.

Kielellisiin perusteisiin liittyvä aluejaotus nouseekin erityisesti esiin siinä, tulisiko Vaasan ympärille muodostaa kieliperusteella itsehallintoalue. Kuten tämän muistion arvioinneista ilmenee, olisi sote-uudistuksen tavoitteiden kannalta perusteltua, että alueita ei olisi enempää kuin 12. Tällöin asiaa on arvioitava edellä mainitun perustuslakivaliokunnan tulkinnan mukaisesti erityisesti siitä näkökulmasta, muodostuuko Vaasan alueen kieliperusteisesta alueesta soten kannalta toimiva. Jos Vaasan ympärillä oleva alue muodostaisi 13:n alueen, muodostuisi tästä alue, jossa ei olisi omaa laajaa päivystystä. Yhdenvertaisuuden näkökulmasta voidaan pitää ongelmallisena sitä, että kyseinen alue ei kuuluisi laajan päivystysalueen käsittävään alueeseen eivätkä sen asukkaat siten pääsisi vaikuttamaan omaan laajan päivystyksen toteutukseen. Laaja päivystys pitäisi turvata yhteistoimintajärjestelyin. Tällöin kuitenkin tingittäisiin näiltä osin uudistuksen tavoitteista ja muodostettaisiin tehotonta päällekkäisyyttä ja kilpavarustelua sen sijaan, että palvelurakenne perustuisi ensisijaisesti yhdenvertaiseen palvelujen saatavuuteen sekä kustannustehokkaaseen ja tarkoituksenmukaiseen hallintoon.

Perustuslakivaliokunnan kielellisiä oikeuksia koskevan tulkintakäytännön perusteella on keskeistä, miten kaikissa vaihtoehdoissa voidaan turvata ruotsinkielisten yhdenvertaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Kaikissa vaihtoehdoissa on tarkasteltava, miten kielellisten oikeuksien toteutumista voidaan turvata hallinnon sisäisillä ratkaisuilla (muun muassa vähem-

mistökieliselä toimielimellä ja toimipistejaolla) sekä säätämällä ihmisten oikeudesta saada palveluja suomen tai ruotsin kielellä.

Kaikissa aluejakovaihtoehdoissa on lisäksi tarkasteltava yksittäisten kuntien sijoittumista tarkoituksenmukaiselle alueelle myös kieliperusteella. Nykyisten Vaasan ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien alueen käsittävien kuntien osalta on tarkasteltava, onko niiden sijoittumista mahdollista määritellä useilla vaihtoehtoisilla tavoilla, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon perusoikeudet toteutuisivat yhdenvertaisella tavalla. Jos Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvan Kokkolan kaupungin osalta asiaa tarkastellaan pelkästään kielellisten oikeuksien toteutumisen näkökulmasta, lienee selvää, että sen tulisi kuulua osaksi Vaasan aluetta, jos kaupunki ei ole osa pienempää itsehallintoaluetta.

Pohjanmaan osalta on edellä kuvattu, miten kielellisten oikeuksien painottaminen vaikuttaisi sote-palvelujen integraatioon ja toisaalta päätöksentekoon. Jos itsehallintoalueiden aluejaoissa otettaisiin Vaasan alueella kohdalla huomioon ensisijaisesti kieliperuste, vaikuttaisi tämä haitallisesti optimaalisen palvelurakenteen muodostamiseen ja siten uudistuksen tavoitteiden toteutumiseen. Osana suurempaakin aluetta ruotsinkielisten osuus muodostuu alueellisesti vahvaksi. Kielellisten oikeuksien toteutumista voidaan tällöin turvata suuremman alueen sisällä toimipistejaolla ja muilla keinoilla. Näin ollen alueen vaihtoehdot eivät ole soten järjestämisen näkökulmasta tasavertaisia. Aluejakoa ei voida ratkaista myöskään kielellisten perusteiden näkökulmasta irrallaan sote-järjestämisestä. Näin ollen valmistelussa tulisi ottaa huomioon muut tavat turvata kielelliset oikeudet eikä tarkastella aluejakoa tästä näkökulmasta irrallisena kysymyksenä. Väestön kielellisten oikeuksien turvaaminen ei perustuslain sanamuodon ja tulkintakäytännön mukaan kuitenkaan välttämättä edellytä erillisen ruotsinkielisen itsehallintoalueen perustamista. Riittäväksi voidaan arvioida se, että itsehallintoalueella on asiallisesti turvattu ruotsinkielisen väestön oikeus saada palveluita ja osallistua itsehallintoalueen toimintaan omalla kielellään.

#### *4–5 itsehallintoaluetta*

- Erinomaiset mahdollisuudet sote-palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden (PL 19 ja 6 §) kannalta.
- Demokraattisen päätöksenteon näkökulmasta alueista muodostuisi suuria. Aluejaon perusteena ei olisi yhteinen identiteetti. Tämä voisi heikentää asukkaiden halukkuutta osallistua ja vaikuttaa hallintoon eli kansanvaltaisuuden toteutumiseen. Vaali- ja osallistumisoikeuksien (PL 14 §) toteutuminen olisi otettava huomioon alueita määriteltäessä. Tämä koskee erityisesti alueellista edustavuutta. Kansanvaltaisuuden turvaaminen saattaisi edellyttää alueen sisäisiä vaalipiirejä.
- Kielellisten oikeuksien (PL 17 ja 122 §) toteutuminen tulee ottaa huomioon alueita ja niiden hallintoa määriteltäessä sekä säätämällä oikeudesta palveluihin suomen tai ruotsin kielellä.

#### *6–9 itsehallintoaluetta*

- Hyvät mahdollisuudet palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden (PL 19 ja 6 §) kannalta.
- Perusoikeuksien toteutumisen näkökulmasta hyvät mahdollisuudet yhdenvertaisuuden toteuttamiseen.
- Kansanvaltaisuuden näkökulmasta aluejako merkitsisi useiden nykyisten aluejakojen yhdistämistä muodostettaville itsehallintoalueille. Periaatteessa alueilla on jo

ko jo olemassa tai niille olisi mahdollista luoda yhteinen identiteetti ja asukkaille vaikutusmahdollisuudet alueen palvelujen järjestämiseen kokonaisuutena. Itsehallintoalueiden koko olisi kuitenkin niin suuri, että tämä voisi heikentää asukkaiden halukkuutta osallistua ja vaikuttaa hallintoon eli kansanvaltaisuuden toteutumiseen. Toisaalta esimerkiksi Ruotsin kokemusten perusteella näin ei ole käynyt. Jos alueilla olisi useita laajoja päivystysyksiköitä, asukkaat saattaisivat mieltää suuntautumisensa perustuvan ennemminkin niihin.

- Kielellisten oikeuksien (PL 17 ja 122 §) toteutuminen tulee ottaa huomioon alueita ja niiden hallintoa määriteltäessä sekä säätämällä oikeudesta palveluihin suomen tai ruotsin kielellä.

#### *10–12 itsehallintoaluetta*

- Hyvät mahdollisuudet sote-palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden (PL 19 ja 6 §) kannalta.
- Aluejako merkitsisi muutamilla itsehallintoalueilla nykyisten aluejakojen uudistamista. Alueilla on joko jo olemassa tai niille olisi mahdollista synnyttää yhteinen identiteetti, koska aluejako perustuu osittain luontaisiin asioimissuuntiin. Alueellisen edustavuuden toteutumista päätöksenteossa ja asukkaiden kiinnostusta vaikuttaa alueen palvelujen järjestämiseen kokonaisuutena voidaan pitää todennäköisinä.
- Kielellisten oikeuksien (PL 17 ja 122 §) toteutuminen tulee ottaa huomioon alueita ja niiden hallintoa määriteltäessä sekä säätämällä oikeudesta palveluihin suomen tai ruotsin kielellä.

#### *13–14 itsehallintoaluetta*

- Osa alueista saattaisi jäädä niiden tehtäväksi säädettyjen sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien kannalta liian heikoiksi ja tämä saattaa muodostua ongelmalliseksi sote-palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden (PL 19 ja 6 §) kannalta.
- Aluejako merkitsisi vain joidenkin sairaanhoitopiirien tai maakuntien toiminnan yhdistymistä, joten alueilla on joko jo olemassa tai niille olisi mahdollista luoda yhteinen identiteetti ja siten varmistaa asukkaiden kiinnostus vaikuttaa alueen palvelujen järjestämiseen kokonaisuutena. Toisaalta aluejako voisi hidastaa uusin alueellisten identiteettien syntymistä väestörakenteen muutoksen myötä.
- Kielellisten oikeuksien (PL 17 ja 122 §) toteutuminen tulee ottaa huomioon alueita ja niiden hallintoa määriteltäessä sekä säätämällä oikeudesta palveluihin suomen tai ruotsin kielellä.

#### *15–19 itsehallintoaluetta*

- Osa alueista jää niiden tehtäväksi säädettyjen sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien kannalta liian heikoiksi ja tämä saattaa muodostua ongelmalliseksi sote-palvelujen yhdenvertaisensaatuuden (PL 19 ja 6 §) kannalta.
- Aluejako merkitsisi vain joidenkin sairaanhoitopiirien tai maakuntien toiminnan yhdistymistä, joten alueilla on joko jo olemassa tai niille olisi mahdollista luoda yhteinen identiteetti ja siten varmistaa asukkaiden kiinnostus vaikuttaa alueen

palvelujen järjestämiseen kokonaisuutena. Toisaalta aluejako voisi hidastaa uusien alueellisten identiteettien syntymistä väestörakenteen muutoksen myötä.

- Kielellisten oikeuksien (PL 17 ja 122 §) toteutuminen tulee ottaa huomioon alueita ja niiden hallintoa määriteltäessä sekä säätämällä oikeudesta palveluihin suomen tai ruotsin kielellä.

### 3.1.2 Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisen edellytykset

#### 3.1.2.1 Integraatio, palveluketjut ja päiivystys

*4–5 itsehallintoalueilla olisi erinomainen sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisen kyvykkyys ja ne kykenisivät integroimaan palvelut täydellisesti, koska vain kaikkien harvinaisimpia palveluita voitaisiin joutua ostamaan oman toiminta-alueen ulkopuolelta. Jokaisella itsehallintoalueella olisi 1–3 laajaa ympärivuorokautista päiivystyksikköä sekä pienempiä ”satelliittipäiivystyksiköitä”. Alueiden suuruus, päiivystyksiköiden sijoittuminen ja vaalijärjestelmä voivat kuitenkin käytännössä johtaa siihen, ettei päätöksenteossa kyetä toteuttamaan kustannustehokasta työnjakoa vaan pyritään ajamaan omien seutukuntien asemaa.*

*6–9 itsehallintoalueella olisi kokonsa puolesta hyvä sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisen kyvykkyys ja ne kykenisivät periaatteessa integroimaan palvelut lähes täydellisesti. Kuitenkin yhdellä tai useammalla itsehallintoalueesta pitäisi olla laajan päiivystyksikön palveluita kahdella eri paikkakunnalla. Laajojen päiivystyksiköiden lisäksi saatettaisiin tarvita joitakin ”satelliittipäiivystyksikköjä”. Osa itsehallintoalueista vastaisi vaativimmista palveluista (yliopistosairaaloiden ylläpidosta ja vaativimpien erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palvelujen tuottamisesta). Itsehallintoalueiden sisäinen palvelurakenne olisi siten lähtökohtaisesti heterogeeninen ja palveluihin pääsy voisi olla alueellisesti eriytynyttä. Se voisi asettaa haasteita integraation ja hoidon porrastuksen yhdenmukaiselle toteutumiselle.*

*10–12:lla itsehallintoalueilla olisi hyvä sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisen kyvykkyys ja ne kykenisivät integroimaan palvelut lähes täydellisesti. Vain poikkeuksellisen harvinaisia palveluita jouduttaisiin hankkimaan oman alueen ulkopuolelta. Itsehallintoalueiden ja laajojen päiivystyksiköiden määrä voisi olla yhtenevä. Näin kaikilla itsehallintoalueilla olisi laaja päiivystyksikkö ja tarpeen mukaan tavanomaisimmista kiireellisistä palveluista vastaavia ”satelliittipäiivystyksiköitä”. Satelliittipäiivystyksiköiden tarve määräytyisi potilas- ja asiakasturvallisuuden turvaavan palveluiden saavutettavuuden perusteella. Itsehallintoalueiden sisäinen palvelurakenne olisi kuitenkin perusrakenteeltaan lähtökohtaisesti pääosin samanlainen. Peruspalveluiden vahvistaminen olisi kaikkien intressissä, koska keskitettyjen erityispalveluiden kapasiteetti omalla alueella olisi rajallinen ja sen olisi mahdotonta toimia ilman hyvin toimivaa perustasoa ja näiden välistä tiivistä yhteistyötä. Itsehallintoalueista viisi vastaisi vaativimmista palveluista (yliopistosairaaloiden ylläpidosta ja vaativimpien erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palvelujen tuottamisesta).*

*Mikäli sote-palveluista vastaavien itsehallintoalueiden lukumäärä olisi 13 tai enemmän, tilanne alkaisi huonontaa mahdollisuuksia järjestää yhdenmukaiset sosiaali- ja terveystalvelut koko maassa, ja täydellisen integraation toteutuminen vaikeutuisi. Osalla itsehallintoalueista olisi hyvin rajallinen kyky sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämiseen ja rajallinen kyky integroida palvelut täydellisesti keskenään. Tämä korostuisi etenkin, jos itsehallintoalueita olisi 15 tai enemmän. Kaikilla itsehallintoalueella ei olisi edellytyksiä ylläpitää laajaa päiivystyksikköä, vaan ainoastaan ”satelliittipäiivystyksikköä”. Osa itsehallintoalueista vastaisi yli-*



*opistosairaaloiden ylläpidosta ja vaativimpien erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palvelujen tuottamisesta.*

*Vaativimmille, vain noin viiteen yksikköön valtakunnallisesti keskitettävälle palvelulle on ominaista sairauden tai ongelman harvinaisuus, ammattilaisten erittäin pitkälle menevä erikoistuminen, monialaisten erityispalveluiden samanaikainen tarve, kalliit investoinnit ja usein myös tarvittavien menetelmien kokeellinen tai tutkimuksellinen luonne sekä erityisen vaativa riskien hallinta. Käytännössä on kyse yliopistollisten sairaaloiden erityistehtävistä ja vastaavista erityistason sosiaalihuollon palveluista. Molempia voidaan myös tarvita yhtä aikaa. Osa harvinaisimmista tehtävistä on perusteltua keskittää (joko sopimuksin tai tarvittaessa aseuksella) vain yhteen tai kahteen paikkaan maassamme riittävän osaamisen ja laadun varmistamiseksi. Yliopistolliset yksiköt ovat myös merkittäviä alueensa elinvoimaa tukevia toimijoita tutkimuksen, opetuksen ja innovaatiotoiminnan osaamiskeskittymien näkökulmasta. Vain 4-5 itsehallintoalueen mallissa yliopistolliset toimiyksiköt olisivat yksiselitteisesti ja selkeästi kukin yhden itsehallintoalueen omistuksessa. Muissa vaihtoehdoissa tulee kussakin erikseen ratkaista alueellisen yhteistyön pysyvät rakenteet ja velvoitteet siten, että kunkin yliopistollisen yksikön toimintaedellytykset turvataan. Vastaavasti yliopistollisten yksiköiden toiminnan integrointi alueen toiminnalliseen kokonaisuuteen vaatii kussakin vaihtoehdossa sekä velvoitteet että kannusteet.*

Hallitusohjelman mukaan sote-uudistus toteutetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen täydellisellä horisontaalisella ja vertikaalisella integraatiolla. Integraation käsitteellä on sote-uudistuksen valmistelun eri vaiheissa tarkoitettu sitä, että toiminnot organisoidaan samantahon järjestämisvastuulle siten, että ne olisivat samassa päätöksentekoaikavälissä ja budjetissa yhden johdon alaisuudessa. Horisontaalisella integraatiolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen välistä integraatiota. Vertikaalinen integraatio puolestaan tarkoittaa perustason ja erityistason palvelujen välistä integraatiota.

Kun toteutetaan sekä horisontaalinen että vertikaalinen integraatio, mahdollistetaan nykytilaan verrattuna selkeä ja tehokas hallinto, jossa voimavaroja (henkilöstö- ja muut resurssit) kyetään kohdentamaan kokonaisuuden kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla. Integraation myötä syntyvät nykyiseen pirstaleiseen järjestämisvastuuseen verrattuna oikeansuuntaiset kannusteet, kun yhdellä taholla on valta ja vastuu kokonaisuudesta. Peruspalveluita kyetään vahvistamaan suuntaamalla niihin voimavaroja ja osaamistukea. Näin pystytään myös vaikuttamaan siihen, etteivät ihmiset ajautuisi tarpeettomasti kalliimpien palvelujen piiriin. Palvelut kyetään lisäksi toteuttamaan uusilla innovatiivisilla tavoilla kokonaisuutta hyödyntäen siten, että ihmisten palvelutarpeisiin kyetään vastaamaan mahdollisimman vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti. Suuremmissa kokonaisuuksissa kyetään myös hankintamenettelyjen avulla saavuttamaan kustannussäästöjä.

Integroitu järjestämisvastuu ei tarkoita, että järjestäjän on tuotettava kaikki palvelut itse. Nykyinen järjestämisvastuun käsite lähtee lainsäädännössämme<sup>2</sup> siitä, että järjestäjällä on valta ja vastuu päättää itse oman tuotannon laajuudesta. Järjestämisvastuuseen kuuluu siten mahdollisuus tuottaa palvelut itse tai yhteistyössä toisten julkisten palvelujen järjestäjien kanssa ja harkita miltä osin palvelut on tarkoituksenmukaista hankkia joko toiselta julkiselta palvelujen järjestäjältä tai yksityiseltä palvelun tuottajalta. Oma toimintana tuotettuja tai lakiperusteisesti muilta julkisen palvelun järjestäjältä hankittuja palveluja ei tarvitse kilpailut-

---

<sup>2</sup> Mm. uuden kuntalain (410/2015) 8 § sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992) 4 §.

taa. Veronmaksajan näkökulmasta integraation kautta kyetään edellä kuvatulla tavoin toteuttamaan kustannustehokas palvelujärjestelmä.

