


Palvelurakennetyöryhmän

VÄLIRAPORTTI

Helsinki 2012

■ SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

KUVAILEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö	Päivämäärä
Tekijät Palvelurakennetyöryhmän väliraportti	Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimitilimen asettamispäivä STM020:00:2012, 21.3.2012
Muiston nimi Palvelurakennetyöryhmän väliraportti	
Tiivistelmä	
<p>■ Työryhmä on toimeksiantonsa mukaisesti valmistellut kolme erilaista mallia kuntauudistuksen myötä mahdollisesti muodostuvien kuntien pohjalta niin, että pääsääntöisesti palveluiden rahoitus- ja järjestämisvastuu on kunnilla. Mallien tuli olla valmiina toukokuun 2012 loppuun mennessä, jotta hallitus voi valita niistä jatkotyöskentelyä varten sopivimman. Työryhmän loppuraportin tulee olla valmis vuoden 2012 lopussa.</p> <p>Ensimmäiseksi työryhmä tarkasteli, olisiko mahdollista toteuttaa palvelurakenne kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvityksessä esitettyjen noin 70 selvitysalueen mukaisten yksittäisten kuntien ja mahdollisesti muutaman sosiaali- ja terveydenhuoltoalueen (sote-alue) varaan siten, että yksittäisen kunnan vastuulla olisi sosiaali- ja terveydenhuollosta mahdollisimman laaja kokonaisuus (malli A). Erityisvastuualueen järjestämisvastuu olisi mahdollisimman suppea. Todettiin, että kuntien kantokyky muodostuisi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kannalta erittäin vaihtelevaksi.</p> <p>Toiseksi työryhmä arvioi, millaisella rakenteella edellä mainittu sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisimman laaja kokonaisuus olisi toteutettavissa mahdollisimman yhdenmukaisesti koko maassa (malli B). Päädyttiin noin 12-17 sote-alueeseen/kuntaan. Mallissa erityisvastuualueen järjestämisvastuu olisi toteutettavissa hyvin suppeana.</p> <p>Kolmanneksi tarkasteltiin mallia, jossa kunnat/sote-alueet vastaavat laajennetusta perustason palvelujen järjestämisestä mukaan lukien merkittävä osa erikoissairaanhoidon (malli C). Erityisvastuualueet vastaisivat oikeushenkilöinä muun muassa tutkimuksen, koulutuksen ja työnjaon koordinoimista. Mallissa muodostuisi enintään 25-35 kuntaa/sote-aluetta, joiden kuntapohjaisen ohjauksen tehokkuuden ja kestävämmän rahoitus pohjan vuoksi tulisi kuntia olla merkittävästi nykyistä vähemmän, korkeintaan noin 150.</p> <p>Johtoryhmänä toimiva sosiaali- ja terveystieteellinen ministerityöryhmä linjasi kokouksessaan 31.5.2012 että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta valmistellaan jatkossa mallin C pohjalta.</p>	
Asiasanat	
kuntaliitokset, kuntaliitot, lainsäädäntö, palvelurakenne, sosiaalihuolto, terveydenhuolto, uudistukset	
Sosiaali- ja terveysministeriön raporteja ja muistioita 2012:17	Muut tiedot www.stm.fi
ISSN-L 2242-0037 ISSN 2242-0037 (verkkopainos) ISBN 958-952-00-3235-7 URN:ISBN:958-952-00-3235-7	Kokonaissivumäärä 74
	Kieli suomi
	 <p>SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ</p>

SISÄLLYS

Sosiaali- ja terveysministeriölle	7
I Työryhmän työn tausta ja ehdotukset.....	9
Johdanto	9
Palvelurakenneuudistuksen tavoitteet.....	9
Hallitusohjelman linjaukset palvelurakenneuudistukselle	19
Yhteydet muuhun uudistamistyöhön	21
Työryhmän ehdotukset.....	22
Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne: arvioitavia malleja.....	22
Tiivistetyt kuvaukset malleista A-C	24
Malli A: Kunnat (tai mahdollisesti jotkin sote-alueet) vastaavat laajasti perustason ja erityistason palvelujen järjestämisestä. Ervalla on kapea vastuu muun muassa toimintojen koordinoinnista	24
Malli B: Sote-alueet (ja mahdollisesti jotkin suuret kunnat) vastaavat laajasti perustason ja erityistason palvelujen järjestämisestä. Ervalla on kapea vastuu muun muassa toimintojen koordinoinnista.....	25
Malli C: Kunnat tai sote-alueet vastaavat laajennetusta perustason palvelujen järjestämisestä mukaan lukien merkittävä osa erikoissairaanhoidon. Erityisvastuualueet vastaisivat oikeushenkilöinä tutkimuksen, koulutuksen ja työnjaon koordinoinnista. Jatkotyössä selvitetään tarkemmin erojen järjestämis- / tuotantovastuu palveluista. Lisäksi täsmennetään edellytykset perustason (kunta tai sote-alue) kantokäytölle	26
Mallien vaikutusten arviointia.....	26
Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu- rakennetyöryhmän välijohtopäätökset käsitellyistä malleista	42
II Tausta-aineistoa.....	44
Palvelurakenneuudistuksen toteutukseen liittyvä lainsäädännön uudistus.....	44
Rahoitusnäkökohtia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvitystyöhön.....	45
Kuntien yhteistoiminnan vaihtoehdot	48
Erityisvastuualue palvelurakenneuudistuksessa.....	51
Valinnanvapaus.....	55
Jatkotyöskentelyssä huomioitavaa	56
Kehittäminen, tutkimus ja koulutus	57
Ohjaus ja valvonta	62
Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen liittyviä käsitteitä.....	64
Integraatioon liittyviä käsitteitä.....	65
Yhteenveto kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvitystä koskevista lausunnoista, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteesta käydyistä alueellisista keskusteluista sekä Otakantaa.fi -keskustelusta.....	66
Uudet lähipalvelut	70
Lähipalvelut	72
Eräiden asiakasprosessien toteutuminen eri malleissa	76

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 21.3.2012 työryhmän, jonka tehtävänä on valmistella ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeksi sekä valmistella lakia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, rahoittamisesta, kehittämisestä ja valvonnasta. Työryhmän toimikausi on 22.3.-31.12.2012.

Työryhmän tehtävänä on toimeksiannon mukaan valmistella esitys sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeksi ottaen huomioon hallitusohjelman kirjaukset sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoituksesta. Työryhmän tulee tehdä vähintään kolme erilaista mallia palvelurakenteeksi, joista hallitus valitsee poliittisella päätöksellä sopivimman ottaen huomioon hallitusohjelman kirjaukset ja muut hallituksen linjaukset kunta- ja palvelurakenteesta. Työryhmän tulee toimeksiannon mukaan antaa esityksensä väliraportin muodossa toukokuussa 2012. Työryhmä sai kolmen viikon lisääjän väliraportin arvioinnin viimeistelyä varten.

Selvitystyön johtoryhmänä toimii sosiaali- ja terveystieteiden ministerityöryhmä.

Työryhmän puheenjohtajaksi ministeriö nimesi kansliapäällikkö Kari Välimäen ja varapuheenjohtajaksi valtiosihteeri Sinikka Näätsaaren sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmän jäseniksi nimettiin

Päivi Sillanaukee, osastopäällikkö, ylijohtaja, sosiaali- ja terveysministeriö

Aino-Inkeri Hansson, osastopäällikkö, ylijohtaja, sosiaali- ja terveysministeriö

Anja Kairisalo, johtaja, sosiaali- ja terveysministeriö

Päivi Laajala, osastopäällikkö, ylijohtaja, valtiovarainministeriö

Marina Erhola, ylijohtaja, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Tuula Haatainen, varatoimitusjohtaja, Suomen Kuntaliitto

Riitta Särkelä, johtaja, SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry

Hannu Leskinen, johtaja, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Pentti Itkonen, toimitusjohtaja, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus

Kari Nenonen, kaupunginjohtaja, Vantaa

Kati Myllymäki, johtava ylilääkäri, Kouvolan terveyskeskus

Tiina Perä, johtava ylilääkäri, Seinäjoen terveyskeskus

Juha Metso, perusturvajohtaja, Espoo

Sanna-Tuulia Lehtomäki, sosiaali- ja terveysjohtaja, Raisio

Rauno Ihalainen, sairaanhoitopiirin johtaja, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Matti Ansala, apulaiskaupunginjohtaja, Rovaniemi

Maire Ahopelto, sosiaali- ja terveysjohtaja, Kainuun maakunta -kuntayhtymä

Taru Kuosmanen, tilaajapäällikkö, Tampere

Harry Yltävä, vammaispalvelujen johtava sosiaalityöntekijä, Raasepori

Göran Honga, sairaanhoitopiirin johtaja, Vaasan sairaanhoitopiiri

Helena Lahtinen, perusturvajohtaja, Kuortane

Jorma Penttinen, johtajaylilääkäri, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Laura Rätty, apulaiskaupunginjohtaja, Helsinki

Heikki Hiilamo, tutkimusprofessori, Kela

Asiantuntija Tarja Kauppila, johtaja, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

Asiantuntija Aulikki Kananoja, ylisosiaalineuvos

Työryhmän sihteeristöksi ministeriö nimesi

Kari Haavisto, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö

Raimo Jämsén, finanssineuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

Pekka Järvinen, hallitusneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

Jukka Mattila, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

Taina Mäntyranta, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö

Päivi Salo, hallitusneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

Päivi Voutilainen, sosiaalineuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

Eija Koivuranta, johtaja, sosiaali- ja terveysministeriö

Liisa-Maria Voipio-Pulkki, johtaja, sosiaali- ja terveysministeriö

Riitta-Maija Jouttimäki, hallitusneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

Kerttu Perttilä, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö

Työryhmä on kokoontunut 25.6.2012 mennessä yhdeksän kertaa. Väliraporttia varten sosiaali- ja terveysministeriö toivoi kuntien asukkailta ja työntekijöiltä palautetta sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseen osana kuntauudistusta. Sitä varten järjestettiin viisi alueellista keskustelutilaisuutta ja avattiin Otakantaa.fi -sivustolle keskustelu. Työssä on hyödynnetty Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistamisen peruslinjauksia valmistelleen työryhmän loppuraporttia (STM 2011:7).

Helsingissä 25 päivänä kesäkuuta 2012

I TYÖRYHMÄN TYÖN TAUSTA JA EHDOTUKSET

JOHDANTO

Työryhmän näkemyksen mukaan nykyisellä kunta- ja palvelurakenteella ei voida turvata yhdenvertaisia ja tarpeenmukaisia sosiaali- ja terveystalvveluja. Tarpeenmukaisten palvelujen saatavuudessa ja toiminnassa on vakavia puutteita, joita kuvataan myöhemmin jaksossa Palvelurakenneuudistuksen tavoitteet. Sosiaali- ja terveystalvvelujen järjestäminen edellyttää sekä rakenteellisia että toiminnallisia muutoksia. Palvelurakenteen uudistamisella on kiire, koska väestön ikärakenteen muutos lisää palvelutarpeita ja alueellisia eroja entisestään.

Työryhmä on toimeksiantonsa mukaisesti valmistellut palvelurakenneuudistusta varten kolme mallia. On tärkeää huomata, että malleja käsitellään järjestämisvastuun toteuttamisen näkökulmasta. Palvelujen tuotantotavoista päättäminen kuuluu järjestämisvastuun kantavalle taholle ja palvelutuotanto voidaan ratkaista kussakin mallissa monella tavalla.

Mallit on kuvattu tämän väliraportin osassa I. Käytettävissä olevan ajan puitteissa mallit on kuvattu varsin yleisellä tasolla, joten jatkotyön pohjaksi valittua mallia tulee työryhmän työssä vielä monilta osin täsmentää.

Osassa I työryhmä on lisäksi arvioinut malleihin liittyviä keskeisiä vahvuuksia ja heikkouksia sekä muita vaikutuksia, joita malleilla todennäköisesti olisi. Mallien arviointi on lähtökohtaisesti tehty siten, että malleilla olevia vaikutuksia on suhteutettu nykyiseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Rakenteelliset uudistukset ovat aina vaativia toteuttaa ja vievät huomattavasti resursseja. Työryhmä pitää tärkeänä, että aikaansaadaan palvelurakenneuudistus, jolla olennaisesti vahvistetaan erityisesti palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, peruspalvelujen tilaa sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä.

Työryhmälle asetettu asiantuntijaryhmä on tuottanut mallien valmistelun tueksi taustaineistoa malleihin liittyvistä osa-alueista, kuten esimerkiksi rahoitukseen ja hallintoon liittyvistä vaihtoehtoista. Tämä aineisto on koottu väliraportin II-osaan. Työryhmä ei ole siten kokouksissaan käsitellyt yksityiskohtaisesti tätä aineistoa. Työryhmä katsoo tarkoituksenmukaiseksi liittää tämä aineisto väliraporttiin tukemaan I-osan mallien hahmottamista sekä palvelemaan työryhmän jatkotyötä.

PALVELURAKENNEUUDISTUKSEN TAVOITTEET

Työn tavoitteena on uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne vastaamaan tulevaisuuden tarpeita. Huomioon on otettava erityisesti väestön palvelutarpeet, julkisen talouden kestävyys sekä tulevaisuuden kuntarakenne. Lisäksi tavoitteena on uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, rahoitusta, kehittämistä ja valvontaa koskevaa lainsäädäntöä.

Palvelurakenneuudistuksessa huomioon otettavia tavoitteita käsitellään seuraavassa lähemmin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu

Järjestämisvastuussa olevalle taholle kuuluu omalta osaltaan vastuu väestön hyvinvoinnista ja terveydestä. Järjestämisvastuu on siten huomattavan laaja. Tähän sisältyy vastuu

- väestön hyvinvoinnin ja terveyden seurannasta ja edistämisestä
- julkisen vallan käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa
- sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen selvittämisestä
- sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta saatavuudesta
- sosiaali- ja terveydenhuollon saavutettavuudesta
- sosiaali- ja terveydenhuollon tuotantotavasta päättämisestä
- tuotannon laadusta, seurannasta ja valvonnasta
- järjestämiseen liittyvästä rahoituksesta
- voimavarojen tehokkaasta kohdentamisesta
- sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä

Järjestämisvastuun toteuttamisen kannalta on tärkeää, että vastuutaholla on

- itsenäinen valmistelu-, päätöksenteko- ja toimeenpanokyky
- mahdollisuus tuotantotapojen valintaan
- mahdollisuus poliittisesti arvoitettuihin linjausvalintoihin
- kyky vertikaaliseen ja horisontaaliseen yhteistyöhön
- kyky rahoittaa sosiaali- ja terveydenhuollosta merkittävä osa omalla tulorahoituksellaan
- riittävä väestöpohja ennustettavuuden kannalta
- kyky ohjata kokonaisuutta

Alueellinen ja väestöryhmien välinen yhdenvertaisuus on varmistettava

Väestöryhmien väliset erot sekä alueelliset hyvinvointi- ja terveyserot ovat erittäin suuret. Esimerkiksi vuonna 2007 pienituloisimpien 35-vuotiaiden miesten jäljellä olevan elinajanodote oli 12,5 vuotta lyhyempi kuin ylimmässä tuloviidenneksessä olevien miesten. Ennenaikainen kuolleisuus ja sydäntautisairastavuus ovat keskimäärin yleisempiä maan itä- ja pohjoisosissa verrattuna etelä- ja länsiosiin, vaikka otetaan huomioon erot alueiden ikärakenteissa. Vastasyntyneen elinajanodote oli miehillä vuosina 2004–2006 Pohjanmaan rannikolla noin neljä vuotta korkeampi kuin esimerkiksi Kainuussa. Naisilla elinajanodotteen ero näiden alueiden välillä oli 2,6 vuotta.

Alueelliset erot asukkaiden hyvinvointivajeissa ilmenevät muun muassa kuntien maksamien asukaskohtaisten toimeentulotukien suuruudessa tai kodin ulkopuolelle sijoitettujen alaikäisten osuudessa samanikäisistä. Vuonna 2010 maksettiin koko maassa asukasta kohti 117 euroa toimeentulotukea. Määrä vaihteli kunnittain 7 - 211 euron välillä. Alueiden sisäistä vaihtelua kuvaa se, että maakuntien keskuskaupungit maksoivat asukasta kohti toimeentulotukea keskimäärin 2/3 enemmän (155 €) kuin muut kunnat (94 €). 25 - 64 vuotiaista toimeentulotukea saaneiden osuus ikäryhmästä oli keskuskaupungeissa 40 prosenttia suurempi kuin muissa kunnissa keskimäärin. Kodin ulkopuolelle oli sijoitettu alle 18-vuotiaista 1,3 prosenttia. Kunnittain vaihtelu oli nolasta 4,9 prosenttiin. Kaupunkikunnissa alle 18-vuotiaista oli sijoitettu

kodin ulkopuolelle noin kolme kertaa enemmän kuin maaseutumaisissa kunnissa ja noin puoli-toistakertaisesti taajamakuntiin verrattuna.

Palvelujärjestelmä on eriytynyt kuntien vastuulla olevaan verorahoitteiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon, sairausvakuutuksen korvaamaan yksityiseen terveydenhuoltoon ja työtulovakuutuksesta maksettavaan työterveyshuoltoon. Väestöryhmittäin eri tavoin kohdentuvat sosiaali- ja terveyspalvelut kasvattavat entisestään erittäin suuria väestöryhmien välisiä ja alueellisia hyvinvointi- ja terveyseroja.

Kuntasektorin palvelujärjestelmässä alueellista eriarvoisuutta aiheutuu kuntien verotuspohjan eroista. Erojen ennakoidaan kasvavan lähivuosina erittäin voimakkaasti, mikäli kuntarakennetta ei merkittävästi uudisteta. Kun kuntien välisten veroprosenttien vaihteluväli oli vuonna 2010 vain 4,5 prosenttiyksikköä, niin vuonna 2024 se uhkaa olla jo 16,0 prosenttiyksikköä valtiovarainministeriön teettämän kuntatalouden painelaskelman mukaan. Tällöin samoista peruspalveluista maksettaisiin eri kunnissa hyvin eri tavoin.

Palvelurakenneuudistus tulee ratkaista väestön kannalta alueellisesti ja sosiaaliryhmittäin yhdenvertaisella tavalla. Tulevan palvelujärjestelmän tulee kohdella eri elämäntilanteissa olevia ja eri osissa maata asuvia ihmisiä heidän palvelutarpeidensa mukaisesti. On huolehdittava siitä, että ihmiset saavat palvelutarpeidensa mukaiset ratkaisut ja rahoitusvastuu jakautuu oikeudenmukaisesti. Myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen on tuettava yhdenvertaisuutta.

Asiakaskeskeisyyttä on parannettava

Kuntasektorin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on järjestelmäkeskeinen. Pirstaleinen organisaatiokenttä vaikeuttaa johtamista. Kokonaisvastuun puute aiheuttaa asiakasprosessien toimimattomuutta, tiedonkulun ongelmia ja palvelun käyttäjien ohjaamista luukulta toiselle. Tämä heikentää myös kustannusten hallintaa, läpinäkyvyyttä ja vertailtavuutta sekä estää parhaiden käytäntöjen levittämistä.

Asiakaskeskeisyys toteutuu sosiaali- ja terveydenhuollossa Sosiaalibarometri 2011:n mukaan heikosti. Asiakkaat pääsevät osallistumaan omien palvelu- ja hoitosuunnitelmien tekemiseen edes melko hyvin vain 29 prosentissa terveyskeskuksista ja 44 prosentissa sosiaalitoimista. Palvelujen kehittämiseen asiakkaat osallistuvat vielä vähemmän. Asiakaspalautejärjestelmissä on myös selviä puutteita noin puolella toimintayksiköistä.

Palvelujärjestelmä on uudistettava siten, että se tukee palvelujen tarvitsijoiden kokonaisratkaisuja ja vähentää asiakkaiden luukutusta. Potilaat eivät saa jäädä organisaatorajojen väliin odottamaan oikeaa palvelua. Erillisten organisaatioiden yhteistyön lisääminen ei riitä, vaan tarvitaan rakenteellisia uudistuksia.

Väestömuutoksen haasteeseen on kyettävä vastaamaan

Väestöllinen huoltosuhde eli alle 15 ja yli 64-vuotiaiden suhde 15 - 64-vuotiaisiin, muuttuu seuraavien kahden vuosikymmenen aikana voimakkaasti. Se oli 51,6 vuonna 2010, mutta vuonna 2020 ei-työikäisiä arvioidaan olevan jo 65,4 sataa työkäistä kohti ja vuonna 2030 peräti 73,0. Huoltosuhde kehittyy alueellisesti eri tavoin. Huoltosuhteeltaan kevyimmän, Uu-

denmaan huoltosuhte (44,9) kasvaa vuoteen 2030 mennessä 61,3:een ja raskaimman, Etelä-Savon huoltosuhte (59,9) 98,0:aan. Yli puolessa maakunnista huoltosuhte vuonna 2030 on yli 80. Tällöin 65 vuotta täyttäneitä on Etelä-Savossa 36,2 prosenttia väestöstä, kaikissa maakunnissa yli viidennes.

Ensimmäiset sodanjälkeisistä suurista ikäluokista ovat tulleet eläkeikään. Tällä on merkitystä huoltosuhteelle, mutta ennen kaikkea sillä on merkitystä lähitulevaisuudessa kuntien palvelutarpeille. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä koko maassa on nyt 8,1 prosenttia ja osuus vaihtelee kuntakohtaisesti kolmesta 20 prosenttiin. Pienimmän prosentin kunnissa väestön ikääntyminen voi tuoda suuria lisätarpeita palvelujen järjestämisen määrään. Vanhusvoittoisissa kunnissa taas työikäisten ikäluokkien koko suhteessa ikääntyneisiin on aiemman poismuuton vuoksi usein siinä määrin pieni, että palvelujen haasteena on hoitohenkilöstön hankkiminen. Kaikissa maakunnissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastuussa olevien kuntien / sote-alueiden väestöpohjaa suurentamalla voidaan vähentää vastuualueiden välisiä eroja ikääntyneiden palvelutarpeissa.

Palvelurakenteen muutokselle on asetettu Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa määrällisiä tavoitteita, joiden avulla pyrittiin vauhdittamaan palvelurakennemuutosta kotiin annettavia palveluita lisäten ja laitospalveluita vähentäen. Toistaiseksi ei ole nähtävissä muutosta perinteisiin toimintatapoihin hajanaisessa palvelujärjestelmässä.

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2012*
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet (%)	89,8	89,6	89,4	89,4	89,4	89,5	89,7	91,0-92,0
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet (%)		11,5		11,3	11,2	11,4	11,9	13,0-14,0
Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana (%)	3,0	3,7	3,7	3,9	4,1	4,1	4,2	5,0-6,0
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12. (%)	1,7	3,4	3,9	4,2	4,6	5,1	5,6	5,0-6,0
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodeissa tai terveyskeskuksissa olevat 75 vuotta täyttäneet 31.12. (%)	8,3	6,8	6,5	6,3	5,9	5,4	4,7	3,0

*Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa asetetut tavoitetasot

Vuodelta 2010 oleva tilastotieto osoittaa, että säännöllistä kotihoitoa saa koko maassa 11,9 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. Osuus vaihtelee maakunnittain 9,3 prosentista (Päijät-Häme) 15,0 prosenttiin (Etelä-Savo). Ympäri vuorokautisessa hoidossa erot ovat yhtäläillä suure: tehostetussa palveluasumisessa 75 vuotta täyttäneiden osuudet vaihtelevat 3,3 prosentista (Pirkanmaa) 10,4 prosenttiin (Keski-Pohjanmaa) valtakunnallisen keskiarvon ollessa 5,6 prosenttia. Vanhainkodeissa osuudet vaihtelevat 1,7 prosentista (Keski-Pohjanmaa) 5,9 prosenttiin (Satakunta), valtakunnallinen keskiarvo on 4,7 prosenttia.

