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

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Tampereen yliopisto

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

LAUSUNTO
Sosiaali- ja terveysvaliokunta

Viite:

Sosiaali- ja terveysvaliokunnan etäkuuleminen 25.2.2021

Asia:

Asiantuntijapyyntö/Tenure track -tutkija, dosentti Liina-Kaisa Tynkkynen

HE 241/2020 vp Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi https://www.eduskunta.fi/valtiopaivaasiakirjat/HE+241/2020

Lausunnon keskeinen sisältö

- **Esitetty malli on isoilta linjoiltaan toteuttamiskelpoinen ja luo pohjan sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän edelleen kehittämiselle**. Hallituksen esityksen hahmotteleman rakenteen voi katsoa olevan ”*lupaus paremmasta*”, mutta lupauksen lunastaminen edellyttää onnistunutta toimeenpanoa, järjestelmän vahvaa strategista ohjausta ja kykyä irtautua olemassa olevista tavoista järjestää ja tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluita.
- **Uudistuksen edut** ovat organisaatioiden välisten raja-aitojen madaltumisen myötä palveluiden vaikuttavamman yhteensovittamisen mahdollistuminen sosiaali- ja terveyspalveluiden välillä ja mahdollisuus perus- ja erikoistasoisten palveluiden tarkoituksenmukaisempaan työnjakoon. Keskimääräinen palveluiden järjestäjien koko myös kasvaa, minkä voidaan katsoa luovan kestävämmän pohjan rakentaa tulevaisuuden sote-palvelujärjestelmää. Uudistus voi parantaa yhdenvertaisuutta palveluiden saatavuudessa ja laadussa maan eri alueiden välillä.
- **Esitetty rahoitusmalli luo parannuksia nykytilanteeseen**, mutta jatkossa rahoitusratkaisua tulisi kehittää hyvinvointialueiden verotusoikeuden suuntaan.
- **Esityksen heikkoutena on**, että monet hyvinvointialueet ovat jäämässä melko pieniksi esimerkiksi vaativan erikoissairaanhoidon ja muiden kalliiden ja erityisosaamista vaativien palveluiden järjestämisen näkökulmasta. Myös alueiden itsehallinto toteutuu vain osin. Järjestäjien suhteellisen pieni koko voi jatkossa hankaloittaa esimerkiksi rahoitusjärjestelmän kehitystä, mahdollisuuksia tuloksellisten hankintojen toteuttamiseen ja hidastaa alueiden kykyä investoida uusiin teknologioihin ja digitaalisiin ratkaisuihin. Uudenmaan erillisratkaisuun sisältyy kustannusten kasvun hillinnän ja perustason palveluiden vahvistamisen näkökulmista riskejä.
- **Pidän kannatettavana, että esityksessä julkisen sektorin järjestämisvastuuta ja yksityisen ja julkisen työnjakoa palveluiden tuotannossa selkeytetään.** Siihen sisältyy toimeenpanon näkökulmasta kuitenkin riskejä etenkin hyvien ja vaikuttavien toimintamallien purkautumisesta ja järjestelmän uudistumisen vaikeutumisesta. Monituottajamallin tulevaisuuden näkökulmasta on kiinnitettävä huomiota markkinoiden toimintaedellytyksiin ja kehitettävä hankintojen lisäksi myös muita mahdollisuuksia toteuttaa palveluiden ostoja yksityisiltä tuottajilta.
- **Niin kutsutun yhdyspintatyön onnistuminen on teema, johon on jatkossa niin toimeenpanossa kuin valtion ohjauksen keinoin syytä kiinnittää huomiota**. Uudistus luo uusia raja-aitoja esimerkiksi hyvinvointialueiden ja kuntiin jäävien palveluiden välille. Näiden integraatiohaasteiden voittaminen on keskeistä monissa elämäntilanteissa ja elämänvaiheissa. Kansanterveyden ja terveydensuojelun osalta keskeinen puute liittyy ympäristöterveydenhuollon rooliin, joka hallituksen esityksen mukaan olisi jäämässä kuntien vastuulle.
- **Uudistukselle asetetut tavoitteet eivät toteudu vain luomalla hyvinvointialueita**, joskin nyt esitetty uudistus voi omalta osaltaan tukea tavoitteiden saavuttamista. Rakenteellisen uudistamisen lisäksi tarvitaan palvelujen ja toimintatapojen uudistamiseen sekä riittäviin resurssien uudelleen kohdentamisiin johtavia sisällöllisiä uudistuksia.