Koska hallitusohjelmaan on kirjattu nykyisen järjestämisvastuun laajuuden mukaisesti, että ”sote-alueet tuottavat alueensa palvelut tai voivat käyttää palveluiden tuottamiseen yksityisiä tai kolmannen sektorin palveluntuottajia”, on tässä muistiossa kaikkien aluejakoratkaisujen arvioinnin lähtökohdaksi otettu nykyisen lainsäädännön mukainen järjestämisvastuun käsite. Näin ollen itsehallintoalue voi kaikissa vaihtoehdoissa tuottaa kaikki tai osan palveluista omana toimintanaan tai lainsäädännön määrittämässä rajoissa yhteistoiminnassa muiden itsehallintoalueiden kanssa (keskitettyjä tai muita palveluja). Itsehallintoalue voi hankkia osan palveluista myös yksityisiltä palvelujen tuottajilta (yrityksiltä tai kolmannen sektorin toimijoilta). Nämä ostopalvelut on kilpailutettava hankintalainsäädännön ja kilpailuneutraliteetin periaatteen mukaisesti. Itse tuottamisessaan palveluissa itsehallintoalue voi joustavasti käyttää henkilö- ja muita resursseja yli nykyisten organisaatorajojen. Näin toimintaa kyetään tehostamaan merkittävästi ja samalla myös parantamaan palvelujen vaikuttavuutta kohdentamalla voimavarojen käyttöä nykyistä huomattavasti joustavammin. Integraatio, peruspalveluiden vahvistaminen ja palvelupolkujen eheys ovat avaintekijöitä vaikuttavampiin palveluihin sekä järjestelmän taloudellisen tehokkuuden parantamiseen.

Asiakkaan ja potilaan kannalta suurin hyöty sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta saadaan järjestämällä toiminta asiakastarpeisiin pohjautuvina yhtenäisinä kokonaisuuksina. Integraation toteutuminen näyttäytyy eheinä, katkeamattomina palveluketjuina ”kotoa kotiin”, sujuvana tiedonkulkuna, päällekkäisten tutkimusten tai selvitysten poistumisena sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten hyvänä yhteistyönä asiakkaiden tarpeista lähtien. Kokonaisuuksia muodostettaessa huomioidaan erityisesti ne palvelut, joita integroimalla saadaan lisäarvoa asiakkaalle ja kustannusvaikuttavuutta esimerkiksi palveluita saumattomasti yhdessä tuottamalla, erilaista osaamista yhdistämällä ja yhteen sovittamalla tai saamalla toisen sektorin palveluita varsinaisen palveluprosessin tueksi.

Yksi esimerkki tällaisesta on kuntoutus, kaikkine osa-alueineen. Kuntoutuksen toteuttamisessa tarvitaan monipuolista sosiaali- ja terveydenhuollon osaamista, joka kannattaa toteuttaa yhtenä kokonaisuutena. Lisäksi kuntoutuksen vaikuttavuuden kannalta on välttämätöntä, että se toteutetaan saumattomana kokonaisuutena operatiivisen leikkaustoiminnan kanssa. Toiseksi kokonaisuuksia muodostetaan paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden ympärille, joita ovat esimerkiksi lastensuojelun asiakkaat, vammaispalveluiden asiakkaat, päihde- ja mielenterveysasiakkaat ja iäkkäät asiakkaat. Kuntiin jää näiden asiakkaiden näkökulmasta tärkeitä palveluita ja yhteistyökumppaneita (muun muassa varhaiskasvatus, nuorisotoimi, asuminen, liikenne, ympäristö jne.), joiden kanssa tehtävä yhteistyö vaatii sujuakseen aivan uudenlaisia työtapoja. Suuremmilla itsehallintoalueilla voisi olla tähän osaamista, mutta yhteys kuntiin olisi etäisempi ja paikallisten olosuhteiden tuntemus heikompi.

Uudistuksen lähtötilanteessa sosiaali- ja terveydenhuolto ovat varsin erilaisessa tilanteessa palvelurakenteidensa osalta. Kunnallisesti tuotetut sosiaalipalvelut ovat olleet pääsääntöisesti peruspalveluita, poikkeuksena kehitysvammaisten erityishuolto. Muilta osin kunnat ovat ostaneet erityispalveluita ja -osaamista järjestöiltä ja yksityisiltä palveluntuottajilta. Kun vaikeimpien ja vaativimpien tehtävien toteuttamista ei ole keskitetty laajemmalle väestöpohjalle, ei vaativamman tason osaamista ole voitu koota samaan kokonaisuuteen. Haaste on siten päinvastainen terveydenhuollon kanssa, jossa erikoissairaanhoidon vahvistunut perusterveydenhuollon kustannuksella. Toisaalta erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun ja budjetin erillisyyden on vaikuttanut siihen, että myös sosiaalihuollon palvelujen asema on kuntien säästötoimien johdosta epätarkoituksenmukaisella tavalla heikentynyt. Sosiaali- ja terveyspalvelujen sijoituksessa kokonaisuudessaan samaan organisaatioon, on vastuunkantajan tar-

koituksenmukaista kehittää kaikkia kokonaisuuden osia tarkoituksenmukaisella ja tasapainoisella tavalla palvelujen laadun ja kustannusvaikuttavuuden kannalta.

Aiempi pohdinta on tapahtunut pääsääntöisesti terveyspalveluiden näkökulmasta. Tutkimukseen perustuvaa tietopohjaa, joka tulisi jotain tiettyä optimaalista väestöpohjan kokoa sosiaalipalveluiden järjestämiseen, ei ole olemassa. Asiantuntija-arvioiden mukaan kuitenkin sosiaalipalvelut, erityisesti erityispalvelut, hyötyisivät toiminnallisesti nykyistä laajemman väestöpohjan järjestäjätahoista ja osaamisen kokoamisesta samalle vastuutaholle (esimerkiksi päihdehuollon erityispalvelut, lastensuojelu, vammaispalvelut, ikääntyneiden palvelut, sosiaaliryö). Uudistuksen tavoitteena on rakentaa tasapainoisia palvelukokonaisuuksia, joihin sisältyy asiakastarpeiden edellyttämät eritasoiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Riittävän suuret väestöpohjat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä antaa tähän mahdollisuuden. Myös palvelujärjestelmän tasojen välinen integraatio on tärkeä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja ei jatkossa näyttäyty potilaalle yhtä jyrkkänä kuin nykyisin, vaan hän saa integroidut palvelut tarpeidensa mukaisesti. Palvelukokonaisuus on mahdollisimman sujuva ja viiveetön ja tukee asiakkaan toimintakykyä arjessa. Onkin tärkeää integroida sosiaalihuolto paitsi nykyiseen perusterveydenhuoltoon myös erikoissairaanhoidon.

Alueellisissa ratkaisuissa on mahdollista turvata myös sosiaalihuollon tarvitsemien tukipalvelujen järjestäminen, millä on suuri merkitys sosiaalihuollon toteuttamisen laadulle ja kustannuksille. Isommissa kokonaisuuksissa sosiaalihuollon tukipalvelut (esim. juristiosaaminen ja konsultaatiopalvelut) voidaan järjestää kattavammin ja ammattitaitoisemmin. Vaativat sosiaalipalvelut (esim. lastensuojelu) on mahdollista keskittää osaamisen turvaamiseksi. Erityisen vaativat sote-palvelut voidaan keskittää esimerkiksi yliopistollisten sairaaloiden yhteyteen tai valtakunnallisesti yhden tai useamman vastuutahon hoidettavaksi. Osaamista voidaan myös koota valtakunnalliseksi verkostoksi. Hyvin pienillä itsehallintoalueilla saumattomat palveluketjut ja palvelukokonaisuudet on asiakastasolla haastavaa toteuttaa.

Huomattavia kustannuksia syntyy erityisesti suunnittele mattomista ja koordinoimattomista käynneistä ja laitosjaksoista sekä lasten ja nuorten kodin ulkopuolisista sijoituksista. Vuonna 2013 sijoitettiin kiireellisesti kodin ulkopuolelle 4 202 lasta, määrä kasvoi 6,6 prosenttia (260 lasta) vuodesta 2012. Vuonna 2012 tehdyn kyselyn mukaan sairaaloihin psykiatrisille osastoille sisään kirjoitetuista potilasta 15 prosenttia oli joutunut sairaalaan riittämättömän asunin tuen vuoksi. Sama syy vaikeutti kotiuttamista 13 prosentilla<sup>3</sup>. Perusterveydenhuollossa on arvioitu 20–50 % potilaista olevan päivystyspotilaita ja sairaaloihin sisään otetuista potilaista puolet, joillakin erikoisaloilla jopa 70–80 % tulee sairaalaan päivystyspotilaina. Kiireellinen hoito on aina suunniteltuja ja päiväaikaista palveluita kalliimpaa. Mikäli pienikin osa esitettävissä olevasta kiireellisen hoidon tarpeesta ja toisaalta nopea kotiutuminen ja kuntoutuminen pystyttäisiin hoitamaan perustason palveluita vahvistamalla, olisivat vaikutukset terveys- ja hyvinvointihyötyyn, järjestelmän kustannuksiin ja asiakkaiden tyytyväisyyteen merkittäviä.

Suunnittele mattomien, kalliiden palveluiden vähentäminen edellyttää perustason palvelujen vahvistamista ja voimavarojen suuntaamista niihin. Tämä onnistuu vain riittävän suurilla itsehallintoalueilla. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on aiempien kuntapohjaisten valmistelujen yhteydessä esittänyt<sup>4</sup>, että sosiaali- ja terveyspalvelut tulisi toteuttaa 12–15 alueella,

<sup>3</sup> Ympäristöministeriön raportteja 10/2012

<sup>4</sup> THL:n asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen: Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 21/2012

joiden väestömäärä olisi vähintään 200 000 asukasta. Kuntia suurempiin itsehallintoalueisiin perustuvassa mallissa THL on katsonut sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta parhaaksi vaihtoehdoksi 4–5 aluetta (THL tiedote 28.5.2015).

Jotta uudistuksen tavoitteet saavutettaisiin, on palveluiden järjestämisestä vastuussa olevan itsehallintoalueen kyettävä ohjaamaan itsehallintoalueella henkilöstö- ja muita voimavaroja joustavasti yli nykyisten pirstaleisten organisaatorajojen. Minkään arvioinnin kohteena olevan itsehallintoalueen tilaajaosaaminen ei välttämättä riittäisi varmistamaan asiakastason integraatiota, jos palvelutuotanto pirstoutuisi lukuisiin toisistaan erillisiin, julkisesti tai yksityisesti omistettuihin ja toiminnallisesti segmentoituneisiin tuotantoyhtiöihin. Joustavan voimavarojen suuntaamisen lisäksi itsehallintoalueen on ohjattava perustason integroitujen palveluiden sisällön kehittämistä, olemassa tutkimus- ja kehittämistyön kautta syntyneiden käytäntöjen tehokasta toimeenpanoa sekä integraatiota tukevia tiedonhallinnan ratkaisuja ja lainsäädännön toimeenpanoa koko itsehallintoalueella.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallisuuden sekä taloudellisen tehokkuuden näkökulmasta keskeinen integraatiokehityksessä ratkaistava asia on laajojen, perusterveydenhuollon ja kaikki lääketieteen pääerikoisalot ja sosiaalipäivystyksen sisältävien ympärivuorokautisten päivystysyksiköiden lukumäärä. Laajan päivystysyksikön ylläpito edellyttää riittävän laajaa väestöpohjaa (arvio 200 000–250 000 asukasta) ja riittävää omaa henkilökuntaa. Laaja päivystysyksikkö on toiminnallisesti integroitu ja tukee olennaisella tavalla peruspalveluiden toimivuutta. Päivystysverkon suunnittelussa on huomioitava myös palveluiden saavutettavuus väestön näkökulmasta.

Optimaalinen laajojen päivystysyksiköiden määrä olisi 12.

Päivystysyksiköt ovat tarkastelussa keskeisessä asemassa, koska ne toimivat väestön palveluiden integraation ja palveluketjujen sujuvuuden solmukohtana. Noin puolet, joillain erikoisaloilla jopa 70–80 % sairaaloiden sisäänotosta tapahtuu päivystyksen kautta. Päivystys ja ensihoito on suunniteltava yhtenä kokonaisuutena, koska sairaalan ulkopuolinen ensihoito vie kiireellisen hoidon potilaan kotiin tai tilanteen tapahtumapaikalle ja voi siten vähentää suunnittelemtomia käyntejä. Toisaalta päivystystoiminta on tiiviisti kytkettävä muihin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, jotta päivystyskäynnin jälkeen potilaan on mahdollista palata tarvittaessa kuntoutusyksikön kautta kotiin ja avohoitoon mahdollisimman pian. Näin voidaan välttää tarpeettoman pitkäaikaisen erikoissairaanhoidon suuria kustannuksia.

Päivystysvalmiuden ympärivuorokautinen ylläpito, erityisesti laajoissa päivystysyksiköissä, on kallista, koska kiireellisen hoidon ja muun palvelun tarpeen ja välittömän jatkohoidon vaihteluihin pitää varautua 24/7. Päivystysyksiköllä tulee olla riittävä suunnitellun päiväaikaisen toiminnan volyyymi, jotta sen toiminta olisi suunniteltavissa voimavarojen (erityisesti henkilöstön ja tukipalveluiden) käytön kannalta joustavaksi ja samalla tehokkaaksi. Saatujen kokemusten perusteella voidaan arvioida, että laajojen päivystysyksiköiden ylläpitämiseksi tarvittava infrastruktuuri olisi mahdollista saada noin 12 yksikköön. Erityisesti joidenkin erikoisalojen lääkäriyövoiman saatavuus rajoittaa toiminnallisesti kestävien yksiköiden lukumäärää. Tällä lukumäärällä laajojen päivystysyksiköiden saavutettavuus olisi myös asiakas- ja potilasturvallisuuden näkökulmasta hyväksyttävä. Karttapaikka-analyysin mukaan matka-aika lähimpään laajaan päivystysyksikköön olisi 50 prosentilla väestöstä alle 30 minuuttia ja 80 prosentilla väestöstä alle 50 minuuttia.

Jos järjestämisvastuussa olevalla itsehallintoalueella ei ole omaa laajaa päivystysyksikköä, se on riippuvainen toisen itsehallintoalueen laajasta päivystyksestä. Tällöin hallintorajat haittaavat toiminnan tehostamista, ja voi olla erittäin haastavaa rakentaa tarvittava tiivis yhteistyö ensihoidon ja peruspalveluiden kanssa. Edellä olevan perusteella on toistuvasti arvioitu, että Suomeen tarvitaan ja voidaan ylläpitää jatkossa 10–12 laajaa päivystysyksikköä. Optimaalisiin laajojen päivystysyksiköiden määrä olisi 12. Tällä lukumäärällä laajojen päivystysyksiköiden saavutettavuus on yhtä hyvä kuin muutamaa useammalla laajalla päivystysyksiköllä, jolloin päivystysverkon päällekkäisyys kuitenkin aiheuttaisi tehostomuutta ja julkiselle taloudelle merkittäviä ja tarpeettomia lisäkustannuksia. Optimaalisella 12 päivystysalueen ratkaisulla laajoihin päivystysyksiköihin on myös mahdollista saada riittävästi eri erikoisalojen sekä vaativan sosiaalitoimen henkilökuntaa ja osaamista. Tätä pienemmällä määrällä laajan päivystysyksikön ajallinen saavutettavuus karttapaiikka-analyysin perusteella huononee, ja erityisen voimakkaasti se huononee, jos laajoja päivystysyksiköitä olisi alle 10.

Laajojen, ympärivuorokautisten päivystyspisteiden lisäksi tarvittaisiin joitakin ”satelliittipäivystysyksikköjä”, jotka toimivat laajojen päivystyspisteiden ja ensihoidon tukemina ympärivuorokautisesti ja tarjoavat rajoitetusti tavallisimpia päivystyspalveluita (esimerkiksi akuuttilääketiede ja 4–5 muuta erikoisalaa) sekä sosiaalipäivystyksen. Näitä voitaisiin muodostaa joidenkin nykyisten keskussairaaloiden sekä eräiden suurimpien aluesairaaloiden päivystysyksiköistä. Muissa aluesairaaloissa ei jatkossa olisi ympärivuorokautista poliklinista päivystystä. Sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttamisen kannalta on olennaista, että tällaisten ”satelliittipäivystysyksiköiden” toiminta on kohdennettu tavallisimpiin kiireellisiin tarpeisiin ja että yksiköiden ympärille ei muodostuisi omaa itsehallintoaluetta. Muutoin on vaarana, että kattavan päivystyksen yksiköiden toimintaedellytykset heikentyisivät kilpailtaessa etenkin henkilöstövoimavaroista, jolloin koko uudistuksen tavoitteet näiltä osin vaarantuisivat.

#### *4–5 itsehallintoaluetta*

- Itsehallintoalueilla olisi erinomainen sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen kyvykkyys ja ne kykenisivät integroimaan palvelut täydellisesti, koska vain kaikkien harvinaisimpia palveluita voitaisiin joutua ostamaan oman toiminta-alueen ulkopuolelta.
- Jokaisella itsehallintoalueella olisi 1–3 laajaa päivystysyksikköä ja tarpeen mukaan ”satelliittipäivystysyksiköitä”. Päivystysverkoston ohjaus ja erityispalveluiden integrointi alueen peruspalveluihin olisi ensisijassa itsehallintoalueen vastuulla. Valtakunnallinen ohjaus edellyttäisi lainsäädäntöön perustuvaa valtuutta. Alueiden suuruus, päivystysyksiköiden sijoittuminen ja vaalijärjestelmä voivat kuitenkin käytännössä johtaa siihen, ettei päätöksenteossa kyetä toteuttamaan kustannustehokasta työnjakoa vaan pyritään optimoimaan keskuspaikkakunnan tai joidenkin muiden seutukuntien asema.

#### *6–9 itsehallintoaluetta*

- Itsehallintoalueilla olisi kokonsa puolesta hyvä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen kyvykkyys ja ne kykenisivät periaatteessa integroimaan palvelut lähes täydellisesti. Alle 10 laajan päivystysyksikön ratkaisu kasvattaisi etäisyydet liian pitkiksi ja toisi mukanaan huomattavia potilas- ja asiakasturvallisuusongelmia. Siksi yhdellä tai useammalla 6–9 itsehallintoalueesta olisi laajan päivystysyksikön palveluita kahdella eri paikkakunnalla sekä tarpeen mukaan joillakin alueilla joitakin ”satelliittipäivystysyksikköjä”.
- Itsehallintoalueiden sisäinen palvelurakenne olisi siten lähtökohtaisesti heterogeeninen ja palveluihin pääsy voisi olla alueellisesti eriytyneitä. Se voisi asettaa haasteita integraation ja hoidon porrastuksen yhdenmukaiselle toteutumiselle, vaikeuttaa kilpavarustelun hallintaa ja siten heikentää kustannustehokkuutta.

- Alueista muodostuisi keskenään niin erilaisia, että etenkin laajan päivityksen hoitaminen edellyttäisi itsehallintoalueiden yhteistyöstä säättämistä palveluiden saavutettavuuden turvaamiseksi ja toisaalta kilpavarustelun välttämiseksi.

