Sosiaali- ja terveysministeriö/Muistio

HE 241/2020 vp

Eduskunnan perustuslakivaliokunnalle

Vastaukset perustuslakivaliokunnan kysymyksiin

Perustuslakivaliokunta pyysi valiokuntakuulemisessa 12.2.2021 vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1) Kuinka suurella väestömäärällä tilanne sote-integraation peittävyyden osalta muuttuisi suhteessa nykytilaan sote-uudistuksen (HE 241/2020 vp) myötä:
   - Mikä määrä Suomen väestöstä on nykyisin integroidun sote-järjestämisen piirissä (kuntayhtymämallit, isäntäkuntamallit jne.)?
   - Mikä määrä väestöstä tulisi olemaan sote-uudistuksen myötä integroidun sote-järjestämisen piirissä a) Uudenmaan maakunta mukaan luettuna b) pois lukien Uudenmaan maakunta?

2) Miten sote-uudistus (HE 241/2020 vp) muuttaa nykyisten integroitujen järjestäjien asemaa ja toimintaa?

3) Mikä on HUSin budjetin määrä suhteessa Uudenmaan hyvinvointialueiden kuntien ja Helsingin kaupungin yhteenlasketun sote-budjetin määrään nykyisin?

4) Miten HE 241/2020 vp johtaisi esityksen keskeisten sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevien tavoitteiden saavuttamiseen (keinot)?

Tässä muistiossa esitetään vastaukset perustuslakivaliokunnan esittämiin edellä mainittuihin kysymyksiin.

<u>Integroidut palvelujärjestelmät nykyisin</u>

Suomessa on viisi alueeltaan maakunnan tai lähes maakunnan kattavaa kuntayhtymää, jotka vastaavat koko sosiaali- ja terveydenhuollon, mukaan lukien sairaanhoitopiirin (erikoissairaanhoito) ja erityishuoltopiirin (kehitysvammaisten erityishuolto) vastuista (tilanne 1.1.2020). Näihin kuntayhtymiin kuuluu 44 kuntaa. Väestöä näissä, eniten tulevia hyvinvointialueita muistuttavissa kuntayhtymissä on yhteensä 606 358 (väestötieto 31.12.2018):

- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä Siun sote, väestö 165 569
- Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea, väestö 166 623
- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri Eksote, väestö 128 756

- Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymä Soite, väestö 74 946
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, väestö 70 464.

Maakunnan tai lähes maakunnan alueen kattavia vapaaehtoisia ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon kuin erityishuoltopiirin vastuut (kehitysvammaisten erityishuolto) integroivia sote-kuntayhtymiä on lisäksi kaksi: Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä sekä Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä Essote. Näissä järjestelyissä on mukana 17 kuntaa, joissa on väestöä yhteensä 266 054. Lisäksi Vaasan sairaanhoitopiirin alueella on sovittu järjestämiseltään tätä muistuttavan yhteistoiminta-alueen alkamisesta vuoden 2022 alusta.

Edellä mainituissa maakunnan tai lähes koko maakunnan kattavissa kuntayhtymissä on kuitenkin kuntakohtaisia poikkeuksia. Esimerkiksi Etelä-Karjalassa Imatra järjestää osan sosiaalipalveluista itse, Kainuun alueen kuntayhtymässä Puolanka järjestää erikoissairaanhoitoa lukuun ottamatta palvelut itse, Keski-Pohjanmaan Soiteen ei kuulu Reisjärvi, ja Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän Asikkala ja Hartola järjestävät osan perustason palveluista itse.

Perustason sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja integroituvia yhteistoimintajärjestelyjä toteutettiin erityisesti Paras-hankkeen velvoitteiden perusteella. Paras-laissa (ks. laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 169/2007 sekä laki eräiden kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annetussa laissa säädettyjen velvoitteiden soveltamisesta 490/2014) edellytettiin, että perusterveydenhuolto ja siihen kiinteästi liittyvät sosiaalihuollon palvelut järjestetään pääsääntöisesti vähintään noin 20 000 asukkaan väestöpohjalla ja yhteistoimintavaihtoehdoiksi säädettiin kuntayhtymä tai vastuukuntamalli.