Lausunto

Kiitän valiokuntaa mahdollisuudesta antaa asiantuntija-arvioni edellä mainitusta hallituksen esityksestä. Arvioin seuraavassa esitystä siihen liittyvien keskeisten kokonaisuuksien osalta. Liikun lausunnossani keskeisesti sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmäpolitiikan tasolla enkä juuri puutu yksityiskohtaisiin hallinnollisiin tai juridisiin kysymyksiin. Aluksi teen lyhyen katsauksen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän nykytilaan, jonka jälkeen siirryn tarkastelemaan hallituksen esitystä sen keskeisiltä osin.

Nykytila ja tulevaisuuden haasteet

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

Sote-uudistusta on yritetty toteuttaa jo yli vuosikymmenen ajan. Vaikka järjestelmän kokonaisuudistus on antanut odottaa itseään, järjestelmä on viimeisten vuosien aikana kehittynyt paikallisten ja alueellisten ratkaisujen kautta ja osin kansallisten uudistuspyrkimysten myötävaikutuksella. Yhtäältä kehitys on ollut kohti isompia, maakuntien tai sairaanhoitopiirien laajuisia palveluiden järjestäjiä.[4] Toisaalta kehitys on ollut pistemäistä ja paikallisia palveluita turvaamaan pyrkivää esimerkiksi kokonaisulkoistusten kautta. Rakenteellisesti järjestelmä on

[1] Barber RM, Fullman N, Sorensen RJD ym. 2017. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2817%2930818-8.pdf
[2] OECD (2019), Suomi: Maan terveysprofiili 2019, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, https://doi.org/10.1787/342765e3-fi.
[3] Keskimäki I, Tynkkynen L-K, Reissel E, Koivusalo M, Vuorenkoski L, Rechel B, Karanikolos M. 2019. Finland: Health System Review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327538/18176127-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
[4] Tynkkynen L-K, Keskimäki I, Reissel E, Koivusalo M, Vuorenkoski L, Rechel B, Karanikolos M. 2019. Centralising health care administration in Finland – an inevitable path? Eurohealth, Dec 2019.

kaiken kaikkiaan jo kehittynyt suuntaan, jota hallituskin nyt käsiteltävässä esityksessään tavoittelee.

Muutosta on tapahtunut myös kunnallisen sote-järjestelmän ulkopuolella. Ne, joilla on varaa voivat hankkia palveluita myös yksityiseltä sektorilta omalla rahalla pienen Kela-korvauksen ja mahdollisesti yksityisten vakuutusten turvin. Noin viidesosalla suomalaisista on yksityinen sairauskuluvakuutus[5]. Suomalaisen järjestelmän erityispiirre on lisäksi se, että työssäkäyvä väestö kuuluu isolta osin kattavan työterveyshuoltojärjestelmän piiriin saaden tätä kautta perusterveydenhuoltotasoiset vastaanottopalvelut. *Etenkin perusterveydenhuoltotasoisten palveluiden ja niihin kytkeytyvien erikoissairaanhoidon palveluiden alueella suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä onkin jakautunut kolmeen rinnakkaiseen järjestelmään[3].*

Maantieteellisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta palvelujärjestelmän resurssit ovat vahvimmat alueilla, joilla useilla mittareilla väestö voi kaikista parhaiten. Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen onkin tärkeää ennen kaikkea niiden asiakasryhmien näkökulmista, jotka peruspalveluidensa osalta nojaavat vahvasti julkisiin, verovaroin rahoitettuihin palveluihin ja niiden alueiden palveluiden turvaamisen kannalta, joiden väestön tarpeet ja palveluihin käytössä olevat voimavarat eivät nyt kohtaa. Suomessa on suuria alueellisia eroja sekä terveyspalvelujen kysyntään että tarjontaan liittyvissä tekijöissä ja alue-erot ovat korostuneet viime vuosikymmeninä siten että harvaan asutun maaseudun väestö on vanhempaa, heikommin koulutettua ja sairaampaa kuin kaupungeissa ja niiden lähialueilla[6]. Toisaalta paljon palveluita käyttävien asiakasryhmien kannalta monen toimijan vastuulla olevat palvelut voivat luoda esteitä asiakaslähtöiselle palveluiden yhteensovittamiselle[7].