#### *10–12 itsehallintoaluetta*

- Itsehallintoalueilla olisi hyvä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen kyvykkyys ja ne kykenisivät integroimaan palvelut lähes täydellisesti. Vain poikkeuksellisen harvinaisia palveluita jouduttaisiin hankkimaan oman alueen ulkopuolelta.
- Itsehallintoalueiden ja laajojen päivitysryhmien määrä voisi olla yhtenevä. Näin kaikilla itsehallintoalueilla olisi laaja päivitysryhmä ja tarpeen mukaan ”satelliittipäivitysryhmiä”. Itsehallintoalueiden sisäinen palvelurakenne olisi perusrakenteeltaan samanlainen.
- Itsehallintoalueista viisi vastaisi vaativimmista palveluista (yliopistosairaaloiden ylläpidosta ja vaativimpien erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palvelujen tuottamisesta). Osa itsehallintoalueista vastaisi yliopistosairaaloiden ylläpidosta ja vaativimpien erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palvelujen tuottamisesta. Valtakunnallisen ohjauksen ja itsehallintoalueiden välisen yhteistyörakenteen tarve olisi olemassa, mutta ohjaus olisi aikaisempaa selkeämpi toteuttaa alueiden vertailukelpoisuuden ollessa selvästi nykyistä parempi.
- Peruspalveluiden vahvistaminen olisi kaikkien intressissä, koska keskitettyjen erityispalveluiden kapasiteetti omalla alueella olisi rajallinen ja sen olisi mahdotonta toimia ilman hyvin toimivaa perustasoa ja näiden välistä tiivistä yhteistyötä.

#### *13–14 itsehallintoaluetta*

- Mikäli sote-palveluista vastaavien itsehallintoalueiden lukumäärä olisi 13 -14, se jo jossain määrin huonontaisi mahdollisuuksia järjestää yhdenmukaiset sosiaali- ja terveyspalvelut koko maassa ja täydellisen integraation toteutuminen vaikeutuisi.
- Kaikilla itsehallintoalueella ei olisi edellytyksiä ylläpitää laajaa päivitysryhmää, vaan ainoastaan ”satelliittipäivitysryhmää”. Tästä seuraisi näiltä osin tehottomuutta sekä mahdollisesti laatu- ja potilasturvallisuusongelmia, ellei näiden yksiköiden toimintaa tuettaisi vahvasti alueiden välisin sopimuksin ja tarvittaessa ohjattaisi valtion toimesta.  
Muutamalla itsehallintoalueista olisi rajallinen kyky sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseen ja rajallinen kyky integroida palvelut täydellisesti keskenään.
- Osa itsehallintoalueista vastaisi yliopistosairaaloiden ylläpidosta ja vaativimpien erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palvelujen tuottamisesta. Integraation toteutuminen vaatisi kohtuullisen laajaa itsehallintoalueiden välistä sopimista ja valtion ohjausta.

#### *15–19 itsehallintoaluetta*

- Mikäli sote-palveluista vastaavien itsehallintoalueiden lukumäärä olisi 15–19, aiempiin aluejakovaihtoehtoihin verrattuna se edelleen huonontaisi mahdollisuuksia järjestää yhdenmukaiset sosiaali- ja terveyspalvelut koko maassa ja täydellisen integraation toteutuminen vaikeutuisi.
- Kaikilla itsehallintoalueella ei olisi edellytyksiä ylläpitää laajaa päivitysryhmää, vaan ainoastaan ”satelliittipäivitysryhmää”.
- Useilla itsehallintoalueista olisi hyvin rajallinen kyky sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseen ja rajallinen kyky integroida palvelut täydellisesti keskenään, koska niiltä puuttuisi oma laaja päivitysryhmä.

- Osa itsehallintoalueista vastaisi yliopistosairaaloiden ylläpidosta ja vaativimpien erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palvelujen tuottamisesta. Integraation toteutuminen vaatisi laajaa itsehallintoalueiden välistä sopimista ja valtion ohjausta.
- Alueiden lukumäärän kasvaminen lisää kilpailua henkilöstöstä ja vaikeuttaa myös tätä kautta erityisosaamista edellyttävien palvelujen toteuttamista monilla alueilla.

### 3.1.2.2 *Palveluverkon optimointi ja voimavarojen tarkoituksenmukainen käyttö*

*Kustannusten hallinta edellyttää sairaala- ja muun palveluverkon optimointia kehittämällä palveluyksiköiden tehtäviä ja työnjakoa. Harvoin käytettäviä palveluita on tarpeen keskittää laadun ja turvallisuuden varmistamiseksi.*

*Kaikkiin itsehallintoalueiden lukumääräryhmiin liittyy palveluverkon optimoinnin erityiskysymyksiä. Pällekkäisyyksien purkaminen ja kilpavarustelun estäminen onnistuisivat parhaiten itsehallintoalueiden lukumäärillä 4–5 ja 10–12, koska ne olisivat keskenään homogeenisimpia ja niiden ohjaus olisi siten selkeintä. Lukumäärillä 6–9 ja 13–14 ja 15–19 osa itsehallintoalueista joutuisi tekemään monimutkaisia keskinäisiä sopimuksia työnjaosta kokonsa tai keskinäisen heterogeenisyyden vuoksi. Palvelurakenne ei siten tukisi optimaalisen palveluverkon muodostamista. Yhteistyö edellyttäisi alueellisesta yhteistyörakenteesta säätämistä sekä työnjaosta ja keskittämisestä sopimisen lakisääteistä ohjausta. Ulkopuolelta sääntelyn avulla tapahtuvan ohjauksen ohjausvoima voi kuitenkin jäädä heikoksi verrattuna siihen, että palvelurakenne itsessään tukisi optimaalisen palveluverkon toteutumista.*

*Palveluiden saatavuus, saavutettavuus ja potilas- ja asiakasturvallisuus ovat keskeisiä asiakaslähtöisyyden ja yhdenvertaisuuden näkökulmista. Itsehallintoalueiden on varmistettava palveluiden yhdenvertainen saatavuus. Erityisesti lähipalveluiden ja päivystyspalveluiden saavutettavuus on tärkeää väestölle. Itsehallintoalueella on oltava toiminnalliset ja taloudelliset edellytykset kehittää palvelutuotantoa ja luoda tai hankkia uudentyyppisiä ratkaisuja ja innovaatioita lähipalveluiden toteuttamiseen, mikä edellyttää itsehallintoalueiden riittävää väestöpohjaa, osaamista ja resursseja. Saatavuus, saavutettavuus ja potilas- ja asiakasturvallisuus toteutuisivat parhaiten itsehallintoalueiden lukumäärillä 4–5 ja 10–12. Lukumäärillä 6–9 ja 13–14 itsehallintoalueet olisivat heterogeenisia ja osa olisi liian pieniä turvataksaan palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden. Erityisesti tämä korostuisi, jos itsehallintoalueiden lukumäärä asettuisi tasolle 15–19.*

*Säästöpotentiaali laatua ja vaikuttavuutta parantamalla todennäköisesti onnistuisi parhaiten itsehallintoalueiden lukumäärillä 4–5 ja 10–12. Lukumäärillä 6–9 sekä 13–14 ja 15–19 tähän olisi huonommat mahdollisuudet, koska laadun sekä potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittäminen, palveluiden tarpeenmukaisuuden varmistaminen sekä ehkäisevän toiminnan vahvistaminen edellyttävät riittävän suuria ja keskenään riittävän samankaltaisia alueita. Lukumäärällä 6–9 olisi alueiden suuruuden perusteella vaihtoehtoja 13–14 sekä 15–19 paremmat mahdollisuudet, mutta tässä vaihtoehdossa alueiden heterogeenisyys olisi kuitenkin suuri.*

*Yhtenäiset potilas- ja asiakastietojärjestelmät ja niiden kehittäminen sekä järjestelmien integraatio kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tietojärjestelmiin sekä sujuvan tiedonkulun varmistaminen edellyttävät riittävän suuria itsehallintoalueita ja osaamista. Periaatteessa tietojärjestelmien integraatiota tukevien hyötyjen saavuttaminen on riippumaton ta aluejaon toteutumisesta, mikäli järjestelmien yhteensopivuus varmistetaan. Järjestelmien*

*yhteentoimivuuden varmistaminen riippuu puolestaan valtakunnallisesta ohjauksesta ja alueen johdon onnistumisesta.*

*Integraation tukeminen tietojärjestelmien yhtenäistämisellä ja yhteensovittamisella onnistuisi todennäköisesti parhaiten itsehallintoalueiden lukumäärillä 4–5, 6–9 ja 10–12. Riittävän suuret itsehallintoalueet mahdollistavat tehokkaamman tietohallinnon ohjauksen ja yhtenäisen koordinaation, jolloin potilas- ja asiakastietojärjestelmät ovat yhteensopivia ja digitalisaation toteutus on kustannustehokkaampaa. Lukumäärillä 13–14 ja 15–19 itsehallintoalueet olisivat heterogeenisia ja osa olisi liian pieniä toteuttaakseen tietojärjestelmien yhteensovittuvuuden. Toisaalta näköpiirissä olevat isot ICT-hankintakonsortiot ja osaltaan myös tuleva viranomaisten yhteinen kenttäjärjestelmä (Kejo) saattavat muuttaa arviota.*

*Järjestämistä vastuussa olevan itsehallintoalueen on kyettävä arvioimaan palveluiden tarvetta myös väestöryhmittäisen ja alueellisen eriarvoisuuden vähentämisen näkökulmasta sekä kyettävä antamaan tukea kunnille niiden päävastuulla olevassa terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä ja eriarvoisuuden vähentämässä. Nämä toteutuisivat parhaiten itsehallintoalueiden lukumäärillä 10–12 ja 13–14, jolloin alueen väestöpohja ja osaaminen olisi riittävä eriarvoisuuden arviointiin sekä kuntien tukemiseksi tarvittava paikallistuntemus ja yhteistyö kyettään varmistamaan. Lukumäärillä 4–5 ja 6–9 paikallistuntemusta ei niinkään hyvin voitaisi varmistaa. Lukumäärillä 15–19 kaikkein pienimmät itsehallintoalueet eivät todennäköisesti pystyisi tulevaisuudessa turvaamaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen erityisosaamista kuntien tukemisessa (esim. ravitsemus, liikunta jne.).*

*Itsehallintoalueella tulee olla riittävät, monialaiset kehittämisresurssit sekä tutkimus- ja arviointiosaaminen, jotta se pystyy johtamaan palveluiden kehittämistyötä alueellaan sekä tekemään tutkimus- ja kehittämissyhteistyötä. Lisäksi järjestäjän tulee kyetä tekemään yhteistyötä kuntien ja järjestöjen kanssa ja tukemaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä ja innovaatiotoimintaa alueellaan. Itsehallintoalueella on myös oltava edellytykset riittävän osaamisen arvioimiseksi ja ennakoimiseksi. Todennäköisesti kehittäminen, tutkimus ja osaamisen varmistaminen toteutuisi parhaiten itsehallintoalueiden lukumäärillä 4–5 ja 10–12. Lukumäärällä 5 yhteistyö yliopistosairaaloiden, erityistason sosiaalihuollon yksiköiden ja samoilla paikkakunnilla sijaitsevien kouluttavien tiedeyliopistojen kanssa voisi sujua parhaiten. Lukumäärällä 10–12 yhteistyö onnistuisi hyvin ammattikorkeakoulujen kanssa. Lukumäärillä 13–14 ja 15–19 osalla itsehallintoalueista ei olisi riittäviä edellytyksiä näihin toimintoihin.*

Kustannusten kasvun hillintä edellyttää sairaalaverkon optimointia, joka on aloitettava jo ennen vuotta 2019. Sairaaloiden kuten myös kaikkien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluyksiköiden tehtäviä ja työnjakoa on kehitettävä ja muutettava. Nykyisten sairaaloiden toimintaa muutettaisiin siten, että niistä muodostuisi vaativien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kokonaisuuksien toimintayksiköitä. Järjestelmä olisi tehokkaasti porrastettu siten, että viisi yliopistosairaala ja vaativin sosiaalihuolto sekä vastaavasti 5–7 muuta suurta sairaalaa (nykyisiä keskussairaaloita) tarjoaisivat kaikki vaativat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Keskisuurissa sairaaloissa (osa nykyisistä keskussairaaloista ja muutama aluesairaala) palveluvalikoima painottuisi suurimpiin erikoisaloihin ja osaan vaativimmista sosiaalipalveluista. Muiden aluesairaaloiden ja suurimpien terveyskeskussairaaloiden toiminta muuttuisi ja niistä muodostettaisiin fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kuntoutumista edistäviä lähiyksiköitä, jotka nopeuttavat asiakkaiden ja potilaiden kotiutumista ja tukevat heidän elämistään kotona. Tällainen rakenne takaisi varsin yhdenvertaisen saavutettavuuden ja hallitusohjelman mukaisen täydellisen integraation sekä nykyistä paremman kustannusten hallinnan, mikäli itsehallintoalueiden lukumäärä tukisi uuden rakenteen muodostumista.



Kestävyysevajeeseen vastaaminen edellyttää, että sosiaali- ja terveystalouden infrastruktuuri sekä tuotannontekijöiden (tilat, laitteet, henkilöstö ja tietojärjestelmät) sijoittelu, potilas- ja asiakasturvallisuuden varmistava keskittäminen sekä yksiköiden välinen työnjako on tarkoituksenmukainen. Lisäksi kestävyysvajeeseen vastaaminen edellyttää, että haitallinen osaoptimointi, esimerkiksi päällekkäiset investoinnit ja kalliiden laitteiden ja ympärivuorokautisten sairaansijojen vajaakäyttö, on kyetty minimoimaan. Palveluverkon optimoiminen, päällekkäisyyksien purkaminen ja kilpavarustelun estäminen edellyttää riittävän suurta itsehallintoalueita. Tarkoituksenmukaisella toimintayksiköiden välisellä työnjaolla taataan myös riittävän suuri toimintavolyymi ja sen kautta syntyvä henkilöstön kokemus ja toiminnan laatu.

Palveluiden vaikuttavuus edellyttää toimintojen näyttöön perustuvaa toteuttamista ja toiminnan vaikutusten jatkuvaa arviointia. Myös näiden toteutus edellyttää riittävän suurta toimintavolyymia ja osaamista, jotta itsehallintoalue pystyy tarvittaessa hankkimaan ja tekemään yhteistyötä palveluiden laadun ja vaikuttavuuden varmistamisessa.

#### *4–5 itsehallintoaluetta*

Alueilla olisi hyvät mahdollisuudet suunnitella toimiva palveluverkko ja kustannustehokas tuotantorakenne perustasosta vaativiin erityispalveluihin (integroitu yliopistosairaala ja vaativin sosiaalihuolto), minimoida yksiköiden välinen kilpavarustelu ja varmistaa yhteistyö ja työnjako. Itsehallintoalueen suuri koko edellyttäisi alueen sisäistä järjestäytymistä. Kustannustehokkuuden (osaoptimointiongelmia, työnjako ja infrastruktuurin tehokkuus) saavuttaminen edellyttäisi, että itsehallintoalueen johdolla on riittävät mahdollisuudet ja kyky vaikuttaa palvelurakenteeseen koko alueella. Tämä edellyttäisi lainsäädännön tukea.

#### *6–9 itsehallintoaluetta*

- Alueilla olisi periaatteessa hyvät mahdollisuudet suunnitella toimiva palveluverkko ja kustannustehokas tuotantorakenne, mutta alueiden keskinäinen heterogeenisuus loisi haasteita.
- Yliopistosairaaloiden ja vaativimman sosiaalihuollon tehtävistä suhteessa muihin itsehallintoalueisiin olisi sovittava erikseen ja tätä tuettava lainsäädännöllä. Itsehallintoalueen suuri koko edellyttäisi lisäksi alueellista järjestäytymistä.

#### *10–12 itsehallintoaluetta*

- Hyvät mahdollisuudet suunnitella toimiva palveluverkko ja kustannustehokas tuotantorakenne.
- Hyvät mahdollisuudet minimoida yksiköiden välinen kilpavarustelu.
- Yliopistosairaaloiden ja vaativimman sosiaalihuollon tehtävistä suhteessa muihin itsehallintoalueisiin olisi sovittava erikseen ja tätä tuettava lainsäädännöllä.

#### *13–14 itsehallintoaluetta*

- Joillain itsehallintoalueista olisi rajalliset mahdollisuudet suunnitella kustannustehokas tuotantorakenne niiden pienuuden vuoksi.
- Aluejako ei tue optimaalisen palveluverkon toteutumista, vaan sitä joudutaan muita vaihtoehtoja voimakkaammin ohjaamaan ulkoa päin, jolloin ohjausvoima voi jäädä heikoksi.

### *15–19 itsehallintoaluetta*

- Useilla itsehallintoalueista olisi rajalliset mahdollisuudet suunnitella kustannustehokas tuotantorakenne niiden pienuuden vuoksi.
- Aluejako ei tue optimaalisen palveluverkon toteutumista, vaan sitä joudutaan muita vaihtoehtoja voimakkaammin ohjaamaan ulkoa päin, jolloin ohjausvoima voi jäädä heikoksi.

### **3.1.2.3 Saatavuus, saavutettavuus ja potilas- ja asiakasturvallisuus**

*Itsehallintoalueen on kyettävä varmistamaan kattava ja yhdenvertainen sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus. Palvelutarpeiden luotettava arviointi ja ennakoiminen edellyttävät riittävää väestöpohjaa ja osaamista. Riittävän laaja väestöpohja takaa, että on mahdollista arvioida muidenkin kuin kaikkein yleisimpien sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta. Toimivan palvelujärjestelmän luominen edellyttää tarpeeksi vahvoja rakenteita ja osaavia toimijoita. Harvinaistenkin sairauksien tai sosiaalisten ongelmien tarpeisiin on pystyttävä vastaamaan. Lisäksi muidenkin kuin suomen-, ruotsin- ja saamenkielen sekä kulttuurierojen huomiointi on tärkeää.*

Itsehallintoalueen on vastattava siitä, että sen vastuulle kuuluvat palvelut ovat asianmukaisesti saavutettavissa ja täten käytettävissä. Laajojen päivystysyksiköiden lukumäärään ja sijoittumiseen vaikuttaa niiden saavutettavuus ja potilas- ja asiakasturvallisuus: päivystysyksikön on oltava joko asukkaiden itsensä tai ensihoitopalvelun saavutettavissa kiireellisen avun ja hoidon tarpeen edellyttämässä ajassa. Tehtyjen terveydenhuollon päivystyspalveluiden ja saavutettavuustulosten perusteella laajojen päivystysyksiköiden vähentäminen nykyisistä 19 keskussairaalasta ja neljästä aluesairaalasta 15 päivystysyksikköön ei juuri muuta saatavuutta mitattuna matka-aikana. Päivystysyksikön ajallinen saavutettavuus huononee, jos niiden lukumäärä on alle 12. Saavutettavuutta voidaan parantaa edellä kuvatuilla satelliittipäivystysyksiköillä potilasturvallisuuden vaarantumatta. Potilasturvallisuuden edellyttämä vähimmäismäärä laajoille päivystysyksiköille on selvitysten mukaan 10. Taloudellisen kestävyuden kannalta on olennaista, että tuleva palvelurakenne toteutetaan pitkän tähtäimen tarpeet huomioiden. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä lähes puoli miljoonaa ihmistä muuttaa suuriin kaupunkeihin, niihin joissa on perusteltua ylläpitää laajaa päivystysyksikköä. Laajojen päivystysyksiköiden lukumäärän ei siten pitäisi olla yli 12.