Yhteensä 61 kuntaa (vuoden 2021 alusta 60 kuntaa Honkajoen kunnan liityttyä Kankaanpään kaupunkiin) on mukana perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon järjestämisestä vastaavissa kuntayhtymissä. Näissä kunnissa on yhteensä 561 812 asukasta. Näitä kuntayhtymiä on 15, ja niiden väestöpohja vaihtelee 15 138 ja 196 997 asukkaan välillä. Vastuukuntamallilla perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon järjestää 37 kuntaa, joiden väestömäärä on yhteensä 646 527. Näiden yhteenliittymien väestöpohja vaihtelee 8 379 ja 244 460 asukkaan välillä. Pääosin näissä yhteistoimintajärjestelyissä on kyse koko perustason palveluiden integroinnista yhtä kuntaa suuremmalla alueella. Erityisesti sosiaalihuollon palveluita on joissakin tapauksissa saatettu kuitenkin integroida vain osittain. Näissä yhteistoimintajärjestelyissä saatetaan järjestää myös jonkin verran erikoissairaanhoitoa, mutta alueella erikoissairaanhoidon järjestää edelleen pääasiallisesti sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Erityishuoltopiirien vastuut (kehitysvammaisten erityishuolto) eivät myöskään kuulu näiden yhteenliittymien järjestämisalaan. Kyseisten kuntien asukkaat eivät siten olen erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon integroivan palvelujärjestelmän piirissä. Osassa yhteistoimintajärjestelyjä kyse on lisäksi vain tuottamista koskevasta yhteistyöstä järjestämisvastuuseen kuuluvan päätösvallan jäädessä yksittäiselle kunnalle.

Yhteensä 74 kuntaa vastaa perusterveydenhuollon ja muun sosiaalihuollon kuin kehitysvammaisten erityishuollon järjestämisestä kokonaan itse sairaanhoitopiirin kuntayhtymän vastatessa erikoissairaanhoidon järjestämisestä ja erityishuoltopiirin kuntayhtymän kehitysvammaisten erityishuollon järjestämisestä alueella. Näiden kuntien asukkaat eivät siten ole integroidun erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon piirissä. Näissä kunnissa on yhteensä 2 618 564 asukasta, ja kuntien asukasmäärä vaihtelee 974 ja 648 042 asukkaan välillä.

Loput 61 kuntaa järjestävät sote-palvelunsa osin tehtävälaajuudeltaan suppeammilla vapaaehtoisilla yhteistoimintajärjestelyillä sekä osin itsenäisesti. Näissä kunnissa asuu yhteensä 788 815 asukasta. Osa kunnista saattaa olla usean vapaaehtoisen yhteistoimintajärjestelyn jäsen. Näiden kuntien asukkaat eivät siten ole integroidun erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon piirissä.

Yksiselitteistä tilastotietoa sosiaali- ja terveydenhuollon integraation tasosta eri alueilla ei ole saatavissa. Edellä esitetyt tiedot perustuvat pääosin Kuntaliiton keräämiin ja kokoamiin tietoihin[1] ja Parashankkeen pohjalta tehtyihin arviointeihin. Tiedot eivät ole virallisia tilastotietoja, ja tietojen ryhmittely yllä esitetyn mukaisesti on tehty yksinomaan tätä tarkastelua varten. Tietojen tarkkuuteen ja oikeellisuuteen tulee siten suhtautua kohtuullisella varovaisuudella.

Hallituksen esityksen keinot esityksen tavoitteiden saavuttamiseksi

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistuksen keskeisinä tavoitteina on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palvelut kaikille Suomessa asuville sekä parantaa näiden palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Uudistuksen tavoitteena on myös turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastata yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin, kuten väestön ikääntymiseen ja huoltosuhteen heikkenemiseen, sekä hillitä osaltaan julkisen talouden kustannusten kasvua.