Iäkkäiden ihmisten palveluissa alueelliset erot ovat siten huomattavan suuria. Palveluja myönnetään erilaisin perustein. Järjestämistä ohjaa enemmän traditio kuin ikääntyvän väestön tarpeet. Erilaisilla palvelujen järjestämistä koskevilla valinnoilla on erilaiset seuraukset, mutta nykyisen palvelurakenteen ylläpitäminen on kallein vaihtoehto.

Maahan muutto ja myös maan sisäinen muuttoliike on huomioitava palvelurakennetarkoituksissa. Maahanmuuttajien määrän kasvu voi vaikuttaa erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen. Toisaalta maahanmuuttajien työllistyminen sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviin helpottaa osaltaan alan työvoimapulaa.

Kantokyky on varmistettava

Hallitusohjelmassa todetaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun ja rahoitusvastuun olevan tulevassa palvelurakenteessa samalla taholla. Rahoitusvastuun vakaata toteuttamista varten vastuutahon tulee olla riittävän suuri. Silloin väestön palvelutarpeiden satunnaisvaihtelusta ei seuraa taloudellisia ongelmia. Itä-Suomen yliopiston tutkimuksen mukaan alle 20 000 asukkaan väestöpohjassa erikoissairaanhoidon kustannusten ennakoitavuus on täysin sattumanvaraista. Ennakoitavuus paranee aina 200 000 asukkaan väestöön saakka. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos suosittaa asiantuntija-arvioissaan järjestäjä- ja rahoittajatahon väestöpohjaksi 200 000 asukasta.

Rahoituksen kestävyys liittyy väestöpohjan lisäksi väestön veronmaksukyky. Alueilla, joilla elinkeinorakenne on merkittäväällä tavalla riippuvainen yksittäisten suurten työnantajien ratkaisuista, voi kunnan verokertymään aiheutua yksittäisistä yritystoiminnan ratkaisuista dramaattisia vaikutuksia. Rahoittajatahon kestävyys edellyttää, että se on riittävän kokoinen ja riippumaton yksittäisten työnantajien ratkaisuista.

Kerättävä kuntaveron määrä asukasta kohti vaihtelee nykykunnissa merkittävästi. Keskimäärin kuntaverot tuottaa kunnille 3414 euroa asukasta kohti, mutta se vaihtelee kunnittain 1949 ja 6537 euron välillä. Sosiaali- ja terveystoimen nettomenot asukasta kohti koko maassa olivat 3103 euroa (2010). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavien väestöpohjaa suurentamalla voidaan vaikuttaa järjestäjien talouden kestävyysvaihteluun samalla kun talouden vakaus paranee palvelutarpeiden ennakoitavuuden parantuessa.

Vaikka väestöpohjia laajennettaisiin yksittäisiä kuntia laajemmiksi, tarvitaan maassa eri alueiden erilaisten rahoitusmahdollisuuksien vuoksi valtionosuusjärjestelmää tasaamaan näitä alueellisia eroja. Valtionosuusjärjestelmää uudistettaessa on mietittävä myös sen ohjausroolia. Tavoitteena tulee kuitenkin olla, että järjestämisvastuussa oleva pystyisi rahoittamaan omalla tulorahoituksellaan pääosan sosiaali- ja terveydenhuollostaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa näyttöön perustuvat hoitopäätökset ja erityisosaamista vaativat palvelut lisääntyvät. Samalla on suuri huoli erityisosaamisen kapenemisesta kokonaisuuden hallinnan kustannuksella. Palvelujärjestelmässä tarvitaan myös yleisosaajia. Väestöpohjaltaan ja kantokyvyltään vahva kunta tai sote-alue kykenee paremmin turvaamaan palvelukokonaisuuteen tarvittavan ammatillisen osaamisen.

Tieto erikoisaloittain syvenee ja osaajien mahdollisuudet hallita laajoja kokonaisuuksia vähenevät. Vaatimukset erityisosaamisen keskittämiseksi potilasturvallisuuden ja palvelujen laadun varmistamiseksi vahvistuvat. Tämä johtaa muun muassa erikoissairaanhoidossa yhä enenevässä määrin toimenpiteiden keskittämiseen aiempaa harvempiin tuotantoyksiköihin.

Esimerkiksi synnytysten yhdenvertainen hoitaminen vaatii usean erityisosaajan ympärivuorokautista valmiutta, hyvää ammatillista tasoa sekä riittävää äkillisten vaaratilanteiden hoidon rutiinia. Erityisosaamista edellytetään myös sosiaalihuollon osalta esimerkiksi lastensuojelun ja vammaispalvelujen päätöksiä tekevillä ammattilaisilla.

Ikärakenteen voimakkaasti muuttuessa ja ikääntyneiden palvelutarpeiden kasvun myötä erityiseksi yhteiskunnan menestystekijäksi nousevat ikääntyvien liikunta, muistisairauksien ennaltaehkäisy ja hoito sekä ikääntyneiden akuuttien sairauksien hoito sekä sosiaalisten verkostojen vahvistaminen siten, että kaikki toimet tavoittelevat parempaa kotona pärjäämistä ja toimintakykyä. Nykyisessä palvelurakenteessa ikääntyneiden hoito jakautuu monille eri organisaatioille ja tasoille, jolloin kokonaistavoitteista ei vastaa kukaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteys ei vielä toimi riittävällä tavalla, mikä osaltaan ylläpitää vanhusten laitostalusta palvelujärjestelmää. Vaikka toiminnan kehittämistä on kansallisesti korostettu, ei merkkejä tehokkaammasta toiminnasta ole nähtävissä. Palvelurakennerekaisissa on erityisesti huolehdittava, että ikääntyvien ja ikääntyneiden palvelujen kokonaisuus on saman tahon vastuulla riittävän suurissa kokonaisuuksissa, jotta tehokkaimpien toimintamallien ja palveluratkaisujen levittäminen koko maahan pystytään toteuttamaan. Palvelujärjestelmän uudistamisella on jo kiire.

Henkilöstön riittävyys on varmistettava

Henkilöstön saatavuus on alueittain vaikeaa erityisesti lääkärin, hammaslääkärin, sosiaalityöntekijän ja erityisterapeuttien tehtäviin sekä eräissä hoitohenkilöstöryhmissä. Lähitulevaisuudessa joillain erikoisaloilla, esimerkiksi lastentaudeissa, psykiatriassa ja patologiassa tulee olemaan merkittäviä vaikeuksia saada riittävästi erikoistuneita lääkäreitä palvelujärjestelmän käyttöön. Lastensuojelussa ongelmana on pätevien sosiaalityöntekijöiden ja perhetyöntekijöiden puute sekä suuri vaihtuvuus. Ikääntyneiden palveluissa tarve vanhenemiseen liittyvän asiantuntemukseen kasvaa.

Muun kuin lääkäri- ja hammaslääkäri työvoiman vajeet ovat keskimäärin pienentyneet vuodesta 2008 vuoteen 2010. Ko. seurantajaksolla hoitajavaje kasvoi terveydenhoitajien, suuhygienistien ja hammashoitajien ryhmissä.

Opetus- ja kulttuuriministeriön Koulutustarjonta 2016-työryhmä on arvioinut, että sosiaali- ja terveysalan työssä avautuu 235 400 työpaikkaa kaudella 2008 - 2025. Vuodessa työpaikkoja avautuu keskimäärin 13 000. Näistä palvelutarpeen muutoksen takia avautuu keskimäärin 4 310 ja henkilöstön poistuman vuoksi kaksinkertainen määrä. Sosiaali- ja terveysalan työpaikat ovat noin viidennes kaikista avautuvista työpaikoista. Nuorisoikäluokat eivät riitä täyttämään avautuvien työpaikkojen työvoimatarvetta.

Sosiaali- ja terveysalan koulutuksen lisäämisen ohella henkilöstön riittävyyttä pitää turvata palvelurakennetta uudistamalla sekä toimintatapoja ja eri ammattiryhmien työnjakoa kehittämällä. Palvelurakennerekaisu on toteutettava siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön käyttö voidaan hallita mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Silloin vältetään haitallista alueellista kilpailua samoista ammattilaisista. Myös sijaistusratkaisut on hallittava niin, että henkilöstövuokrausyritykset eivät pääse liian vahvaan asemaan henkilöstöpulatilanteessa.

Palvelujärjestelmän heikkoudet on korjattava

Peruspalvelut, erityisesti perusterveydenhuolto, ovat heikentyneet. Osalla terveyskeskuksista on vaikeuksia toteuttaa pitkäaikaissairauksien hyvää hoitoa. Perustasolle on tullut uusia tehtäviä ilman vastaavia resursseja. Kansanterveystyön tavoitteet jäävät toteutumatta. Hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa on epätydyttävällä tasolla. Vain neljännes väestöstä asuu alueella, jossa kiireettömässä tapauksessa lääkärin vastaanotolle pääsee alle kahdessa viikossa. Lähes saman verran väestöstä asuu alueella, jossa odotusaika on yli neljä viikkoa. Yli viidenes väestöstä asuu alueella, jossa ainakin ajoittain on vaikeuksia toteuttaa myös suun terveydenhuollon 6 kuukauden hoitoon pääsyn tavoitetta.

Terveyskeskuksilla on vaikeuksia täyttää lääkärinvirkojaan. Toisaalta terveyskeskusten lääkärivirkojen määrä suhteessa väestön määrään ja palvelutarpeeseen vaihtelee alueittain merkittävästi. Esimerkiksi Kainuussa on perustettuihin lääkärinvakansseihin nähden suurin vaje. Silti siellä on väestöön ja palvelutarpeeseen suhteutettuna noin puolet enemmän terveyskeskuslääkäreitä kuin Kymenlaaksossa tai Päijät-Hämeessä, joissa virkojen täyttöaste on merkittävästi parempi. Tämä osoittaa, että Kainuussa toteutetussa palvelujärjestelmässä, jossa samaan kokonaisuuteen on integroitu perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja sosiaalihuolto, on kyetty resursoimaan peruspalveluihin muita maakuntia paremmin.

Päihdepalveluiden tarve on moninkertainen suhteessa tarjolla oleviin päihdehuollon erityispalveluihin, joita ovat A-klinikat, nuorisoasemat, katkaisu- ja kuntoutusyksiköt ja asumispalvelut. Alkoholien kulutuksen kasvu on lisännyt erityisesti keski-ikäisten, eläkeikäisten sekä naisten päihteiden käytöstä aiheutuvaa sairaala- tai terveyskeskusten vuodeosastohoitoa. Myös mielenterveyspalvelujen tarve ylittää palvelujen tarjonnan.

Lastensuojelussa yritysmuotoisten palvelujen määrä on kasvanut muita sosiaalipalveluja nopeammin ja laajemmaksi, mikä ei ole lasten ja nuorten pitkäjänteisten palveluprosessien ja perheiden tukemisen kannalta ongelmatonta. Lastensuojelun suuri epäkohta on, että yhdellä sosiaalityöntekijällä on samaan aikaan vastuullaan liian monen lapsen ja perheen tukeminen. Uusia ilmoituksia ja lastensuojelutarpeen selvityksiä tulee yhä enemmän, ja sekä uusien asiakkaiden määrä että asiakkaiden kokonaismäärä kasvaa. Sosiaalityöntekijöiden määrä ei kuitenkaan samassa suhteessa ole kasvanut ja lastensuojelulaissa asetettujen määräaikojen noudattaminen vaihtelee alueellisesti. Lastensuojelun tarve on kasvanut ja ennaltaehkäisevä toiminta toteutuu kunnissa epätasaisesti.

Lääkäreiden määrä kuntien sairaalapalveluissa, erityisesti erikoissairaanhoidossa on kasvanut selvästi. Terveyskeskuksissa lääkäreiden määrä on pysynyt 90-luvun alun jälkeen suurin piirtein ennallaan. Vuonna 2010 sairaalapalveluissa oli lääkäreitä 8800 ja terveyskeskuksissa 3700. Trendi ei kerro perusterveydenhuollon lääkäritarpeen kehitykseen vastaamisesta vaan lähinnä kuntien erilaisesta mahdollisuudesta vaikuttaa suorassa päätöksenteossaan oleviin kustannustekijöihin. Työpaineiden lisääntyminen terveyskeskuksissa ilman resurssien kehittymistä on johtanut epäsuotuisiin työolosuhteisiin ja yleislääkäreiden hakeutumiseen muihin tehtäviin kuten työterveyshuoltoon ja yksityissektorille. Terveyskeskusten toiminnan varmistamiseksi on jouduttu turvautumaan laajasti ulkopuolisiin, usein niukan kokemuksen omaaviin päivystäjiin, henkilöstövuokraukseen ja vaihtuviin lääkäreihin sekä terveyskeskusten osien ulkoistuksiin yksityisille toimijoille. Tämän tyyppiset ratkaisut ovat usein osoittautuneet kaltaiksi ja epätarkoituksenmukaisiksi pysyviin hoitosuhteisiin pyrkivissä palveluissa.

Palvelurakenneselvityksen valmisteluvaiheessa käydyissä alueellisissa keskustelutilaisuuksissa ja sidosryhmäkeskusteluissa asiantuntijänäkemykset korostavat peruspalvelujen tilan korjaamisen kannalta tärkeimpänä palvelurakennatarkaisuna perustason ja erityisvastuutason (ervatason) mahdollisimman suurta integraatiota. Tärkeintä on saada mahdollisimman suuri osa sosiaali- ja terveydenhuollosta yhden päätöksenteon, yhden budjetin ja yhden johdon alaisuuteen. Tällöin kokonaisresurssien allokointi tasapainoisen toiminnallisen kokonaisuuden aikaan saamiseksi on mahdollista. Peruspalvelujen erillisellä kehittämisellä ei enää nähdä mahdollisuuksia tilanteen korjaamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyden turvaaminen edellyttää myös sitä, että palvelurakennatarkaisu parantaa keskipitkän ja pitkän aikavälin työvoima- ja koulutustarpeiden alueellista ennakointia.

Palvelujärjestelmän vahvuuksia on kehitettävä

Työterveyshuollon on katsottu vastaavan hyvin työnantajien järjestämisvastuulla olevaan tehtävään. Sen kattavuus on hyvä ja suurin osa työnantajista tarjoaa ennaltaehkäisevän työterveyshuollon lisäksi työntekijöilleen sairaanhoitoa. Työterveyshuollon kehittäminen osana palvelujärjestelmää ja työelämää on tärkeää työurien pidentämisen vuoksi.

Myös erikoissairaanhoidon on todettu toimivan. Kansainvälisissä vertailuissa suomalaiset sairaalat ovat pärjänneet tuotannollisessa tehokkuudessa erityisen hyvin. Erikoissairaanhoitoon pääsyssä on kuitenkin erityisesti kiireellisen hoidon osalta parannettavaa, hoito toteutuu erikoisalottain eikä potilaan palvelukokonaisuus ole siten riittävästi yhteen sovitettu. Samoin osassa erikoisaloja on nähtävissä vaikeuksia palkata erikoislääkäreitä ja muita erityisosajia.

Palvelurakennatarkaisun pitää tukea myös toimivien osien edelleen kehittämistä siten, että edellytykset muun muassa työurien pidentämiseen työterveyshuollon keinoin ja erikoissairaanhoidon parempaan vasteeseen tulevat huomioiduksi. Peruspalvelujen korjaamista ei tule toteuttaa huonontamalla palvelujärjestelmän toimivia osia.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä on vahvistettava

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvaessa ja huoltosuhteen heikentyessä kunnilla on suuria vaikeuksia tulevaisuudessa vastata kasvavien palvelujen tarpeeseen. Väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on inhimillisesti ja taloudellisesti kannattavaa. Hyvinvointia, terveyttä ja työ- ja toimintakykyä on vahvistettava kaikin mahdollisin keinoin, jotta ihmisten osallisuus yhteiskuntaan säilyisi, avun tarpeisiin voitaisiin vastata ajoissa ja pitkäaikaisten hoito- ja hoivapalvelujen tarve ei kasvaisi. Nykyinen palvelurakenne ei tue hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä parhaalla mahdollisella tavalla. Palvelut eivät toteudu asiakaskeisestisesti ja väestöryhmien väliset hyvinvointi- ja terveyserot ovat merkittäviä. Heikossa sosioekonomisessa asemassa olevien väestöryhmien syrjäytymisen uhka kasvaa, osallisuus ja yhteisöllisyys heikkenevät ja erot väestöryhmien välisessä elinajanodotteessa kasvavat. Yksittäisissä projekteissa kehitetyt toimintakykyä ylläpitävät ja hyvinvointia edistävät menetelmät eivät leviä systemaattisesti eivätkä juurru yleisesti omaksutuiksi toimintatavoiksi. Hyvien hoitokäytäntöjen käyttöön otossa ja budjetoinnissa, erityisesti perustasolla on riittämättömän kantokyvyn vuoksi suuria vaikeuksia.

Palvelujärjestelmän pitäisi kyetä vaikuttamaan yhdessä eri alojen ammattilaisten kanssa lasten ja nuorten terveeseen ja turvalliseen kasvuympäristöön, nuorten koulutusmahdollisuuksiin ja työelämään siirtymisen onnistumiseen, työssä jaksamiseen ja työhyvinvointiin, työelämän ulkopuolelle jääneiden työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseen ja ikäihmisten terveyden ja toimintakyvyn vahvistamiseen niin että hoidon tarve siirtyy myöhempään ikään. Terveellinen työ- ja elinympäristö, kohtuulliset elinolot sekä osallisuus ja yhteisöllisyys vaikuttavat yhteiskunnallisesta asemasta riippumatta jokaisen hyvinvointiin ja terveyteen. Näistä sosiaali- ja terveydenhuollon on voitava ottaa vastuuta kunnassa ja alueellisesti kulttuuri- ja opetustoimen, nuoris- ja vapaa-aikatoimen, yhdyskuntasuunnittelun ja muun kuntayhteisön sekä järjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa yhdessä.

Palvelurakennemallista riippumatta sosiaali- ja terveydenhuollolla on keskeinen vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutumisesta kunnassa. Vahvat peruspalvelut ja saumaton yhteistyö erityispalvelujen kanssa tukevat hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Hyvinvointitavoitteisiin vastaaminen yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon ja kunnan muiden hallinnonalojen kanssa edellyttää yhteistyörakenteiden luomista, hallinnonalat ylittäviä johtamiskäytäntöjä, sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin ja niiden toteutumisen koordinaatiota. Toteutuksessa tarvitaan eri hallinnonalojen käytössä olevaa hyvinvoinnin ja terveyden tilan sekä palvelujärjestelmän toimintaa kuvaavaa seuranta- ja arviointijärjestelmää sekä vaikuttavia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen käytäntöjä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vahvistaminen edellyttää myös sitä, että päätöksenteossa kaikilla tasoilla ennakoidaan ja otetaan huomioon päätösten hyvinvointiin ja terveyteen liittyvät vaikutukset. Lisäksi on kehitettävä uusia, ihmisten osallisuutta tukevia toimintatapoja, jotta ihmisten oma asiantuntemus kuntalaisina ja palvelujen käyttäjinä tulee otetuksi nykyistä paremmin huomioon.

Tieto- ja viestintäteknologiaa on hyödynnettävä paremmin

Keskeinen tieto- ja viestintäteknologiaan liittyvä ongelma on monien eri organisaatioiden eri tietojärjestelmien yhteensopimattomuus ja pirstaleisuus. Ne eivät tue asiakaskeskeisiä prosesseja ja ammattilaisten näkökulmasta käytettävyydessä on paljon parannettavaa. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiseen ja ohjaamiseen tarvittavien tietojen hankinta ja muotoilu on työlästä. Erilliset tietojärjestelmät edellyttävät runsaasti hankinta-, kehittämis- ja ylläpito-osaamista, jota varsinkaan perustasolla ei ole riittävästi.

Terveydenhuollossa on valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluja, jotka mahdollistavat potilastiedon tehokkaan hallinnan. Näiden palveluiden käyttöönotto edellyttää kuitenkin organisaatioiden omien tietojärjestelmien uusimista kansallisia vaatimuksia vastaaviksi ja on järjestelmien pirstaleisuudesta johtuen aikaa vievää ja kallista. Lisäksi on huomioitava, että hyötyjen saaminen tietojärjestelmien uudistuksesta edellyttää myös muutoksia toimintatavoissa ja prosesseissa.

Sosiaalihuollon tiedonhallinnassa suunniteltu kokonaisuus koostuu valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista, joihin on tulevaisuudessa mahdollista liittyä organisaatioiden käytössä olevista standardinmukaisista asiakastietojärjestelmistä.

Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden ja määritysten käyttöönotto edellyttää alueellisia ja paikallisia toimenpiteitä. Mitä pirstaleisempi eri tietojärjestelmien ja sitä hyödyntävän palvelurakenteen kokonaisuus on, sen haasteellisempaa on sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien tarkoituksenmukainen toteutus sekä kansallisten palveluiden käyttöönotto.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisrakenteita uudistettaessa on tarkoituksenmukaista ratkaista mille tasolle palvelujärjestelmässä kuuluu vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmistä ja miten kokonaisuutta ja sen jatkuvaa kehittämistä ohjataan.

Demokraattista päätöksentekoa ja kansallista ohjausta on vahvistettava

Kuntapohjaisen sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteko pohjautuu kuntavaaleilla valittuun demokraattiseen päätöksentekoon. Silloin kun sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvitaan järjestämisvastuuseen ylikunnallisia palvelurakenteita, joita joka tapauksessa erityisvastuualueet edustavat, on arvioitava miten julkisen vallan käyttö ja kuntavaalien ääni päätöksenteossa kuuluvat. Valittava ratkaisu vaikuttaa merkittävästi päätöksenteon tosiasialliseen kuntapohjaisuuteen. Mitä suurempi osa palveluista on ylikunnallisen tahon vastuulla, sitä enemmän päätösvaltaa jaetaan. Monissa kunnissa nähdään nykyisin vaikutusmahdollisuudet kuntayhtymiin, kuten sairaanhoitopiireihin, hyvin pieniksi.

Toisaalta kunnan tosiasialliset vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuoltonsa kokonaisuuteen saattavat olla paremmat osana alueellista yhteistoimintarakennetta kuin jos merkittävä osa palveluista on laajan erityisvastuualueen järjestämisvastuulla. Jos kunnat vastaisivat sosiaali- ja terveydenhuollostaan kokonaisuudessaan yksin, osa kunnista kantaisi vastuunsa vain näennäisesti ja niille syntyisi riippuvuussuhde alueen keskuskaupunkiin tai markkinoilla toimiviin yrityksiin. Näiden kuntien tosiasiallinen vaikutusmahdollisuus olisi vähäinen.