Sosiaalipäivystys on vasta muutamia vuosia sitten vakiintunut niin, että se on saatavissa maan kaikissa osissa. Sosiaalipäivystysyksiköitä on tällä hetkellä yli 40, joka on aivan liian suuri määrä ammatillisen päivystystoiminnan toteuttamiseen. Lisäksi sosiaalipäivystysten järjestämistavat vaihtelevat suuresti alueellisesti. Osa sosiaalipäivystyksistä toimii poliisilaitosten yhteydessä, osa terveydenhuollon yksiköiden yhteydessä ja osa omina yksiköinään. Valtaosa sosiaalipäivystyksistä toimii virka-ajan ulkopuolella varallaolopäivystyksenä ja edelleen osa sosiaalipäivystyksistä on keskittynyt vain lastensuojeluun. Sosiaalipäivystyksistä tulee saada ympäri vuorokauden aktiiviyönä toimivia yksiköitä, jotka vastaavat kaikkien asiakasryhmien kiireelliseen ja välttämättömään sosiaalihuollon tarpeeseen.

Sosiaalipäivystyksestä ja terveydenhuollon päivystyksestä on tarkoituksenmukaista muodostaa yhteisiä päivystysyksiköitä. Yhteisessä yksikössä voidaan joustavasti hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon osaamista asiakkaan tarpeen mukaisesti. Myös psykososiaaliselle kriisityölle saataisiin nykyistä toimivimmat rakenteet kun päivystyksellinen työ sekä sosiaali- että terveydenhuollon osalta olisi järjestetty yhteisiin yksiköihin.

Sosiaalipäivystyksestä ja terveydenhuollon päivystyksestä on tarkoituksenmukaista muodostaa yhteisiä päivystysyksiköitä. Yhteisessä yksikössä voidaan joustavasti hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon osaamista asiakkaan tarpeen mukaisesti.

#### *4–5 itsehallintoaluetta*

- Palvelurakenteen keinoin tapahtuva palvelujen saatavuuden yhdenvertaisuus voitaisiin varmistaa, koska alueet olisivat keskenään samassa asemassa.
- Uusien lähipalveluiden ja päivystyspalveluiden saavutettavuus voitaisiin varmistaa (maantieteestä ja kustannuksista aiheutuvat rajoitukset huomioon ottaen).
- Lähipalveluiden toteutuksessa innovatiiviset ratkaisut ja valinnanvapaus olisivat toteutettavissa.

#### *6–9 itsehallintoaluetta*

- Palvelurakenteen keinoin tapahtuva palveluiden saatavuuden yhdenvertaisuus olisi mahdollista varmistaa, mutta tarvittava ohjaus riippuisi alueiden lukumäärästä ja keskinäisistä eroista
- Lähipalveluiden ja päivystyspalveluiden saavutettavuus voitaisiin varmistaa (maantieteestä ja kustannuksista aiheutuvat rajoitukset huomioon ottaen).
- Uusien lähipalveluiden toteutuksessa innovatiiviset ratkaisut ja valinnanvapaus ovat toteutettavissa.

#### *10–12 itsehallintoaluetta*

- Palvelurakenteen keinoin tapahtuva saatavuuden yhdenvertaisuus voitaisiin varmistaa, koska alueet olisivat keskenään samassa asemassa (vain kaikkein vaativimpia erityispalveluita olisi ohjattava erikseen).
- Lähipalveluiden ja päivystyspalveluiden saavutettavuus voitaisiin varmistaa (maantieteestä ja kustannuksista aiheutuvat rajoitukset huomioon ottaen).
- Uusien lähipalveluiden toteutuksessa innovatiiviset ratkaisut ja valinnanvapaus ovat toteutettavissa.
- 24/7 paikkakunnat seuraavaan versioon

#### *13–14 itsehallintoaluetta*

- Palvelurakenne ei tukisi palvelujen saatavuuden yhdenvertaisuuden toteutumista, koska osa alueista jäisi liian heikoiksi eikä aluejako vastaisi optimaalista palveluverkkoa. Palvelujen saatavuuden yhdenvertaisuutta ei näin voitaisi varmistaa.
- Lähipalveluiden ja päivystyspalveluiden saavutettavuutta ei voitaisi varmistaa alueilla, joiden väestöpohja olisi pieni (< 150 000). Myös tosiasiallisen valinnanvapauden toteuttaminen voisi olla vaikeaa.

#### *15–19 itsehallintoaluetta*

- Palvelurakenne ei tukisi palvelujen saatavuuden yhdenvertaisuuden toteutumista, koska osa alueista jäisi liian heikoiksi eikä aluejako vastaisi optimaalista palveluverkkoa. Palvelujen saatavuuden yhdenvertaisuutta koko maassa ei voitaisi varmistaa alueiden erilaisuudesta johtuen.
- Uusien lähipalveluiden ja päivystyspalveluiden saavutettavuutta ei voitaisi varmistaa alueilla, joiden väestöpohja olisi pieni (< 150 000). Lähipalveluiden toteutuksessa pienimpien alueiden kyky innovatiivisiin ratkaisuihin voisi olla heikko. Myös tosiasiallisen valinnanvapauden toteuttaminen voisi olla vaikeaa.

#### **3.1.2.4 Palveluiden tilaaminen, tuotantorakenne ja integroidun monituottajamallin edellytykset**

*Hallitusohjelman mukaan itsehallintoalue tuottaa palveluita itse sekä voi käyttää yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita tuotannossa. Itsehallintoalueella on oltava edellytykset kehittää palveluntuotantoa ja luoda tai hankkia uudentyypisiä ratkaisuja ja innovaatioita myös harvinaisempien ja pitkien etäisyyksien päähän tarjottavien lähipalveluiden toteuttamiseen tapoihin. Toistuvasti tai lähes päivittäin väestön käyttämiä lähipalveluja tarjotaan asukkaiden lähiympäristössä siten, että niiden piiriin on helppo hakeutua, tai niitä tuodaan ihmisille kotiin tai toteutetaan digitaalisina palveluina. Lähipalveluina tarjottavien perus- ja erityispalveluiden sekä päiväaikaisten kiireellisten palveluiden saavutettavuus on tärkeää väestölle, myös potilas- ja asiakasturvallisuuden näkökulmasta. Samoin selvitettäessä hallitusohjelman mukaisesti valinnanvapausmallin yksityiskohtia tavoitteena on vahvistaa lähellä tarjottavia peruspalveluita ja nopeuttaa hoitoon pääsyä.*

Hallituksen linjauksen mukaan itsehallintoalue tuottaa palveluita itse sekä voi käyttää yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita tuotannossa. Itsehallintoalue päättää palvelujen järjestäjänä oman toimintansa osalta palvelujen tuotantorakenteesta sekä siitä, mitä palveluja se tuottaa itse ja miltä osin se hankkii niitä muilta palvelujen tuottajilta. Itsehallintoalueen on huolehdittava kilpailutus- ja hankintaosaamisesta. Lisäksi järjestämisvastuussa olevan itsehallintoalueen on kyettävä arvioimaan palveluiden tarvetta sen omaa palvelutuotantoa ja palveluiden tilaamista varten. Tämä edellyttää riittävän suurta ja sitä kautta stabiilia väestöpohjaa. Kokemuksen mukaan hankintaosaaminen edellyttää riittävän suurta hankintaorganisaatiota sekä sitä, että tilaajalla on myös monipuolista kokemusta omasta tuotannosta. Ilman sitä palvelujen järjestäjä ei myöskään kykene riittävän hyvin valvomaan hankkimiensa palvelujen laatua ja sopimusten toteutumista. Alueen strategisessa päätöksenteossa pitäisi selkeästi linjata hankintapolitiikka.

Itsehallintoalueet voivat oman palvelutuotantonsa lisäksi hankkia palveluita yksityisiltä yrityksiltä, järjestöiltä tai toisilta julkisilta palveluntuottajilta. Riittävän suuri itsehallintoalue pystyy paremmin vaikuttamaan mahdollisuuksiin hyödyntää kilpailua ja yksityisiä palveluntuottajia. Suuremmalla alueella on todennäköisesti vahvempi asema tilaajana ja enemmän osaamista esimerkiksi kilpailuttamisessa. Toisaalta alueellisten erityispiirteiden ja pienien tuottajien huomioiminen palvelukokonaisuuksien, erityisesti peruspalveluiden, tilaamisessa voi olla haastavaa.

Yleisellä tasolla kilpailu ja markkinatyyppisten kilpailullisten elementtien käyttö edistää tuotavuutta ja tehokkuutta sekä innovaatioiden leviämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on kuitenkin kysymyksessä voimakkaasti säännelty toiminta, ja tällöin varsin pienetkin

sääntelyn yksityiskohdat voivat vaikuttaa merkittävästi siihen, missä määrin kilpailulla on edellytykset toimia. Lisäksi osassa hyödykkeitä on luonnollinen monopoli tai hyvin voimakkaita verkostovaikutuksia tai ulkoisvaikutuksia. Esimerkkinä voidaan mainita vaativan erityistason sosiaalipalvelut ja joidenkin erikoissairaanhoidon palveluiden keskittäminen yliopistotilisiin sairaaloihin ja jopa valtakunnallisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja sosiaalitoimen tilanne on kilpailunäkökulmasta erityislaatuinen. Kilpailun hyödyt riippuvat sääntelyn ja ohjauksen kokonaisuudesta ja yksityiskohtaisesta toteuttamisesta. On esimerkiksi pohdittava, mitkä ovat skaalatuotot ja ovatko ne suurempia erikois- vai peruspalveluissa. Olennaista on huolehtia palveluiden sujuvuudesta, täydellisestä asiakas/potilastiedon hyödyntämismahdollisuudesta ja siitä, että asiakkaat saavat eheitä palvelukokonaisuuksia ja että myös yksittäisen palvelun palveluketju on sujuva. Erityisen haasteen muodostaa muun kuin oman palvelutuotannon ohjaus, joka toteutuu hankittujen palveluiden sopimusperusteisena ohjauksena.

Olennaista on, että järjestämisvastuuta ei jaeta ja että järjestäjällä on laaja toimivalta ohjata tuotantoa ja valita tuotantotapa, jonka se katsoo tarkoituksenmukaisimmaksi. Näin järjestäjällä on edellytykset vastata parhaalla tavalla ihmisten palvelutarpeeseen sekä toteuttaa palvelut mahdollisimman laadukkaasti sekä samalla kustannusvaikuttavasti. Järjestäjällä on perusteltua olla oman tuotannon mahdollisuus myös siksi, että sen on turvattava yhdenvertaisella tavalla palveluiden saatavuus. Tämä tarkoittaa myös velvollisuutta palveluiden tuottamiseen silloin, kun palveluita ei muuten saada toteutettua.

Järjestämisvastuussa olevan itsehallintoalueen on kyettävä arvioimaan palveluiden tarvetta omaa palvelutuotantoansa ja palveluiden tilaamista varten ja kyettävä valvomaan tuotantoa myös muiden kuin itse tuottamiensa palveluiden kohdalla. Tämä edellyttää riittävän suurta ja sitä kautta stabiilia väestöpohjaa sekä riittävää osaamista. Sekä kansainväliset että kotimaiset tutkimustulokset osoittavat, että hyvä tilaajaosaaminen sekä tilatun palvelun valvonta edellyttää tilaajan omaa, monipuolista kokemusta palveluiden tuottamisesta. Palveluiden tilaaminen toteutuisi parhaiten itsehallintoalueiden lukumäärillä 4–5, 6–9 ja 10–12. Lukumäärällä 13–14 ja 15–19 osa itsehallintoalueista olisi tilaajina liian pieniä.

Suuri itsehallintoalue (4–5 aluetta) antaa hyvät edellytykset riittävän kattavalle ja monipuoliselle omalle tuotannolle sekä kyvyllä hyödyntää hallitusti ja monipuolisesti ulkopuolista palvelutuotantoa. Suuruuden ekonomia saattaisi toisaalta johtaa pienten yksityisten palveluntuottajien näkökulmasta liiankin suuriin tuotantokokonaisuuksiin hankittaessa palveluja yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. Toisaalta 4–5 alueen kyky ohjata myös ulkopuolelta hankittua palvelutuotantoa olisi varsin hyvä ja suurten kokonaisuuksien hankinta voisi tuoda olennaisia kustannushyötyjä. Keskisuuri (10–12 aluetta) itsehallintoalue voisi antaa edellytykset parempaan tasapainoon suurten ja pienempien, paikallisten tuottajien huomioimisessa. Lukumäärillä 13–14 ja erityisesti 15–19 osa itsehallintoalueista olisi liian pieniä toteuttamaan monipuolisen ja kattavan tuotannon.

#### *4–5 itsehallintoaluetta*

- Väestöpohja on riittävän suuri ja stabiili palvelutarpeen arviointiin.
- Itsehallintoalueille muodostuisi huomattavan suuri tilaajaorganisaatio, jossa on mahdollista varmistaa riittävä tilaajaosaaminen ja kattava palvelutuotanto. Alueilla olisi myös erittäin hyvät edellytykset ja osaaminen valvoa ulkopuolelta hankittua palvelutuotantoa.

- Alueellisten erityispiirteiden ja pienien tuottajien huomioiminen tilaamisessa olisi haastavaa.

#### *6–9 itsehallintoaluetta*

- Väestöpohja on riittävän suuri ja stabiili palvelutarpeen arviointiin.
- Tilaajaosaaminen on riittävää. Itsehallintoalueille muodostuisi suuri tilaajaorganisaatio, jossa on mahdollista varmistaa riittävä tilaajaosaaminen ja kattava palvelutuotanto. Alueilla olisi myös hyvät edellytykset ja osaaminen valvoa ulkopuolelta hankittua palvelutuotantoa.
- Alueiden heterogeenisyys saattaisi johtaa tuotantorakenteiden ja palveluverkon eriytymiseen alueiden välillä.
- Alueellisten erityispiirteiden ja pienien tuottajien huomioiminen tilaamisessa voisi olla osin haastavaa.

#### *10–12 itsehallintoaluetta*

- Väestöpohja on riittävän suuri ja stabiili palvelutarpeen arviointiin.
- Tilaajaosaaminen on riittävää. Itsehallintoalueille muodostuisi tilaajaorganisaatio, jossa on mahdollista varmistaa riittävä tilaajaosaaminen ja kattava palvelutuotanto. Alueilla olisi myös hyvät edellytykset ja osaaminen valvoa ulkopuolelta hankittua palvelutuotantoa
- Keskisuuri itsehallintoalue voisi antaa toimivimmat mahdollisuudet pienempien, paikallisten tuottajien huomioimisessa.
- Mahdollisuudet kattavaan palvelutuotantoon ovat hyvät

#### *13–14 itsehallintoaluetta*

- Joillain alueilla väestöpohjan pienuus johtaisi kustannusten suureen ajalliseen vaihteluun ja antaisi huonot mahdollisuudet palveluiden tarpeen arviointiin.
- Tilaajaosaaminen voisi olla heikompaan pienimmillä alueilla. Osalla alueista olisi muita heikommat edellytykset valvoa ulkopuolelta hankittua palvelutuotantoa.
- Pystyisi hyvin huomioimaan pienet, paikalliset tuottajat ja alueelliset erityispiirteet
- Tuotannon kattavuus voisi olla joiltakin osin ongelmallista
- Joillakin alueilla valinnanvapauden laajentaminen voisi olla haastavaa alueiden pienen koon vuoksi.

#### *15–19 itsehallintoaluetta*

- Pienet väestöpohjat johtavat kustannusten suureen ajalliseen vaihteluun ja antavat huonot mahdollisuudet palveluiden tarpeen arviointiin.
- Tilaajaosaaminen olisi huomattavan heikkoa osalla alueita. Useilla alueilla olisi muita heikommat edellytykset valvoa ulkopuolelta hankittua palvelutuotantoa.
- Pystyisi hyvin huomioimaan pienet, paikalliset tuottajat ja alueelliset erityispiirteet.

- Usea itsehallintoalue olisi liian pieni toteuttamaan monipuolisen ja kattavan tuotannon.
- Useilla alueilla valinnanvapauden laajentaminen olisi haastavaa alueiden pienen koon vuoksi.

### 3.1.2.5 Tietohallinto ja ICT

Riittävän suuret itsehallintoalueet mahdollistavat tehokkaamman tietohallinnon ohjauksen ja ICT-hankkeiden yhtenäisen koordinaation. Tällöin myös tietojärjestelmiä on vähemmän ja potilas- ja asiakastietojärjestelmät ovat yhteensopivia, jolloin digitalisaation toteutus on kustannustehokkaampaa. Suurempien itsehallintoalueiden mallissa myös kansallisten palveluiden kehittäminen ja alueiden välinen työnjako yhteisten palveluiden kehittämisessä ja ylläpidossa voitaisiin organisoida nykyistä tehokkaammalla tavalla. Kehitystyön yhteensovittaminen, muutoshallinta ja uusien toimintamallien käyttöönotto useiden eri tietojärjestelmäinstallaatioiden tilanteessa on kallista ja johtaa päällekkäisiin ratkaisuihin, yhteentoimimattomuuteen, paikallisiin räätälöinteihin ja moninkertaisiin integrointeihin. Suurempien itsehallintoalueiden mallissa alueellisen tehokkuuden ohella myös kansallisten palveluiden kehittäminen ja alueiden välinen työnjako yhteisten palveluiden kehittämisessä ja ylläpidossa voitaisiin organisoida nykyistä tehokkaammalla tavalla.

Toisaalta yhden järjestelmän monopolimalli alueen koosta riippumatta johtaa toimittajaloukkuun ja kustannusten kasvuun, koska ostajan vaikutusmahdollisuus hinnoitteluun pienenee. Hankintaosaamista ja hankintayhteistyötä tulee kehittää riippumatta alueiden määrästä, jolloin myös tietojärjestelmäinvestoinnit ja ylläpitokustannukset pienenevät. Itsehallintoalueiden välinen työnjako ja kehittämishankkeiden yhteen sovittaminen edellyttävät vahvaa alueellista ja kansallista ohjausta. Siirtyminen modulaarisiin tietojärjestelmäratkaisuihin korostaa edelleen yhtenäisen kansallisen ohjauksen tärkeyttä erityisesti järjestelmien ja palveluiden integraatioiden ja rajapintojen avoimuuden ja standardoinnin osalta. Tämä edellyttää ohjaavien ministeriöiden tiivistä yhteistyötä. Modulaaristen ratkaisujen toteutusmallissa itsehallintoalueen koon vaikutus myös pienenee, koska samoja ratkaisuja voidaan sovittaa yhteen alueelliset eroavuudet huomioiden.