Sote-uudistuksen keskeisinä keinoina uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi on sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erikoistason järjestämisvastuun integroiminen yhden järjestäjän, yhden johdon ja yhden rahoituksen alaiseksi. Näin järjestäjä (hyvinvointialue) voisi suunnata voimavaroja väestön tarpeiden mukaisesti ja vahvistaa perustason palveluita, tarjota nykyaikaisia digitaalisia palveluita ja täten parantaa saatavuutta sekä vähentää eriarvoisuutta. Yhteinen järjestämisvastuu turvaisi myös tiedon integraation. Hyvinvointialueen määrittelemät palveluketjut ja –kokonaisuudet yhtenäistäisivät käytäntöjä ja parantaisivat yhdenvertaisuutta. Suuri järjestäjä on houkuttelevampi työnantaja,

[1] https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveydenhuollon-jarjestaminen-2020
https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Sotehallinto2020_3.xlsx

kun se pystyy tarjoamaan pientä järjestäjää paremmin esimerkiksi koulutus- ja tutkimus- ja erikoistumismahdollisuuksia sekä vaihtelevia työtehtäviä. Henkilökunnan tarpeenmukainen sijoittelu hyvinvointialueella parantaisi henkilöstön saatavuutta siellä, missä siitä on pulaa.

Järjestämisen integraation toteutuminen tarjoaisi nykytilannetta paremmat mahdollisuudet edistää asiakastason palveluintegraatiota eli toiminnallista integraatiota. Sen lähtökohtana on parantaa sosiaali- ja terveyspalvelujen saumatonta toimivuutta. Kun nykytilanteessa millään taholla ei ole kokonaisvastuuta palveluiden yhteensovittamisesta, uudistus parantaisi nykytilannetta merkittävästi.

Hallituskaudella kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon sisältöä Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus –ohjelman ja alueille myönnettyjen valtionavustusten avulla. Sisällöllinen kehittäminen jää paikalliseksi kehittämishankkeeksi, jos samalla ei pystytä muuttamaan rakenteita ja turvaamaan niiden pysyvyyttä. Erityisesti niillä alueilla, joilla ei ole vapaaehtoista sosiaali- ja terveydenhuollon integroivaa kuntayhtymää, kukin kunta saattaisi toteuttaa kehittämistyötä eri suuntiin, laajat ja perus- ja erikoistason integroivat kehittämishankkeet olisi haastavaa toteuttaa, eivätkä eri kehittämishankkeiden tulokset tulisi välttämättä laajemmin hyödynnetyiksi.

Kuten edellä on esitetty, vapaaehtoisten kuntayhtymien myötä koko perus- ja eritystason palvelut maakunnan laajuisena integroivan järjestäjän piirissä on tällä hetkellä vain hieman yli 600 000 henkilöä ja heidänkin kohdallaan tähän liittyy eräitä poikkeuksia. Uudistuksen seurauksena tällaisen integraation piirissä olisivat kaikkien Uudenmaan maakunnan ulkopuolisten kuntien asukkaat (3 817 106 asukasta). Myös integraatio Uudenmaan maakunnassa paranisi kokonaisuutena tarkastellen merkittävästi nykytilaan nähden (ks. tarkemmin osio *Integraatio Uudenmaan erillisratkaisussa* jäljempänä).