Demokraattisen osallistumisen vahvistamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa on tulevasta palvelurakenteesta riippumatta kehitettävä kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien suoria osallistumismahdollisuuksia. Tätä kautta voidaan saada asiakaskeskeistä tietoa palvelujärjestelmästä, sen toimivuudesta ja uusista tarpeista.

Palvelurakenneratkaisussa on huomioitava kansallisen ohjauksen vahvistamisen tarve. Mitä epäyhtenäisempiä järjestämisvastuussa olevat tahot tulevat olemaan, sen yksityiskohtaisempaa normitusta yhdenvertaisuuden turvaamiseksi tarvitaan ja sen yksityiskohtaisempaa valvonnan tulee olla. Mikäli järjestämisvastuussa olevat toimijat ovat riittävän yhdenvertaisia ja kantokykyisiä, voi kansallinen ohjaus olla enemmän toiminnan kehittämistä tukevaa ja sallia järjestäjille enemmän valinnanmahdollisuuksia. Osin tarvitaan tiukempaa kansallista ohjausta valittavasta palvelurakennemallista riippumatta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun ja tuotannon hajautuminen hyvin monelle taholle ja tasolle on tehnyt järjestelmästäme vaikeasti johdettavan.

HALLITUSOHJELMAN LINJAUKSET PALVELURAKENNE- UUDISTUKSELLE

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmassa on seuraavia palvelurakenneuudistusta ohjaavia kirjauksia:

- Sosiaali- ja terveydenhuollon laadukkaiden, vaikuttavien ja oikea-aikaisten palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseksi uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta osana kuntarakenteen uudistamista.
- Kuntatalouden vakautta ja kestävyyttä edistetään uudistamalla kunta- ja palvelurakenteet, vahvistamalla kuntien tulopohjaa, parantamalla kunnallisen toiminnan tuottavuutta ja vaikuttavuutta sekä rajoittamalla kuntien tehtäviä
- Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu säilytetään kunnilla.
- Laadukkaiden sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuuden varmistamiseksi ja rahoituksen turvaamiseksi tulee muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä vahvoja peruskuntia.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen ja rahoittamiseen kykenevän vahvan kunnan vaihtoehtona voidaan tarvittaessa antaa mahdollisuus poikkeusmenettelyyn, jossa kunnat yhdessä voivat muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä, väestöpohjaltaan riittävän suuria sosiaali- ja terveydenhuoltoalueita
- Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuu on samalla organisaatiolla (kunta tai sote-alue).
- Vahvojen peruskuntien ulkopuolisilla syrjäisillä alueilla palvelurakenne uudistetaan siten, että palvelut on koottu ohjatusti riittävän suuriksi kokonaisuuksiksi tukeutuen vahvojen peruskuntien palvelurakenteeseen vastuukuntamallilla.
- Kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuoltoalueet vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista sekä osasta erikoissairaanhoidon tehtäviä sekä vastaavasti sosiaali-huollon tehtävistä tavoitteena mahdollisimman laajan palvelukokonaisuuden muodostuminen.
- Vahva peruskunta muodostuu luonnollisista työssäkäyntialueista ja on riittävän suuri pystyäkseen itsenäisesti vastaamaan peruspalveluista vaativaa erikoissairaanhoidon ja vastaavasti vaativia sosiaalihuollon palveluja lukuun ottamatta.
- Kuntien ja sote-alueiden yhteisiä tehtäviä varten on viisi erityisvastuualuetta (Erva).
- Erva-alueen tehtäviin kuuluvat muun muassa vaativat keskitettävät terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut sekä alueellaan tutkimukseen, kehittämiseen ja koulutukseen liittyviä tehtäviä.
- Ympäri vuorokautinen perustason sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys kuuluu kunnan tai sote-alueen tehtäviin. Päivystys toteutetaan yhteistyössä erva-alueen kanssa. Erva-alueen tehtävänä on järjestää vastuualueensa kuntien ja sote-alueiden päivystyksiä täy-

dentävä erikoissairaanhoidon ympärivuorokautinen päivystys sekä vastaavasti sosiaali-
huollon päivystys.

- Sairaanhoidopiirien ja erityishuoltopiirien palvelutuotantoa käytetään täydentämään kuntien ja sote-alueiden palveluja.
- Kunnallista terveystalvvelujärjestelmää ja sairausvakuutusjärjestelmää yhteen sovitetaan monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmien vähentämiseksi. Tehostetaan terveydenhuollon, sosiaalivakuutuksen ja kuntoutuksen eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja raportointia niin, että muodostetaan asiakkaiden kannalta tavoitteelliset ja toiminnalliset hoito- ja palveluketjut, joiden kokonaiskustannukset ovat järjestämisvastuussa olevilla tahoilla hallinnassa.
- Valtionosuusjärjestelmä uudistetaan osana kuntarakenne-uudistusta. Järjestelmää yksinkertaistetaan ja selkeytetään. Järjestelmän kannustavuutta parannetaan.
- Sovitetaan yhteen Kelan järjestämä ja rahoittama psykoterapia ja kuntoutus muuhun julkiseen palvelukokonaisuuteen. Selkeytetään lääkinnällisen kuntoutuksen työnjakoa ja yhteistyötä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja Kelan kanssa.
- Palvelurakennemuudistuksen toteuttamiseksi säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, rahoitusta, kehittämistä ja valvontaa koskeva laki.

Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvityksen valmistumista käsitellessään hallitus linjasi iltakoulussa 1.2.2012, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamisesta käynnistetään oma jatkotyö, jossa selvitetään palvelurakenne muodostuvien uusien peruskuntien pohjalta siten, että pääsääntöisesti palveluiden rahoitus- ja järjestämisvastuu on kunnilla. Työryhmän tehtävä on selvittää miten kuntarakennetyöryhmän esittämien selvitysalueiden mukaisesti muodostuvien kuntien pohjalta sosiaali- ja terveydenhuollon tarkoituksenmukainen palvelurakenne muodostuisi ja antaa esityksensä väliraportin muodossa toukokuussa 2012.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen valmistelu tulee koordinoida valtiovarainministeriön johdolla tapahtuvan hallitusohjelman mukaisen rakennelain valmistelun kanssa.

Koska toukokuuhun 2012 mennessä ei ole ollut tiedossa, millainen kuntarakenne esitettyjen selvitysalueiden pohjalta todellisuudessa muodostuu, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvityksessä huomioitiin mahdollisuus siihen, että tuleva kuntarakenne eroaa esityksen selvitysalueista.

Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvityksen työryhmä valmistelee edellä mainittuun järjestämislakiin liittyviä osakokonaisuuksia, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa koskeva sääntely, sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä koskevat rakenteet sekä tutkimuksen ja koulutuksen valtionkorvauksia koskevat rakenteet sekä uuteen palvelurakenteeseen liittyvät potilas- ja asiakastietojen käsittelyyn sekä tietosuojaan liittyvät kysymykset. Kunnallisen terveystalvvelujärjestelmän ja sairausvakuutusjärjestelmän yhteensovittamista selvitetään sosiaali- ja terveysministeriön jo asettamassa työryhmässä.

YHTEYDET MUUHUN UUDISTAMISTYÖHÖN

Terveystieteiden tutkimuskeskus tuli voimaan 2011. Se on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteinen sisältölahti. Myös sosiaalihuoltolainsäädännön uudistus on luonteeltaan sosiaalihuollon sisältöä uudistava kokonaisuus. Esityksen uudeksi sosiaalihuoltolaiksi on määrä valmistua 30.6.2012 mennessä ja esitystä koskevan lausuntokierroksen käynnistyä elokuussa 2012.

Valtiovarainministeriö asetti 4.3.2011 Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvittämään kuntalain kokonaisuudistuksen pohjaksi vaihtoehtoisia kunnallishallinnon rakennemalleja. Hankkeen toimikaudeksi määriteltiin 4.3.2011 - 30.12.2011. Valtiovarainministeriö muutti 2.9.2011 päätöksellä työryhmän toimeksiantoa siten, että työryhmän tehtäväksi asetettiin valmistella kuntauudistuksen toteuttamista hallitusohjelmassa esitettyjen linjausten mukaisesti.

Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvityksen valmistumista käsitellessään hallitus linjasi iltakoulussa 1.2.2012, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamisesta käynnistetään oma jatkotyö, jossa selvitetään palvelurakenne muodostuvien uusien peruskuntien pohjalta siten, että pääsääntöisesti palveluiden rahoitus- ja järjestämisvastuu on kunnilla.

Valtiovarainministeriö asetti kuntarakennelakia valmistelevalle työryhmälle 15.2.2012 - 30.9.2012. Työryhmän tehtävänä on seurata ja arvioida kunta- ja palvelurakenneselvityksestä kevään 2012 alue- ja kuulemiskierroksella saatua palautetta ja sen pohjalta laatia yhteenveto ko. kierroksesta sekä tehdä uudistuksen vaikutusarviointi ja laatia tarkennettu esitys uudistuksen kriteereistä ja toteuttamistavoista. Hallitusohjelman mukaan rakennelaki korvaa kunta- ja palvelurakennemuutuksesta annetun lain (169/2007, jäljempänä puitelaki)

Puitelain mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueita koskevat velvoitteet lakkaavat olemasta voimassa vuoden 2014 lopussa. Näin ollen olisi tarkoituksenmukaista saada uusi palvelurakenne vaiheittain täytäntöön vuoden 2015 alusta.

Valtiovarainministeriö asetti marraskuussa 2011 työryhmän, jonka tehtävänä on määrittää kuntien tehtävät ja niihin liittyvät uudistustarpeet sekä hallitusohjelman mukaisesti arvioida mahdollisuudet vähentää kuntien velvoitteita. Työryhmän määräaika on 30.5.2014. Työryhmän tulee tehdä kokonaisarvio kuntien nykyisistä tehtävistä ja siitä, tulisiko kuntien tehtäviä vähentää ja muuttaa osana kuntauudistusta. Arviointityö on kaksivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa työryhmä laatii kartoituksen kuntien tehtävistä sekä tekee ehdotuksen kunnille siirrettävien ja annettavien tehtävien kustannus- ja vaikutusarvioinnin kehittämiseksi. Tämän kartoituksen tulee valmistua vuoden 2012 loppuun mennessä. Toisessa vaiheessa työryhmä arvioi, mitkä ovat uusien kuntauudistuksella luotujen kuntien tehtävät. Tehtävien arvioinnissa hyödynnetään kuntatuottavuuden ja tuloksellisuuden kehittämiskampanjaa ja siinä luotua tuottavuusmittaristoa sekä kokemuksia parhaista käytännöistä. Toisen vaiheen työn tulee valmistua vuoden 2014 toukokuun loppuun mennessä.

Valtiovarainministeriö asetti helmikuussa 2012 kuntatuottavuuden ja tuloksellisuuden koordinaatioryhmän, jonka tehtävänä on tukea ja vahvistaa kuntien ja kuntayhtymien tuottavuuden ja tuloksellisuuden edistämistyötä sekä luoda tuottavuustyölle yhteistä arviointi- ja tietopohjaa. Tavoitteena on, että työ ja tuotettava aineisto tukevat kuntia myös kuntarakenteita uudistettaessa. Työryhmän määräaika on 31.12.2014.

Kunnallisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja sairausvakuutusjärjestelmän yhteensovittamista selvitetään sosiaali- ja terveysministeriön jo asettamassa työryhmässä, jonka selvitystyön

tavoitteena on tarkastella, miten kunnallista terveystalvvelujärjestelmää ja sairausvakuutusjärjestelmää sovitetaan yhteen moniakanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmien vähentämiseksi. Tavoitteena on selvittää, miten sairausvakuutus voi parhaalla mahdollisella tavalla tukea ja täydentää julkisen terveydenhuollon palveluita. Lisäksi selvitystyön tavoitteena on sairausvakuutusjärjestelmän ymmärrettävyyden, selkeyden ja läpinäkyvyyden parantaminen. Työryhmän toimikausi oli aluksi 18.1.2012-31.5.2012. Toimikautta on jatkettu vuoden 2012 loppuun.

Hallitusohjelman mukaan valtionosuusjärjestelmä uudistetaan osana kuntarakenneuudistusta. Valtiovarainministeriö on parhaillaan käynnistämässä uudistustyötä. Uudistuksen valmistelussa on tärkeää, että tulevat valtionosuusjärjestelmää koskevat ehdotukset tukevat myös sosiaali- ja terveyspolitiikan keskeisiä tavoitteita.

Kuntarakenneuudistus muodostaa hallitusohjelman mukaan perustan kuntalain kokonaisuudistukselle. Kuntalain uudistuksessa tarkastellaan uusien kuntahallinnon rakenteiden ja kuntien muuttuvan toimintaympäristön näkökulmasta erityisesti kunnan talouden sisäistä ohjausta, kuntien johtamisjärjestelmiä, luottamushenkilöiden asemaa, kuntalain ja erityislakien välistä suhdetta, kunnanosahallintoa sekä kuntien ja markkinoiden välistä suhdetta. Myös kuntalain uudistustyötä ollaan parhaillaan käynnistämässä valtiovarainministeriössä.

TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELURAKENNE: ARVIOITAVIA MALLEJA

Palvelurakenneuudistuksen tavoitteita ovat

- lisätä väestöryhmien ja alueiden välistä yhdenvertaisuutta
- lisätä asiakaskeskeisyyttä
- vastata väestörakenteen muutokseen
- varmistaa kantokyky
- varmistaa henkilöstön riittävyys
- korjata palvelujärjestelmän heikkoudet
- kehittää palvelujärjestelmän vahvuuksia
- vahvistaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä
- hyödyntää viestintäteknologiaa
- vahvistaa demokraattista päätöksentekoa ja kansallista ohjausta

Työryhmä on toimeksiantonsa mukaisesti selvittänyt kuntarakennetyöryhmän esityksen perusteella syntyvien uusien kuntien pohjalta järjestettävää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta. Työryhmä on valmistellut kolmea mallia tulevaisuuden palvelurakenteeksi. Lähtökohtana on ollut hallitusohjelmassa linjattu kaksitasoinen palvelurakenne (kunta/sote-alue ja viisi erva-aluetta).

Ervalla olisi kaikissa malleissa vastuu eräistä tehtävistä, kuten tiettyjen toimintojen kordinoinnista, tietojärjestelmiin liittyviä tehtäviä sekä eräiden pienten erityisryhmien keskitettävistä palveluista. Kaikissa malleissa on perusteltua muodostaa erva-alueista oikeushenkilöitä. Tällöin erityisvastuualueille voidaan selkeästi määritellä järjestämisvastuu laissa erikseen

säädetyistä sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä. Kunkin kunnan / sote-alueen tulee kuulua johonkin erityisvastuualueeseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun pitää olla riittävän kantokykyisillä toimijoilla. Sen vuoksi on vahvojen kuntien lisäksi välttämätöntä muodostaa sote-alueita, joille kunnat siirtävät sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun. Työryhmä pitää tärkeänä, että kuntauudistus etenee ripeästi, koska sote-alueeseen kuuluvien kuntien tulee kyetä aidosti ohjaamaan omaa sote-alueitaan. Tämä on mahdollista vain, jos kunnat ovat riittävän suuria ja kunkin sote-alueeseen kuuluu pieni määrä kuntia.

Suuremmilla kunnilla on myös paremmat taloudelliset mahdollisuudet huolehtia oman väestönsä tarvitsemien sote-palveluiden rahoituksesta mahdollisimman kestäväällä ja vakaalla rahoitus pohjalla. Koska kuntauudistuksen on tarpeen edetä, vaikka sote-palvelut järjestettäisiin erillisellä palvelurakenteella, on valituissa malleissa oletettu tulevan kuntamäärän olevan minimissään noin 70 ja enintään 150.

Kaikissa malleissa on lähtökohtana se, että järjestämisvastuu säädetään malleittain samantasoisesti kaikille kunnille/ sote-alueille. Vastaavasti kaikilla erityisvastuualueilla on keskenään samanlainen järjestämisvastuu.

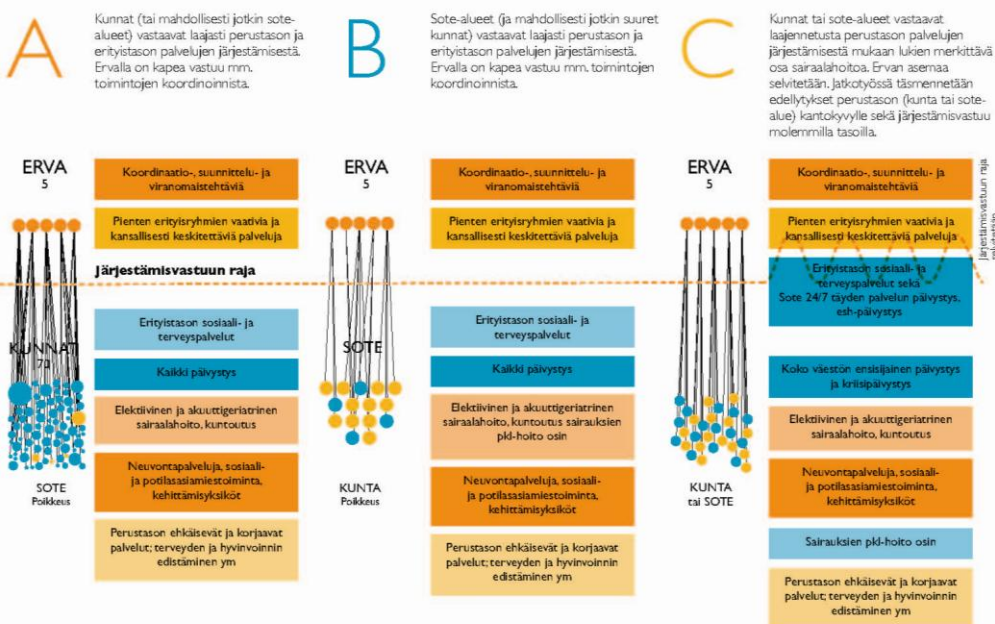
Lähtökohtana on lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon horisontaalinen eheys. Tällä tarkoitetaan sitä, että samalla tasolla sosiaalihuolto ja terveydenhuolto integroidaan saman tahon järjestämisvastuulle. Nykyisessä järjestelmässä tämä eheys on jo lainsäädännöllisesti toteutettu perustasolla, joten malleja kehiteltäessä ei katsottu tarkoituksenmukaiseksi lähteä rikkomaan tätä integraatiota.

Eri malleissa tarvitaan eritasoista kansallista sääntelyä palvelujen ohjaamiseksi. Mitä moninaiempi järjestämisvastuullisten tahojen joukko on ja mitä heikompia ne ovat, sitä yksityiskohdaisempaa valtion ohjausta tarvitaan. Jos järjestämisvastuulliset tahot taas ovat mahdollisimman samankaltaisia ja riittävän suuria, valtion ohjaus voi olla yleisluontoisempaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneratkaisuista huolimatta joissain asioissa on tarpeen vahvistaa kansallista ohjausta.

Mikään rakenteellinen muutos ei sellaisenaan varmista tarkoituksenmukaista toiminnallista uudistusta. Jokainen rakenneuudistus tarvitsee tuekseen riittävän muutostuen, jotta uudistuksella tavoiteltavat hyödyt saavutetaan mahdollisimman hyvin.

TIIVISTETYT KUVAUKSET MALLEISTA A-C

Työryhmän esitykset sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen vaihtoehdoiksi



MALLI A

Työryhmä tarkasteli ensimmäisenä, olisiko käytännössä mahdollista toteuttaa vahvojen peruskuntien vastuulla oleva sosiaali- ja terveydenhuolto. Mallissa A kunnat vastaisivat kukin itsenäisesti koko sosiaali- ja terveydenhuollosta eräitä kansallisesti keskitettäviä erityistehtäviä lukuun ottamatta. Nämä erityistehtävät kuuluisivat erityisvastuualueelle. Mallissa A voisi myös olla poikkeuksena muutama sote-alue, joille kuntien sote-järjestämisvastuu siirtyisi.

Suorasta kuntavastuusta johtuen tarkasteluun otettiin pienin mahdollinen määrä muodostuvia kuntia. Lähtökohtaiseksi kuntarakenteeksi otettiin noin 70 kuntaa, mikä vastaa kuntauudistusta valmistelleen työryhmän ehdottamien selvitysalueiden määrää. Selvitysalueiden mukaiselle kuntarakenteelle on ominaista suurten kaupunkiseutujen keskittyminen vahvoiksi keskuskunniksi. Niitä ympäröivät reuna-alueet, joiden kunnat ovat väestöpohjaltaan merkittävästi pienempiä. Mallissa on siten keskenään hyvin erilaisia kuntia. Suurimman väestöpohja on yli miljoona ja pienimmän noin 10 000.

Mallissa A on tarkasteltu tilannetta, jossa lähes kaikille selvitysalueiden mukaisille kunnille annettaisiin järjestämis- ja rahoitusvastuu hallitusohjelman mukaisesti integroidusta laajasta sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudesta. Sote-alue olisi poikkeus. Kukin kunta (tai poikkeuksena sote-alue) vastaisi laajasti itse perustason ja erityistason palvelujen järjestämisestä siten, että vastuu kattaisi lähes koko nykyisten sairaanhoitopiirien toiminnan. Viidellä ervalla olisi vain kapea vastuu toimintojen koordinoinnista, sekä joistain erityisistä palveluista, jotka osaamisen turvaamiseksi tulisi kansallisesti keskittää harvemmillä toimijoilla.

MALLI B

Toisena vaihtoehtona työryhmä tarkasteli, millaisella palvelurakenteella perustason vastuutahojen olisi mahdollista vastata sosiaali- ja terveydenhuollosta mahdollisimman laajoina kokonaisuuksina. Mallissa asiakaskeskeisistä palvelukokonaisuuksista vastaisi pääsääntöisesti yksi vastuunkantaja ja peruspalveluja pystyttäisiin aidosti vahvistamaan. Vastuunkantajalla olisi voimavarat huolehtia ympärivuorokautisesta päivystyksestä kattavasti erikoisalaille ja erityispalveluihin. Tavoiteltiin mahdollisimman samantasoisia väestöpohjia ja verotuloja talouden vakauden ja kestävyuden turvaamiseksi.

Mallissa B sosiaali- ja terveydenhuolto järjestettäisiin mallin A tavoin mahdollisimman laajana palvelukokonaisuutena. Perustaso vastaisi laajasti sosiaali- ja terveydenhuollosta. Vastuu kattaisi muun muassa lähes koko nykyisten sairaanhoitopiirien toiminnan. Viidellä erityisvastualueella olisi vain kapea vastuu pääasiassa toimintojen koordinoinnista sekä joistain keskitettävistä erityispalveluista. Ervan vastuu olisi näin mallissa A ja mallissa B samankaltainen.