Useat yhteiskunnalliset kehityskulut haastavat palvelujärjestelmiä ympäri maailman. Palvelutarpeiden kasvu tulevina vuosina lisää paineita palvelutuotannon tehostamiseen ja palveluiden vaikuttavuuden arvioimiseen, jotta palveluiden saatavuus voidaan turvata kaikille niitä tarvitseville[2]. Kun väestön ikärakenne haastaa ennen kaikkea hoivapalveluja, on terveydenhuollon kustannuskehityksen kannalta keskeisimmäksi kustannusten kasvun ajuriksi tunnistettu kehittyvä lääketiede ja lääketieteenteknologian. Samaan aikaan kun voimme hoitaa entistä useampia sairauksia ovat myös niihin tarvittavat lääkkeet ja teknologiat entistä kalliimpia. Digitalisaatio ja teknologia sekä väestön kasvaneet odotukset palvelujärjestelmää kohtaan haastavat nykyisiä toimintamalleja ja tapoja tuottaa palveluja. Johtopäätöksenä tästä voikin todeta, että samaan aikaan kun suomalainen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä kaipaa

[5] Finanssiala. Sairauskuluvakuutuksen lukumäärätilasto 2009-2020
[6] Manderbacka ym Terveyspalvelujen oikeudenmukaisuus edellyttää paikkatietoista politiikkaa. THL Suomen sosiaalinen tila 1/2019.
[7] Sinervo T, Tynkkynen L-K, Vehko T. (eds.). Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

rakenteellista uudistamista, tarvitaan myös muunlaista sääntelyä ja ohjausta (esimerkiksi palveluvalikoiman tarkempi määrittely) sekä radikaalia toimintatapojen uudistamista. Nyt käsittelyssä oleva uudistus ei siis tyhjennä uudistusten pakkaa, vaan reformeja on tehtävä sote-uudistuksen ulkopuolellakin.

Hallituksen esityksen arviointi

Seuraavassa arvioin hallituksen esitystä ja keskityn lausunnossani oman arvioni mukaan sen toimeenpanon ja onnistumisen näkökulmasta keskeisiin teemoihin. Lisäksi huomautan, että esitetyn, hyvin mittavan uudistuksen vaikutusten arviointi ja ennakointi on hyvin vaikeaa esimerkiksi seuraavista syistä:

I. Suomalaisen palvelujärjestelmän erityispiirteiden vuoksi muiden maiden kokemuksia ei voida suoraan soveltaa arvioitaessa suomalaisen järjestelmän uudistamista ja sen vaikutuksia.
II. Samankaltaista uudistusta ei ole toteutettu missään muualla näin laajan sosiaali- ja terveyspalveluiden integraation osalta, vaikka alueellisia esimerkkejä Suomesta onkin löydettävissä.
III. Kuten hallituksen esityksessäkin useaan kertaan mainitaan, uudistuksen onnistuminen riippuu ennen kaikkea siitä, miten hyvinvointialueet ryhtyvät hoitamaan järjestämistehtäväänsä ja kykenevät palvelujärjestelmän strategiseen johtamiseen.
IV. Nyt käsillä oleva uudistus on iso hallinnollinen uudistus, jonka rinnalla sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kehitykseen vaikuttaa myös muu lainsäädäntö. Keskeisiä lainsäädäntöhankkeita ovat mm. asiakasmaksulainsäädäntö, hoitotakuulainsäädäntö ja palvelusetelilain uudistaminen. Myös mahdollinen monikanavarahoituksen uudistaminen ja työterveyshuoltojärjestelmässä tapahtuvat uudistukset vaikuttavat siihen, millaiseksi julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveyspalveluiden kysyntä muodostuu etenkin perusterveydenhuollon palveluiden osalta.