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistehtävän siirto lailla uudelle itsehallinnolliselle tasolle, ylimmän päättävän toimielimen (aluevaltuusto) valinta vaaleilla ja rahoitusvastuun siirto kunnilta valtiolle merkitsisivät olennaisia muutoksia myös nykyisiin kuntayhtymäpohjaisiin järjestelmiin, joissa on toteutettu sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erikoistason järjestämisvastuun integraatio. Tehtävän siirto lailla turvaa sen, että järjestämisvastuun siirto toteutuu alueellisesti ja sisällöllisesti kattavasti, eikä yksittäisiä kuntia tai palveluja voi jäädä kokonaisuuden ulkopuolelle. Tällä hetkellä useista sote-kuntayhtymistä puuttuu joitakin kuntia tai kunnat ovat pitäneet tiettyjä palveluja omassa päätösvallassaan. Tämä on vaikeuttanut palveluketjujen ja –kokonaisuuksien määrittelyä ja toteutusta. Kun siirto toteutetaan lailla, kunnat eivät voisi myöskään irtaantua yhteistoimintajärjestelystä. Tämä riski on nykyisissä vapaaehtoisissa yhteistoimintajärjestelyissä. Esimerkiksi Paras-hankkeen perusteella toteutettuja yhteistoimintajärjestelyjä on jouduttu pitämään kasassa valtioneuvoston niin sanotun Paras-jatkolain pakkopäätöksin. Kun tehtävät säädettäisiin lailla hyvinvointialueille, järjestämisen integraatio ei voisi kaatua yksittäisiin erimielisyyksiin.

Hyvinvointialueen ylimmän päätöksenteon perustuminen vaaleilla valittuihin edustajiin muuttaa myös päätöksentekoa. Nykyisessä kuntayhtymäpohjaisissa yhteistoimintajärjestelyissä jokaisella

kunnalla on edustaja kuntayhtymän ylimmässä toimielimessä ja kunta voi antaa edustajalleen lähtökohtaisesti sitovia ohjeita. Edustajat edustavat siten kuntaansa ja tämä on tarkoittanut, että kukin jäsen on pyrkinyt erityisesti huomioimaan oman kuntansa edun alueen yhteisen edun sijaan. Päätöksenteossa on tullut ottaa huomioon myös erilaiset äänileikkurit, jotka ovat erityisesti leikanneet suurten kaupunkien äänivaltaa päätöksenteossa. Nämä ovat vaikeuttaneet päätöksentekoa sekä johtaneet muun muassa investointiratkaisuihin, jotka olisi voitu alueen koko sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta toteuttaa kustannusvaikuttavammin esimerkiksi palveluja kokoamalla. Hyvinvointialueella ei olisi vaalipiirijakoa eikä äänivaltaleikkureita ja kunta ei voisi antaa sitovia ohjeita omasta kunnasta valitulle hyvinvointialueen valtuutetulle. Täten vastaavia ongelmia ei muodostuisi ainakaan sääntelyn johdosta hyvinvointialueilla.

Rahoitusvastuun siirtyminen valtiolle tarkoittaisi muutoksia myös nykyisten sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien toimintaan. Uudistuksen myötä rahoitus perustuisi laissa oleviin kriteereihin ja se olisi ennakoitavaa. Nykyisin kuntien ja kuntayhtymien välillä on usein erimielisyyksiä riittävästä rahoituksesta, ja usein erimielisyydet ovat johtaneet siihen, että kuntayhtymien talous on jäänyt alijäämäiseksi. Kunnat ovat kuitenkin rahoitusvastuunsa perusteella joutuneet kattamaan alijäämät. Rahoitus ei ole ollut maksajan tai saajan kannalta ennakoitavaa.

Nykyinen sosiaali- ja terveydenhuollon pirstaleinen järjestäjäkenttä ei myöskään ole mahdollistanut riittävää ja oikein kohdennettua sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen valtion ohjausta. Toisistaan merkittävästi maantieteelliseltä kattavuudeltaan, väestöpohjaltaan ja tehtäväalaltaan eroavien järjestäjien järjestämän sosiaali- ja terveydenhuollon vertailu on ollut haastavaa. Valtakunnallisesti yhdenmukaisemman järjestämisrakenteen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisella ohjauksella voitaisiin osaltaan varmistaa nykyistä laadukkaampien ja vaikuttavampien palvelujen toteutuminen kustannustehokkaalla ja yhdenvertaisella tavalla koko maassa.