Mallit eroaisivat toisistaan perustasolla. Mallissa A perustason vastuutahoina olisi kuntarakennetyöryhmän esittämien selvitysalueiden kaltainen kuntarakenne, kun taas mallissa B perustason vastuutahot muodostettaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon laajan palvelukokonaisuuden järjestämisen osalta mahdollisimman optimaalisesti siten, että niillä olisi tosiasiallinen kantokyky järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto väestölleen ympärivuorokautisesti. Näiden toimijoiden kantokyky muodostettaisiin maan eri osien olosuhteet huomioon ottaen mahdollisimman tasavahvoiksi. Mallissa B valtaosa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastuutahoista muodostuisi näin ollen sote-alueiksi. Sote-alueet ja mahdollisesti jotkin yksittäiset suuret kunnat vastaavat perustason ja erityistason palvelujen järjestämisestä.

Mallissa B on arvioitu kuntauudistuksen myötä muodostuvan enemmän kuntia kuin mallin A mukaiset ehdotetut selvitysalueet, mutta kuitenkin enintään 150 kuntaa. Mallissa B valtaosa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastuussa olevista tahoista olisi sote-alueita. Malli B on siten mahdollista toteuttaa myös, mikäli syntyisi noin 70 ehdotetun selvitysalueen kaltainen kuntarakenne.

Sekä mallin A että mallin B lähtökohtana on varmistaa kokonaisuuden hallinta ja välttää sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteon jakamista (nykyiseen tapaan) merkittävässä määrin useille päätöksentekotasolle. Suoraan kuntien vastuulle rakentuvassa mallissa A tosiasiallinen päätöksenteko hajautuisi heikoille tilaajille ja vahvoille tuottajille epätasaisesti suurimmassa osassa kuntia.

Integroidun sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden, erityisesti potilasturvallisuuden varmistamisen, ympärivuorokautisen päivystyksen sekä erikoissairaanhoidon sisältävien laajojen palveluvastuiden toteuttamiseksi päädyttiin ratkaisuun, jossa sote-alueita ja mahdollisesti joitain yksittäisiä suuria kuntia olisi yhteensä 12 - 17. Nykyisiä sairaanhoitopiirejä on 20. Osa niistä on erikoissairaanhoidon järjestämistä vastuun toteuttamiseksi liian pieniä.

MALLI C

Peruspalvelujen vahvistamiseksi kolmannessa mallissa tavoitteena oli löytää uudenlainen vastuunjako erikoissairaanhoidon tehtäviin. Tällöin malliin B verrattuna perustason kantokyykyvaatimus voi olla erilainen riippuen siitä, miten laajaksi perustason tehtävät määritellään. Vastuu nykyisten sairaanhoitopiirin toiminnasta määritellään sekä perustason toimijoiden että ervojen osalta myöhemmin.

Erityisvastuualueiden vastuisiin oikeushenkilöinä kuuluisivat tutkimukseen, koulutukseen ja työnjakoon liittyvät alueelliset koordinaatiotehtävät. Jatkotyössä selvitetään tarkemmin ervojen järjestämis- / tuotantovastuu palveluista. Lisäksi ervoille kuuluisivat rekisterinpitoon ja tietojärjestelmiin liittyviä tehtäviä sekä kansallisesti keskitettäviä tehtäviä ja myöhemmin täsmennettäviä erityisen vaativia tehtäviä.

Vastuut päivystystehtävistä ratkaistaan osana myöhemmin täsmennettävää vastuunjakoa.

Tässä mallissa perustason toimijat vastaavat laajasta uudenlaisesta palvelukokonaisuudesta. Se tulee ottaa huomioon järjestämisvastuussa olevien kuntien / sote-alueiden muodostamisessa. Niiden vastuulla olisi laajennettu perustason palvelujen järjestäminen mukaan lukien merkittävä osa erikoissairaanhoidosta sekä perustason terveyspalvelujen ja sosiaalihuollon päivystys. Viisi ervaa vastaisi oikeushenkilöinä tutkimuksen, koulutuksen ja työnjaon koordinoinnista. Jatkotyössä selvitetään tarkemmin ervojen järjestämis-/tuotantovastuu palveluista. Lisäksi täsmennetään edellytykset perustason (kunta tai sote-alue) kantokyykyille.

Laajennettu perustason vastuu edellyttää, että järjestämisvastuussa olevilla kunnilla / sote-alueilla on huomattava kantokyyky ja että niiden lukumäärä on riittävän pieni. Järjestämisvastuussa olevien yhteismäärä ei voi olla suurempi kuin 25 - 35. Mitä pienempi on perustason organisaatioiden määrä, sitä vahvempaa on kuntien / sote-alueiden ohjaus. Jos niiden lukumäärä lähestyy 35:tä, painottuu erva-alueiden merkitys.

Mallissa C on arvioitu kuntauudistuksen myötä muodostuvan enemmän kuntia kuin mallin A mukaiset ehdotetut selvitysalueet. Kuntia tulisi olla kuitenkin nykyistä huomattavasti vähemmän, esimerkiksi enintään 150, jotta niillä olisi nykyistä kestävämpi rahoitus pohja ja parempi kyky ohjata sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

MALLIEN VAIKUTUSTEN ARVIOINTIA

Tässä luvussa työryhmä on ensinnäkin arvioinut järjestämisvastuussa olevien tahojen vastuuväestöjen palvelutarpeita vertailemalla nykytilanteen perusteella lasketuilla indikaattoreilla. Samoin perustein on arvioitu järjestämisvastuussa olevien tahojen kantokyykyä

Lisäksi työryhmä arvioinut mallien A - C keskeisiä vahvuuksia ja heikkouksia sekä vaikutuksia palvelujärjestelmään. Kutakin mallia on arvioitu suhteessa edellä esitettyihin palvelujärjestelmän uudistamiseen kohdistuviin tavoitteisiin. Lähtökohtaisesti kussakin mallissa vaikutukset on pyritty suhteuttamaan nykyiseen palvelujärjestelmään.

Mallien vertailu kantokykyä ja palvelutarpeita kuvaavilla indikaattoreilla

Tässä raportissa esitettyjä palvelurakennemalleja on arvioitu vertailemalla järjestämisvastuussa olevien toimijoiden vastuuväestöjen palvelutarpeita nykytilanteen perusteella lasketuilla indikaattoreilla. Samoin perustein on arvioitu järjestämisvastuussa olevien toimijoiden kantokykyä. Oheisessa taulukossa on esitetty esimerkkinä kaksi palvelutarpeisiin liittyvää indikaattoria. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä kertoo järjestämisvastuussa olevien tahojen vanhusten palvelutarpeista. Toimeentulotukeen käytettävät asukasta kohti lasketut eurot kertovat **karkeasti** vastuualueen väestön hyvinvoinnista ja sosiaalipalvelujen tarpeesta. Kantokyvystä kertovat esimerkkeinä olevat indikaattorit ovat järjestämisvastuussa olevan tahon väestön määrä sekä asukasta kohti lasketut verotulot. Mitä suurempi väestö on, sitä ennustettavampi on palvelutarve ja sitä vakaampi talous menojen osalta. Mitä suuremmat ovat verotulot, sitä kestävämpi on talouden rahoitus pohja.

Palvelurakennemuutoksessa pyritään turvaamaan laadukkaat palvelut yhdenvertaisesti koko maassa. Väestön ikääntymisen haasteet pystytään kohtaamaan sitä paremmin, mitä yhtenäisempi palvelujen tarpeeltaan ja mitä vakaampi ja kestävämpi kantokyvyltään on järjestämisvastuussa olevien tahojen kenttä. Käytettyjen esimerkki-indikaattorien lisäksi muissakin palvelutarpeita sekä kantokykyä kuvaavissa indikaattoreissa nähdään sama trendi. Mitä suuremmat väestöpohjat, sitä vahvemmat ja yhdenmukaisemmat mahdollisuudet tehtävästä suoriutumiseen ovat. Maan väestön ja alueiden elinvoimaisuuden erojen vuoksi eri puolilla maata palvelutarpeissa ja kantokyvystä on jossain määrin eroja, vaikka väestöpohjia kasvatettaisiin edelleen. Mm tästä syystä tarvitaan kansallista tasausjärjestelmää valtionosuuksien muodossa tulevaisuudessakin.

Oheisessa taulukossa malli A on laskettu kuntarakennetyöryhmän 70 selvitysalueen perusteella. Mallissa B on käytetty indikaattorivertailun pohjana laskennallisesti maakuntien väestötietoja (18 kpl) ja malli C nykyisistä kunnista yhdistellyn 32 vastuualueen tietoja. Mikään edellä mainituista laskentaperusteena olevista toimijoiden jaoista ei ole sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kannalta optimaalinen. Ne ovat kuitenkin suuntaa antavia ja niiden avulla kuvataan sitä, miten järjestämisvastuussa olevien kuntien / sote-alueiden vastuut ja kantokyky vahvistuvat ja tasoittuvat kun niiden väestöpohjaa kasvatetaan.

Variaatiokerroin tarkoittaa havaintojen keskihajonnan suhdetta niiden keskiarvoon ja kertoo vertailukelpoisesti eri indikaattoreiden hajautumisesta. Mitä pienempi variaatiokerroin on, sitä vähemmän havainnot poikkeavat niiden keskiarvosta ja sitä samankaltaisempia ne ovat. Variaatiokerroin pienenee johdonmukaisesti järjestyksessä nykyykunnat - malli A - malli C - malli B. Poikkeuksen muodostavat väestön määrän hajonta maakunnittain lasketussa väestössä, jossa Uudenmaan väestön määrä vaikuttaa vertailuun hyvin voimakkaasti. Verotulojen osalta nähdään myös mallissa C jopa mallia A suurempi hajonta.

Toimeentulo- tuki €/as	Pienin	Suurin	Variaatioker- roin	Keskiarvo
Nykykunnat	7	211	0,48	76
Malli A	33	187	0,33	92
Malli B	51	159	0,26	103
Malli C	48	205	0,31	102

75 täyttänei- den osuus %	Pienin	Suurin	Variaatioker- roin	Keskiarvo
Nykykunnat	2,9	19,9	0,30	10,4
Malli A	4,3	13,7	0,23	9,6
Malli B	5,9	11,3	0,14	9,1
Malli C	4,5	12,0	0,21	9,0

Toimeentulo- tuki €/as	Pienin	Suurin	Variaatioker- roin	Keskiarvo
Nykykunnat	7	211	0,48	76
Malli A	33	187	0,33	92
Malli B	51	159	0,26	103
Malli C	48	205	0,31	102

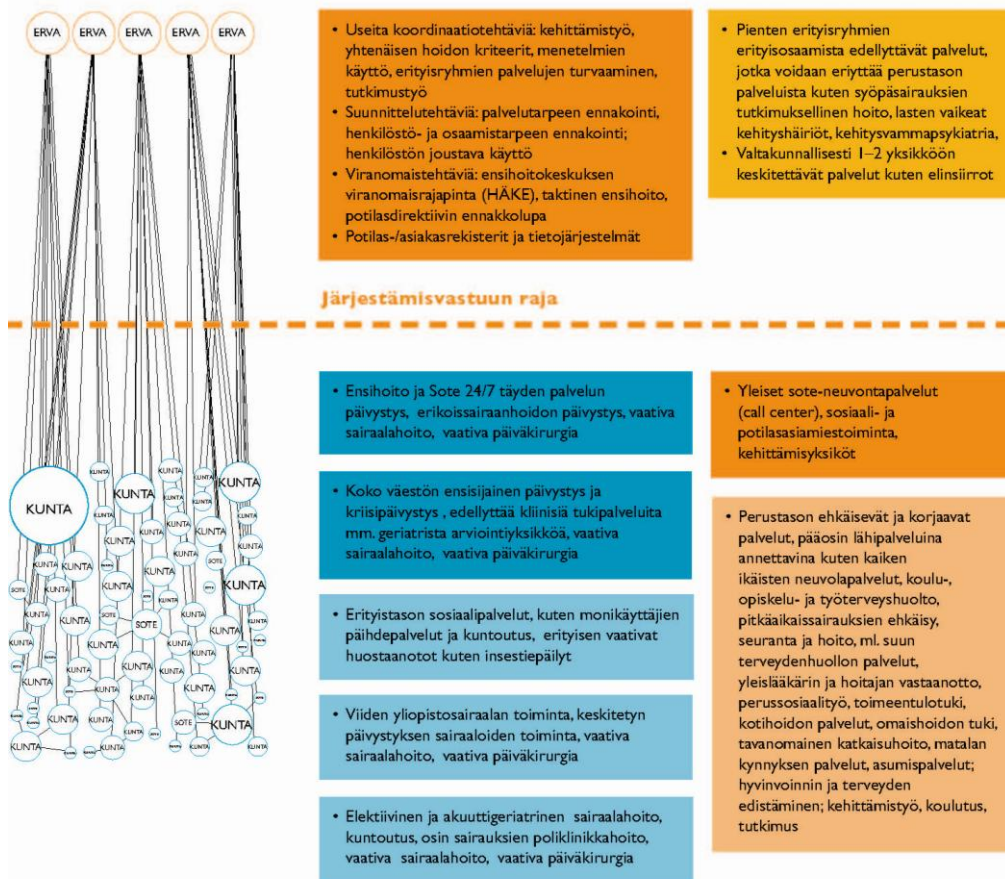
Toimeentulo- tuki €/as	Pienin	Suurin	Variaatioker- roin	Keskiarvo
Nykykunnat	7	211	0,48	76
Malli A	33	187	0,33	92
Malli B	51	159	0,26	103
Malli C	48	205	0,31	102

Mallien vaikutuksia palvelujärjestelmän uudistamisen tavoitteisiin

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen, malli A

Malli A

Kunnat (tai mahdollisesti jotkin sote-alueet) vastaavat laajasti perustason ja erityistason palvelujen järjestämisestä. Ervalla on kapea vastuu mm. toimintojen koordinoinnista.



Malli A:

Kunnat (tai mahdollisesti jotkut sote-alueet) vastaavat laajasti perustason ja erityistason palvelujen järjestämisestä. Ervalla on kapea vastuu muun muassa toimintojen koordinoinnista.

Noin 70 kuntaa (mukana mahdollisesti muutama sote-alue) ja 5 erva-alueetta

Peruskuvauk

Noin 70 kuntaa (mukana mahdollisesti muutama sote-alue) ja 5 ervaa. Kukin kunta (tai sote-alue) vastaa laajasti perustason ja erityistason palvelujen järjestämisestä. Ervalla on kapea vastuu palveluista. Lisäksi sillä on koordinaatiotehtäviä, suunnittelutehtäviä ja viranomaistehtäviä palveluihin liittyvästä kansallisesta ja alueellisesta koordinaatiosta ja muista yhteisistä tehtävistä. Mallilla A halutaan tarkastella olisiko sosiaali- ja terveydenhuolto järjestettävissä

kuntarakennetyöryhmän esittämien selvitysalueiden mukaisesti muodostuvalla kuntarakenteella niin, että kukin kunta olisi järjestämis- ja rahoitusvastuussa kansallisesti keskitettäviä tehtäviä lukuun ottamatta.

Mikä muuttuisi hallinnollisesti?

Vastuu erikoissairaanhoidosta ja kehitysvammaisten erityishuollosta siirtyy suoraan kunnille ja mahdollisesti muutamalle sote-alueelle pois sairaanhoitopiireiltä ja erityishuoltopiireiltä.

Erityisesti huomioitavaa

Hallituksen iltakoulun kirjaus ”muodostuvien kuntien perusteella” on tulkittu tässä mallissa siten, että esityksen mukaisista selvitysalueista muodostuisi kuntia. Kuntien väestöpohja vaihtelisi yli miljoonasta asukkaasta alle 10 000 asukkaaseen. Niiden rahoituksellinen kantokyky vaihtelisi asukasta kohti kertyvien verotuloin mitattuna 2415 eurosta 4199 euroon (variaatiokerroin 0,12), ja osaamisen turvaamisen kantokyky vaihtelisi eri puolilla maata ja eri osissa maakuntia. Pelkkä valtionosuusjärjestelmällä tapahtuva kuntarahoituksen taseus ei turvaisi yksittäisten kuntien tosiasiallista mahdollisuutta vastata koko tehtävästä.

Yhteenveto mahdollisista vaikutuksista

Vahvuudet

- Malli mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraation sekä horisontaalisesti että vertikaalisesti.
- Sote-päätöksenteko on samassa kokonaisuudessa kunnan muun hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen päätöksenteon kanssa.
- Vahva kuntaohjaus voi toteutua erityisesti isoissa kunnissa.

Heikkoudet

- Kuntien väliset erot sekä taloudellisessa että osaamiseen liittyvässä kantokyvyssä vaihtelisivat niin paljon, ettei suurimmalla osalla kuntia olisi mahdollisuutta itse vastata sosiaali- ja terveydenhuollostaan.
- Suurin osa kunnista joutuisi ostamaan merkittävimmän osan sosiaali- ja terveydenhuollostaan muilta kunnilta tai markkinoilta tai järjestämään joidenkin vahvempien vapaaehtoisten kuntien kanssa yhteisiä järjestämisen rakenteita.
- Kuntien välisten suurten erojen vuoksi malli huonontaisi yhdenvertaisuutta, koska suuria väestöpohjia vaativissa tehtävissäkään ei olisi lakisäätteisiä yhteisrakenteita kuten nykyiset sairaanhoitopiirit.
- Malli on kustannustehokkaiden palvelujen tuottamisen kannalta erittäin ongelmallinen suuressa osassa kuntia.
- Käytännössä malli on epärealistinen, koska valtaosa järjestämisvastuisista tahoista ei selviä tehtävistä esitetystä laajuudesta (ei todellista kantokykyä) eli malli ei sellaisenaan ole toteutettavissa sote-järjestämiskäytännönä.
- Koska kunnat ovat hyvin erikokoisia, ei niiden yhteinen erivan ohjaus toimi tasapainoisesti.

Yhdenvertaisuus ja asiakaskeskeisyys

- Järjestäjätahojen kantokyky vaihtelee, mistä seuraa lisääntyviä alueellisen yhdenvertaisuuden ongelmia sekä palvelujen saatavuudessa että rahoituksessa.
- Toimeentulotuen asukasta kohti lasketut summat vaihtelisivat järjestäjätahoittain 33 eurosta 187 euroon (variaatiokerroin 0,33).
- Sekä peruspalveluissa että erityispalveluissa syntyy polarisoitumista suurten, vauraiden keskuskuntien ja pienten kuntien välillä.
- Malli tukee nykytilannetta paremmin monialaista yhteistyötä edellyttäviä palveluja (esim. ehkäisevässä päihdetyössä ja päihdepalveluissa) järjestämistä suurissa kunnissa, mutta pienemmissä kunnissa asiakkaat saattavat joutua hakemaan palvelujaan useilta erillisiltä palveluntuottajilta, jotka toimivat sopimus pohjaisesti suhteessa kuntaan.

Väestömuutokset

- Mallissa muodostuu iso määrä vanhusten tulevista palveluista vastaavia kantokyvyltään erilaisia järjestäjiä, joiden palvelujen kehittäminen ja tehostaminen vastaamaan kokonaisuutena väestömuutokseen on vaikeaa.
- 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä vaihtelisi 4,3 %:sta 13,7 %:iin (variaatiokerroin 0,33).
- Pienissä kehyskuntien ulkopuolisissa kunnissa vanhusten palveluiden toteuttamisen vaikeus näkyy enemmän henkilöstön saatavuudessa kuin tarpeen absoluuttisessa kasvussa. Keskuskaupungeissa taas palvelutarpeen absoluuttinen kasvu on määräävä tekijä.
- Kehyskuntien ulkopuolella olevat kunnat joutuvat kilpailemaan vanhusten palveluihin tarvittavista ammattilaisista keskuskaupunkien ja kehyskuntien kanssa, mikä joutaa henkilöstökustannusten tason nousuun
- Pienet organisaatiot ovat erittäin haavoittuvia erityispalvelujen järjestäjiä silloin kun eri erityisosaajina on vain yksittäisiä ammattihenkilöitä
- Mallissa on nykytilanteeseen verrattuna suuri riski henkilöstön ja osaamisen vajeeseen erityisesti erityispalveluissa. Niiden järjestämisvastuu hajautuu nykyistä useammalle ja eritasoisille organisaatioille, jotka ryhtyvät rakentamaan palveluja ja kilpailemaan osaajista.

Kantokyky

- Suurimmassa osassa kuntia ja sote-alueita palvelutarpeen satunnaisvaihtelu on suurta ja johtaa rahoituksen epävakauteen eli malli ei oleellisesti muuta nykytilannetta kustannusten ennakoitavuuden suhteen. Erikseen tulee arvioitavaksi kuntien välisen taseusjärjestelmän tarve nykyisen sairaanhoitopiiripohjaisen taseusmenettelyn tilalle.
- Mallissa järjestäminen ja rahoitus ovat samoissa käsissä, pääsääntöisesti kunta. Suurimmassa osassa kuntia palvelut joudutaan kuitenkin hankkimaan toisilta kunnilta tai markkinoilta tai tuottamaan ne yhdessä muiden kuntien kanssa.
- Väestömäärät vaihtelisivat 8075:sta 1063516:een (variaatiokerroin 1,74).

Palvelujärjestelmän korjaus

- Malli saattaa vahvistaa peruspalveluja joissain kunnissa nykytilaan verrattuna. Joissain kunnissa tilanne huononee. Isot järjestämisvastuun kantavat tahot pärjäävät entistä paremmin ja pienet järjestämisvastuussa olevat heikkenevät nopeasti.
- Malli heikentää monissa kunnissa palveluja nykytilanteeseen verrattuna, kun järjestäjätahot joilla ei ole osaamista tai kokemusta erityispalvelujen/erikoissairaanhoidon järjestämisestä, joutuvat ne rakentamaan.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteko säilyy kunnan päätöksenteon yhteydessä eli nykytilanne jatkuu. Siten sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteko on kunnan muiden toimialojen kanssa samassa kokonaisuudessa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevan päätöksenteon kanssa (esim. oppilashuolto ja kouluterveydenhuolto)
- Suurissa kunnissa malli tukee hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen monialaista johtamista ja hallinnonalat ylittävien toimeenpanorakenteiden luomista eri hallinnonalojen yhteisenä tehtävänä (kunnan hyvinvointiryhmä ja hallinnonalat ylittävä koordinaatio).
- Pienemmissä kunnissa, joissa sote-palveluita hankitaan ulkopuolelta, yhteistyörakenteet monimutkaistuvat ja vastuut pirstoutuvat nykytilanteeseen verrattuna.
- Mallissa useilla kunnilla ei ole mahdollisuuksia erityispalvelujen järjestämiseen lainkaan, mikä tuo huomattavaa huononnusta nykytilanteeseen verrattuna. Malli johtaa erityispalveluiden rapautumiseen, kun järjestäjätahojen määrä on suuri.
- Malli lisää kilpavarustelua, kun jokainen järjestäjätaho varustaa itsenäisesti yksikönsä. Kilpailu erityisosajista kasvaa ja sitä kautta kilpavarustelu lisääntyy.
- Malli johtaa tuottavuuden alenemiseen.
- Pienet kunnat/alueet eivät kykene tarjoamaan työnantajille työterveyshuollon kokonaispalveluja, jolloin ne eivät pärjää kilpailussa yksityisten palvelutuottajien kanssa eli nykytilanne jatkuu.
- Mallissa on nykytilannetta parempi mahdollisuus asiakasprosesseja tukeviin ICT-ratkaisuihin, koska prosessit pääosin yhden organisation sisällä. Pienemmissä yksiköissä ei ole ICT-kehittämisen ja hankintojen edellyttämää osaamista riittävästi.
- Malli ei ratkaisisi nykytilanteen ICT-järjestelmien pirstaleisuutta ja ICT-kehittämisen ”toimittajavetoisuutta”, koska edelleen olisi paljon itsenäisiä hankintoja. Integrointi kansallisiin järjestelmiin on mallissa työlästä.