#### 4–5 itsehallintoaluetta

- Itsehallintoalueet kykenevät toteuttamaan vahvan tietohallinnon ohjauksen ja tietojärjestelmien yhtenäisyyden.
- Mittakaavaetu olisi saavutettavissa täysimääräisenä

#### 6–9 itsehallintoaluetta

- Itsehallintoalueet kykenevät toteuttamaan vahvan tietohallinnon ohjauksen ja tietojärjestelmien yhtenäisyyden.
- Mittakaavaetu olisi saavutettavissa täysimääräisenä

#### 10–12 itsehallintoaluetta

- Itsehallintoalueet kykenevät toteuttamaan vahvan tietohallinnon ohjauksen ja tietojärjestelmien yhtenäisyyden.
- Mittakaavaetu olisi saavutettavissa täysimääräisenä

#### 13–14 itsehallintoaluetta

- Jotkin itsehallintoalueista olisivat liian pieniä toteuttaakseen vahvan tietohallinnon ohjauksen ja tietojärjestelmien yhteensopivuuden.

#### 15–19 itsehallintoaluetta

- Usea itsehallintoalueista olisi liian pieni toteuttaakseen vahvan tietohallinnon ohjauksen ja tietojärjestelmien yhteensopivuuden.

### 3.1.2.6 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Järjestämisvastuussa olevan itsehallintoalueen on kyettävä antamaan tukea kunnille niiden päävastuulla olevassa terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä. Itsehallintoalueen on kyettävä toteuttamaan sote-palveluiden ja kuntiin jäävien palveluiden yhteensovittaminen varmistamalla selkeät hallinnonalarajat ylittävät yhteistyö- ja toimeenpanorakenteet. Sote-alueen tulee kyetä kokoamaan alueen kuntien hyvinvointikertomusten pohjalta alueellinen riittävän laajan väestöpohjan kattava hyvinvointikertomus tukemaan toiminnan tarpeen mukaista kohdentamista.

Järjestämisvastuussa olevan itsehallintoalueen on kyettävä antamaan tukea kunnille niiden päävastuulla olevassa terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä.

#### 4–5 itsehallintoaluetta

- 4-5 aluetta turvaa riittävän sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraation vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin.
- On erittäin tärkeä kyetä osallistamaan palvelujen käyttäjät palveluprosesseihin ja niiden kehittämiseen, mikä edellyttää paikallistuntemusta. Tämän vuoksi on liian suuri vastaamaan tähän näkökulmaan.
- Alueet ovat riittävän suuria väestöryhmittäisten hyvinvointi ja terveyserojen tunnistamiseen ja seurantaan.
- Jotta alue kykenee tukemaan kuntia terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä tarvitaan tuen organisointia ja resursointia myös pienempiin alueellisiin kokonaisuuksiin, jotta voidaan varmistaa riittävä alueellinen asiantuntemus ja tuki kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työhön sekä yhteistyö muiden alueellisten ja kunnallisten toimijoiden kanssa.

#### 6–9 itsehallintoaluetta

- On erittäin tärkeä kyetä osallistamaan palvelujen käyttäjät palveluprosesseihin ja niiden kehittämiseen, mikä edellyttää paikallistuntemusta. Saattaa olla liian suuri vastaamaan tähän näkökulmaan.
- Alueet ovat riittävän suuria väestöryhmittäisten hyvinvointi ja terveyserojen tunnistamiseen ja seurantaan.
- Jotta alue kykenee tukemaan kuntia terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä tarvitaan tuen organisointia ja resursointia myös pienempiin alueellisiin kokonaisuuksiin, jotta voidaan varmistaa riittävä alueellinen asiantuntemus ja tuki kunti-



en hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työhön sekä yhteistyö muiden alueellisten toimijoiden kanssa.

#### *10–12 Itsehallintoaluetta*

- Alueet ovat riittävän suuria väestöryhmittäisten hyvinvointi ja terveyserojen tunnistamiseen ja seurantaan.
- Alue kykenee tukemaan kuntia terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä alueelliset erityispiirteet huomioiden sekä tarjoamaan riittävän asiantuntemuksen ja tuen kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työhön sekä yhteistyöhön muiden kunnallisten ja alueellisten toimijoiden kanssa.
- Kyetään turvaamaan asukkaiden vaikutusmahdollisuudet.

#### *13–14 itsehallintoaluetta*

- Alueet ovat riittävän suuria väestöryhmittäisten hyvinvointi ja terveyserojen tunnistamiseen ja seurantaan.
- Alue kykenee tukemaan kuntia terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä alueelliset erityispiirteet huomioiden sekä tarjoamaan riittävän asiantuntemuksen ja tuen kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työhön sekä yhteistyöhön muiden kunnallisten ja alueellisten toimijoiden kanssa.
- Joillakin alueista voi olla tulevaisuudessa vaikeuksia rekrytoida erityisosaamista edellyttävää henkilöstöä, mikä voi heikentää kunnille tarjottavaa asiantuntemusta ja tukea kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työhön sekä yhteistyötä muiden alueellisten toimijoiden kanssa.

#### *15–19 itsehallintoaluetta*

- Alueet pääosin kykenisivät tukemaan kuntia terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä ja eriarvoisuuden vähentämisessä.
- Osalla alueista voi olla tulevaisuudessa vaikeuksia rekrytoida erityisosaamista edellyttävää henkilöstöä, mikä voi heikentää kunnille tarjottavaa asiantuntemusta ja tukea kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työhön sekä yhteistyötä muiden alueellisten toimijoiden kanssa.

### **3.1.2.7 Kehittäminen, tutkimus ja osaamisen varmistaminen**

*Itsehallintoalueella olisi oltava riittävät, monialaiset kehittämisresurssit sekä tutkimus- ja arviointiosaaminen, jotta se pystyy tarvittaessa hankkimaan ja tekemään yhteistyötä tutkimuksen ja kehittämisen toteutuksessa. Sen täytyy kyetä johtamaan palveluiden kehittämistyötä alueellaan. Lisäksi järjestäjän olisi kyettävä tekemään yhteistyötä kuntien, korkeakoulujen, muiden oppi- ja asiantuntijalaitosten ja järjestöjen kanssa ja tukemaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä alueellaan.*

Aktiivinen tutkimus ja jatkuva tutkimustietoon pohjautuva kehittämistyö luovat pohjan laadukkaalle, näyttöön ja hyviin käytäntöihin perustuvalla sosiaali- ja terveydenhuollolle. Nopea tiedon siirto tieteellisestä tutkimuksesta käytännön hoitoon ja sosiaalipalveluihin edellyttää toimivaa yhteistyötä itsehallintoalueiden, korkeakoulujen, tutkimuslaitosten ja yliopistosairaaloiden ja vaativan sosiaalihuollon toimijoiden välillä. Näin luodaan myös parhaat edelly-

tykset käytännön toimien vaikutusten seurannalle ja arvioinnille sekä käytännöstä nousevien uusien tärkeiden tutkimuskysymysten havaitsemiselle. Toimiva yhteistyö palvelujärjestelmän, tutkimuksen ja elinkeinoelämän välillä on edellytys sosiaali- ja terveysalan innovaatio-toiminnalle, jolla on merkitystä alueiden elinvoimalle ja alan liiketoiminnan kasvupotentiaalille.

Sosiaali- ja terveydenhuollolla on eri lähtökohdista rakentuva tietoperusta ja erilaiset tutkimustraditiot. Tavoitteena on rakentaa yhteistä tietoperustaa erityisesti niiden osa-alueiden osalta, jotka ovat merkittäviä sekä sosiaali- että terveydenhuollolle, esimerkiksi integroituihin palvelukokonaisuuksiin (mm. lasten, nuorten ja perheiden palvelut ja iäkkäiden palvelut, mielenterveys- ja päihdepalvelut) kohdennettu tiedontuotanto. Tämän toteuttamiseksi alueen tulee pystyä tiiviiseen yhteistyöhön yliopistojen ja muiden tutkimuslaitosten kanssa.

Järjestämisvastuussa olevan itsehallintoalueen on kyettävä arvioimaan palveluiden tarvetta myös väestöryhmittäisen ja alueellisen eriarvoisuuden näkökulmasta sekä kyettävä antamaan tukea kunnille niiden päävastuulla olevassa terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä sekä eriarvoisuuden vähentämisessä. Myös tämä edellyttää riittävän suurta väestöpohjaa, joka antaa mahdollisuuden kehittää osaamista itsehallintoalueella.

Palvelutuotannon tarpeenmukaisuutta, turvallisuutta ja laatua voidaan seurata, vertailla ja valvoa systemaattisesti vain, kun asiakas- ja potilastietojärjestelmät ovat yhtenäisiä tai yhteensopivia riittävän suurella alueella. Kustannusten, tehokkuuden ja vaikuttavuuden seuraaminen edellyttää oikeanlaisten tietojärjestelmien lisäksi myös erityisosaamista, jonka käyttämiseen on mahdollista resursoida vain tarpeeksi suurissa järjestämiskokonaisuuksissa.

Itsehallintoalueella on oltava edellytykset omavalvonnan toteuttamiseen sekä itse tuotetuissa että hankituissa palveluissa. Omavalvonnassa on kyse potilas- ja asiakasturvallisuuden ja laadun hallinnan huomioimisesta omassa toiminnassa. Omavalvonta toimii oman toiminnan kehittämisen työkaluna. Tämä edellyttää sekä riittävää osaamista että tietojärjestelmien tukea.

Itsehallintoalueella on oltava edellytykset henkilöstön riittävän osaamisen (määrä ja laatu) arvioimiseksi ja siitä huolehtimiseksi. Osaamisen täytyy kattaa ammatillinen osaaminen, palveluiden integraation edellyttämä koordinaatio-osaaminen sekä näiden johtaminen. Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden saatavuuteen vaikuttavat eläköityminen ja uusien (erikois) lääkäreiden valmistuminen. Erikoislääkärikoulutuksen siirto OKM:stä STM:lle antaa uusia mahdollisuuksia ohjata sekä erikoisalakohonta että alueellista erikoislääkärituotantoa. Perusopetuksen volyymin kasvu näkyy jo nyt lääkärisaatavuuden parantumisena ja jatkuu edelleen.

Haja-asutusalueiden henkilöstövajeeseen itsehallintoalueiden koolla tuskin olisi suoraan mitään vaikutusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimavaje oli 3,2 prosenttia lokakuussa 2012<sup>5</sup>. Reilu neljännes vakansseista oli hoitamatta siitä syystä, että pätevää henkilöstöä ei ollut saatavilla. Työvoimavajetta oli edelleen suhteellisesti enemmän sosiaalihuollossa kuin terveydenhuollossa. Suhteellisesti eniten työvoimavajetta oli sosiaalityöntekijöiden / erityis-sosiaalityöntekijöiden, koulukuraattorien, puheterapeuttien sekä psykologien ammattiryhmissä. Isommissa kokonaisuuksissa resurssien ja osaamisen jakaminen tarkoituksenmukaisesti kriittisiin tehtäviin ja osa-alueisiin on helpompi järjestellä. Myös sijaisuuskysymyksissä ja rekrytointiasioissa isommat yksiköt selviävät tilanteesta pieniä paremmin. Isompiin kokonai-

---

<sup>5</sup> Kunnallisen työmarkkinalaitoksen työvoimatilanne- selvitys 25.1.2013

suuksiin on helpompi houkutella osaavaa henkilöstöä, kun organisaatiossa toteutuu mm. työntekijän vertaistuki, kehittämis- ja kouluttautumismahdollisuudet pienempiä toimijoita paremmin.

Itsehallintoalueella on oltava myös kykyä arvioida tulevaisuuden osaamistarpeita ja vaikuttaa sitä kautta ammattihenkilöiden koulutusmääriin ja -sisältöihin perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa. Riittävä väestöpohja varmistaa sen, että väestön palvelutarvetta ja siten henkilöstön osaamistarvetta tulevaisuudessa voidaan luotettavasti arvioida ja ennakoita.

#### *4–5 itsehallintoaluetta*

- Olisi erittäin hyvät mahdollisuudet varmistaa tutkimuksen ja kehittämisen osaaminen, voimavarat ja monipuoliset yhteistyörakenteet
- Lukumäärällä 5 on mahdollista luoda toimivat alueelliset yhteistyörakenteet yliopistosairaaloiden, erityistason sosiaalihuollon yksiköiden, samoilla paikkakunnilla olevien tiedeyliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kanssa.
- Väestöpohja on riittävän suuri, jotta alue kykenee arviomaan palveluiden tarvetta ja eriarvoisuutta sekä näiden taustalla olevia tekijöitä.
- Alue kykenee tukemaan kuntia terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä ja eriarvoisuuden vähentämässä. Tämä kuitenkin edellyttää tuen organisointia myös pienempiin kokonaisuuksiin, jotta voidaan varmistaa riittävä asiantuntemus ja tuki kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työhön sekä yhteistyö muiden alueellisten toimijoiden kanssa.
- Olisi mahdollista varmistaa riittävä henkilöstön osaaminen ja sen tarpeen ennakointi
- Yhteys yliopistolliseen tutkimukseen ja kehittämiseen olisi selkeintä järjestää

#### *6–9 itsehallintoaluetta*

- Olisi mahdollista varmistaa tutkimuksen ja kehittämisen osaaminen ja voimavarat.
- Alueet ovat riittävän suuria arviomaan palveluiden tarvetta ja eriarvoisuutta sekä tukemaan kuntia terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä ja eriarvoisuuden vähentämässä.
- Olisi mahdollista varmistaa riittävä henkilöstön osaaminen ja sen tarpeen ennakointi

#### *10–12 itsehallintoaluetta*

- Olisi mahdollista varmistaa tutkimuksen ja kehittämisen osaaminen ja voimavarat, mutta yhteistyö etenkin yliopistojen kanssa edellyttäisi alueiden välistä sopimista. Eri alueet olisivat toisiinsa verrattuna jossain määrin erilaisessa asemassa näiden yhteistyöverkostojen osalta. Alueilla voitaisiin kuitenkin rakentaa yhteistyörakenteita ammattikorkeakoulujen kanssa.
- Alueet ovat riittävän suuria arviomaan palveluiden tarvetta ja eriarvoisuutta sekä tukemaan kuntia terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä ja eriarvoisuuden vähentämässä.
- Olisi mahdollista varmistaa riittävä henkilöstön osaaminen ja sen tarpeen ennakointi

#### *13–14 itsehallintoaluetta*

- Ei olisi mahdollista varmistaa tutkimuksen ja kehittämisen riittävää osaamista ja voimavaroja kaikilla alueilla.
- Kyky arvioida palveluiden tarvetta ja tukea kuntia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä ja eriarvoisuuden vähentämisessä olisi joillakin alueita heikko.
- Ei olisi mahdollista varmistaa riittävää osaamista ja sen tarpeen ennakkointia kaikilla alueilla. Etenkin erityisosaamista edellyttävän henkilöstön rekrytointiongelmat olisivat yleisiä.

#### *15–19 itsehallintoaluetta*

- Ei olisi mahdollista varmistaa tutkimuksen ja kehittämisen riittävää osaamista ja voimavaroja kaikilla alueilla.
- Kyky arvioida palveluiden tarvetta ja tukea kuntia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä ja eriarvoisuuden vähentämisessä olisi osalla alueita heikko.
- Ei olisi mahdollista varmistaa riittävää osaamista ja sen tarpeen ennakkointia kaikilla alueilla. Etenkin erityisosaamista edellyttävän henkilöstön rekrytointiongelmat olisivat yleisiä.

### **3.1.3 Taloudelliset edellytykset ja säästöpotentiaali**

#### **3.1.3.1 Väestöennusteet ja alueiden taloudellinen eriytyminen**

*Tulevien itsehallintoalueiden riittävä väestöpohja ja taloudellinen kantokyky ovat peruskriteereitä alueiden lukumäärälle, koska alueiden koon kasvaessa saadaan tasatuksi riskejä suuremman ihmisjoukon kesken sekä rahoituksen (tulopohjan) että menojen (esim. satunnaiset kalliit hoidot) suhteen ilman, että rakennetaan erilaisia tasausmekanismeja. Satunnaisvaihtelut saadaan THL:n selvitysten mukaan tasatuksi noin 200 000 asukkaan la<sup>6</sup>. Alueiden näkökulmasta tämä tarkoittaa, että menot olisivat taloussuunnittelun näkökulmasta ennakoitavissa.*

Aluejakoa koskevat koelaskelmat osoittavat<sup>7</sup>, että lähelle vähintään 200 000 asukkaan väestöpohjaa päästään, jos alueita olisi korkeintaan 9. Jos alueita olisi vähemmän, esimerkiksi viisi, vaihtelisivat alueiden väestöpohjat 0,7–2,1 miljoonan asukkaan välillä. Jos alueita olisi esimerkiksi 12, olisi väestöpohjan vaihteluväli 160 000–2,1 miljoonaa asukasta. Edelleen jos alueita olisi 18, pienimpien alueiden väestöpohja olisi vain noin 70 000 ja suurimpien 1,6 miljoonaa.

---

<sup>6</sup> THL:n asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen: Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 21/2012

<sup>7</sup> Alueet on laskennallisesti muodostettu siten, että nykyiset maakunnat kaikissa vaihtoehtoissa sisältyvät kokonaisina johonkin alueeseen.

Väestöennusteiden mukaan alueiden väliset erot asukasmäärien muutoksessa tulevat olemaan merkittävät. Esimerkiksi Itä- ja Pohjois-Suomessa asukasmäärä laskee paikoitellen jopa 5 prosenttia vuoteen 2030 mennessä. Tämän vuoksi Itä-Suomeen ei saada muodostetuksi aluetta/alueita, joiden väestöpohja olisi vahvistumassa. Toisaalta pääkaupunkiseudulle ja kehyskuntiin odotetaan samaan aikaan jopa 200 000 uutta asukasta (yli 10 %).

Mitä enemmän itsehallintoalueita on, sitä enemmän tulee olemaan alueita joiden asukasmäärä tulevaisuudessa vähenee. Esimerkiksi, jos alueita olisi 18, olisi niistä jopa 8 alueella ennustettavissa asukasmäärän laskua. Toisaalta muutamalla alueella kasvu olisi yli 10 % vuoteen 2030 mennessä. Vasta viiden alueen ratkaisussa päästäisiin tilanteeseen, että yhdenkään alueen asukasmäärä ei ennusteiden mukaan laskisi (itäisessä Suomessa nykyinen väestöpohja säilyisi, mutta ei kasvaisi).