Jos esitys siirtyy toimeenpanovaiheeseen, onkin sen vaikutuksia seurattava ja arvioitava kattavasti suhteessa uudistukselle asetettuihin tavoitteisiin, jotka yleisesti ovat kannatettavia.

Yleiskuva

Hallitus esittää sosiaali- ja terveyspalveluiden (jatkossa sote-palveluiden) järjestämisvastuun siirtämistä 22 järjestäjälle nykyisten noin 200 järjestäjätahon sijaan. Yleisen arvion mukaan, nykyisen kuntapohjaisen järjestelmän mahdollisuus kestävällä tavalla turvata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille, etenkin isojen kasvukeskusten ulkopuolella asuville asukkaille, on rajallinen. Kuten yllä totean, palvelujärjestelmä onkin jo kehittynyt kohti laajempia, nyt esitettyjen

hyvinvointialueiden kokoisia järjestäjätahoja. Esitettyä uudistusta onkin mahdollista katsoa melko loogisena jatkumona jo pitkään käynnissä olleelle uudistusprosessille. Nyt käsittelyssä oleva uudistus rakentuu pitkälti edellisten esitysten päälle ja on toteutettavuudeltaan tältä osin myös pitkässä sote-uudistusten saagassa toteuttamiskelpoisin. Se rakentuu sosiaali- ja terveyspalveluiden horisontaalisen ja vertikaalisen integraation ajatukselle ja sitä kautta tukee pitkäaikaista sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmäpolitiikan tavoitetta yhteensovitetuista palveluista.

Esityksen keskeisenä heikkoutena voidaan katsoa olevan sen, että monet hyvinvointialueet ovat jäämässä melko pieniksi esimerkiksi vaativan erikoissairaanhoidon ja muiden kalliiden ja erityisosaamista vaativien palveluiden järjestämisen näkökulmasta. Tältä osin yhteistyöalueiden roolia ja vaativien palveluiden järjestämisvastuun keskittämistä kansallisella ohjauksella voi olla syytä tulevaisuudessa vahvistaa. Alueiden pieni koko voi muodostaa ongelman myös mahdollisille rahoitusjärjestelmän uudistuksille esimerkiksi alueveron muodossa. Toinen heikkous uudistuksessa on, että se jättää paljon toimeenpanon aikana ratkaistavaksi, jolloin uudistuksen vaikutuksia on hankala etukäteen ennustaa. Monet sisällölliset uudistusprosessit kulkevat omia latujaan ja realisoituvat mahdollisesti vasta tulevaisuudessa.

Asukkaiden vaikutusmahdollisuuksien näkökulmasta alueiden pienempi koko voi toki olla myös etu. Se voi lisäksi helpottaa yhteistyötä hyvinvointialueella sijaitsevien kuntien kanssa. *Yhteistyö kuntien kanssa* on keskeistä esimerkiksi lasten ja nuorten palveluiden osalta sekä työvoimapalveluita tarvitsevien asiakkaiden kannalta. Kuntien kanssa tehtävä yhteistyö hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen kentällä on myös keskeisessä roolissa uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Palveluiden järjestäminen, ohjaus ja rahoitus

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

Se, että hyvinvointialueilla ei ole mahdollisuutta säätää oman rahoituksensa tasoa (so. verotusoikeuden puuttuminen) voi rajoittaa alueiden mahdollisuuksia toteuttaa palveluiden järjestämisvastuutaan ja vähentää kannusteita resurssien vaikuttavaan ja tehokkaaseen kohdentamiseen. *Taloudellisten kannustimien ja alueellisen hyvinvointipolitiikan näkökulmasta hyvinvointialueiden verotusoikeus yhdistettynä valtionosuusjärjestelmään olisikin perusteltu seuraava askel, jos nyt esitetty uudistus siirtyy toimeenpanovaiheeseen*.