Demokratia ja ohjaus

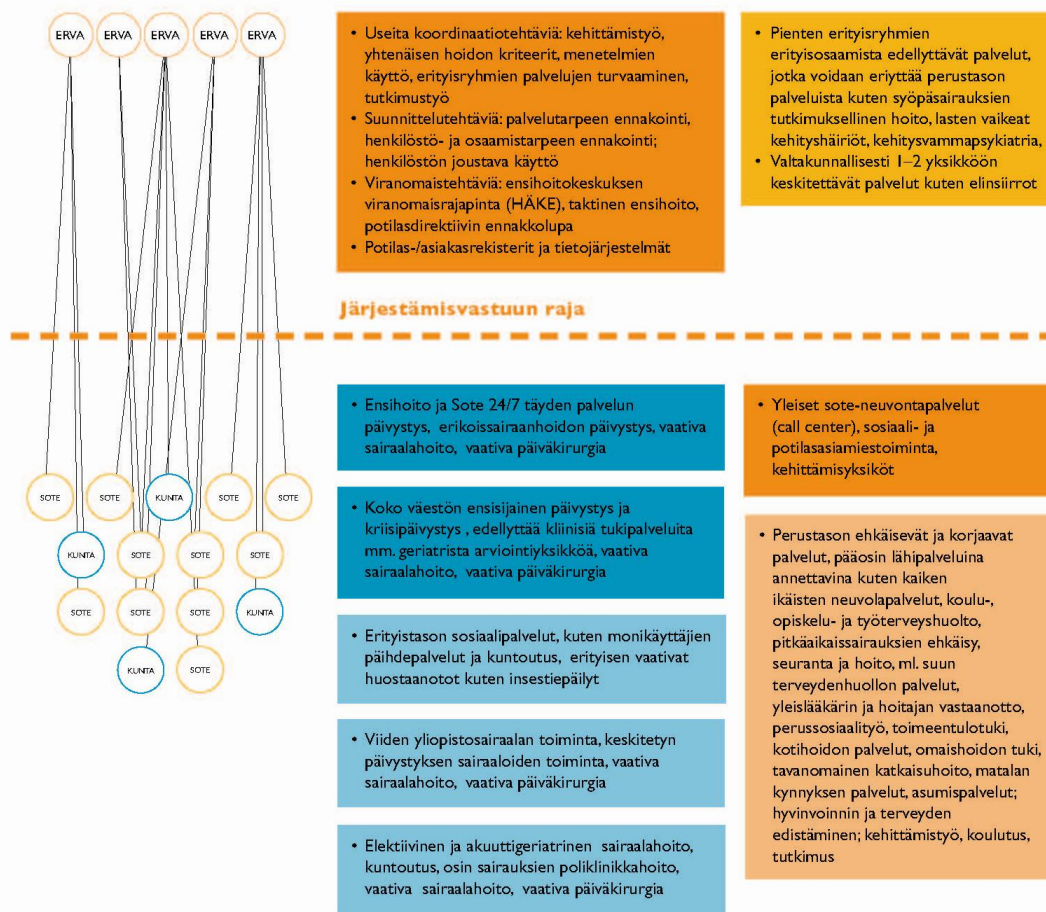
- Mallissa päätöksenteko säilyy kunnissa eli nykytilanne ei muutu. Tosiasiallisesti suuri osa kunnista jää riippuvaisiksi suurten kuntien ja markkinoiden palvelutarjonnasta.
- Asukkaiden tosiasialliset mahdollisuudet vaikuttaa palveluihinsa lähidemokratian keinoin vaihtelevat suuresti.
- Kunnat joutuvat nykytilannetta useammin ratkaisemaan palvelujärjestelmän osia vapaaehtoisilla yhteenliittymillä ja keskinäisillä sopimuksilla, jolloin päätöksenteko palveluista hajautuu kansallisesti tarkasteltuna sattumanvaraisesti
- Pienten kuntien näkökulmasta erityisvastuualueilla on riskinä suurten kuntien ylivalta. Mitä suurempia ja tasavahvempia kunnat olisivat, sitä paremmin ne pystyisivät yhdessä vaikuttamaan ervansa päätöksiin.
- Sote-kentässä paljon palvelujen pieniä hankkijoita, jolloin palvelujen tarjoajat aina tilaajia ja kilpailuttajia vahvempia eli malli ei tuo muutosta nykytilanteeseen.

- Mallissa järjestäjätahojen kansallinen ohjaus vaatii nykyistä voimakkaampia ohjaustyökaluja ja yksityiskohtaista normiohjausta, ja sen tiukkaa valvontaa
- Malli synnyttää nykytilannetta enemmän yksittäisistä kunnista lähtevistä intresseistä ja kuntien erilaisesta kantokyvystä johtuen erilaisia palveluratkaisuja, joiden arviointi on vaikeaa (esim. laatu ja potilasturvallisuus).
- Mallissa täytyy huolehtia siitä, että kuntien päätöksillä syntyvät yhteistoimintaratkaisut ovat väestön kannalta oikeudenmukaisia ja kaikki huolehtivat vastuistaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen, malli B

Malli B

Sote-alueet (ja mahdollisesti jotkin suuret kunnat) vastaavat laajasti perustason ja erityistason palvelujen järjestämisestä. Ervalla on kapea vastuu mm. toimintojen koordinoinnista.



Malli B:

Sote-alueet (ja mahdollisesti jotkin suuret kunnat) vastaavat laajasti perustason ja erityistason palvelujen järjestämisestä. Ervalla on kapea vastuu muun muassa toimintojen koordinoinnista.

70 - 150 kuntaa, joista muodostuu 12 - 17 järjestäjätahoa (kuntia tai sote-alueita) ja 5 erva-alueita

Peruskuvauk

Noin 70 - 150 kuntaa, joista muodostuu 12 -17 järjestäjätahoa. Sote-alueet ja mahdollisesti jotkin suuret kunnat vastaavat perustason ja erityistason palvelujen järjestämisestä. Sote-alueen tulee pystyä vastaamaan kaikista väestön sote-palvelutarpeista ympäri vuorokauden. Ervalla on kapea vastuu toimintojen koordinoinnista ja joistain erityisistä palveluista.

Mikä muuttuisi hallinnollisesti

Kuntien, yhteistoiminta-alueiden, sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien tehtävät siirtyvät noin 12 - 17 sote-alueen vastuulle.

Erityisesti huomioitavaa

Sote-alueet eivät olisi poikkeusmenettely. Niille tulee määrittää riittävä vahvuus ja muut edellytykset, jolla vastuu nykyistä laajemmasta perustasosta ja koko erityistasosta on hoidettavissa. On pohdittava kuinka ervojen tehtävät hoidetaan, jos järjestäjätahoja on näin vähän.

Yhteenvedo mahdollisista vaikutuksista

Vahvuudet

- Malli lisää yhdenvertaisuutta.
- Malli integroi sosiaali- ja terveydenhuollon horisontaalisesti ja vertikaalisesti.
- Asiakaskeskeisyys vahvistuu, kun koko palveluketju ja -verkko on mahdollista toteuttaa laadukkaasti ja tehokkaasti samassa päätöksenteon, rahoituksen ja johtamisen kokonaisuudessa.
- Suuri väestöpohja riittää tasamaan kustannusvaihteluja myös hyvin kalliissa tai pitkäaikaisissa palveluissa, vakauttaa kuntataloutta.
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaaminen vahvistuu.

Heikkoudet

- Sote-alueilla sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteko irtautuu kunnan muusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen päätöksenteosta.
- Lisää erva-tason kilpavarusteluriskiä, mikäli ervojen välisistä suhteista ei kansallisella tasolla säädeltäisi.

Yhdenvertaisuus ja asiakaskeskeisyys

- Mallissa yhdenvertaisuus paranee nykytilanteeseen verrattuna, kun järjestämisvastuullisen organisaatioiden kantokyvyn erot tasaantuvat.
- Väestön hyvinvointia kuvaava asukasta kohti laskettu toimeentulotuki vaihtelisi 51 eurosta 159 euroon (variaatiokerroin 0,26). Vaihtelu olisi erittäin selvästi pienempi kuin mallissa A tai nykytilanteessa.
- Asiakaskeskeisyys toteutuu nykytilannetta paremmin. On mahdollista toteuttaa koko palveluketju ja -verkko laadukkaasti ja tehokkaasti, kun yksi taho vastaa kokonaisluokonaisuudesta.

- Perustason tutkimus- ja kehittämistoiminta voidaan koota 12 - 17 yksikköön ja vahvistaa sitä nykytilannetta paremmin asiakkaan hyväksi.
- Malli eriyttää sote-palvelut peruskunnan muista palvelujen järjestäjistä elämän kulun mukaan organisoiduissa ja monialaista yhteistyötä edellyttävissä palveluissa, mutta helpottaa ja vahvistaa sote:n peruspalvelujen ja erityispalvelujen kokonaisuutta.

Väestömuutos

- Malli integroi ikääntyvän väestön palvelujen järjestämisvastuun nykytilannetta paremmin. Edellytykset palvelutarpeisiin vastaamiseen ovat lähtökohtaisesti käsitellyistä malleista parhaat.
- Rajallinen määrä ikääntyneiden palveluista järjestämisvastuussa olevia tahoja mahdollistaa kansallisen tuen vaikuttavuuden palvelujen kehittämiseksi ja uudistamiseksi.
- Mallissa mahdollisuudet tehokkaaseen rekrytointiin ja osaamisen varmistamiseen ovat paremmat kuin nykytilanteessa ja käsitellyistä malleista parhaat.
- Malli antaa mahdollisuuden henkilöstövuokrauksesta irrottautumiseen alueellisten henkilöstöpoolien myötä ja parantaa nykytilannetta
- Nykytilanteeseen verrattuna kilpailu osaavasta julkisen sektorin henkilöstöstä siirtyä oman organisaation sisään
- Nykytilanteeseen verrattuna pienempään määrään järjestäjätahoja on mahdollista rekrytoida osaavimmat johtajat.
- Vastuualueiden väestön ikääntyminen vaihtelisi väestöpohjasta huolimatta ja 75 vuotta täyttäneiden osuus vastuuväestöstä vaihtelisi 5,9 prosentista 11,3 prosenttiin (variaatiokerroin 0,14). Vaihtelun suuruus olisi kuitenkin merkittävästi pienempi kuin mallissa A tai nykytilanteessa.

Kantokyky

- Mallissa suuri väestöpohja riittää tasamaan kustannusvaihteluja myös hyvin kalliissa tai pitkäaikaisissa palveluissa selvästi nykytilannetta paremmin.
- Mallissa resurssien kokoaminen mahdollistaa teknologian paremman hyödyntämisen ja esimerkiksi sähköisen asioinnin kehittämisen ja muiden innovaatioiden hyödyntämisen nykytilannetta paremmin.
- Maakunnittain (18 kpl) laskettuna asukaskohtaiset verotulot olisivat 2669 eurosta 3986 euroon (variaatiokerroin 0,09) eli mahdollisuus kestävään talouteen olisi merkittävästi yhtenäisempi kuin mallissa A tai nykytilannetta. Vastaavasti maakunnittain laskettuna väestömäärä vaihtelisi 68 321 ja 1 532 309 välillä (variaatiokerroin 1,11). Kaksi pienintä aluetta jäisivät alle 100 000 asukkaan väestöpohjan ja olisivat täten talouden vakauden kannalta haavoittuvia. Käytännössä kantokykytekijät voisivat kuitenkin sote-alueiden / kuntien osalta muodostua tasaisemmiksi kuin mitä maakuntakohtaiset indikaattorit osoittavat.

Palvelujärjestelmän korjaus

- Mallissa on nykytilannetta parempi mahdollisuus vahvistaa peruspalveluja osana sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuutta, koska järjestämisvastuu on riittävän suurilla harteilla.
- Malli mahdollistaa nykytilannetta paremman integraation perus- ja erityispalvelujen välille.
- Mallissa resurssien uudelleenallokointi mahdollistuu nykytilannetta selvästi paremmin.
- Samanlainen palveluvalikoima voidaan toteuttaa maan eri osissa.
- Peruspalveluista järjestämisvastuussa riittävän suuri taho, jolla skaalaetu ja riittävä osaaminen sekä palvelutuotantoon että -hankintaan sekä mahdollisuus turvata myös uudenlaiset lähipalvelut pääosin omana toimintana (sähköiset, liikkuvat ym.).
- Malli vähentää kilpavarustelua, kun järjestäjätahojen määrä on riittävän pieni, jolloin varustelu on ohjattavissa. Lisää erva-tason kilpavarusteluriskiä, mikäli ervojen välisistä suhteista ei kansallisella tasolla säädeltäisi.
- Mallissa sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteko siirtyy pääosin sote-alueille ja siten irtaantuu yksittäisen kunnan muusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevasta päätöksenteosta. Näin tosin on yhteistoiminta-alueisiin kuuluvissa kunnissa tilanne jo nykyisin.
- Jos hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä johdetaan ja jos se toiminnallisesti organisoidaan kunnissa ja sote-alueella niin, että sote-alueet osallistuvat kuntien hyvinvointistrategiseen työhön, malli vahvistaa nykytilanteeseen verrattuna kuntien asiakaskeisestisesti organisoitua hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutusta ja palvelukokonaisuuksia ja tuo lisää erityisosaamista kunnille. Kunnilla tulee tällöin olla kunta-johdon alaisuudessa hallinnonalat ylittävä hyvinvointityöryhmä, jonka toiminta on yhteen sovitettava sote-alueen terveyden edistämisestä vastuussa olevan työryhmän kanssa. Sote-alue koordinoi hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä alueella ja sen tulee tukea alueen kuntia niiden terveyden edistämistyössä.
- Malli vahvistaa ja yhdenmukaistaa alueellista, kuntien yhteistä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tiedon tuottamista, suunnittelua, kehittämistä, koulutusta, hyvien käytäntöjen vakiinnuttamista ja arviointia.
- Alueellinen eriarvoisuus vähenee, kun alueen sisällä myös reuna-alueiden väestön palveluista kyetään huolehtimaan.
- Mallissa on nykytilannetta parempi mahdollisuus asiakasprosesseja tukeviin ICT-ratkaisuihin. Tilajaorganisaatioita 12 - 17 ja ne muodostavat nykytilannetta toimivammat ja dynaamisemmat markkinat.
- Nykytilanteeseen verrattuna sote-ICT:n ja muiden kunnallisten palveluiden ICT:n välille jäisi rajapinta.

Demokratia ja ohjaus

- Mallissa sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteko siirtyy kuntien yhteistoimintarakenteisiin ja siten irtaantuu yksittäisen kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevasta päätöksenteosta muuttaen nykytilannetta.
- Mallissa peruskunnat teknisiä maksajia, jolloin kuntakeskeisyys vaarantuu. Toisaalta malli voi johtaa kuntarakennetta uudistavaksi sote-aluekeskeisyydeksi.
- Sairaanhoidopiirit ovat historiallisesti vahvin rakenne, jonka pohjalta on mahdollista rakentaa uutta. Jos aluejako on nykyisten sairaanhoidopiirien kaltainen, kulttuurin-

muutos on haastava, koska nykyisiä toiminnallisia rajoja ei tarvitse uudistuksen yhteydessä muuttaa.

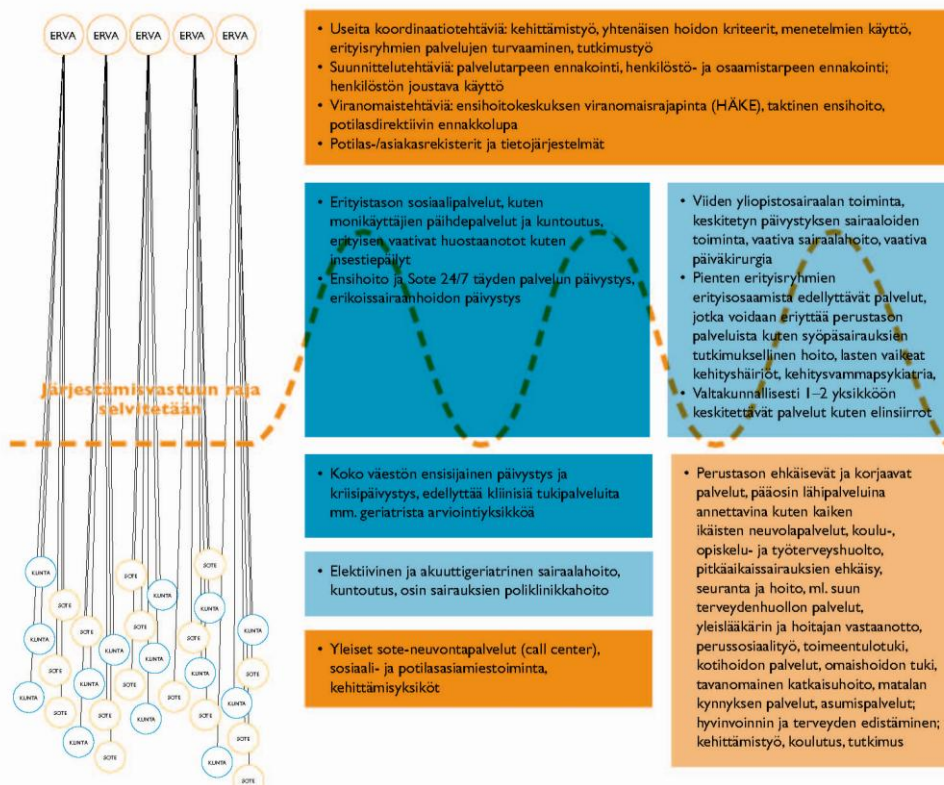
- Laitteisiin liittyvä kilpavarustelun riski erikoissairaanhoidossa voi lisääntyä nykymalliin verrattuna. On mahdollista nykyistä paremmin hallita tällaista kilpavarustelua ervojen toimivallan ja kansallisen keskittämisen myötä.
- Kansallinen ohjaus toteutuu nykytilannetta merkittävästi paremmin ja kaikista malleista parhaiten.
- Valtion ohjaus voidaan painottaa erityisesti kansalliseen koordinaatioon ja kilpavarustelun ehkäisyyn. Voitaisiin nojautua puitelakityyppisen sääntelyn lisäksi melko vahvasti omavalvontaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen, malli C

Malli



Kunnat tai sote-alueet vastaavat laajennetusta perustason palvelujen järjestämisestä mukaan lukien merkittävä osa sairaalahoitoa. Ervan asemaa selvitetään. Jatkotyössä täsmennetään edellytykset perustason (kunta tai sote-alue) kantokyyville sekä järjestämisvastuu molemmilla tasoilla.



Malli C:

Kunnat/sote-alueet vastaavat laajennetusta perustason palvelujen järjestämisestä mukaan lukien merkittävä osa erikoissairaanhoidosta sekä perustason terveystalvelujen ja sosiaalihuollon päivystys. Ervat vastaisivat oikeushenkilöinä tutkimuksen, koulutuksen ja työnjaon koordinoinnista. Jatkotyössä selvitetään tarkemmin ervojen järjestämis-/tuotantovastuu palveluista. Lisäksi täsmennetään edellytykset perustason (kunta tai sote-alue) kantokyyville.

70 - 150 kuntaa, joista muodostuu enintään 25 - 35 järjestäjätahoa (kuntia tai sote-alueita) ja 5 ervaa.

Peruskuvauk

Noin 70 - 150 kunnasta muodostuu enintään 25 - 35 järjestäjätahoa (kunnat/sote-alueet), jotka vastaavat laajennetusta perustason palvelujen järjestämisestä mukaan lukien merkittävä osa erikoissairaanhoidosta sekä perustason terveystalvelujen ja sosiaaliuillon päivystys. Viisi erua vastaisi oikeushenkilöinä tutkimuksen, koulutuksen ja työnjaon koordinoinnista. Jatko-työssä selvitetään tarkemmin ervojen järjestämis-/tuotantovastuu palveluista. Lisäksi täsmennetään edellytykset perustason (kunta tai sote-alue) kantokvyylle.

Mikä muuttuisi hallinnollisesti

Vastuu nykyisten sairaanhoitopiirien toiminnasta määritellään perustason toimijoiden ja ervojen osalta myöhemmin. Vastuunjaosta riippuen osa erityispalveluista kustannuksineen päätettäisiin erillään muusta sote-päätöksenteosta.

Erityisesti huomioitavaa

Mallissa on vielä paljon avoinna olevia asioita, jotka edellyttävät jatkokehittämistä, kuten järjestämisvastuun rajan täsmentäminen ja perustason järjestäjän kantokvyymin minimitason määrittelyä. Koska mallissa merkittävä osa nykyisten sairaanhoitopiirien toiminnasta sisällytetään uuden perustason laajennettuun vastuuseen, edellytetään perustason vastuutahoilta huomattavaa kantokvyyä ja rajattua lukumäärää. Mitä laajempi vastuu kunnalla / sote-alueella on erikoissairaanhoidosta, sitä vähäisempi järjestäjätahojen määrän tulisi olla.

Jatkotyössä täsmennetään edellytykset perustason (kunta tai sote-alue) kantokvyyille sekä molempien tasojen järjestämisvastuut. Järjestämisvastuu olisi kaikilla perustason järjestämisvastuutahoilla keskenään ja kaikilla viidellä ervalla keskenään saman laajuinen. Myös tuotantoon liittyviä kysymyksiä tarkastellaan jatkotyössä.

Yhteenveto mahdollisista vaikutuksista

Vahvuudet

- Malli parantaa yhdenvertaisuutta.
- Malli vahvistaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamista.
- Iäkkäiden palvelukokonaisuus vahvistuu.
- Malli integroi sosiaali- ja terveydenhuollon horisontaalisesti.
- Vastuunjaosta riippuen malli integroi myös merkittävän osan sosiaali- ja terveydenhuoltoa vertikaalisesti laajoiksi palvelukokonaisuuksiksi.

Heikkoudet

- Jos perustason vastuu erikoissairaanhoidosta ja erityispalveluista jää vähäiseksi, ei vertikaalisen integraation palvelukokonaisuuksista muodostu peruspalvelujen vahvistamisen kannalta riittäviä eikä asiakkaiden palvelujen vastuuta selventäviä. Tällöin syntyy uusi rajapinta erikoissairaanhoidon sisälle ja saa aikaan kuntien omistamien palvelukokonaisuuden osien välillä kilpailua ja osioimintia kuten nykyisessä järjestelmässä.

- Jos järjestämisvastuussa olevien kuntien / sote-alueiden lukumäärä on suuri ja niiden kantokyky vaihteleva, tarvitaan vahvaa keskusohjausta hoidon saatavuuden ja yhdenvertaisuuden turvaamiseksi molemmilla tasoilla.
- Jos järjestämisvastuussa olevia kuntia / sote-alueita on liikaa, joudutaan erikoissairaanhoidon vastuuta jakamaan näiden ja ervojen välillä. Tällöin saatetaan heikentää palvelujärjestelmää nykyisestä.