Integraatio Uudenmaan erillisratkaisussa

Uudenmaan alueen kunnat sisältyvät edellä osiossa *Integroidut palvelujärjestelmät nykyisin* esitettyihin nykyisiä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjiä koskeviin tietoihin. Erikseen Uudenmaan maakunnan osalta voidaan todeta, että maakunnassa 256 363 asukasta (n. 15 prosenttia maakunnan asukkaista) asui Kuntaliiton luokittelulla kunnassa, joka kuuluu perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon järjestämisestä vastaavaan kuntayhtymään:

- Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen ja Tuusula muodostavat Keski-Uudenmaan sote –kuntayhtymän (yhteensä 196 997 asukasta)
- Karkkila ja Vihti muodostavat perusturvakuntayhtymä Karviaisen (yhteensä 37 989 asukasta)
- Myrskylä ja Pukkila ovat mukana Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä.

Muut Uudenmaan alueen kunnat eli Askola, Espoo, Hanko, Helsinki, Inkoo, Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi, Lohja, Porvoo, Raasepori, Sipoo, Siuntio ja Vantaa järjestävät kukin kunnan järjestämisvastuulla olevat perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut itse.[2] Näiden kuntien asukasluku vaihtelee 4 958 ja 648 042 asukkaan välillä.

HUS vastaa tällä hetkellä erikoissairaanhoidon järjestämisestä Uudenmaan maakunnan alueella lukuun ottamatta Myrskylää ja Pukkilaa, jotka kuuluvat Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiriin. HUS-kuntayhtymän Tilastokeskukselle raportoidut käyttökustannukset olivat 2,36 miljardia euroa vuonna 2019. HUS järjestää palveluja niin sairaanhoitopiirin kuin myös HYKS-sairaanhoitoalueen ominaisuudessa, sekä keskittämisasetuksen nojalla koko Suomen väestölle. HUS:n toimintaan lukeutuu myös muun muassa tutkimusta ja opetusta. Jäsenkunnilleen HUS tuottaa erikoissairaanhoidon lisäksi muita palveluja, joita HUS laskutti jäsenkunniltaan vuonna 2019 noin 234 miljoonan euron arvosta. HUS:n tilinpäätöstietojen perusteella voidaan arvioida, että HUS:n jäsenkunnille (, joihin eivät kuulu Pukkila ja Myrskylä) annettavien palvelujen käyttötalouden osuus jäsenkuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttötaloudesta oli 38,6 prosenttia, josta 4,5 prosenttiyksikköä oli muuta kuin erikoissairaanhoitoa (muu myynti jäsenkunnille sisälsi tilinpäätöksen mukaan ”mm. tk -päivystystuotteet, kliininen hammashoito ja laskutettavat siirtoviivehoitopäivät”).[3]

Uudenmaan maakunnassa ehdotettu erillisratkaisu noudattaisi muualla maassa ehdotettua integraatioratkaisua siinä suhteessa, että Uudellamaallakin järjestämisvastuu siirtyisi Helsingin kaupunkia lukuun ottamatta yhtä kuntaa suuremmille itsehallintoalueille. Toisaalta Helsingin kaupunki olisi asukasmäärältään jokaista hyvinvointialuetta suurempi järjestäjä. Uudenmaan maakunnassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ensisijaisessa vastuussa olevien järjestäjien väestöpohja muodostuisi seuraavasti:

- Itä-Uudenmaan hyvinvointialue 97 263 asukasta
- Keski-Uudenmaan hyvinvointialue 196 997 asukasta
- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue 464 302 asukasta
- Vantaan ja Keravan hyvinvointialue 264 420 asukasta
- Helsingin kaupunki 648 042 asukasta

Koska sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu jakautuisi Uudellamaalla hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin sekä HUS-yhtymän välillä, integraatio ei toteutuisi siellä täysin samalla tavoin

[2] https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveydenhuollon-jarjestaminen-2020
https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Sotehallinto2020_3.xlsx
[3] http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/Kuntien_talous_ja_toiminta/
http://husd360fi.oncloudos.com/kokous/2020379533-2-2.PDF

kuin muissa maakunnissa. Alueiden kasvanut koko ja sen myötä parempi kyky sekä ehdotettu sääntelymalli mahdollistaisivat kuitenkin nykyistä paremman perus- ja erikoistason palvelujen integraation Uudellamaalla kokonaisuutena.