Väestöpohjaa tarkasteltaessa tulisi kiinnittää erityistä huomioita huoltosuhteeseen, joka mittaa työikäisen väestön suhdetta lapsiin ja vanhuksiin. Se vaikuttaa suoraan taloudellisiin mahdollisuuksiin rahoittaa palvelut, jos rahoitus järjestetään itsehallintoalueen oman verotusoikeuden kautta. Väestö ikääntyy joka puolella Suomea, joten aluejaolla voidaan vaikuttaa ainoastaan siihen millaiset ovat alueiden väliset erot ikärakenteessa ja tulevassa kehityksessä. Näyttää siltä, että samoilla alueilla, joilla väki vähenee eniten, myös vanhusväestön osuus on kasvaa eniten. Toisin sanoen, näillä muuttotappioseuduilla on heikoin väestöllinen huoltosuhde. Aluejaolla voidaan kuitenkin tasoittaa eroja. Mitä isommat alueet sitä tasaisempi on vanhusväestön osuus ja sen kehitys seuraavan kahdenkymmenen vuoden aikana. Viiden alueen vaihtoehdossa vuodelle 2030 ennustettu vanhusväestön (75+) osuus väestöstä vaihtelisi itsehallintoalueiden välillä 13 prosentista 17 prosenttiin, 12 alueen vaihtoehdossa se vaihtelisi 11 prosentista 18 prosenttiin, kun se 18 alueen vaihtoehdossa vaihtelisi 11 prosentista 20 prosenttiin.

### **3.1.3.2 Alueiden tulopohjan erot**

*Alueiden väliset tuloerot ovat mm. väestörakenteen ja yritystoiminnan erilaisuuden vuoksi suuria bruttokansantuotteen suuruudessa sekä kuntaverotuksessa käytettävien kuntakohtaiset verotettavien tulojen suuruudessa.*

Alueiden väliset tuloerot ovat mm. väestörakenteen ja yritystoiminnan erilaisuuden vuoksi suuria. Eroja tulopohjassa voidaan arvioida erimerkiksi alueiden välisinä eroina bruttokansantuotteen suuruudessa. Manner-Suomessa bkt/asukas oli vuonna 2012 noin 36 300 euroa. Huomionarvoista tässä on se, että Uusimaa (47 000€/asukas) poikkeaa selvästi muista alueista (toiseksi korkein noin 35 000€/asukas). Näin ollen riippumatta alueiden määrästä, tulee alueella, johon Helsingin seutu kuuluu, olemaan selvästi korkeampi tulopohja kuin muilla alueilla. Jos tulevia itsehallintoalueita olisi 18, olisi bruttokansantuote pienimmillään noin 28 000 euroa/asukas ja suurimmillaan lähes 47 000 euroa/asukas. Jos alueita olisi 12, olisi vaihteluväli sama eli noin 28000–47000 euroa/asukas. Edelleen jos alueita olisi 9, olisi vaihteluväli 29000–45000 euroa/asukas ja jos alueita olisi 5, olisi vaihteluväli 29000–43000 euroa.

Toinen alueiden tulopohjan mittari on kuntaverotuksessa käytettävät kuntakohtaiset verotettavat tulot. Ne eivät suoraan ole sidoksissa nykyiseen kuntarakenteeseen ja niitä voidaan näin ollen tarkastella myös itsehallintoaluetasolla. Myös verotettavien tulojen osalta Uudenmaan (19 800€/as.) tilanne poikkeaa selvästi muista alueista (keskim.16 200€/as). Jos tulevia alueita olisi 18, olisivat verotettavat tulot pienimmillään 12 800 euroa / asukas ja suurimmillaan 19 800 euroa/asukas. Jos alueita olisi 12, olisi vaihteluväli 12 800–19 800 euroa/asukas. Edelleen, jos alueita olisi 9, olisi vaihteluväli 13 600–19 300 euroa/ asukas ja 5

alueen mallissa 13 800–18 700 euroa/asukas. Näin ollen aluejaosta riippumatta, tulojen tasaustarve olisi merkittävä, erityisesti jos itsehallintoalueella olisi verotusoikeus.

Toinen näkökulma riittävään väestöpohjaan on sote-työvoiman saatavuus. On mahdollista, että sote-sektorin voimakkaasti kasvava työvoimatarve johtaisi erityiskoulutetun henkilökunnan rekrytointivaikeuksiin erityisesti pienillä heikon taloudellisen kantokyvyn alueilla, koska työvoimaa ei voitaisi yhtä joustavasti käyttää alueen sisällä kuten isoilla alueilla. Tässä on kuitenkin havaittavissa alueellisia eroja, joten yksin alueen koko ei näyttäisi olevan peruste henkilöstön tulevalle saatavuudelle.

Alueen taloudellisella kantokyvyllä on vaikutusta myös asiakasmaksuilla kerättävään rahoitukseen. Siltä osin kuin asiakasmaksut ovat tulosidonnaisia, asiakkailta saatava rahoitusosuus riippuu asiakkaiden maksukyvyistä, joka voi olla tietyillä alueilla suhteellisen heikko. Tulevina vuosina palvelutarve lisääntyy juuri hoivapalveluissa, joiden asiakasmaksut ovat tulosidonnaisia. Tästä syystä on otettava huomioon, että rahoitusjärjestelmällä joudutaan tasaamaan myös asiakasmaksutulojen suuruudesta johtuvia alueiden välisiä eroja.

### 3.1.3.3 Alueelliset erot sote-menoissa

*Mitä enemmän tulevia itsehallintoalueita on, sitä suuremmat ovat alueiden väliset erot menoissa. Erot ovat vain kasvaneet viimeisen kymmenen vuoden aikana ja johtuvat muun muassa tarvetekijöistä (kuten sairastavuus), olosuhteista (pitkät etäisyydet) tai palvelutoiminnan tehokkuudesta.*

Mitä enemmän tulevia itsehallintoalueita on, sitä suuremmat ovat alueiden väliset erot menoissa. Nykyisin kuntakohtaiset erot sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenoissa vaihtelevat 2300 euroa/asukas ja 5500 euroa/asukas välillä. On myös hyvä huomioida, että erot ovat vain kasvaneet viimeisen kymmenen vuoden aikana. Syitä suuriin eroihin voidaan etsiä tarvetekijöistä (kuten sairastavuus), olosuhteista (pitkät etäisyydet) tai palvelutoiminnan tehokkuudesta. Esimerkiksi alueelliset erot ikääntymisessä ja sosiaalisissa ongelmissa selittävät sekä terveyspalveluiden että vanhuspalveluiden ja lastensuojelun kysyntää. Erot johtuvat myös palvelutuotannon tuottavuudesta ja tehokkuudesta sekä palvelujen saatavuudesta ja laadusta. Lisäksi alueen väestön mahdollisuudet käyttää sairausvakuutuskorvattuja tai työterveyshuollon palveluita voivat johtaa kuntien järjestämien palveluiden kustannuksissa eroihin, jotka eivät riipu tuotannon tehokkuudesta tai tuottavuudesta. Sairaanhoidopiireittäin työterveyshuollon osuus vaihtelee 20–30 prosenttiin perusterveydenhuollon avohoidon menoista. Kunnittain osuus voi olla yli 40 prosenttia – esimerkiksi Järvenpäässä, tai alle 10 prosenttia – esimerkiksi Kemijärvellä.<sup>8</sup>

Voidaan tehdä koelaskelmia siitä, paljonko tilanne tasoittuisi, jos kuntien nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot siirtyisivät kuntaa suuremmille itsehallintoalueille. Tässäkin kohtaa suuremmat alueet takaavat tasaisemman lähtötilanteen. Esimerkiksi 18 alueen tilanteessa alueiden keskimääräiset sote-menot vaihtelisivat 2700–3700 euroa/asukas, 12 alueen mallissa vaihteluväli olisi 2700–3500 euroa/asukas, 9 alueen mallissa 2800–3500 euroa/asukas ja viiden alueen mallissa 2900–3300 euroa/asukas.

<sup>8</sup> Timo Hujanen ja Hennomari Mikkola: Työterveyshuollon palvelujen kustannusten alueelliset erot. Kela nettityöpapereita 42/2013.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38194/Nettityopapereita42.pdf?sequence=1>.

Itsehallintoalueiden lukumäärän vaikutuksia voidaan tarkastella myös THL:n laskemien tarvevakioitujen menojen avulla. Tällöin kunkin alueen tarvetekijät otetaan huomioon ja nähdään, kuinka eniten ja vähiten palveluja tarvitsevien alueiden sote-menot suhteutuvat vakioidusti toisiinsa itsehallintoalueiden lukumäärien vaihdellessa<sup>9</sup>. Tarkastelun päähavaintona voi todeta, että mitä vähemmän on alueita, sitä vähemmän tarvekertoimissa ja tarvevakioituissa menoissa on vaihtelua alueiden välillä. Viiden alueen tilanteessa tarvekertoimen vaihteluväli on 0,93–1,11 ja tarvevakioitun menoindeksin 98–102, kun 18 alueen tilanteessa vastaavat vaihteluvälit ovat 0,87–1,17 ja 91–110. Itsehallintoalueiden lukumäärän ollessa 9 tai 12 erot vaihteluväleissä ovat lähes olemattomat. 9 alueen tilanteessa tarvekertoimen ja tarvevakioitun menoindeksin vaihteluvälit ovat 0,9–1,14 ja 96–107. Vastaavat vaihteluvälit 12 alueen tilanteessa ovat 0,89–1,14 ja 94–107.

Itsehallintoalueiden rahoitusmallin taloudelliset vaikutukset kansalaisten verotukseen ja kuntatalouteen, mukaan lukien kuntien jäljelle jäävien toimintojen rahoituksen tasauksen tarve, selvitetään erikseen.

#### **3.1.3.4 Alueiden lukumäärän, talouden ja rahoitusjärjestelmän välinen yhteys**

Mitä enemmän alueita on, sitä monimutkaisempi rahoitusjärjestelmästä tulee, oli kyseessä sitten valtion keräämä ja kohdentama rahoitus tai itsehallintoalueen verotusoikeuteen perustuva rahoitusjärjestelmä. Rahoitusjärjestelmän monimutkaisuutta on katsottava kokonaisuutena eli tarkasteltava sitä, miten rahoitus kerätään, miten se jaetaan itsehallintoalueille ja miten kuntien tehtävät rahoitetaan. Itsehallintoalueiden lukumäärä ei sinällään vaikuta kunnille jäävien tehtävien rahoitukseen, mutta on osa järjestelmän kompleksisuutta. Valtion rahoitusmallissa monimutkaisuus liittyy erityisesti rahoituksen kohdentamiseen alueille. Järjestelmään tarvitaan erillisiä kertoimia, jotka huomioivat erot tarpeissa ja olosuhteissa. Yksinkertaisimmillaan, jos alueita olisi vähän, voitaisiin olla lähellä kapitaatiopohjaista kohdentamisjärjestelmää.

Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta taloudellisen vahvuuden merkitykseen vaikuttaa kuitenkin se, miten itsehallintoalueiden rahoitus järjestetään. Jos jatkossa valtio vastaa rahoituksen keräämisestä kokonaan tai pääosin, ei yksittäisen alueen taloudelliselle vahvuudella ole välttämättä nykyisen kaltaista merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Valtion ohjatessa rahoitusta itsehallintoalueille siinä voidaan huomioida ikärakenne ja sairastavuus, kuten nykyisin valtionosuuksien laskennassa. Jos rahoitus puolestaan perustuisi kokonaan tai pääosin itsehallintoalueen verotusoikeuteen, alueiden asukkaiden tulopohja ja todennäköisesti verorasitus vaihtelisi sitä enemmän mitä pienempiä alueet ovat, ja rahoitus vaatisi alueiden välisiä tasausjärjestelmiä. Tuloja tasaavan järjestelmän tarve näyttäisi olevan ilmeinen jo hyvin pienellä alueiden lukumäärällä. Jo viidellä alueella itä-pohjoisuunta jäisi muuta Suomea heikommaksi taloudellisesti ja lisäksi väestö on siellä sairaampaa.

Kaikissa aluejakovaihtoehtoissa tarvitaan valtion tasausjärjestelmää, mutta mitä enemmän alueita on, sitä suurempi on tasauksen merkitys ja sitä läpinäkymättömämpi järjestelmä. Samalla myös alueiden kannustimet tehokkaaseen tuotantoon heikkenevät, sillä tasausjärjestelmä perustuu aina laskennallisiin suureisiin, jotka eivät tavoita kaikkia eroja alueiden tarpeissa ja olosuhteissa. Osa alueista jäisi taloudelliselta kantokyvyltään heikoiksi ja niiden satunnaisvaihtelut olisivat suuret.

---

<sup>9</sup> Koko maan keskiarvo menoindeksissä = 100 ja tarvekertoimessa = 1,00.

### 3.1.3.5 Toiminnallisia näkökohtia säästöpotentiaaliin

*Edellä on käsitelty mahdollisuuksia integraatiota parantamalla ja palveluverkkoa optimoimalla lisätä tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Alueiden lukumäärällä voi olla epäsuorasti muitakin vaikutuksia taloudelliseen tehokkuuteen ja säästöpotentiaaliin. Keskeisiä tuottavuuden ja vaikuttavuuden aikaansaamisen mekanismeja on käsitelty luvussa 3.1.2. Tässä luvussa asiaa käsitellään yhteenvedonomaaisesti.*

Sote-uudistuksen kautta syntyvät *suuremmat järjestäjätahot* pystyvät nykyisiä järjestäjiä paremmin suunnittelemaan alueensa väestön tarpeita vastaavat palvelut riittävän suurina kokonaisuuksia. Pitkän aikavälin kustannuskehityksen hillitsemisen näkökulmasta keskeistä on palvelujen tarjonnan suuntaaminen vastaamaan väestön muuttuvia tarpeita. Palvelutarpeen arviointi järjestämistä osana edellyttää riittävän suurta ja osaavaa itsehallintoaluetta. Suuri väestöpohja nostaa myös harvinaiset palvelutarpeet näkyviksi. Suuremmat järjestäjät pystyvät myös rakentamaan kustannustehokkaan tasapainon ennaltaehkäisevän ja korjaavan toiminnan välillä. Itsehallintoalueet järjestäjinä voivat sekä itse tuottamiensa sekä hankkimiansa palveluiden osalta vaikuttaa henkilöstökuluihin suunnitteleamalla henkilöstörakennetta, työnjakoa ja henkilöstön sijoittelua tehokkaaksi ja väestön tarpeita vastaavaksi. Ne pystyvät myös tehokkaasti hyödyntämään hankintaosaamista ja skaalaetua palveluiden, lääkkeiden, laitteiden ja tarvikkeiden hankinnassa. Uudet itsehallintoalueet pystyvät hyödyntämään suurtuotannon etuja erityisesti teknisissä tukipalveluissa, mutta myös lääketieteellisissä tukipalveluissa. Alueen koolla ja väestöpohjalla on vaikutusta siihen, että missä määrin alueella voi olla strategisen hankintatoimen sekä markkinoiden toiminnan ja hyödyntämisen osamista siten, että siihen yhdistyy sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeiden tuntemus.

Keskeinen kustannusten nousun hillinnän kannalta on sote-uudistuksella toteutettava *horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio*. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen järkevällä porrastamisella ja katkeamattomilla palveluketjuilla parantavat tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Niiden avulla on mahdollista vaikuttaa erityisesti kalliiden erityispalveluiden kustannuksiin, kun voidaan vahvistaa peruspalveluita ja välttää epätarkoituksenmukaista päivystyspalvelujen käyttöä ja sairaalahoitojaksoja.

Kustannusten hallinta edellyttää *sairaala- ja muun palveluverkon optimointia* kehittämällä palveluyksiköiden tehtäviä ja työnjakoa. Itsehallintoalueet kykenevät suunnittelemaan palvelujen tuotannon kustannuksiltaan optimaalisessa paikassa ja tehokkaalla palvelupaletilla. Tämä edellyttää riittävän suuria itsehallintoalueita.

*Digitalisaation ja tietojärjestelmien avulla* on mahdollista saavuttaa huomattavaa tuottavuuden parantumista. tuottavat. Digitalisaation avulla kustannuksia voidaan karsia muun muassa vähentämällä potilastiedon käsittelyyn tarvittavaa työaikaa, mahdollistamalla uusia työtapoja ja vähentämällä hallinnollista työtä. Tämä edellyttää riittävän suuria itsehallintoalueita.

Laadun sekä potilas- ja asiakasturvallisuuden parantaminen mahdollistaa huomattavan tuottavuuden ja vaikuttavuuden paranemisen. Näyttöön perustuvat toimintakäytännöt, prosessin hukan vähentäminen (lean-ajattelu), ammattilaisten riittävän osaamisen varmistaminen ja systemaattinen potilas- ja asiakasturvallisuuden seuranta ja parantaminen voidaan suu-remmilla itsehallintoalueilla todennäköisesti toteuttaa pieniä alueita tehokkaammin. Edellä on käsitelty mahdollisuuksia integraatiota parantamalla ja palveluverkkoa optimoimalla lisätä tuottavuutta ja vaikuttavuutta.



#### *4-5 itsehallintoaluetta*

- Taloudelliset edellytykset sote-palvelujen järjestämiseen olisi riittävät
- Rahoituksen kohdentaminen alueille olisi selkeämpää kuin useamman alueen mal-leissa. Alueiden välisen tasauksen tarve olisi suhteellisen vähäistä. Suuri koko edellyt-täisi alueellista järjestäytymistä, jolla on vaikutusta hallintoon ja alueellisiin ratkai-suihin.
- Erinomaiset mahdollisuudet tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen ja sitä kautta kustannuskehityksen hillintään
- Itsehallintoalueiden väliset erot väestörakenteessa, sosiaali- ja terveydenhuollon menoissa, verokertymässä ja BKT:ssa tasoittuvat parhaiten.

#### *6-9 itsehallintoaluetta*

- Taloudelliset edellytykset sote-palveluiden järjestämiseen olisi riittävät
- Kohtuulliset mahdollisuudet tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen ja si-tä kautta kustannuskehityksen hillintään
- Itsehallintoalueiden väliset erot väestörakenteessa, sosiaali- ja terveydenhuollon menoissa, verokertymässä ja BKT:ssa tasoittuvat kohtuullisesti.

#### *10-12 itsehallintoaluetta*

- Taloudelliset edellytykset sote-palveluiden järjestämiseen olisi riittävät
- Hyvät mahdollisuudet tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen ja sitä kautta kustannuskehityksen hillintään
- Itsehallintoalueiden väliset erot väestörakenteessa, sosiaali- ja terveydenhuollon menoissa, verokertymässä ja BKT:ssa tasoittuvat kohtuullisesti, lukuun ottamatta pääkaupunkiseutua.

#### *13-14 itsehallintoaluetta*

- Itsehallintoalueiden väliset erot väestörakenteessa, sosiaali- ja terveydenhuollon menoissa, verokertymässä ja BKT:ssa tasoittuvat huonosti. Taloudelliset edelly-tykset sote-palveluiden järjestämiseen eivät ehkä olisi riittävät kaikilla alueilla.
- Palvelutarjonnan ylläpito voisi johtaa tehottomien yksiköiden toiminnan jatkami-seen ja kalliiden ostopalveluiden hankintaan joillain itsehallintoalueilla.
- Palvelutarpeen satunnaisvaihtelu loisi pienille itsehallintoalueille huomattavia ta-loudellisia riskejä, mikä saattaisi edellyttää monimutkaisia riskintausmenettely-jä.