Yhdenvertaisuus ja asiakaskeskeisyys

- Malli parantaa yhdenvertaisuutta, kunhan perustason organisaatiot muodostetaan riittävän vahvoiksi.
- Malli parantaa merkittävästi erityistason palveluiden yhdenvertaisuutta, kun vastuutahoja on tarpeeksi pieni määrä ja niiden kantokyky riittävä.
- Mallissa suurten, erityisesti iäkkäiden potilasryhmien palvelukokonaisuus paranee nykytilanteeseen verrattuna, kun iäkkäiden akuuttien sairauksien hoito ja kuntoutus järjestetään vastaamaan erityisesti ikäryhmän tarpeisiin.
- Mallissa eräiden potilasryhmien palvelukokonaisuus saattaa pilkkoutua, jos erikoissairaanhoidon tulee uusi rajapinta nykytilanteeseen verrattuna.
- Hyvinvointia kuvaava asukaskohtainen toimeentulotuki vaihtelisi 48 eurosta 205 euroon (variaatiokerroin 0,31). Vaihtelu olisi merkittävästi pienempää kuin mallissa A, mutta suurempaa kuin mallissa B.

Väestömuutos

- Edellytykset vastata ikääntyvän väestön palvelutarpeeseen paranevat nykytilanteeseen verrattuna, koska vastuu palvelukokonaisuudesta selkeytyy.
- Mahdollisuudet hyvien käytäntöjen levittämiseen kansallisesti ovat paremmat kuin nykyisin.
- Kilpailu osaavasta henkilöstöstä vähenee merkittävästi nykyrakenteeseen verrattuna.
- Vaihtelu väestörakenteessa olisi kohtalaisen suurta. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä vaihtelisi 4,5 prosentista 12,0 prosenttiin (variaatiokerroin 0,21). Vaihtelu olisi jonkin verran pienempää kuin mallissa A, mutta selvästi suurempaa kuin mallissa B.

Kantokyky

- Kantokyvyn edellytykset perustasolle on määriteltävä. Järjestämisvastuun edellytysten sekä talouden vakauden ja kestävyuden varmistamiseksi perustason järjestäjätahojen tulee olla riittävän suuria.
- Nykyisen sairaanhoitopiirikohtaisen tasausten poistuessa voi syntyä tarvetta uudelleenlaiseen tasauskäytäntöön sekä sosiaali- että terveydenhuollossa.
- Osaamisen kantokyyvaatimus liittyy ainakin geriatrisen erityisosaamisen tuella toteutettavaan muistisairauksien hoitoon ja ehkäisyyn sekä ikääntyneiden akuuttien sairauksien sairaalahoitoon ja kuntoutukseen kotona pärjäämisen turvaamiseksi.
- Asukasta kohti lasketuin verotuloin mitattuna talouden kestävyys vaihtelisi 32 järjestämisvastuullisten tahojen mukaan laskettuna 2627 euron ja 4540 euron välillä (variaatiokerroin 0,13). Vaihtelu olisi samaa luokkaa kuin mallissa A ja merkittävästi suurempaa kuin mallissa B. Väestön määrän vaihtelu olisi 49 520 ja 606 902 välillä (va-

riaatiokerroin 0,73). Pienimmät väestöt eivät varmistaisi talouden vakautta eivätkä tarjoaisi kantokykyä osaamisen turvaamiseen laajojen palvelukokonaisuuksien osalta.

Palvelujärjestelmän korjaus

- Malli mahdollistaa peruspalvelujen vahvistamisen nykytilanteeseen verrattuna, kunhan perustason organisaatiot ovat riittävän vahvoja. Ervan vastuuseen sisällytetään velvoite perustason monipuoliseen tukemiseen.
- Perustason järjestäjätahoja muodostettaessa, tulee huomioida alueelliset erot olosuhteissa ja siksi varmistaa, että peruspalvelujen korjausedellytykset koko maassa vahvistuvat.
- Mallissa palvelujärjestelmään saattaa syntyä nykytilanteeseen verrattuna uusi rajapinta. Sen hallintaan on kehitettävä uudet keinot, joiden toimivuudesta ei ole kokemusta.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteko siirtyy osassa maata sote-alueille ja siten irtaantuu yksittäisen kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevasta päätöksenteosta. Jos hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä johdetaan ja toiminnallisesti organisoidaan kunnissa ja sote-alueella niin, että sote-alueet osallistuvat kuntien hyvinvointistrategiseen työhön, malli vahvistaa kuntien asiakaskeskeisesti organisoitua hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutusta ja palvelukokonaisuuksia ja tuo lisää erityisosaamista kunnille.
- Malli tukee alueellista, kuntien yhteistä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tiedon tuottamista, suunnittelua, kehittämistä, koulutusta, hyvien käytäntöjen vakiinnuttamista ja arviointia.
- Kun vastuu rekisterinpidosta ja tietojärjestelmistä siirtyy erva-tasolle, mahdollistuu järjestelmien tehokkaampi kehittäminen ja sujuva tiedonkulku.

Demokratia ja ohjaus

- Sote-alueilla sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteko siirtyy kuntien yhteistointarakenteisiin ja siten irtaantuu yksittäisen kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevasta päätöksenteosta muuttaen nykytilannetta.
- Kuntien vahvistuminen yhdistymällä (70 - 150 kuntaa) luo mahdollisuuden paitsi osalle kuntia vastata itse sosiaali- ja terveydenhuollon perustasosta myös muille mahdollisuuden vahvemmin vaikuttaa kuntien muodostamien kokonaisuuksien (sote-alueet) ratkaisuihin.
- Vahvojen ja mahdollisimman samantasoisten perustason järjestäjätahojen kansallinen ohjaus on nykytilannetta merkittävästi selkeämpää. Tämä edellyttää, että vastuutahoja on rajattu määrä.
- Jos järjestämistahoja on liian monta, kasvaa kilpavarustelun riski. Tällöin kilpavarustelun ehkäisemiseksi on tarpeen vahvistaa kansallista ohjausta ja täsmentää kansallisia keskittämissäännöksiä.

Kuntien ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismallien määrät eri malleissa

	Kuntien määrä	Järjestämismallien tahojen lukumäärä yhteensä	Ervojen lukumäärä
A	n. 70	n. 70, pääosin kuntia, poikkeuksena mahdollisesti muutama sote-alue	5
B	mahdollisimman pieni, esimerkiksi 70-150	12-17, pääosin sote-alueita, poikkeuksena mahdollisesti muutama kunta	5
C	mahdollisimman pieni, esimerkiksi 70-150	enintään 25-35, kuntia tai sote-alueita	5

Työryhmän käsittelemät vaihtoehtoiset lähtökohdat

Edellä mainittuja kolmea mallia A-C valmisteltaessa käsiteltiin työryhmässä lisäksi muita vaihtoehtoisia lähtökohdita tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeksi.

Yhtenä lähtökohdita käsiteltiin vaihtoehtoa, jossa kuntien / sote-alueiden sekä ertain vastuuja-ko säilyisi nykyisen kaltaisena siten, että **kunnat / sote-alueet vastaisivat perustason palveluista**. Nykyinen sairaanhoitopiirien toiminta sekä osa peruspalveluita siirtyisivät kokonaisuudessaan viidelle ertainalle. Tässä vaihtoehdossa olisi tingitty hallitusohjelman mukaisesta vertikaalisesta integraatiosta, jolloin useammalle kunnalle voisi jättää vastuuta oman väestönsä sote-palveluista. Tämän vaihtoehdon jatkovalmistelusta päätettiin kuitenkin työryhmässä luopua, koska tällöin ei korjattaisi lainkaan niitä sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisimpiä ongelmia, joihin palvelurakennemuutoksella pyritään vaikuttamaan. Vaihtoehdon katsottiin päinvastoin heikentävän peruspalveluita entisestään. Ervoista puolestaan muodostuisi suhteetoman suuria ja niiden omistajaohjaus muodostuisi kuntien / sote-alueiden kannalta vielä haasteellisemmaksi kuin nykyisten sairaanhoitopiirien ohjattavuus.

Työryhmän keskustelussa oli esillä myös vaihtoehto, jossa **terveydenhuollon järjestämismallit olisivat yhdellä alueellisella toimijalla ja sosiaalihuollon järjestämismallit kunnilla**. Tässä vaihtoehdossa olisi toteutettu terveydenhuollon vertikaalinen integraatio täysimääräisesti, mutta tingittäisiin jo lainsäädännöllisesti toteutetusta perustason horisontaalisesta sote-integraatiosta. Vaikka terveydenhuollon vertikaalista integraatiota pidettiin keskeisimpänä keinona puuttua peruspalveluiden nykyisen heikon tilan korjaamiseen, ei tätä vaihtoehtoa päätetty jatkovalmistella. Erityisesti suurten yhteisten asiakasryhmien palveluhaasteisiin (esimerkiksi vanhustenhuollossa) vastaamisen kannalta on tärkeää pitää sosiaali- ja terveydenhuolto eheänä kokonaisuutena.

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELU- RAKENNETYÖRYHMÄN VÄLIJOHTOPÄÄTÖKSET KÄSITELLYISTÄ MALLEISTA

Työryhmä on vakuuttunut siitä, ettei nykyisellä kunta- ja palvelurakenteella voida turvata yhdenvertaisia sosiaali- ja terveyspalveluja. Peruspalveluiden saatavuudessa ja toiminnassa on vakavia puutteita, joita yritetään paikata muun muassa vuokraamalla henkilöstöä tai ulkoistamalla palveluja. Järjestelmän korjaaminen ei onnistu nykyisellä hajautetulla palvelurakenteella. Kiireelliseksi järjestelmän korjaamisen tekee väestön ikärakenteen muuttuminen tavalla, joka lisää palvelutarpeita ja alueellisia eroja entisestään. Maan sisäinen muuttoliike vaikuttaa myös mahdollisuuksiin rahoittaa sosiaali- ja terveyspalveluja. Lisäksi se kärjistää kuntakohtaisia eroja. Hoitomahdollisuuksien kehittyminen lisää osaltaan kustannuksia. Näistä syistä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen edellyttää sekä rakenteellisia että toiminnallisia muutoksia. Rakenteelliset muutokset ovat välttämättömiä osaavan henkilöstön saamisen turvaamiseksi sekä saumattomien palvelukokonaisuuksien luomiseksi ja uudistamiseksi.

Kuntarakenteen uudistaminen kuntarakennetta selvittäneen valtiovarainministeriön työryhmän linjausten mukaisesti on edellytys sille, että kunnat voisivat muodostua riittävän elinvoimaisiksi rahoittaakseen kuntien omilla tuloilla keskimäärin noin kaksi kolmasosaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista.

Työryhmä on toimeksiantonsa mukaisesti valmistellut kolmea vaihtoehtoista tapaa järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Mitään työryhmän käsittelemistä malleista ei ole tarkoituksenmukaista toteuttaa sellaisenaan ilman merkittävää kuntauudistusta. Mallien yksityiskohdat kytkeytyvät niin vahvasti tulevaan kuntarakenteeseen, että kuntarakennetta on uudistettava samanaikaisesti palvelurakenteen kanssa. Tästä syystä työryhmä ei voi asettaa malleja paremmuusjärjestykseen irrallaan tulevasta kuntarakenteesta. Tulevilla sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusratkaisuilla on tuettava tarkoituksenmukaista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä.

Työryhmän mielestä paras kuntarakenneratkaisu olisi niin vahva kunta, että se pystyisi huolehtimaan valtaosasta sosiaali- ja terveyspalveluja. Mikäli tällainen rakenne ei ole kaikilta osin mahdollinen, on vahvojen kuntien rinnalle muodostettava tulevan kuntarakenteen pohjalta kuntien muodostamia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavia kokonaisuuksia. Nämä kuntien muodostamat kokonaisuudet voisivat olla alueellisesti kuntien yhteisesti tekemien ratkaisujen perusteella hallintomalliltaan joko vastuukuntamallin tai kuntayhtymän mukaan toimivia.

Viiden erityisvastuualueen alueelliset tehtävät riippuisivat perustason toimijoiden kantokyvystä. Erityisvastuualueet muodostuisivat vahvojen kuntien ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavien kuntakokonaisuuksien lakisääteisen jäsenyyden pohjalta. Erityisvastuualueet olisivat oikeushenkilöitä.

Työryhmä korostaa sitä, että muodostuva kuntarakenne vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeseen. Tästä syystä kunta- ja palvelurakenteesta on linjattava samanaikaisesti.

Työryhmä korostaa edellä mainittujen linjausten lisäksi, että

- Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen on vahvistettava sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen toimintaedellytyksiä ja rahoitusta siten, että se palvelee yhdenvertai-

sesti koko väestöä sekä tukee heikoimmassa sosiaalisessa ja terveydellisessä asemassa olevien aseman parantamista.

- Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu on laaja ja siitä on säädettävä selkeästi ja yhtenäisesti koko maassa.
- Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuun on oltava mahdollisimman hyvin kytkettynä muuhun kunnalliseen päätöksentekoon.
- Kuntarakennetta on yhtenäistettävä, jotta kunnat voivat tosiasiallisesti kantaa vastuun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoituksesta.
- Kunta- ja palvelurakennemuutos on toteutettava siten, että siinä otetaan huomioon väestön ikääntyminen ja muut väestömuutokset sekä muu alueellinen erilaistuminen.
- Palvelujen tuottamisessa on otettava huomioon alueelliset erot.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekorakenteiden tulee olla mahdollisimman yksinkertaisia demokratian toteutumiseksi ja ohjauksen vahvistamiseksi.
- Palvelurakennemuutoksen toteuttamisen vaiheet on suunniteltava yhteistyössä kuntien kanssa.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutuksesta olisi päätettävä ja se olisi toteutettava mahdollisimman pian.
- Kielelliset oikeudet on turvattava rakennatkoissa.

Sosiaali- ja terveystalouden ministeriryhmä linjasi 31.5.2012 palvelurakennemuutusta. Ministeriryhmän mukaan sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä jatkossa riittävän suurissa kokonaisuuksissa. Muuten julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuutta ei pystytä turvaamaan. Tärkeää on myös koota sosiaali- ja terveydenhuolto mahdollisimman laajasti yhteen saman järjestäjän vastuulle.

Ministeriryhmä valitsi jatkotyön pohjaksi C-mallin, jossa kunnat tai sote-alueet vastaavat laajennetusta perustason palvelujen järjestämisestä mukaan lukien merkittävä osa sairaalahoitoa. Päätettävästä kuntarakenteesta riippuu, montako sote-aluetta tarvitaan vahvojen peruskuntien lisäksi. Erityisvastuualueiden roolia täsmennetään jatkotyössä.

Hallitus linjasi iltakoulussa 5.6.2012, että kuntien ja mahdollisten sote-alueiden vastuuta palveluiden järjestämisessä lisätään. Uudistuksella vahvistetaan sosiaali- ja terveystalouden sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä integraatiota. Näin luodaan mahdollisimman laajat palvelukokonaisuudet, vähennetään byrokratiaa ja vahvistetaan peruspalveluita. Uudistuksella turvataan kuntalaisten lähipalvelut.

Muun muassa työnjako-, koordinaatio-, suunnittelu- ja viranomaistehtäviä varten on viisi erityisvastuualuetta (erva). Erityisvastuualueiden rooli ja tehtävät tarkennetaan jatkotyössä niin, että kuntien asema palvelujen järjestäjänä vahvistuu.

Jatkotyössä otetaan huomioon alueelliset erityispiirteet ja kuntauudistuksen aikataulu.

Sosiaali- ja terveystalouden ministeriön palvelurakennemuutosryhmä valmistelee sosiaali- ja terveystaloudelle ministeriryhmälle vuoden loppuun mennessä tarkennetun esityksen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeksi osana kuntarakenteen uudistamista.

II TAUSTA-AINEISTOA

Työryhmälle asetettu asiantuntijaryhmä on tuottanut mallien valmistelun tueksi tausta-aineistoa malleihin liittyvistä osa-alueista, kuten esimerkiksi rahoitukseen ja hallintoon liittyvistä vaihtoehtoista. Tätä aineistoa on koottu väliraportin tähän osaan seuraavasti:

- Palvelurakennemuutoksen toteutukseen liittyvä lainsäädännön uudistus
- Rahoitusnäkökohtia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvitystyöhön
- Kuntien yhteistoiminnan vaihtoehdot
- Erityisvastuualue palvelurakennemuutoksessa
- Valinnanvapaus
- Kehittäminen, tutkimus ja koulutus
- Ohjaus ja valvonta
- Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen liittyviä käsitteitä
- Integraatioon liittyviä käsitteitä
- Yhteenveto kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvitystä koskevista lausunnoista, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteesta käydyistä alueellisista keskusteluista sekä Ota kantaa.fi -keskustelusta
- Uudet lähipalvelut
- Eräiden asiakasprosessien toteutuminen eri malleissa

PALVELURAKENNEUUDISTUKSEN TOTEUTUKSEEN LIITTYVÄ LAINSÄÄDÄNNÖN UUDISTUS

Palvelurakennemuutos edellyttää laajaa lainsäädännön uudistusta. Voimassa olevissa laeissa olevat säännökset kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, rahoituksesta, kehittämisestä ja valvonnasta kootaan pääosin yhteen uuteen lakiin. Lisäksi moniin sosiaali- ja terveydenhuoltoa säänteleviin lakeihin tulee tehtäväksi uudistuksesta aiheutuvia muutoksia.

Uudistettavassa lainsäädännössä tulee määritellä kuntien tai kuntien yhteenliittymien vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Järjestämisvastuuseen liittyen on myös määriteltävä se, tarvitaanko ja millaisia säännöksiä rahoitusvastuusta erityisesti siltä osin kuin järjestämisvastuu voi olla muulla kuin kunnalla. Tällaisia muita tahoja ovat ainakin erityisvastuualueet sekä mahdolliset sote-alueet.

Lainsäädäntöä uudistettaessa merkittäväksi kysymykseksi muodostuvat uudistuksen toteutukseen liittyvät ratkaisut. Näitä ovat muun muassa lainsäädännön perusteella purkautuvien organisaatioiden (sairaanhoitopiirit, erityishuoltopiirit, muut kuntayhtymät) tehtävien ja omaisuuden siirtymiset uusille organisaatioille (kunnat, sote-alueet, ervat, mahdolliset muut organisaatiot).

Pakollisten yhteistyöorganisaatioiden (erva, sote) hallinnon järjestäminen saattaa edellyttää kuntalaista poikkeavia säännöksiä. Tällaisia on nykyisin esimerkiksi erikoissairaanhoitolaisissa. Lisäksi on arvioitava tarve säännöksille, joiden avulla voidaan varmistaa tällaisten pakollisten organisaatioiden syntyminen ja olemassaolo lainsäädännön edellyttämällä tavalla.

Palvelurakennemuutoksen tavoitteiden toteuttaminen edellyttää lisäksi, että samalla määritellään järjestämisvastuun piiriin kuuluvien tehtävien ohjaus ja valvonnan toteutus. Ohjausta ja valvontaa on tarkasteltu erikseen tämän muistion tausta-aineistossa osassa II.

Järjestämisvastuun piiriin kuuluvien palvelujen käytännön toteutus voidaan nykyisin hoitaa usealla eri tavalla: omana toimintana, kuntien välisenä yhteistyönä, ostamalla palveluja yksityisiltä palvelujen tuottajilta tai kolmannen sektorin järjestöiltä sekä palvelusetelillä. Eräissä tapauksissa tämä on johtanut siihen, että kunta on ulkoistanut käytännössä koko palvelutuotannon yksityiselle palvelujen tuottajalle. Uudistuksessa voidaan tarvittaessa määritellä oman palvelutuotannon ja ulkoistettavan toiminnan suhde sekä erityisesti ns. viranomaistehtävien hoito.

Palvelujen tuotantoon liittyy olennaisena osana myös palvelutuotannossa työskentelevä henkilöstö. Lainsäädännön tulisi tukea toimintamalleja, jotka mahdollistavat henkilöstön riittävän saatavuuden kaikkiin palveluihin. Erityistä huomiota tulee tällöin kiinnittää lähipalvelujen toteuttamiseksi tarvittavaan henkilöstöön.

Yksi keskeinen osa asiakaskeskeisiä palveluja on ajantasainen tieto. Nykyinen lainsäädäntö, tietojärjestelmät ja käytännöt eivät riittävästi mahdollista tätä. Uudistuksen yhteydessä tuleekin arvioida mahdollisuudet muuttaa asiakas- ja potilastietojen tietosuojan, käyttöön ja luovutuksiin liittyvää lainsäädäntöä siten, että tiedot ovat helposti käytettävissä asiakas- ja hoitosuhteiden edellyttämässä laajuudessa. Samoin on samalla varmistettava arkaluonteisten tietojen salassapidon asianmukainen toteutuminen sekä asiakkaiden ja potilaiden tiedollinen itsemääräämisoikeus.

Lainsäädäntöä uudistettaessa tulee myös varmistaa asiakkaan ja potilaan oikeuksien kehittäminen ja varmistaminen. Kuntien järjestämät julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään sekä yksittäisten henkilöiden että koko väestön tarpeista lähtien. Tällöin tulee turvata se, että palveluja käyttävät henkilöt pystyvät vaikuttamaan saamiinsa palveluihin. Asiakkailta tulee olla mahdollisuus ottaa kantaa ja vaikuttaa palvelujen sisältöön ja niiden tulee olla saatavilla asiakkaille sopivina ajankohtina. Lisäksi asiakkailta tulee olla mahdollisuus valita paikka josta hän saa palvelun. Valinnanvapaudesta säädettyä on tarpeen ottaa huomioon myös EU-säännökset rajat ylittävistä terveyspalveluista.

RAHOITUSNÄKÖKOHTIA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELURAKENNESELVITYSTYÖHÖN

Hallitusohjelman antamia lähtökohtia

Hallitusohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu säilytetään kunnilla ja ko. vastuu on samalla organisaatiolla. Hallitusohjelmassa todetaan myös, että palvelurakennemuutosten toteuttamiseksi säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, rahoitusta, kehittämistä ja valvontaa koskeva laki ja että valtiosuusjärjestelmä uudistetaan osana kuntarakennemuutusta. Lisäksi sovitetaan yhteen kunnallista terveyspalvelujärjestelmää ja sairausvakuutusjärjestelmää monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmien vähentämiseksi.

Järjestämislakityöryhmän rahoituslinjaukset

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvitystyössä otetaan huomioon myös sosiaali- ja terveysministeriön järjestämislakityöryhmän huhtikuussa 2011 esittämät rahoituslinjaukset. Linjausten mukaan rahoituksen on perustuttava pääosin verorahoitteiseen yhteisvastuuseen, asiakkaalle aiheutuvat kustannukset eivät saa estää tarpeen mukaista palvelujen käyttöä tai toimeentuloa ja rahoituksen on oltava läpinäkyvää väestölle, tuottajalle, järjestäjälle ja valtakunnalliselle ohjaukselle. Lisäksi rahoituksen tulisi kannustaa vaikuttavuuteen ja kustannustehokkuuteen ja estää osaoptimointia.