Nähdäkseni *nyt esitetty rahoitusmalli on kuitenkin parannus nykytilanteeseen*. Rahoitusmallissa tarvetekijöiden rooli korostuu, minkä voidaan katsoa olevan linjassa yleisten terveyspoliittisten tavoitteiden kanssa. Sen voi katsoa luovan nykyistä paremman pohjan yhdenvertaisempien palveluiden toteutumiseen maan eri alueiden välillä. Jos ja kun verotusoikeuden säätäminen hyvinvointialueille ei ainakaan lyhyellä aikavälillä ja nykyisillä alueiden määrillä liene realistinen vaihtoehto, näen mahdolliseksi myös nykyisen rahoitusmallin kehittämisen saatujen kokemusten perusteella.

Vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä jakautuu kuntien ja hyvinvointialueiden välille. Samaan aikaa, kun tämä lienee ainoa järkevä ratkaisu, sisältyy uudistukseen riski hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen jäämisestä ns. ”ei kenenkään maaksi”. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osuus esimerkiksi kuntien saamasta rahoituksesta on melko pieni ja herättää kysymyksen siitä, miten se kannustaa kuntia panostamaan ennaltaehkäisevään ja hyvinvointia edistävän työhön.

Uudistus luo myös muita uusia raja-aitoja hyvinvointialueiden ja kuntiin jäävien palveluiden välille. Näiden integraatiohaasteiden voittaminen on keskeistä esimerkiksi monien lasten ja nuorten palveluiden sekä sosiaalipalveluiden asiakkaiden näkökulmista. *Niin sanotun yhdyspintatyön onnistunut johtaminen on teema, johon jatkossa on niin toimeenpanossa kuin valtion ohjauksen keinoin syytä kiinnittää huomiota.*

Lakiesityksessä korostuu usko kuntia vahvempien tai laajempien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäjien kykyyn järjestää suomalaisten sote-palvelut paremmin kuin nykyisessä järjestelmässä. Hyvinvointialueiden järjestämistehtävän toteuttaminen tulee kuitenkin olemaan vaativa tehtävä. Ehdotettujen hyvinvointialueiden alaisuudessa tulisi toimimaan erittäin suuria, vaativaan erityisosaamiseen nojaavia palvelutuotantoyksiköitä samaan aikaan kun hallituksen esitys tavoittelee peruspalveluiden sekä hyvinvoinnin ja terveydenedistämiseen tähtäävien palveluiden vahvistamista. *Esitys ei kuitenkaan varmista tai juurikaan tue palvelujärjestelmän siirtymistä strategisempaan ja nykyistä erikoissairaanhoitopainotteista järjestelmää purkavaan ohjausmalliin.*

Uudistuksen tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta on keskeistä, miten hyvinvointialueille varmistetaan riittävät resurssit ja osaaminen ohjata kooltaan ja professioiden vaikutusvallan kannalta suurten erityistason palveluiden ja pienempien, myös professiohierarkiassa alempana olevien peruspalveluyksiköiden muodostamaa kokonaisuutta. Heikko järjestämisosaaminen yhdistettynä suhteellisen heikkoihin kannustimiin voi johtaa tilanteeseen, jossa hyvinvointialueen niukka budjetti syödään ns. korjaavissa ja jo syntyneiden ongelmien hoitamiseen tähtäävissä palveluissa, eikä resursseja ole osoittaa ennaltaehkäiseviin ja perustason palveluihin siinä määrin, kun tarve olisi.

Vahva osaaminen palvelujärjestelmän alueellisesta johtamisesta on olennaista myös hallinnollisesta integraatiosta saatavien hyötyjen näkökulmasta. Uudistus luo asiakastasoisen integraation toteutumiselle hyvän pohjan ja näin mahdollisuuden parantaa monia palveluita tarvitsevien ihmisten asemaa. Se ei kuitenkaan yksinään riitä. Asiakaslähtöisten integroitujen palveluiden toteutuminen edellyttää isoja prosessuaalisia ja kulttuurisia muutoksia, joita on mahdollista tukea hyvällä johtamisella ja taloudellisilla kannusteilla. Tämän lisäksi tarvitaan myös muita uudistuksia, joiden kautta palvelujärjestelmää on mahdollisuus muokata kohti kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden osallisuutta kaikilla järjestelmän tasoilla[8]. *Integraation osalta keskeistä on myös tiedon integraation kehittäminen*[9]. Ilman sitä todellinen sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio ei toteudu.