#### *15-19 itsehallintoaluetta*

- Itsehallintoalueiden väliset erot väestörakenteessa, sosiaali- ja terveydenhuollon menoissa, verokertymässä ja BKT:ssa tasoittuvat huonosti. Erot palvelutarpeissa alueiden välillä olisivat suurimmillaan. Palveluiden järjestäminen edellyttää mo-nimutkaista tasausjärjestelmää, jossa otetaan huomioon sekä erot alueen tulo-pohjassa, erot palveluiden tarpeessa ja suurten kustannusten tasaus.
- Kustannustehokkaan tuotantorakenteen ja tehottomien yksiköiden toiminnan uudelleen suuntaaminen olisi osassa alueita vaikeaa. Palvelutarjonnan puutteet ja työvoiman saatavuusongelmat voisivat johtaa kalliiden ostopalveluiden hankin-taan.
- Rajalliset mahdollisuudet tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen ja sitä kautta kustannuskehityksen hillintään.

### 3.1.3.6 *Yksikanavaiseen rahoitukseen siirtyminen ja valinnanvapauden laajentaminen*

Itsehallintoalueiden lukumäärällä on vaikutuksia myös rahoitusratkaisuun ja yksikanavaisen rahoituksen toteuttamistavalle sekä valinnanvapauden laajentamiselle.

Koska rahoitusratkaisu valmistuu vasta myöhemmin, ei tässä vaiheessa ole olemassa laskelmia rahoitusratkaisun vaikutuksista erilaisilla aluejaoilla. Selvää kuitenkin on, että alueiden määrän kasvaessa myös rahoitusjärjestelmä monimutkaistuu. Oletettavaa on, että ensi vaiheessa rahoitusratkaisu tulee perustumaan valtion rahoitukseen. Riippumatta siitä, miten valtio kohdentaa rahoituksen alueille, on ilmeistä, että alueiden väliset erot esimerkiksi iän, sairastavuuden ja olosuhteiden suhteen vaikuttavat oleellisesti rahoitusratkaisuun.

#### *4–5 itsehallintoaluetta*

- Yksikanavaiseen rahoitukseen siirtyminen voisi onnistua hyvin (riippuen rahoitusratkaisusta)
- Valinnanvapauden laajentaminen siirtyminen voisi onnistua hyvin (riippuen valittavasta toteutustavasta)

#### *6–9 itsehallintoaluetta*

- Yksikanavaiseen rahoitukseen siirtyminen voisi onnistua hyvin (riippuen rahoitusratkaisusta)
- Valinnanvapauden laajentaminen siirtyminen voisi onnistua hyvin (riippuen valittavasta toteutustavasta)

#### *10–12 itsehallintoaluetta*

- Yksikanavaiseen rahoitukseen siirtyminen voisi onnistua hyvin (riippuen rahoitusratkaisusta)
- Valinnanvapauden laajentaminen siirtyminen voisi onnistua hyvin (riippuen valittavasta toteutustavasta)

#### *13–14 itsehallintoaluetta*

- Alueiden lukumäärällä on myös vaikutusta rahoitusjärjestelmään. Alueiden lukumäärän kasvaminen tarkoittaa samalla sitä, että niiden välillä olevat erot palvelujen tarpeessa ja tuotantokustannuksissa kasvavat. Tämä monimutkaistaa rahoitusjärjestelmää. Valtion rahoitukseen perustuvassa mallissa rahoituksen kohdentamisessa joudutaan ottamaan huomioon 4–5, 6–9 ja 10–12 alueen malleja yksityiskohtaisemmin palvelujen tarpeeseen ja tuotantokustannuksiin vaikuttavia tekijöitä.

#### *15–19 itsehallintoaluetta*

- Alueiden välillä olevat erot palvelujen tarpeessa ja tuotantokustannuksissa olisivat suuret. Tämä monimutkaistaa rahoitusjärjestelmää.
- Valtion rahoitukseen perustuvassa mallissa rahoituksen kohdentamisessa joudutaan ottamaan huomioon 4–5, 6–9 ja 10–12 alueen malleja yksityiskohtaisemmin palvelujen tarpeeseen ja tuotantokustannuksiin vaikuttavia tekijöitä.

### 3.1.4 Sote-uudistuksen tavoitteiden toteutuminen

*Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen hallitusohjelman mukaiset tavoitteet ovat hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen ja kustannusten hallinnan parantuminen. Näiden tavoitteiden toteutumiseen eri itsehallintoalueiden lukumäärillä vaikuttavat kaikki yllämainitut. Näiden perustella sote-uudistuksen tavoitteiden toteutumista alueelliseen itsehallintoon perustuvassa ratkaisussa voidaan parhaiten edistää itsehallintoalueiden lukumäärillä 10–12 sekä 4–5.*

*Rahoitusratkaisu olisi yksinkertaisin itsehallintoalueiden lukumäärillä 4–5, mutta perus- ja erityistason toiminnallinen integraatio ja alueellinen tasapuolisuus vaatisivat erityistä huomiota ja todennäköisesti säädösohjausta. Kustannusten hallintaa kokonaisuutena hillitsisi todennäköisesti parhaiten alueiden lukumäärä 10–12, koska integroitu palvelutuotanto porrastuisi tarkoituksenmukaisimmaksi. Vaihtoehdossa olisi kuitenkin kiinnitettävä huomiota itsehallintoalueiden yhteistyöhön erityisesti tutkimuksessa ja opetuksessa ja yliopistollisten sairaaloiden toimintaedellytysten turvaamiseen.*

*Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen:* Palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja saavutettavuus ovat tärkeitä erityisesti eriarvoisuuden vähentämisen kannalta. Palveluiden integroinnista sosiaali- ja terveyspalveluiden välillä hyötyvät eniten huonompiosaiset, mikä oletettavasti vähentää hyvinvointi- ja terveyseroja. Itsehallintoalueiden on kyettävä antamaan tukea kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyölle. Edellä mainitun perustella hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat parhaiten itsehallintoalueiden lukumäärillä 10–12.

*Kustannusten hallinnan parantuminen:* Skaalaetu hankinnoissa ja hankintaosaaminen, palveluverkon optimointi ja perusteltu työnjako sekä horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio johtavat parempaan kustannusten hallintaan. Tämä tapahtuu parhaiten itsehallintoalueiden lukumäärillä 4–5 ja 10–12.

Tavoitteiden toteutumiseen vaikuttaa olennaisesti kansallisen ohjauksen toteutus, jota tässä muistiossa käsitellään yleisellä tasolla. Itsehallintoalueiden lukumäärä vaikuttaa siihen, millä tavoin niiden sosiaali- ja terveyspalveluiden kansallinen ohjaus on mahdollista järjestää. Lähelläkohtaisesti ohjauksen näkökulmasta on sitä selkeämpää, mitä vähemmän alueita on. Siten 4–5 tai 6–9 alueen ratkaisua voitaisiin tästä näkökulmasta pitää perusteltuna. Toisaalta itsehallintoalueiden hyvin suuri koko (ja pieni lukumäärä) edellyttäisi kaksitasoista ohjausjärjestelmää: itsehallintoalueiden kansallista ohjausta ja niiden sisällä alueellista järjestäytymistä ja myös tämän säädösohjausta erityisesti kilpavarustelun välttämiseksi.

Itsehallintoalueiden määrillä 10–12 ja 13–14 kansallinen ohjaus olisi selkeää ja kohdistuisi myös kilpavarustelun välttämässä suoraan itsehallintoalueisiin. Tätä suurempi itsehallintoalueiden suuri määrä vastaisi nykytilannetta, jossa päällekkäisyyksien purkaminen ja keskinäisen kilpavarustelun estäminen edellyttäisi monimutkaisia lainsäädännöllisiä ratkaisuja. Itsehallintoalueiden määrän ollessa suurempi kuin 5, tarvittaisiin sopimusmenettely alueiden yhteistyötehtäviä varten korvaamaan nykyiset erikoissairaanhoidon erityisvastuualueet. Rahoitusratkaisun yksityiskohdat vaikuttavat lisäksi siihen, millä tavalla valtion voimavaro-ohjaus välittyy itsehallintoalueille, niiden sisäiseen ja alueiden väliseen yhteistyöhön.

### 3.2 Edellytykset yhtenäisiin aluerajoihin ja mahdollisiin tehtävien siirtoihin

*Eduskuntavaalien vaalipiirijako sekä toiminnalliset työssäkäynti- ja asiointialueet, ovat keskeisimmät sote-uudistuksen jälkeenkin olemassa olevat nykyiset aluejaot tai alueet, joiden kanssa itsehallintoalueiden rajojen tulisi olla mahdollisimman yhteensopivia. Myös itsehallintoalueen sisään jäävien aluejakojen tulisi olla yhteensopivia itsehallintoalueisiin. Jos pelastustoimen tehtävät ja maakuntien liittojen tehtävät siirretään itsehallintoalueille, ei maakuntajakoa eikä pelastustoimen aluejakoa erillisenä enää ole.*

*Itsehallintoalueiden aluejaosta tulisi muodostua samanlainen perusaluejako kuin maakuntajakoa on tällä hetkellä. Tällöin muut aluetason aluejaot lähtökohtaisesti määritellään sen pohjalta ja sovitetaan sen kanssa yhteen. Aluehallintovirastojen aluejako on sopeutettava itsehallintoalueiden aluejakoon sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä ja tuottamista valvovina viranomaisina.*

*Itsehallintoalueille niiden perustamisvaiheessa mahdollisesti siirtyviä tehtäviä voivat olla esim. pelastustoimi, maakuntien liittojen tehtävät, valtion aluehallinnolta siirtyvät alueiden kehittämiseen liittyvät tehtävät sekä ympäristöterveydenhuollon muut kuin valvontatehtävät. Näiden toimintojen luonteesta johtuu, että eri itsehallintoalueiden lukumäärät soveltuvat eri tavalla mahdollisesti tavoiteltavan toiminnallisen integraation toteuttamiseen.*

#### 3.2.1 Vaalipiirijako

Vaalijärjestelmä ja vaalipiirijako eivät sinänsä aseta esteitä millekään itsehallintoalueiden lukumäärälle. Tavoitteena tulisi kuitenkin olla, että jako on mahdollisimman yhteneväinen eduskuntavaalien vaalipiirijaon kanssa. Eduskuntavaalien vaalipiirijako on tehty maakuntajaon pohjalta. Alueellisen itsehallinnon toteutumisen kannalta olisi paras ratkaisu, jos itsehallintoalue muodostaisi yhden vaalipiirin.

Hyvin suuret itsehallintoalueet (esim. lukumäärillä 4–5) voisivat johtaa tilanteeseen, jossa olisi tarpeellista jakaa itsehallintoalue sisäisiin vaalipiireihin alueellisen edustavuuden varmistamiseksi. Suurien itsehallintoalueiden (4–5) vaalipiiri muodostuisi ilman sisäistä vaalipiirijakoa merkittävästi suuremmaksi kuin eduskuntavaaleissa. Useaan vaalipiiriin perustuvan alueen valtuusto koostuisi eri vaalipiirien edustajista, jossa haasteena voisi olla tasapainottelu yhteisen edun ja oman alueen edun välillä. Eri vaalipiireistä tulevilla päätöksentekijöillä saataisi olla erilaisia lähtökohtia käsitellä esimerkiksi alueen palvelurakennetta ja sen sijoittumista. Tällä olisi vaikutusta alueiden päätöksentekoon esim. sairaaloiden työnjaosta. Hyvin suuri itsehallintoalue pystyisi pienempää huonommin huomioimaan alueen sisäiset olosuhde-erot ja alueellisen identiteetin. Jos yhtenä vaalipiirinä toimivan laajan itsehallintoalueen eri osat ovat väestömäärältään kovin erilaisia, saattavat väkimmäärältään pienemmät osat jäädä ilman edustajia (tähän voidaan vain osittain vaikuttaa alueelta valittavien valtuutettujen ja sitä kautta ehdokkaiden lukumäärällä). Hyvin suurella itsehallintoalueella alueen edustajien toimintamahdollisuudet (esim. käytännön vaalityö maantieteellisesti erityisen suurilla alueilla ja edunvalvonta) samoin kuin äänestäjä-edustaja -suhteet voivat muodostua haastaviksi.

Keskikokoisella itsehallintoalueella (esim. lukumäärä 12) kukin alue voisi toimia yhtenä vaalipiirinä, mikä olisi vaalijärjestelmän kannalta selkeää. 10–12 alueen mallissa alueellinen edustavuus ja poliittinen suhteellisuus toteutuisivat melko tasapainoisella tavalla. Optimaalista olisi, jos itsehallintoalueilla olisi samat rajat eduskuntavaalien vaalipiirien kanssa. Erilaiset

vaalipiirien aluerajat saattavat aiheuttaa hämmennystä äänestäjissä (jos eduskuntavaaleissa olisi yhdenlaiset rajat, mutta itsehallintoaluevaaleissa toisenlaiset).

Väkimäärältään pienillä alueilla (esimerkiksi alueiden lukumäärä 15) vaalien poliittinen suhteellisuus toteutuu heikommin kuin suuressa vaalipiirissä, joskin tätä eroavaisuutta on mahdollista osin säädellä valittavien valtuutettujen lukumäärillä (kuten kuntavaaleissa nyt).

### 3.2.2 Toiminnalliset alueet

Itsehallintoalueiden tulisi muodostua niin, että toiminnalliset alueet, jotka perustuvat asukkaiden työssäkäyntiin ja asiointiin, sijoittuisivat kokonaisina itsehallintoalueisiin. Tällä on suuri merkitys myös alueiden suunnittelun ja kaavoituksen kannalta.

Useiden vahvojen kaupunkikeskittymien ja niitä ympäröivien toiminnallisten alueiden sijaitseminen samalla itsehallintoalueella saattaa myös lisätä alueen sisäisiä jännitteitä. Toiminnalliset alueet muuttuvat yhteiskunnan muuttuessa, mutta ne kuvaavat asukkaiden elämän sijoittumista alueille ja seudullista yhteenkuuluvuutta sekä yhteisiä alueeseen liittyviä intressejä. Toiminnalliset alueet kuvaavat myös alueellista identiteettiä ja tarvetta vaikuttaa oman alueensa päätöksentekoon.

### 3.2.3 Maakuntajako ja siihen perustuvat muut aluejaot

Maakuntien liittoja on 18 ja maakuntajako on tällä hetkellä perustana valtion aluehallinnon (ja osittain myös valtion muun hallinnon) aluejaoille. Myös oikeuslaitoksen aluejaot ja vaalipiirit perustuvat maakuntajakoon.

Uudistuksen jälkeen itsehallintoalueiden jaon tulisi toimia vastaavalla tavalla muiden aluejakojen perustana. Jos maakuntien liittojen tehtävät siirrettäisiin itsehallintoalueille, maakuntajako poistuisi. Muussa tapauksessa hallintoon syntyisi useita itsehallintoon perustuvia tasoja eikä tavoiteltuja taloudellisuus- ja tuottavuushyötyjä tältä osin saavutettaisi.

Alueellisten hallinto-oikeuksien (6 kpl) tuomiopiirit eivät sinänsä ole määräävä tekijä itsehallintoalueiden aluejaossa. Keskeistä muutoksenhakujärjestelmän kannalta kuitenkin on, että aluejaossa otetaan huomioon pyrkimys asiamäärien mahdollisimman tasaiseen jakautumiseen hallinto-oikeuksien välillä.

### 3.2.4 Aluehallintovirastojen aluejako

Aluehallintovirastoilla on sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan kautta toiminnallinen yhteys itsehallintoalueisiin. Aluehallintovirastojen aluejako perustuu tällä hetkellä maakuntajakoon, mutta uudistuksen yhteydessä aluejakoa on uudistettava niin, että se perustuu itsehallintoalueisiin ja sopeutettava niihin.

### 3.2.5 Itsehallintoalueille mahdollisesti siirrettävistä tehtävistä aiheutuvat kriteerit

Itsehallintoalueiden perustaminen luo mahdollisuuksia miettiä sekä kuntien yhteistoiminnassa hoitamien tehtävien että joidenkin valtion tehtävien mahdollista siirtoa itsehallintoalueille sekä joissakin tehtävissä myös itsehallintoalueiden välistä työnjakoa. Tässä muistiossa ei oteta kantaa siihen, mitä tehtäviä itsehallintoalueille tulisi siirtää. Tärkeää on, että itsehallintoalueille voidaan koota muitakin tehtäviä ja vähentää siten sektorikohtaisten erillisten organisaatioiden määrää ja hallinnon tasoja sekä siten vahvistaa demokratian toteutumista sekä parantaa julkisen hallinnon taloudellisuutta ja tuottavuutta.

Valtion aluehallinnolta siirtyvät tehtävät ja maakuntien liittojen tehtävien siirtyminen itsehallintoalueille linjataan hallituksen yhteensovittamispäätöksessä tammikuussa 2016. Itsehallintoalueiden aluejaolla on merkitystä tähän päätökseen.

Kuntien ja kuntayhtymien tehtävien siirron lähtökohtana on, että mitä suuremmaksi järjestäjien määrä muodostuu, sitä helpommin tehtäviä on käytännön tasolla siirrettävissä itsehallintoalueelle.

Valtionhallinnon eli lähinnä ELY-keskusten ja mahdollisesti joidenkin aluehallintovirastojen tehtävien siirron osalta lähtökohta on puolestaan toisenlainen. Tehtäväsiirrot olisivat helpommin tehtävissä, jos järjestäjien määrä olisi pienempi. Tämä johtuu siitä, että tehtävien siirto suuremmalle toimijalle on helpompaa kuin sen hajauttaminen usealle pienemmälle.

#### 3.2.5.1 *Maakuntien liitot*

Maakuntien liittojen lakisääteisiä tehtäviä ovat erityisesti alueiden suunnittelu, maakuntakaavoitus sekä rakennerahasto- ja alueiden kehittämistehtävät.

Maakuntakaavoitus vaikuttaa pitkäaikaisesti koko alueeseen. Maakuntien aluejaossa kaavoituksen vaatimukset vaikuttavat merkittävästi. Maakuntajakolaissa (1159/1997) yhdeksi kriteeriksi aluejaolle on asetettu, että alue muodostaa suunnittelun kannalta tarkoituksenmukaisen kokonaisuuden. Suurempiin alueisiin pyrittäessä olisikin tästä näkökulmasta pyrittävä pääasiassa kokonaisten maakuntien yhdistämiseen samaan itsehallintoalueeseen.