Kuntasektorin sosiaali- ja terveystalouden rahoittamista valtion talousarvion kautta

Valtio kohdentaa talousarvionsa yli 20 momentin kautta kuntasektorille noin 11 miljardia euroa vuonna 2012. Suurimman osuuden vie yleiskatteellinen peruspalvelujen valtionosuus (8,5 M€). Siitä sosiaali- ja terveystalouden osuus on 71 prosenttia (n. 5 985 M€). Palvelurakenneselvitystyön edetessä on perustelua kiinnittää huomiota myös muihin kuin peruspalvelujen valtionosuusmomenttiin muun muassa sen osalta, tulisiko momenttien määrärahoista osa ohjata muille kuin peruskunnille (sote-alueille ja ervoille).

Valtionosuusjärjestelmän uudistaminen vs. sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen

Hallitusohjelman mukaan valtionosuusjärjestelmä uudistetaan osana kuntarakenneuudistusta. Tarkoitus on yksinkertaistaa ja selkeyttää järjestelmää sekä lisätä sen kannustavuutta. Valtiovarainministeriö on käynnistämässä uudistustyötä selvitysmiesvetoisesti jo ennen kesälomia. Uudistuksen valmistelussa on tärkeää, että tulevat valtionosuusjärjestelmää koskevat ehdotukset tukevat myös sosiaali- ja terveystalouden keskeisiä tavoitteita.

Rahavirrat kunnilta ylikunnalliselle palvelujen järjestäjälle

Perustasolle syntyy todennäköisesti myös ylikunnallisia järjestämiskäytöksiä (sote-alue). Ylätasolla erä on ylikunnallinen. Tulevan sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta merkittävää on, millä perusteilla ylikunnallinen järjestämiskäytöksessä oleva taho saa kunnilta rahoituksen toimintaansa ja missä määrin perusteita yhdenmukaistetaan säätelyllä. Tavat, joiden perusteella palvelujen järjestäjätaho saa rahoituksensa kunnilta, voidaan ryhmitellä seuraavasti: suoritemalli, kapitaatiomalli, meno-osuusmalli, tulo-osuusmalli, kokonaislaskutusmalli ja edellä mainittujen yhdistelmämalli.

Palvelujen järjestäjän maksamat korvaukset palvelujen tuottajille

Palvelujärjestelmän toimivuuteen ja tavoitteiden toteutumiseen vaikuttaa osaltaan se, millä perusteilla palvelujen järjestämiskäytöksessä oleva taho maksaa palvelujen tuottamisen. Perus-

teet voivat olla tässäkin tilanteessa perustua suorite-, kapitaatio-, meno-osuus-, tulo-osuus-, kokonaislaskutus- ja yhdistelmämalliin.

Äskettäisten uudistusten takia (laajentuva hoitopaikan valinnanvapaus sekä pitkäaikaisen laitoshoidon, asumispalvelujen tai perhehoidon tarpeessa olevan henkilön mahdollisuus valita kotikuntansa) kunnan maksettavaksi tulee yhä useammin laskuja, jotka ovat syntyneet kunta-laisten käyttäessä kotikuntansa tai oman kuntayhtymänsä ulkopuolisia palveluja. Näiden palvelujen laskutusperusteista on säädetty epäyhtenäisesti eri laeissa. Valtiovarainministeriön asettama kunnan talous -työryhmä esitti huhtikuussa 2012, että kuntalaskutuksen yhdenmu-kaistamiseksi kuntalain jatkovalmistelussa selvitetään, onko kuntalakiin mahdollista lisätä yleinen säännös laskutusmenettelyistä ja -perusteista.

Suurten kustannusten tasausmenettely

Terveydenhuoltolain 76 a §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän jäsenkunnalle erikois-sairaanhoidosta aiheutuneiden asiakas- tai potilaskohtaisten poikkeuksellisen suurten kustan-nusten tasauksesta tulee sopia sairaanhoitopiirikohtaisesti. Aika ajoin on ollut esillä tasausme-nettelyn laajentaminen sosiaalihuoltoon ja myös terveyskeskustoimintaan.

Vaikka palvelurakennemuutoksessa tavoitteena on, että järjestämisvastuun kantava taho pys-tyy kantamaan satunnaiset huomattavan suuret kustannusvaihtelut, on mahdollista, että osa järjestämisvastuutahoista ei tähän kykene. Tällöin tulee esille tällaisten vaihtelujen tasaamis-mahdollisuuden kehittämistarve.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen muista rahoituslähteistä

Pääosa kuntasektorin järjestämisvastuulla olevista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista rahoitetaan kuntien verotulokertymästä. Asiakasmaksuilla rahoitetaan osa kuntasektorin sosi-aali- ja terveyspalveluista. Palvelurakennemuutuksen edetessä saattaa tulla myös sen pohti-minen, tulisiko palvelujen käyttäjien maksaa maksut palvelujen järjestäjätaholle vai palvelun tuottajaorganisaatiolle.

Valtio osallistui vuoteen 2005 asti kuntasektorin sosiaali- ja terveystoimen investointien rahoittamiseen. Menettely oli tiukasti säädeltyä, omanlaiseen suunnittelumuottiin rakentunutta. Sen jälkeen valtion talousarvion kautta on kolme kertaa kohdennettu investointirahoitusta suppein perustein (2009 ja 2010 elvytysperustein ja 2012 homekorjaushankkeisiin).

Lopuksi

Työryhmässä esillä olleissa malleissa valtio osallistuu osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoittamiseen. Rahoitusteemaan palataan tarkemmin työryhmän jatkotyössä.

KUNTIEN YHTEISTOIMINNAN VAIHTOEHDOT

Kuntien yhteistoiminnasta säädetään kuntalain 10 luvussa. Kunnat voivat sopimuksen nojalla hoitaa tehtäviään yhdessä. Yhteistoimintamuodot perustuvat aina yhteistoimintaan osallisten kuntien väliseen sopimukseen.

Vaihtoehto 1: vastuukunta

Vastuukunta -mallilla tarkoitetaan kuntien välistä sopimusjärjestelyä, jossa yksi kunta hoitaa muiden yhteistoimintaan osallistuvien kuntien puolesta sopimuksessa määritellyt tehtävät (kuntalaki 76 §). Vastuukunta vastaa tehtävien ja niihin kuuluvien palvelujen järjestämisestä kaikkien sopijakuntien puolesta. Yleensä tämä tarkoittaa sitä, että tehtävää toisten sopijakuntien puolesta hoitavan kunnan organisaatioon perustetaan kuntien yhteinen toimielin, joka yleensä on lautakunta, hoitamaan sovittuja tehtäviä (kuntalain 77 §). Sopijakunnat osallistuvat hallintoon valitsemalla edustajansa yhteiseen toimielimeen sopimuksessa sovitulla tavalla. Sopimukseen otetaan muun muassa kunkin kunnan jäsenten määrä ja mahdolliset äänivallan käyttöön liittyvät määräykset. Yleensä jäsenillä on yksi ääni, mutta äänivallan jakaminen tai rajoittaminen on mahdollinen. Yhden kunnan äänivaltaa voidaan rajata esimerkiksi niin, ettei sillä ole yksinkertaista enemmistöä. Yhteinen toimielin (lautakunta) toimii vastuukunnan organisaatiossa ja sen yläpuolella toimivat vastuukunnan valtuusto ja kunnanhallitus. Toimielimen toiminnassa noudatetaan vastuukunnan valtuuston hyväksymiä johtosääntöjä.

Vastuukuntamallissa henkilöstö on vastuukunnan palveluksessa ja virka- tai työsopimussuhteessa vastuukuntaan. Jos yhteistoiminnan aloittaminen johtaa työnantajan vaihtumiseen, se katsotaan liikkeenluovutukseksi ja henkilöstö siirtyy vastuukunnan palvelukseen entisiin palvelusuhteen ehdoin. Paras-puitelaisissa oli vielä säädetty viiden vuoden irtisanomissuojasta.

Yhteisen toimielimen talousarvio on osa vastuukunnan talousarviota, jonka vastuukunnan valtuusto hyväksyy. Yhteistoimintasopimukseen voidaan ottaa taloussuunnittelu- ja talousarvioprosessiin liittyviä määräyksiä, joilla turvataan prosessin läpinäkyvyyttä ja sopijakuntien vaikutusvaltaa talouden ohjauksessa.

Yhteistoimintaan kuuluvien palvelujen järjestäminen rahoitetaan sopimuksen mukaisesti. Sopimuksessa pyritään turvaamaan palvelujen tasapuolinen saatavuus eri kunnissa. Vastuunjakoperusteina voidaan esimerkiksi palvelujen käyttöä (suoriteperusteinen), kunnan asukaslukea (laskennallinen) tai näiden yhdistelmiä.

Palvelujen tuottaminen voidaan vastuukuntamallissa järjestää monella eri tavalla. Olennaista on, että palvelujen järjestämisvastuu on vastuukunnalla ja kuntien yhteisellä toimielimellä. Yksinkertaistaen järjestämisvastuun sisältönä on se, että yhteinen toimielin tekee poliittiset päätökset palvelujen tuottamis-/hankintatavoista.

Palvelujen tuottamiseen on ainakin käytettävissä:

- vastuukunta tuottaa palvelut itse omalla henkilöstöllään; ml. vastuukunnan liikelaitos
- palvelut hankitaan kuntakonserniin kuuluvalta yhteisöltä (osakeyhtiö, yhdistys, säätiö)
- palvelut kilpailutetaan (hankintalaki)
- palvelusetelit sosiaali- ja terveydenhuollossa (palvelusetelilaki)

Vastuukuntamallin haittana voidaan pitää sitä, ettei kuntien poliittinen edustavuus yleensä toteudu kuntien poliittisia voimasuhteita vastaavalla tavalla. Tämä johtuu siitä, että kunnan jäsenpaikan saavat yleensä suurimmat puolueet. Vastuukuntamallin haittana voidaan myös pitää sopijakuntien suhteellisen rajattuja mahdollisuuksia vaikuttaa päätöksentekoon. Yhteistoimintasopimuksessa voidaan kuitenkin sopia siitä, että yhteistoimintaa koskevista johtosääntömääräyksistä ja muistakin ns. isoista asioista pyydetään sopijakuntien lausunnot. Myös kunnanhallituksen otto-oikeus yhteistoimintaan kuuluvissa asioissa on mahdollista sulkea pois (kuntalain 51.5 § 3 kohta). Sopimusriitojen välttämiseksi on syytä sopia erityisen huolellisesti kustannusten jaosta. Riitoja on aiheutunut muun muassa vastuukunnan päättämistä uusista investoinneista.

Vaihtoehto 2: kuntayhtymä

Kuntayhtymä on jäsenkuntien valtuustojen hyväksymällä perussopimuksella perustettu jäsenkunnistaan erillinen julkisoikeudellinen oikeushenkilö, joka hoitaa jäsenkuntiansa puolesta perussopimuksen mukaisia tehtäviä. Sekä vaihtoehto 1 että vaihtoehto 2 olivat kuntien käytettävissä Paras-hankkeen yhteistoiminta-alueiden muodostamisessa.

Kuntayhtymä perustetaan kuntien välisellä perussopimuksella. Kuntayhtymä on oikeustoimikelpoinen. Se voi kuntalain 80 §:n mukaisesti hankkia oikeuksia ja tehdä sitoumuksia sekä käyttää puhevaltaa tuomioistuimissa ja muussa viranomaisessa.

Kuntien yhteistoiminta voi olla vapaaehtoista tai pakollista. Pääsääntönä on vapaaehtoinen yhteistoiminta. Kunnat voivat lähtökohtaisesti itse harkita, ryhtyvätkö ne yhteistoimintaan muiden kuntien kanssa, ja missä muodossa ne yhteistoimintaa harjoittavat. Laki velvoittaa kunnat kuitenkin kuulumaan esimerkiksi sairaanhoitopiireihin ja maakunnan liittoihin.

Kuntayhtymä katsotaan perustetuksi sen jälkeen, kun kaikkien jäsenkuntien valtuustot ovat hyväksyneet kuntayhtymän perussopimuksen. Kuntayhtymän perustamisesta ja purkamisesta ilmoitetaan sille aluehallintovirastolle, jonka toimialueella yhtymällä on kotipaikka.

Kuntalain 81 §:n mukaan kuntayhtymän päätösvaltaa käyttävät jäsenkunnat yhtymäkokouksessa tai päätösvaltaa käyttää perussopimuksessa määrätty jäsenkuntien valitsema toimielin. Kuntayhtymällä voi olla myös muita perussopimuksen mukaisia toimielimiä. Muita kuntayhtymän hallinnon rakennetta koskevia säännöksiä laissa ei ole.

Käytännössä esiintyviä kuntayhtymän hallintomalleja ovat yhtymävaltuustomalli, yhtymäkokousmalli ja yhden toimielimen malli. Liikelaitoskuntayhtymän hallinnosta on säädetty erikseen.

Yhtymävaltuustomallissa kuntayhtymän ylintä päätösvaltaa käyttää yhtymävaltuusto, jonka alaisena toimii yhtymähallitus. Malli soveltuu erityisesti sellaisiin kuntayhtymiin, joiden toimiala on laaja ja joiden toiminnassa korostuu yhteiskuntapoliittinen harkinta (esim. maakuntien liitot). Kuntalain 86.1 §:n mukaan yhtymävaltuustoon sovelletaan lähtökohtaisesti kunnan valtuustoa koskevia säännöksiä. Säännökset koskevat mm. valtuuston puheenjohtajistoa, valtuuston tehtäviä, toimivallan siirtämistä johtosäännöllä ja valtuuston työjärjestyistä.

Yhtymäkokousmallissa kuntayhtymän ylintä päätösvaltaa käyttää yhtymäkokous, jonka alaisena toimii yleensä yhtymähallitus. Yhtymäkokoukseen ei pääsäännön mukaan sovelleta suo-

raan kunnanvaltuustoa koskevia säännöksiä, vaan sen tehtävät ja toimivalta on määriteltävä tarkemmin perussopimuksessa. Perussopimuksessa ratkaistaan myös yhtymäkokouksen ja hallituksen välinen suhde. Yhtymäkokouksen julkisuudesta ja yhtymäkokousedustajan esteellisyydestä on kuntalain 86.2 §:n mukaisesti voimassa, mitä valtuustosta ja valtuutetuista on tältä osin säädetty.

Yhtymäkokousmalli soveltuu erityisesti tehtäväalueeltaan rajattuihin kuntayhtymiin, joissa palvelutuotannon tehokkuus on tärkeää ja yhteiskuntapoliittisen harkinnan osuus vähäinen. Liikelaitoskuntayhtymässä yhtymäkokous on pakollinen toimielin, jonka tehtävät on määriteltävä kuntalain 87 b §:ssä.

Ns. yhden toimielimen mallissa kuntayhtymän ainoa toimielin on (kuntalain mukaan pakollisen tarkastuslautakunnan lisäksi) tyypillisesti yhtymähallitus, joka sekä käyttää kuntayhtymän päätösvaltaa että hoitaa valmistelun, täytäntöönpanon ja muut kuntayhtymän hallintoon liittyvät tehtävät. Yhden toimielimen mallissa päätösvaltaa annetaan perussopimuksessa muita malleja laajemmin myös jäsenkuntien valtuustoille. Yhden toimielimen mallissa kuntayhtymän ainoan toimielimen kokoonpanoon ei sovelleta poliittisen suhteellisuuden vaatimusta.

Kuntien ja kuntayhtymien yhdessä perustamasta kuntayhtymästä, jonka tehtävänä on kunnallisen liikelaitoksen ylläpitäminen, käytetään nimitystä liikelaitoskuntayhtymä. Liikelaitoskuntayhtymän jäsenenä voi olla pelkästään kuntia, kuntia ja kuntayhtymiä taikka pelkästään kuntayhtymiä. Liikelaitoskuntayhtymällä on oma perussopimuksensa ja omat johtosääntönsä.

Kuntalain 81 §:n 4 momentin mukaan muiden kuin ylintä päätösvaltaa käyttävien toimielinten kokoonpano on sovittava sellaiseksi, että se vastaa jäsenkuntien valtuustoissa edustettuina olevien eri ryhmien kunnallisvaaleissa saamaa ääniosuutta kuntayhtymän alueella vaalilaissa säädetyn suhteellisuusperiaatteen mukaisesti. Tämä tarkoittaa eri ryhmien kunnallisvaaleissa saaman kannatuksen laskennallista huomioon ottamista. Toimielinten kokoonpanossa tasa-arvolain kiintiösäännös on myös otettava huomioon.

Kuntayhtymän luottamushenkilöllä on käytännössä monta roolia. Hän on jäsenkuntansa edustaja, poliittisen ryhmänsä edustaja ja myös kuntayhtymän luottamushenkilö. Tämä voi vaikeuttaa esimerkiksi jäsenkunnan omistajaohjauksen toteutumista kuntayhtymässä. Yhtymähallituksessa kunnan edustaja voi myös olla esteellinen omaa kuntaansa koskevissa asioissa.

Kuntalain 3 §:n mukaisesti kunnan hallinnossa noudatetaan kuntalakia, jollei lailla toisin säädetä. Sen estämättä, mitä muualla laissa säädetään kuntien yhteistoiminnan muodosta, asianomaisten kuntien perustama kuntayhtymä voi hoitaa lailla kunnalle tai kuntien yhteisesti hoidettaviksi säädettyjä tehtäviä. Samoin voidaan sopia, että tällaisista tehtävistä huolehtii toinen kunta tai toisten kuntien perustama kuntayhtymä.

Kuntalain kuntayhtymää koskevat säännökset syrjäyttävät ainakin ennen kuntalain säätämistä annetut erityislain vastaavat säännökset. Tämä koskee mm. ennen kuntalain säätämistä annettuja äänivaltaa kuntayhtymässä koskevia säännöksiä, joista kunnat voivat sopia toisin. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon 17 §:n äänivaltaleikkurista voidaan siten poiketa sairaanhoidopiirin perussopimuksessa. Paras-puitelaki antaa tähän suoraan mahdollisuuden sairaanhoidopiirijakoon perustuvissa laajan väestöpohjan palveluita tuottavissa kuntayhtymissä.

Äänivallan perusteena voidaan käyttää esimerkiksi kunnan asukaslukua, peruspääomaosuutta tai palveluiden käyttöä tietyllä aikavälillä. Oleellista on se, että perussopimuksessa sovitaan

siitä, miten ja millä perusteella jäsenkuntien äänimäärät lasketaan – eikä suoraan kunnalle kuuluvasta äänimäärästä. Kunnan äänimäärä voi muuttua kuntayhtymän toiminnan aikana, jos sen laskentaperusteena olevissa seikoissa tapahtuu muutoksia (esimerkiksi, jos laskentaperusteena on jäsenkunnan asukasmäärä, ja tämä kasvaa merkittävästi). Myös äänivallan rajoituksista voidaan lähtökohtaisesti sopia. Erityislakien säännökset voivat kuitenkin asettaa rajoituksia sopimiselle.

Kuntayhtymä on itsenäinen oikeushenkilö. Henkilöstö on joko virka- tai työsopimussuhteessa kuntayhtymään.

Kuntayhtymällä on oma talousarvio, jonka kuntayhtymän ylin toimielin hyväksyy. Yhden toimielimen kuntayhtymässä talousarvion hyväksyminen on yleensä jätetty jäsenkuntien valtuustoille. Kuntayhtymän toiminta rahoitetaan perussopimuksen mukaisesti. Vastuunjakoperusteina voidaan peruspääomaosuuksia tai palvelujen käyttöä taikka näiden yhdistelmiä.

Palvelujen tuottaminen voidaan kuntayhtymässä järjestää samoin kuin isäntäkuntamallissa. Palvelujen järjestämisvastuu on vastuukunnan sijasta kuntayhtymällä.

Kuntaliiton hallituksessa 20.4.2011 on ollut esillä myös piirikuntamalli kuntarakenneuudistukseen liittyen. Kysymys on monialaisesta kuntayhtymästä.

ERITYISVASTUUALUE PALVELURAKENNEUUDISTUKSESSA

Nykytila

Erikoissairaanhoitolain 9 §:n mukaan erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten maa jaetaan sairaanhoitopiirien lisäksi erityisvastuualueisiin (jäljempänä erva-alue). Saman pykälän mukaan kuhunkin erva-alueeseen kuuluu sellainen sairaanhoitopiiri, jonka alueella on lääkärikoulutusta antava yliopisto. Muutoin erva-alueeseen kuuluvista sairaanhoitopiireistä on säädetty vuonna 1990 annetulla valtioneuvoston päätöksellä 1077/1990. Erityisvastuualueiden hallinnosta ei ole säädetty tarkemmin erikoissairaanhoitolaissa.

Erva-alueen tehtävistä on säännöksiä terveydenhuoltolain 5 luvussa ”Erva-alueen tehtävät” (42 - 46 §:t) ja 7 luvussa ”Opetus- ja tutkimustoiminnan järjestäminen” (59 - 66 §). Näissä luvuissa on myös joitakin erva-alueen organisoitumiseen liittyviä säännöksiä kuten 43 §:n mukainen erikoissairaanhoitokeskusten järjestämissopimus erva-alueen shp:en kesken, 46 §:n mukainen ensihoitokeskuksesta sopiminen ja 61 §:n mukainen tutkimustoimikunnan perustaminen.

Edellä mainitut säännökset eivät kuitenkaan sisällä säännöksiä, joiden perusteella erityisvastuualue olisi oikeushenkilö. Erityisvastuualue onkin pitkälti käytännön tarpeisiin perustunut yhteistyöalue. Vasta terveydenhuoltolakiin sisällytettiin tarkempia säännöksiä erva-alueen tehtävistä ja niistä sopimisesta sairaanhoitopiirien kesken. Erikoissairaanhoitokeskusten järjestämissopimuksessa on muun muassa sovittava erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta. Terveydenhuoltolain 43 §:n perusteella valtioneuvosto voi määrätä järjestämissopimuksen sisällöstä, jos sairaanhoitopiirien kuntayhtymät eivät pääse keskenään sopimukseen erikoissairaanhoitokeskusten järjestämisestä.

Palvelurakenneuudistus

Osana palvelurakenneuudistusta on tarkoitus määrittää erityisvastuualueiden asema, organisointi ja tehtävät uudella tavalla. Yhteisenä piirteenä malleissa A - C. Yhteisenä piirteenä kaikissa malleissa on se, että missään niistä ei ole sairaanhoitopiirejä eikä erityishuoltopiirejä. Sen vuoksi sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien nykyiset tehtävät siirtyvät kunnille/sote-alueille ja erityisvastuualueille. Eri tehtäviin liittyvän järjestämisvastuun siirtymisen lisäksi uudistuksen yhteydessä on tarpeen määritellä sitä, siirtyykö erva-alueille joiltain osin vastuu huolehtia erikseen määriteltävien palvelujen tuottamisesta, vaikka varsinainen järjestämisvastuu olisi kunnilla/sote-alueilla.