Yksityisen ja julkisen sektorin työnjako

Hallituksen esityksessä julkisen sektorin järjestämisvastuuta ja yksityisen ja julkisen työnjakoa palveluiden tuotannossa selkeytetään. Katson tämän periaatteen tasolla olevan hyvä asia. Samalla katson siihen sisältyvän käytännön toimeenpanon näkökulmasta riskin vaikuttavien toimintamallien purkautumisesta ja järjestelmän uudistumisen vaikeutumisesta. Oman tulkintani mukaan ulkoistusten tekeminen ja työvoiman hankkiminen yksityisiltä palveluntuottajilta olisi myös jatkossa mahdollista melko lailla nykytilan mukaisesti*. Hallituksen esitys maalaa kuitenkin melko epäselvän kuvan siitä, kuinka laaja mahdollisuus hyvinvointialueilla tosiasiassa on järjestää palveluja haluamallaan tavalla. Vaikka periaatteen tasolla vaikutukset eivät välttämättä olisi kovinkaan dramaattisia voi palveluiden hankkiminen yksityisiltä palveluntuottajilta muodostua käytännössä hankalaksi*[10].

[8] Nolte ym. 2020. Achieving Person-Centred Health Systems. Evidence, Strategies and Challenges. DOI 10.1017/9781108855464
[9] Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallintasäädösten kokonaisuudistus toteuttaa tätä erillisenä hankeohjelmana
[10] Viittaan käymiini keskusteluihin esimerkiksi Pirkanmaan sote-toimijoiden kanssa

Uudistus pakottaa muuttamaan vallitsevia käytäntöjä yksityisen ja julkisen työnjaon osalta. Samalla joudutaan purkamaan monien toimijoiden näkökulmasta hyväksi todettuja, mutta sellaisenaan lainsäädännön vastaisia toimintamalleja. Vaikka tietyissä tilanteissa, esimerkiksi laajojen kokonaisulkoistusten kohdalla, pidän tiukempaa sääntelyä oikeansuuntaisena, ei liene tarkoituksenmukaista, että sääntelyllä estetään toimivien yhteistyömallien toimeenpaneminen ja sellaisten hankintojen tekeminen, jolla voidaan tuottaa entistä vaikuttavampia palveluja. Sääntelyn vaikutuksia hyvinvointialueiden järjestämisvastuun toteuttamiseen ja palveluiden saatavuuden ja laadun turvaamiseen onkin syytä seurata.

Esitykseen sisältyy pykäliä, joiden nojalla jotkut ulkoistussopimukset tai sopimusehdot voisivat muuttua mitättömiksi tai uuden sääntelyn mukaan lainvastaiset sopimukset voitaisiin irtisanoa. En pysty osaamiseni puitteissa arvioimaan, kuinka suuren riskin esitetyt pykälät muodostavat esityksen läpimenon kannalta. Katson kuitenkin, että sopimusten irtisanomiseen, mitätöimiseen ja uudelleen neuvotteluun liittyviä kustannuksia ja muita vaikutuksia esimerkiksi kuntatalouden näkökulmasta ei ole pystytty arvioimaan kunnolla. Uudistukselle asetettu aikataulu on tiukka ja sopimusten läpikäynti ja uudelleen neuvottelu on iso prosessi. On vaikea arvioida riittääkö annettu maksimissaan viiden vuoden aikajänne toteuttamaan tätä.