Alueiden kehittämistehtävät sekä alueiden suunnittelu- ja maakuntakaavoitustehtävät ovat tällä hetkellä ja todennäköisesti tulevaisuudessakin vahvasti yhteydessä kuntiin. Nämä tehtävät edellyttänevät itsehallintoalueilta yhteistyötä kuntien kanssa ja tämä rajanee toimintakykyisten alueiden kokoa jonkin verran. Toisaalta osa alueiden kehittämistehtävistä on sellaisia, että nykyiset maakunnat ovat liian pieniä niiden hoitamiseen. Esimerkiksi rahoitustehtävät ja liikennehankkeet jakautuvat helposti useamman maakunnan alueelle. Alueiden kehittämistehtävän osalta aluejako voi hyvin sopia samanlainen jako kuin aluetason kaavoitukseen.

#### *4–5 itsehallintoaluetta*

- Aluejako soveltuisi huonosti maakuntien liitoilta siirrettävien tehtävien (alueiden suunnittelu, maakuntakaavoitus sekä rakennerahasto- ja alueiden kehittämistehtävät) hoitamiseen siltä osin kuin tehtävät ovat sidoksissa maakuntien kulttuuriin ja toiminnallisiin yhteyksiin sekä alueiden kehittämisen lähtökohtiin ja intresseihin. Tästä johtuen vaarana olisi, että maakuntien liittojen integrointi osaksi itsehallintoalueita ei toteutuisi ja hallintoon jäisi useita tasoja.

#### *6–9 itsehallintoaluetta*

- Aluejako soveltuisi huonosti maakuntien liitoilta siirrettävien tehtävien (alueiden suunnittelu, maakuntakaavoitus sekä rakennerahasto- ja alueiden kehittämistehtävät) hoitamiseen siltä osin kuin tehtävät ovat sidoksissa maakuntien kulttuuriin ja toiminnallisiin yhteyksiin. Tästä johtuen vaarana olisi, että maakuntien liittojen integrointi osaksi itsehallintoalueita ei toteutuisi, jolloin hallinnon tasoja olisi nykyiseen verrattuna yksi enemmän.

#### *10–12 itsehallintoaluetta*

- Mahdollistaisi maakuntien liittojen tehtävien siirron itsehallintoalueille

#### *13–14 itsehallintoaluetta*

- Mahdollistaisi maakuntien liittojen tehtävien siirron itsehallintoalueille

#### *15–19 itsehallintoaluetta*

- Mahdollistaisi maakuntien liittojen tehtävien siirron itsehallintoalueille

### **3.2.5.2 Pelastustoimi**

Tällä hetkellä pelastustoimen alueita on 22 ja Uuttamaata, Jokilaaksoa sekä Pietarsaarta lukuun ottamatta jako vastaa pitkälti maakuntajakoa. Hallitusohjelman mukaan pelastustoiminnan ja varautumisen valtakunnallista johtamista, suunnittelua, ohjausta, valvontaa ja koordinaatiota vahvistetaan ja parannetaan. Nykyisessä hajanaisessa järjestelmässä on ollut vaikea päästä valtakunnallisiin, yhdenmukaisiin toimintamalleihin, yhteisiin tietojärjestelmiin ja yhdenmukaiseen palvelutarjontaan koko maassa.

Sisäministeriö on asettanut hankkeen pelastustoimen uudistamiseksi. Hankkeen tarkoituksena on uudistaa pelastustoimi sosiaali- ja terveystoimen palvelurakenteen uudistamisen yhteydessä muodostettavien itsehallintoalueiden pohjalle samassa aikataulussa ja samalla aluejaolla. Pelastustoimen uudistuksella tavoitellaan tehokkaampaa ja taloudellisempaa järjestelmää, jossa nykyistä suuremmat alueet pystyvät varautumaan myös harvinaisiin suuronnettomuuksiin tai luonnonkatastrofeihin koko maassa. Uudistuksella varmistetaan pelastustoimen resurssien tehokas käyttö niin, että pelastustoimen toimintavalmius ei heikkene.

Tehostamisen lisäksi uudistuksella halutaan varmistaa pelastustoimen ja sosiaali- ja terveystoimen yhteistyöhyödyt ensihoitopalveluissa. Pelastustoimen koko maan kattava verkosto hoitaa kustannustehokkaasti ensihoito- ja ensivastetehtäviä. Pelastustoimi hoitaa ensihoitopalveluista noin 70–80 prosenttia. Ensihoidon tuottaminen on hyvä esimerkki toimivasta viranomaisyhteistyöstä sekä yhteistyöstä kolmannen sektorin sopimuspalkokuntien kanssa.

Pelastustoimen uudistuksen on tarkoitus edetä yhtä aikaa sote-uudistuksen kanssa niin, että tehtävät siirtyisivät kunnilta sote-alueille vuoden 2019 alusta.

*4–5 itsehallintoaluetta*

- voitaisiin toteuttaa toimiva aluejako nykyisiä alueita yhdistelemällä

*6–9 itsehallintoaluetta*

- voitaisiin toteuttaa toimiva aluejako nykyisiä alueita yhdistelemällä

*10–12 itsehallintoaluetta*

- voitaisiin toteuttaa toimiva aluejako nykyisiä alueita yhdistelemällä

*13–14 itsehallintoaluetta*

- voitaisiin mahdollisesti toteuttaa toimiva aluejako nykyisiä alueita yhdistelemällä

*15–19 itsehallintoaluetta*

- erityisesti 19 aluetta merkitsisi vain vähäisiä muutoksia nykyiseen, mutta ei vielä toisi tavoiteltavia hyötyjä

### **3.2.5.3 Rakennusvalvonta**

Kunnat voivat nykyisen lainsäädännön puitteissa keskenään sopia ylikunnallisesta rakennusvalvontayhteistyöstä. Rakennusvalvontatointa voidaan hoitaa yhteisesti tai se voidaan antaa toisen kunnan hoidettavaksi. Kunnat voivat myös muodostaa yhteisiä toimielimiä. Tällä hetkellä 280 rakennusvalvontayksiköstä 23 on sellaista, jossa hoidetaan kahden tai useamman kunnan rakennusvalvonta-asioita. Rakennusvalvontayksiköiden resursseissa ja asiantuntemuksessa on erittäin suuri kirjo. Useassa yksikössä valvontatehtävää hoidetaan osapäiväisesti.

Edellisen hallituksen rakennepoliittisen ohjelman osana käynnistyi uudistus, jonka tarkoituksena oli vahvistaa kuntien rakennusvalvontatoimen asiantuntemusta sekä yhtenäistää toimintatapoja kokoamalla rakennusvalvontoja nykyistä isommiksi ylikunnallisiksi yksiköiksi. Suuremmilla yksiköillä on ollut tarkoitus muodostaa rakennusvalvonnalle vahvempi ja itsenäisempi rooli laajentuneen toiminta-alueen ja asiantuntemuksen avulla. Eri ammattiryhmiä koostuvat yksiköt kykenisivät tarjoamaan monipuolisempaa ammatillista osaamista ja palvelua asiakkaille. Ne myös kykenisivät erikoistumaan ja hankkimaan erityisosaamista. Suuremmilla yksiköillä olisi riittävät resurssit seuraamaan jatkuvia säädösmuutoksia, kehittämään toimintaansa sekä yhdenmukaistamaan käytäntöjään ja tulkintojaan. Rakennusvalvonnan toiminnan ennakoitavuus paranisi ja asiakkaiden kohtelu tasapuolistuisi.

Ympäristöministeriön asettama työryhmä on selvittänyt rakennusvalvonnan suuremmiksi yksiköiksi kokoamisen vaihtoehtoja sekä uudistuksen vaikutuksia. Työryhmä ei ottanut kantaa, pitäisikö suuremmat yksiköt muodostaa velvoittavalla lainsäädännöllä vai kuntien keskinäisen vapaaehtoisen yhteistyön turvin.

Rakennusvalvonnan suurempien yksiköiden muodostamisessa ei ole asetettu tavoitteita yksiköiden lukumäärille. Työryhmäraportissa kuitenkin arvioitiin joitakin vaikutuksia yksiköiden toiminta-alueiden lukumäärän tai koon perusteella. Samalla tunnistettiin kuntien toimintojen erilaisten aluejakojen aiheuttama epäkohta. Näin ollen pidettiin melko yleisesti esimerkiksi ympäristöterveydenhuollon aluejakoa tai pelastustoimen aluejakoa sellaisena, jonka puitteissa rakennusvalvonnan aluejakoakin voitaisiin tarkastella. Onhan rakennusvalvonnalla, pe-



lastustoimella ja ympäristöterveydenhuollolla jatkuvat yhteistyötarpeet käytännön valvontatehtävissä.

Koska rakennusvalvontatoimen uudistamisessa esillä ollut yksiköiden määrä on liikkunut useissa kymmenissä, ei itsehallintoalueiden lukumäärävaihtoehdoilla ole merkitystä rakennusvalvontatoimen kannalta.

#### **3.2.5.4 Kuntien ympäristöterveydenhuolto**

Kuntien vastuulla olevan ympäristöterveydenhuollon toimeenpanon järjestämisestä säädetään laissa ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta (410/2009). Ympäristöterveydenhuollosta säädetään terveydensuojelulaissa (763/1994), elintarvikelaissa (23/2006), tupakka-laissa (693/1976), kuluttajaturvallisuuslaissa (920/2011) ja eläinlääkintähuoltolaissa (765/2009).

Ympäristöterveydenhuollon Yhteistoiminta-alueenlain 2 §:n mukaan kunnassa tai yhteistoiminta-alueella ympäristöterveydenhuollon järjestämisestä vastaa yksi toimielin, jolla tulee olla käytettävissään vähintään kymmentä henkilötyövuotta vastaavat henkilöresurssit. Kunnan, joka ei kykene suoriutumaan ympäristöterveydenhuollon tehtävistä yksin, on kuuluttava yhteistoiminta-alueeseen. Yhteistoiminta-alueella tarkoitetaan kahden tai useamman kunnan muodostamaa aluetta. Yhteistoiminta-alueelaki on annettu ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueiden muodostamista koskevan 30 päivänä lokakuuta 2003 annetun ja 1 päivänä maaliskuuta 2007 tarkennetun valtioneuvoston periaatepäätöksen toimeenpanemiseksi. Periaatepäätöksen tavoitteena on ollut koota ympäristöterveydenhuollon palvelujen tuottaminen suurempiin seudullisiin yksiköihin.

Ympäristöterveydenhuollon tehtäviä hoidetaan tällä hetkellä 62 kunnallisella valvonta-alueella. Kyse on lähtökohtaisesti tehtävistä, jotka edellyttävät runsaasti paikallisesti toteutettavaa tarkastustoimintaa. Ympäristöterveydenhuollon tehtävistä erityisesti elintarvikevalvonta, kuluttajaturvallisuusvalvonta sekä eläinten terveyden ja hyvinvoinnin valvonta ovat oikeusharkintaisia ohjaus- ja valvontatehtäviä, jotka tulee toteuttaa yhdenmukaisesti koko maassa. Kuntien kuluttajaturvallisuustehtävien valtiollistamisesta on annettu hallituksen esitys eduskunnalle (HE 46/2015 vp). Terveysuojelulla on ympäristöterveydenhuollon kokonaisuudesta eniten rajapintoja muihin kunnallisiin tehtäviin kuten ympäristönsuojelutehtäviin, rakennusvalvontaan, kaavoitukseen sekä tekniseen toimeen. Terveysuojelulla on yhtymäkohtia myös muuhun terveydenhuoltoon ja se on osa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tehtäväkokonaisuutta.

Yhteistoiminta-alueenlain mukaisten ympäristöterveydenhuollon yksiköiden tuli aloittaa toimintansa viimeistään 1 päivänä tammikuuta 2013. Ympäristöterveydenhuollon toimeenpanon järjestämisestä lain tavoitteiden mukaisesti on tehty selvityksiä (mm. Valtiontalouden tarkastusvirasto sekä Kuntaliitto), joissa todetaan järjestelyn toimivan ja tuottavan paremman palvelutarjonnan kustannustehokkaasti. Selvityksissä ja arvioissa on todettu myös alueiden koon kasvattamisen tulevaisuudessa olevan kannatettava kehityssuunta. Erityisesti minimimitavoitteilla toimivat (10 htv) ympäristöterveydenhuollon yksiköt on arvioitu riskierikiksi resurssien kohdentamisen ja erikoistumisvaatimuksen suhteen. Muodostuneista yhteistoiminta-alueista ympäristöterveydenhuollon kanssa samassa toimielimessä on kunnallinen ympäristönsuojelu lähes puolessa alueista, terveydenhuolto kolmanneksessa alueista, rakennusvalvonta viidesosassa ja ympäristöterveydenhuolto pelkästään kymmenesosassa alueista.

### **3.2.5.5 Maaseutuhallinto**

Maaseutuhallinnon järjestämisestä kunnissa annetun lain mukaan kunnan alueella maaseutuhallinto on järjestettävä siten, että se vastaa vähintään 800 maatalouden tukihakemuksen aluetta ja tehtäviä hoitaa yhteisen johdon alaisuudessa vähintään viisi viranhaltijaa tai toimihenkilöä, joista yksi päätoimisesti hoitaa maaseutuhallinnon tehtäviä ja johtaa tehtäviä hoitavaa yksikköä. Jos kunnassa em. kriteerit eivät täyty, sen tulee hoitaa tehtävä yhteistoiminnassa.

Maaseutuhallinnon yhteistoiminta-alueita on 49 ja sen lisäksi suuret kunnat vastaavat alueellaan maaseutuhallinnon tehtävistä. Alueet ovat suhteellisen pieniä ja maakunnassa on useita yhteistoiminta-alueita. Siirto itsehallintoalueille tarkoittaisi siten toimialueiden olennaista suurentumista.

### **3.2.5.6 Ammatillinen koulutus**

Kuntien lakisääteisten yhteistoimintavelvoitteiden lisäksi kunnat järjestävät yhteistoiminnassa myös toisen asteen koulutusta, erityisesti ammatillista koulutusta. Vuonna 2015 kuntayhtymien osuus koko ammatillisen peruskoulutuksen kokonaisopiskelijamäärästä oli 58,6 prosenttia. Nämä kuntayhtymät ovat muodostuneet historiansa perusteella varsin erilaisiksi. Vain harvassa maakunnassa on vain yksi järjestäjä. Toisaalta järjestäjien lukumäärää ollaan ilmeisesti tarkastelemassa uudestaan, joten tältä osin itsehallintoaluetarkastelu olisi mahdollista toteuttaa osana tätä uudistusta.

### **3.2.5.7 ELY-keskusten tehtävät**

Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskukset (ELY) toimivat pääosin 15 ja 9 alueen perusaluejaolla, mutta niiden useita tehtäviä hoidetaan näistä poikkeavilla aluejaotuksilla. Rakennerahojen hallintotehtäviä hoidetaan 4 suuralueella, elinkeinopolitiikan innovaatio- ja kansainvälistymistehtävät on järjestetty valtakunnallisesti yhden ELY-keskuksen ohjaukseen, kalataloustehtäviä hoidetaan 3 suuralueella, maahanmuuton tehtäviä 7 alueella ja tienpidon hankintatehtäviä 4 suuralueella (2016 alkaen). ELYjen alueiden kehittämiseen liittyviä tehtäviä voitaisiin harkita siirrettäväksi itsehallintoalueille, jos myös maakuntien liittojen tehtävät siirretään niille.

ELYjen aluejako tulisi myös sopeuttaa itsehallintoalueisiin, jos ne korvaavat maakuntajaon perusaluejakona.

#### *4–5 itsehallintoaluetta*

- Valtion aluehallinnon tehtävistä aluejako soveltuu joiltakin osin hyvin ELY-keskusten alueiden kehittämistehtäville, jotka hoidetaan nykyisin monilta osin 15 ELY-keskuksen aluejaolla.

#### *6–9 itsehallintoaluetta*

- Valtion aluehallinnon tehtävistä aluejako soveltuisi joiltakin osin hyvin ELY-keskusten alueiden kehittämistehtäville, jotka hoidetaan nykyisin monilta osin 15 ELY-keskuksen aluejaolla.

#### *10–12 itsehallintoaluetta*

- Aluejako vaikuttaisi merkittävästi niihin ELY-keskusten aluekehittämistehtäviin, joita parin viime vuoden aikana on koottu selvästi tätä harvemmille alueille hoidettavaksi. Monia aluekehittämistehtäviä hoidetaan kuitenkin nykyisin 15 ELY-keskuksen aluejaolla.

#### *13–14 itsehallintoaluetta*

- Aluejako ei merkittävästi muuttaisi ELY-keskusten nykyistä perusjakoa, joka on resurssien niukentuessa osoittautunut joidenkin tehtävien osalta liian tiuhaksi. Aluejako vaikuttaisi merkittävästi niihin ELY-keskusten aluekehittämistehtäviin, joita parin viime vuoden aikana on koottu harvemmille alueille hoidettavaksi. Monia aluekehittämistehtäviä hoidetaan kuitenkin nykyisin 15 ELY-keskuksen aluejaolla.

#### *15–19 itsehallintoaluetta*

- Aluejako ei merkittävästi muuttaisi ELY-keskusten nykyistä 15 perusjakoa, joka on resurssien niukentuessa osoittautunut joidenkin tehtävien osalta liian tiuhaksi. Aluejako vaikuttaisi merkittävästi niihin ELY-keskusten aluekehittämistehtäviin, joita parin viime vuoden aikana on koottu harvemmille alueille hoidettavaksi. Monia aluekehittämistehtäviä hoidetaan kuitenkin nykyisin 15 ELY-keskuksen aluejaolla.

- **Liitetaulukko 1. Aluejakoja ja alueiden lukumääriä Manner-Suomessa**

	<b>lkm</b>	<b>Ohjaava taho</b>	<b>Säädöspohja</b>
Eduskuntavaalien vaalipiirit	12	OM	Perustuslaki (12–18), vaalilaki (13)
Valtion aluehallinto: Aluehallintovirastot	6	VM	VN asetus
Valtion aluehallinto: ELY-keskukset	15	TEM+ muut	VN asetus
Sairaanhoidopiirit (ky)	20	STM	Erikoissairaanhoidolaki
Erikoissairaanhoidon erityisvastualueet	5	STM	VN asetus
Erytishuoltopiirit	15 +Kärkulla	STM	VN asetus
Pelastuslaitokset	22	SM	VN päätös
Hätäkeskukset	6	SM, STM	VN päätös
Maakuntien liitot (ky)	18	TEM, YM	VN päätös maakunnista
Hallinto-oikeudet (tuomiopiirit, jako maakuntajaon kerrannainen)	6	OM	VN asetus
Rakennusvalvontayksiköt	280	YM	
Kunnallista valvonta-alueella	62	YM, MMM, STM	Laki ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta
Maaseutuhallinnon yhteistoiminta-alueet	49		Maaseutuhallinnon järjestäminen kunnissa
Kela, vakuutuspiirit	24 (1.1.2016 lukien 5 vakuutuspiiriä)		Kela määrää (Laki Kansaneläkelaitoksesta)