Jo nykyisin HUS:n ja Uudenmaan kuntien välillä on rakentunut vapaaehtoisuuteen perustuen strategisen tason yhteistyötä, jossa toimintaa ja taloutta on pyritty tarkastelemaan kokonaisuutena. HUS:n alueella on myös laadittuna yli 50 hoitoketjua, joista osa koskee palveluiden yhteensovittamista tietyssä osassa Uuttamaata (esimerkiksi yhden sairaanhoitoalueen sisällä) ja osa hoitoketjuista ulottuu perustasolta yliopistosairaalaan saakka. Erityisesti Keusotessa on jo nykyisin toteutettu perustason erikoissairaanhoidon palveluiden integrointia osaksi perustason palveluja. Lisäksi Helsingin kaupunki on jo pitkään järjestänyt erikoissairaanhoidon palveluja huomattavasti laajemmin kuin muut kunnat. Nämä loisivat hyvät lähtökohdat integraation toteutumiselle Uudellamaalla erillisratkaisusta huolimatta.

Sote-uudistus myös parantaisi palveluiden integraatiota sekä yhdenvertaisuutta nykytilanteeseen verrattuna. Uudenmaan hyvinvointialueilla, Helsingin kaupungilla ja HUS-yhtymällä olisi lakiin perustuva velvollisuus sopia HUS-järjestämissopimuksessa muun muassa yhteisistä toimenpiteistä osapuolten palvelujen yhteensovittamiseksi kokonaisuuksiksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien yhteisestä määrittelemisestä. Koko Uudenmaan alueen kattavat, yhdessä määritellyt palveluketjut ja palvelukokonaisuudet ohjaisivat yhteensovittamista ja yhteistyötä. Yhdessä määritellyt palveluketjut ja palvelukokonaisuudet yhtenäistäisivät käytäntöjä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien välillä ja parantaisivat näin yhdenvertaisuutta. Kaikki Uudenmaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjät olisivat osallisia palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelyssä ja vaikuttaisivat niiden sisältöön. Tämä mahdollistaisi myös tarpeen mukaan sen, että alueiden ja HUS-yhtymän välisestä työnjaosta voitaisiin alueellisten erityispiirteiden näin edellyttäessä sopia myös eri tavoin. Sopimuksessa olisi kuitenkin sovittava osapuolten välisestä työnjaosta siten, että asiakkaalla olisi oikeus yhdenvertaisiin palveluihin asuinpaikastaan riippumatta. Kansallisella ohjauksella voitaisiin estää osaoptimointia perustason palveluiden ja erikoissairaanhoidon välillä. Perusterveydenhuollon yksikkö olisi lisäksi pysyvä rakenne, joka käytännössä edistäisi palveluiden yhteensovittamista.

Ehdotettavan Uusimaa-lain mukaisella Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Helsingille kaupungin ensisijaisella järjestämisvastuulla suhteessa HUS-yhtymään painotettaisiin sitä, että painopiste sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa olisi asiakkaan näkökulmasta perustasolla, johon integroitaisiin myös erikoistason palveluja. HUS-järjestämissopimuksessa olisi sovittava yhteisistä toimenpiteistä perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Näin toimijoiden välinen vastuujako ja HUS-järjestämissopimus vahvistaisivat osaltaan perustason palveluita.

HUSin jäsenyhteisöjen väheneminen viiteen mahdollistaisi myös HUS-yhtymän paremman omistajaohjauksen kuin nykyjärjestelmä, jossa HUSin jäsenkuntia on yli 20. Myös mahdollisuus valita ylimmäksi toimielimeksi yhtymämalli mahdollistaisi HUS-yhtymän nykyistä tiiviimmän omistajaohjauksen.