Hyvinvointialueilla voi ainakin osittain olla nykyisiä kuntia paremmat mahdollisuudet kehittää hankintaosaamistaan ja siten tehdä strategisempia ja kokonaisvaikutuksiltaan tuloksellisia hankintoja. Yksityisen palvelutuotannon hyödyntämisessä tämä on nähdäkseni keskeistä, jotta hyvinvointialueella säilyy tosiasiallinen järjestämisvastuu palveluista kaikissa tilanteissa. Osa hyvinvointialueista olisi kooltaan kuitenkin myös tässä suhteessa melko pieniä. Tämä voi hankaloittaa niiden kykyä panostaa hankintaosaamiseen ja toimia tuottajia vahvempina neuvottelijoina kilpailutustilanteissa. On myös hyvä huomata, että yksityinen markkina on joiltain osin hyvinkin keskittynyt[11], mikä lisää haasteita hyvinvointialueille saada kilpailutuksista esimerkiksi kustannussäästöjä. Samaan aikaan sosiaali- ja terveyspalveluiden markkinoilla iso osa palveluntuottajista on pieniä mikroyrityksiä, joiden osallistuminen suuriin kilpailutuksiin ei välttämättä ole mahdollista. *Jotta tilaajien nykyistä suurempi keskimääräinen koko ei johtaisi siihen, että myös kilpailutusten koot suurenevat ja näin entisestään tukevat markkinoiden keskittymistä muutamalle suurelle palveluntuottajalle, olisi myös muita mahdollisuuksia toteuttaa palveluiden hankintaa yksityisiltä tuottajilta kehitettävä*. Tältä osin palvelusetelilainsäädännön ja henkilökohtaisen budjetin kehittäminen ovat keskeisiä nyt käsittelyssä olevan kokonaisuuden ulkopuolisia lainsäädäntökokonaisuuksia, joita edistämällä voitaisiin myös tukea ihmisten valinnanmahdollisuuksia ja osallisuutta.

[11] Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvitykset

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

Uudenmaan erillisratkaisu

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

Yksi keskeinen kysymys HUS osalta liittyy sen omistajaohjaukseen eli siihen kuinka hyvin viisi Uudenmaan palveluiden järjestäjää pystyvät tosiasiallisesti ohjaamaan HUS:n toimintaa. Toisaalta vastaan voi tulla myös kysymyksiä siitä, miten palveluiden tuottaminen ja työvoima jakautuu HUS:n ja viiden järjestäjän kesken. *On mahdollista, että alueelle syntyy päällekkäistä erikoissairaanhoidon tuotantoa, millä voi olla ennen kaikkea vaikutuksia työvoiman saatavuuteen ja saatavuuden turvaamiseen. Päällekkäiset toiminnot voivat myös kasvattaa kustannuksia. Tämän osalta kansallisen ohjauksen on oltava vahvaa ja hyvinvointialueita ja Helsinkiä omistajaohjaustyössä tukevaa.*

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

Kokonaisarvio

Esitetty malli on isoilta linjoiltaan toteuttamiskelpoinen ja luo pohjan sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän edelleen kehittämiselle. *Mallin voi katsoa olevan ”lupaus paremmasta”, mutta lupauksen lunastaminen edellyttää onnistunutta toimeenpanoa ja kykyä*

irtautua olemassa olevista konventioista ja tavoista järjestää sosiaali- ja terveyspalveluita kansalaisille. Isommat järjestäjätahot voivat parhaassa tapauksessa muuttaa palvelujärjestelmän painopistettä korjaavista palveluista ennaltaehkäiseviin ja terveyttä ja hyvinvointia tukeviin palveluihin. Pahimmillaan uudet järjestäjätahot vain uusintavat olemassa olevaa työnjakoa ja uudistus jää siltä osin puolitiehen.

Järjestäjien suhteellisen pieni koko voi jatkossa hankaloittaa esimerkiksi rahoitusjärjestelmän kehitystä, mahdollisuuksia tuloksellisten hankintojen toteuttamiseen ja hidastaa alueiden kykyä investoida uusiin teknologioihin ja digitaalisiin ratkaisuihin. Kansanterveyden ja terveydensuojelun osalta keskeinen puute liittyy ympäristöterveydenhuollon rooliin, joka hallituksen esityksen mukaan olisi jäämässä kuntien vastuulle.

Hallituksen esityksessä on useita väestön hoidon ja hoivan järjestämisen kannalta edullisia piirteitä. Uudistus voi ennen kaikkea parantaa yhdenvertaisuutta palveluiden saatavuudessa ja laadussa maan eri alueiden välillä. Sisältöön liittyvissä ehdotuksissa uudistuksen edut ovat organisaatioiden välisten raja-aitojen madaltumisen myötä palveluiden yhteensovittamisen ja perus- ja erikoistasoisten tarkoituksenmukaisemman työnjaon mahdollisessa parantumisessa. Tällä on todennäköisesti edullisia vaikutuksia niin järjestelmä- kuin yksilötasolla.

Samaan aikaan uudistus luo toki myös uusia raja-aitoja esimerkiksi hyvinvointialueiden ja kuntiin jäävien palveluiden välille. Näiden integraatiohaasteiden voittaminen on keskeistä esimerkiksi monien lasten ja nuorten palveluiden sekä sosiaalipalveluiden asiakkaiden näkökulmista. *Yhdyspintatyön onnistuminen on teema, johon jatkossa on niin toimeenpanossa kuin valtion ohjauksen keinoin syytä kiinnittää huomiota.* Hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevissa palveluissa on myös selkeitä yhdyspintoja esimerkiksi sosiaaliturvajärjestelmään, mikä edellyttää tiivistä yhteistyötä myös Kelan ja hyvinvointialueiden välillä.

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat työvoimavaltainen ala. *Henkilöstön saatavuus* vaikuttaa paljolti siihen, kuinka palveluiden saatavuus ja saavutettavuus kehittyy. Yksityinen ja julkinen sektori kilpailevat jo nyt monin paikoin osaavasta henkilöstöstä. Hyvinvointialueilla onkin edessään myös mittava työ profiloitua kiinnostavina ja vetovoimaisina työnantajina. Yksi merkittävä perustason palveluiden saatavuuteen vaikuttava tekijä on, miten hyvinvointialueet onnistuvat rekrytoimaan palvelukseensa osaavaa työvoimaa. Lisäksi palvelutuotannon johtoon ja palvelujärjestelmän ohjaamiseen rekrytoitavan henkilöstön saatavuus vaikuttaa palvelujärjestelmän kokonaisuuteen ja sen tuottamiin tuloksiin. Henkilöstö on avainasemassa myös toimintatapojen uudistamisen näkökulmasta. Rakenteellinen uudistus jää osin kuolleeksi kirjaimeksi, jos ammattilaiset eivät ole valmiita toiminnallisiin muutoksiin. Tulevaisuuden näkökulmasta suomalainen sote-järjestelmä vaatii myös koulutusjärjestelmän uudistamista vahvistamaan eri ammattiryhmien välistä yhteistoimintaa.

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

Lopuksi on syytä todeta, että *uudistukselle asetetut tavoitteet eivät toteudu vain luomalla hyvinvointialueita, joskin nyt esitetty uudistus voi omalta osaltaan tukea tavoitteiden saavuttamista.* Rakenteellisen järjestelmän uudistamisen lisäksi tarvitaan palvelujen ja toimintatapojen uudistamiseen sekä riittäviin resurssien uudelleen kohdentamisiin johtavia sisällöllisiä uudistuksia. (Perus)palvelujen saatavuuden vahvistamiseksi tarvitaan todennäköisesti myös muita työkaluja kuin nyt käsillä oleva uudistus. Esimerkiksi hoitotakuun ja palvelusetelilainsäädännön kehittäminen ja jossain määrin myös yhteen kytkeminen voisivat olla hyviä tapoja vahvistaa peruspalveluiden saatavuutta. Kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden aseman vahvistaminen ja asiakaslähtöisemmän järjestelmän kehittäminen edellyttää potilas- ja asiakaslainsäädännön uudistamista. Lääketieteen ja teknologian kehityksen myötä tulevaisuudessa vaaditaan myös entistä vahvempaa kansallista ohjausta terveydenhuollon palveluvalikoiman ja yhtenäisten hoidonkriteereiden määrittämisessä. Katson tämän olevan kustannusten kasvun hillinnän näkökulmasta ehkä jopa rakenteellisia uudistuksia keskeisempi keskustelu, johon voinemme ryhtyä, jos sote-uudistus usean vuoden hiomisen jälkeen siirtyy toimeenpanovaiheeseen.

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