Mallista riippumatta valmistelun yhteydessä on ollut esillä, että erva-alueista on perusteltua muodostaa oikeushenkilöitä. Tämä mahdollistaisi mm. sen, että erva-alueelle voitaisiin selkeästi määritellä järjestämisvastuu laissa erikseen säädetyistä sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä. Oikeushenkilöys edellyttää, että lainsäädännössä tulee määritellä millainen oikeushenkilö erva-alueesta muodostetaan. Samalla kun erva-alueen oikeudellinen malli päätetään, on myös tarpeen ratkaista se, miten toteutettavassa mallissa järjestetään kuntien ja sote-alueiden sekä mahdollisesti muiden tahojen osallistuminen erva-alueen hallintoon.

Erva-alueiden järjestämisvastuulle siirtyvät tehtävät

Mallista riippumatta on perusteltua, että erva-alueet vastaavat jatkossakin niistä tehtävistä, jotka terveydenhuoltolain perusteella kuuluvat jo nyt erva-alueiden koordinaatio- tai järjestämisvastuulle. Näitä ovat edellä todetun mukaisesti lain 5 ja 7 luvussa säädetyt tehtävät. Pääosa näistä on sellaisia, joista erva-alueen sairaanhoitopiirien tulee yhdessä sopia eri toimintojen järjestämisessä. Uudistuksen jälkeenkin samat asiat ovat pitkälti sellaisia, joiden osalta on ensisijaisesti sovittava siitä, miten asiat hoidetaan erva-alueella. Tämän vuoksi ratkaistavaksi tulee erityisesti se, missä laajuudessa asioista sovitaan ervan johdossa ja miltä osin ervalla on muodollinen järjestämisvastuu ja toisaalta ervan mahdollisuus ohjata kuntien/sote-alueiden toimintaa ohjeilla ja määräyksillä.

Mainittujen erva-alueiden vastuulla olevien tehtävien lisäksi uudistuksen yhteydessä on ratkaistava se, mitkä nykyisin sairaanhoitopiirien vastuulla olevista tehtävistä on perusteltua siirtää erva-alueiden ja mitkä kuntien/sote-alueiden järjestämisvastuulle.

Terveydenhuoltolaissa sairaanhoitopiirien järjestämisvastuulle säädetyt tehtäviä ovat muun muassa

- a) erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittaminen alueellaan;
- b) huolehtiminen siitä, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon muodostaa toiminnallisen kokonaisuuden
- c) vastaaminen kunnallisen terveydenhuollon tuottamien laboratorio- ja kuvantamispalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta;
- d) sellaisten erikoissairaanhoidon palvelujen tuottaminen, joita perusterveydenhuollon ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa;
- e) tehtäväalansa tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminta;
- f) kunnallisen terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteensovittaminen;

- g) erikoissairaanhoidon järjestäminen alueella yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein;
- h) perusterveydenhuollon yksikön ylläpitäminen;
- i) terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen alueellisesti;
- j) yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa terveydenhuollon alueellinen varautumisen suuronnettomuuksiin ja terveydenhuollon erityistilanteisiin sekä terveydenhuollon alueellisen valmiussuunnitelman laatiminen; ja
- k) ensihoitopalvelujen järjestäminen.

Sosiaalihuollon puolella erityishuoltopiireillä on vastaavasti alueellisia tehtäviä, joiden järjestämien joko erva-alueen tai kunnan/sote-alueen toimesta tulisi ratkaista. Muutoin uudistusta valmisteltaessa on erikseen määriteltävä ne sosiaalihuollon erityisen vaativat tehtävät, joiden järjestämisvastuun on perusteltua olla erva-tasolla. Samalla on huolehdittava siitä, että erva-taso ja kunnat/sote-alueet toimivat myös sosiaalipalveluja toteutettaessa tiiviissä yhteistyössä siten, että palvelut muodostavat asiakkaiden omia näkemyksiä ja tarpeita vastaavan kokonaisuuden.

Mallissa B sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu olisi nykyisiä sairaanhoito- ja erityishuoltopiirejä harvemmillä tahoilla (järjestämisvastuu olisi n. 12 - 17 kunnalla tai sote-alueella). Tällöin lähtökohtana voisi olla se, että kunta/sote-alue vastaa pääosin sairaanhoitopiireillä ja erityishuoltopiireillä olevista tehtävistä. Kuitenkin esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteensovittaminen olisi mitä ilmeisimmin perusteltua antaa erva-alueen vastuulle.

Malleissa A ja C olisi järjestämisvastuussa olevia tahoja enemmän kuin nykyisiä sairaanhoitopiirejä. Sen vuoksi näissä ainakin osa sairaanhoitopiireille kuuluvista tehtävistä olisi perusteltua siirtää erva-alueen vastuulle. Näiden tehtävien tarkempi määrittely on perusteltua tehdä siinä vaiheessa kun toteutettava malli on tarkemmin tiedossa.

Millainen oikeushenkilö?

Voimassa olevan lainsäädännön mukaan on olemassa erilaisia oikeushenkilöitä, esimerkiksi valtio, kunta, kuntayhtymä, julkisoikeudellinen yhteisö, osakeyhtiö, säätiö ja osuuskunta.

Koska vastuu julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä säädetään jatkossakin kuntien ja kuntiin perustuvien organisaatioiden hoidettavaksi, luonteva lähtökohta on, että erva-alue olisi yleisen kuntalainsäädännön mukainen kunnallinen organisaatio. Kuntien yhteistoiminnasta säädetään kuntalain 10 luvussa. Eri yhteistoiminnan muotoja ovat 76 §:n mukaan tehtävän antaminen toisen kunnan hoidettavaksi (ns. vastuukuntamalli) sekä kuntayhtymä.

Lisäksi kuntalain 10 a luvussa on säännökset kunnallisesta liikelaitoksesta. Kunnallinen liikelaitos voi olla myös kuntien ja kuntayhtymien yhdessä perustama liikelaitoskuntayhtymä (87 a §:n 2 momentti). Kunnallinen liikelaitos on kuntalain 87 a §:n perusteella tarkoitettu liiketoimintaa tai liiketaloudellisten periaatteiden mukaan hoidettavaa tehtävää varten.

Kuntayhtymiä koskevat säännökset ovat kuntalain 10 luvussa. Lain 78 §:n perusteella kuntayhtymä perustetaan kuntien välisellä valtuustojen hyväksymällä sopimuksella (kuntayhtymän perussopimus). Säännöksen perusteella vain kunnat voivat olla kuntayhtymän jäseniä.

Lain 80 §:n perusteella kuntayhtymä voi hankkia oikeuksia ja tehdä sitoumuksia sekä käyttää puhevaltaa tuomioistuimessa ja muussa viranomaisessa.

Edellä olevista säännöksistä ”tavallinen” kuntayhtymä, jonka jäsenenä voi olla vain kuntia, olisi nykyisin laajasti käytössä oleva vaihtoehto ertan organisoimiseksi. Tällöin kaikki kunnat pääsisivät osallistumaan ertan hallintoon kuntalain sääntelemällä tavalla. Tämä malli ei kuitenkaan mahdollista sitä, että ertan jäsenenä olisi sote-kuntayhtymiä. Kuitenkin liikelaitoskuntayhtymässä olisi mahdollista toteuttaa sekä kuntien että kuntayhtymien yhteisjäsenyys, mutta tässä vaihtoehdossa joudutaan pohtimaan sitä, onko asianmukaista, että lakisäästeisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu on liikelaitoskuntayhtymällä.

Tässä yhteydessä on perusteltua pohtia myös sitä, pitäisikö kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa mahdollistaa ”tavallisen” kuntayhtymän toteuttaminen samalla periaatteella kuin liikelaitoskuntayhtymä, ts. siten että jäsenenä voi olla sekä kuntia että kuntayhtymiä. Tämä voitaisiin toteuttaa joko muuttamalla kuntalakia tai ottamalla tällaisista kuntayhtymistä erityissäännös säädettävään sote-järjestämislakiin.

Mikäli palvelurakenneuudistus toteutetaan siten, että järjestämisvastuu perustuu myös ertatasolla kunnalliseen toimintaan, tarkastelun ulkopuolelle jäävät muut kuin edellä todetut yhteistoiminnan muodot. Jos tästä kuntakriteeristä ei pidetä kiinni, voi kysymyksen tulla myös erikseen säädettävä julkisoikeudellinen yhteisö, osakeyhtiö, osuuskunta tai säätiö. Mikäli erva toteutettaisiin jonkin tällaisen mallin pohjalta, tulisi säädettävässä järjestämislaissa ottaa erikseen huomioon mallista aiheutuvat erityistarpeet. Näitä huomioon otettavia asioita ovat muun muassa viranomaistehtävien hoito ja rahoitus.

Viranomaistehtävät

Jos ervalla on viranomaistehtäviä, pitää tämä ottaa huomioon organisaatiomallista päätettäessä. Viranomaistehtävien hoitaminen yksityisoikeudellisen oikeushenkilön toimesta edellyttää, että erikseen on säädetty siitä, että tällainen oikeushenkilö ja sen palveluksessa oleva henkilö voi hoitaa viranomaistehtäviä.

Tällaiselta erilliseltä säätämisläpeltä välttyään, jos erva on suoraan lain nojalla viranomaisorganisaatio, eli nykyisen lainsäädännön perusteella kuntayhtymä tai erikseen määriteltävä julkisoikeudellinen yhteisö.

Rahoitus

Uudistuksessa on erikseen arvioitava erva-alueen mahdolliseen järjestämisvastuuseen liittyvän rahoituksen toteutustapa ja sen vaikutus organisointiin. Tällöin tulee määrittää mm. se, onko järjestämisvastuussa olevalla taholla oikeus saada valtionosuutta ja/tai oikeus kerätä veroja. Sinänsä estettä ei ole esimerkiksi sille, että valtionosuuksia maksettaisiin suoraan julkisoikeudellista tehtävää hoitavalle osakeyhtiölle, osuuskunnalle tms. Esimerkiksi opetus- ja koulutoimen lainsäädäntö mahdollistaa tämän.

Kuntien osallistuminen ervan hallintoon

Erva-alueiden vastuulla tulee kaikissa vaihtoehdoissa olemaan merkittäviä kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen liittyviä tehtäviä. Sen vuoksi uudistuksen yhteydessä tulee määritellä se, miten kunnat/sote-alueet osallistuvat erva-alueista vastaavan oikeushenkilön hallintoon. Kuntayhtymämallissa lähtökohtana olisi kuntien osallistuminen yhtymäkokoukseen ja yhtymähallituksen työhön ensisijassa kuntalain mukaisesti. Kuitenkin uudistuksen yhteydessä on tarpeen selvittää onko yksittäisen kunnan äänimäärää tarpeen rajoittaa yhtymäkokouksessa. Tällä hetkellä sairaanhoitopiirissä yksittäisen kunnan enimmäisäänimäärä on rajoitettu.

Jos erva-alue toteutetaan muulla kuin kuntayhtymämallilla, on myös tällaisessa mallissa huolehdittava kuntien edustuksesta ervan päätöksenteossa ja hallinnossa.

Kuntien edustuksen lisäksi on tarpeen pohtia mahdollisten muiden tahojen mukanaoloa erva-alueiden hallinnossa. Tällä hetkellä lääkärinkoulutusta antavalla yliopistolla on edustus alueensa sairaanhoitopiirin liittovaltuustossa ja -hallituksessa. Koska erva-alueiden tehtävät ja vastuu määräytyvät valittavan mallin perusteella, tulee yliopiston ja mahdollisten muiden tahojen edustus ratkaista valittavan mallin perusteella. Lääketieteen opetuksen lisäksi on samalla tarpeen arvioida muiden koulutusalojen edustajien osallistuminen erva-alueen hallintoon.

Erva-alueen hallintomallia toteutettaessa on myös tarpeen selvittää, olisiko kuntalaisten/palvelujen käyttäjien osallistuminen hallintoon mahdollista toteuttaa. Tämä voisi tapahtua esimerkiksi siten, että sosiaali- ja terveysjärjestöillä tai muilla vastaavilla tahoilla olisi mahdollisuus nimetä edustajansa ervan hallintoelimiin.

VALINNANVAPAAUS

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on viime vuosina toteutettu kaksi merkittävää valinnanvapauden laajennusta

1. sosiaali- ja terveydenhuollon palveluseteliuudistus 8/2009 lukien
2. terveydenhuollon valinnanmahdollisuudet 5/2010 ja 1/2014 lukien

Lisäksi oikeutta valita kotikunta laajennettiin koskemaan myös henkilöitä, jotka ovat pitkäaikaisessa kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoidossa tai asumispalvelujen piirissä. Tässä ei varsinaisesti ole kyse palvelujen valinnanvapaudesta, vaan oikeus saada valitsemaltaan uudelta kotikunnalta sosiaali- ja terveyspalveluja ja mahdollisuus käyttää tässä yhteydessä valinnaoikeutta määräytyy kuten muillakin tämän kunnan asukkailla sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön ja kunnan tekemien linjausten mukaisesti. Palvelujen rahoitusvastuusta näissä siirtymistilanteissa on säädetty pääperiaatteesta poiketen siten, että aiemmalle kotikunnalle jää rahoitusvastuuta uuden kunnan palveluista.

Hallitusohjelman mukaan terveydenhuoltolain toimeenpanoa jatketaan varmistaen muun muassa perusterveydenhuollon vahvistaminen, valinnanvapauden toteutuminen sekä kunnissa tehtävä terveyden edistämistoiminta. Valinnanvapauden lisäämiseksi toimeenpannaan EU:n potilasdirektiivi.

EU:n potilasdirektiivi tulee saattaa kansallisesti voimaan 10/2013 mennessä. Sen myötä henkilöt, joiden terveydenhuollon kustannuksista Suomi vastaa, saavat oikeuden korvaukseen muis-

sa EU-maissa saamastaan hoidosta. Vastaavasti henkilöt, joiden terveydenhuollon kustannuksista toinen EU- maa vastaa, saavat kotivaltioistaan korvauksen Suomessa saamistaan terveyspalveluista. Rajat ylittävän hoidon tilanteissa palvelujen järjestäminen erkaantuu rahoitusvastuusta. Direktiivin täytäntöönpanoa valmistelee parhaillaan Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä.

Hallitusohjelman mukaan jatketaan sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuudistusta, Työryhmän määräaika on 6/2012. Työryhmä valmistelee myös valinnanvapautta sosiaalihuollossa. Työryhmän väliraportin (STM selvityksiä 2010:19) mukaan valinnanvapauden periaate merkitsee sen tunnistamista, että asiakkaan omat valinnat ja aktiivinen osallisuus ja toiminta omassa lähiyhteisössään turvaavat parhaiten hänen hyvinvointinsa edistämisen. Sosiaalihuoltolaissa ja erityislainsäädännössä tulee vahvistaa sellaisia rakenteita ja toimia, joilla tuetaan heikoimmassa asemassa olevien todellisia valinnanmahdollisuuksia. Työryhmä on jatkotyösäännä käsitellyt valinnanvapautta asiakkaan osallisuuden, palvelujen myöntämisen ja kehittämisen avoimuuden, palvelujen saantia koskevan valinnanvapauden sekä asiakaskeskeisten palvelukokonaisuuksien muodostamisen näkökulmasta.

JATKOTYÖSKENTELYSSÄ HUOMIOITAVAA

Valinnanvapaudella sosiaali- ja terveydenhuollossa on monia ulottuvuuksia alkaen palveluja antavan valtion, kunnan tai sairaanhoitopiirin valinnasta ulottuen hoidon tai palvelujen yksilöllistä suunnittelua ja toteuttamista koskeviin yksityiskohtiin.

Oleellinen jaottelu järjestämislain valmistelun yhteydessä on

1. Asuinpaikan mukaan määräytyvät palvelut
 - Esimerkkinä sosiaalihuollon palvelut nykyisen sosiaalihuoltolain mukaan
2. Palvelun käyttäjällä oikeus valita järjestämisvastuussa oleva taho
 - Esimerkkinä tästä on terveydenhuoltolaissa säädetty mahdollisuus valita terveyskeskus myös muusta kuin omasta kotikunnasta. Rahoitusvastuu jää asuinkunnalle. Esimerkkinä on myös terveydenhuoltolain mukainen oikeus valita muukin kuin oman sairaanhoitopiirin toimintayksikkö erikoissairaanhoidon palvelun antajaksi.
3. Palvelun käyttäjällä oikeus valita (yksittäisen) palvelun tuottaja
 - Esimerkkinä tästä on terveydenhuoltolaissa säädetty mahdollisuus valita terveysasema oman kuntansa sisällä; järjestämisvastuu ja rahoitusvastuu ovat samalla kunnalla
 - Esimerkkinä tästä on myös oikeus valita palvelusetelillä palveluntuottaja järjestämisvastuullisen kunnan hyväksymistä yksityisistä palvelujen tuottajista; järjestämis- ja rahoitusvastuu ovat samalla kunnalla, asiakas voi tarjonnasta ja hinnoista riippuen vaikuttaa omavastuunsa suuruuteen.
 - Esimerkkinä jatkossa myös potilasdirektiivin mukaiset hoitoon hakeutumistilanteet.
4. Valinnanvapautteen kokonaan tai osittain soveltumattomat palvelut
 - Kiireelliset palvelut; oleskelupaikka vastuun perustana hoidon/palvelun aloittamisessa
 - Tahdosta riippumaton hoito
 - Tiettyyn yhteisöön kiinnittyvä palvelujen järjestämisvastuu, kuten kouluterveydenhuolto tai työterveyshuolto
 - Kotiin annettavat palvelut; järjestäminen/tuottaminen ja välimatkat

Valinnanvapaudella voidaan lisätä asiakkaan itsemääräämisoikeutta, jolloin sen nähdään parantavan ihmisten mahdollisuuksia saada itselleen sopivia palveluja. Valinnanvapautta voidaan käyttää myös palvelujärjestelmän uudistamisen käyttövoimana siten, että se johtaa asiakaskeskeisempiin palveluprosesseihin. Kun asiakkaat ”äänestävät jaloillaan”, palvelujentuottajien on parannettava laatua ja tätä kautta palvelujen yhdenvertaisuus voisi lisääntyä. Valinnanvapaus voi johtaa myös kielteisiin vaikutuksiin, kuten palvelujen jakautumiseen ”vahvojen” ja ”heikkojen” asiakkaiden palveluihin, vrt. esim. kouluvalinnoista käytävä keskustelu. Tältä kannalta katsottuna palvelujen yhdenvertaisuus ei paranisi vaan heikkenisi.

Valinnanoikeus, joka johtaa palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuun eriytymiseen, on haaste palvelutarpeiden arvioinnille ja palvelujen mitoituksen suunnittelulle kunnassa. Jo kunnan sisäisellä valinnanoikeudella on vaikutusta palvelutuotannon suunnitteluun. Kunta- ja jatkossa valtiorajojen ylittäminen vaatii tuoteistus- ja laskutusjärjestelmien kehittämistä. Esimerkiksi potilasdirektiivin mukaisissa tilanteissa ulkomainen potilas maksaa saamansa terveystalouden ensin itse suoraan palvelu tuottajalle.

Valinnanvapauden hyödyt ja riskien toteutuminen riippuvat muun muassa palvelujen säädöspohjasta, rahoitusjärjestelyistä, maksu- ja omavastuuperusteista, tietojärjestelmistä, seuranta-tiedoista ja niiden välittämisestä palvelujen käyttäjille ja ammattihenkilöiden koulutuksesta.

Tähänastisessa valmistelussa on yleensä tarkasteltu erillisinä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon valinnanvapautta. Keskusteluissa on kuitenkin tunnistettu kysymys siitä, että määriteltäessä valinnanvapauden kohteena oleva kokonaisuus, esimerkiksi terveyskeskuksen palvelut, erikoissairaanhoidon hoitajakso tai esimerkiksi asumispalveluita antava yksikkö, on otettava kantaa myös siihen, onko erityisesti perustasolla tarpeen kytkeä yhteen terveydenhuollon ja sosiaalihuollon valinnat. Vaihtoehtoina on, että asiakas valitsisi yhden ”sosiaali- ja terveyskeskuksen” palvelut tai kytkennän tarpeellisuus jätettäisiin asiakkaan harkintaan tai viranomaispäätökseen perustuvat sosiaalipalvelut järjestäisi aina kotikunta.

KEHITTÄMINEN, TUTKIMUS JA KOULUTUS

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittäminen: nykytila

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on sosiaali- ja terveysministeriön tulosohjauksessa toimiva tutkimus- ja kehittämislaitos. THL palvelee valtion ja kuntien päättäjiä, alan toimijoita, järjestöjä, tutkimusmaailmaa ja kansalaisia. Tavoitteena on vaikuttaa suomalaisten terveyden ja hyvinvoinnin puolesta. THL:n tehtävänä on väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen sekä sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen. THL toteuttaa tehtävänsä tutkimuksen, seurannan ja arvioinnin, kehittämissuunnitelman, asiantuntijavaikuttamisen ja viranomais tehtävien sekä kansainvälisen yhteistyön avulla. THL toimii alansa tilastoviranomaisena sekä huolehtii tehtäväalueensa tietoperustasta ja sen hyödyntämisestä.

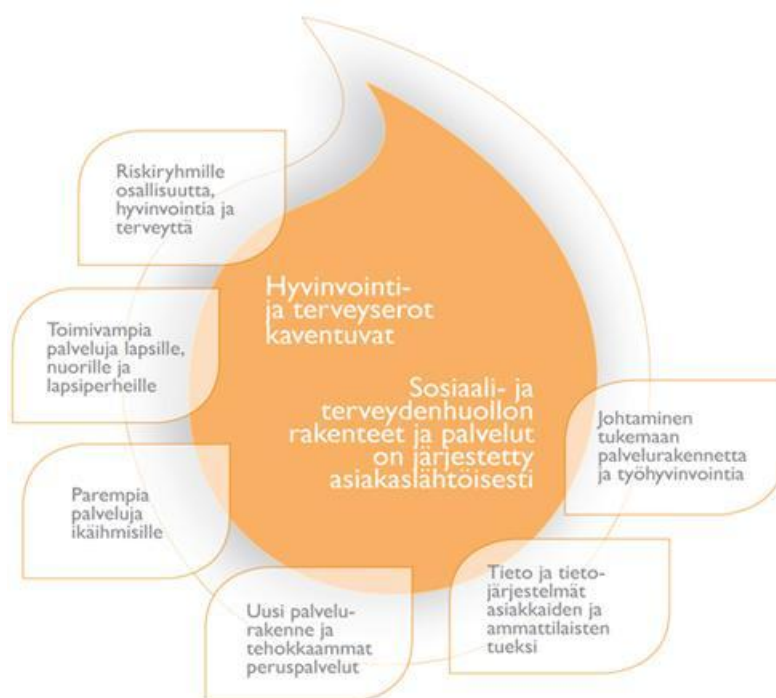
Työterveyslaitos on työterveys- ja työsuojelualan tutkimus- ja asiantuntijalaitos. Toiminnan tärkein tavoite on terve ja hyvinvoiva työikäinen väestö sekä turvalliset ja toimivat työpaikat. Työterveyslaitoksen tehtävää toteutetaan tutkimuksen, tiedonvälityksen, asiantuntijapalveluiden ja koulutuksen keinoin. Keskeisiä yhteistyötahoja ovat työpaikat, työsuojelu- ja työterveysviranomaiset, työterveyshuollon toimijat, työsuojeluorganisaatio työpaikoilla, korkeakoulut ja oppilaitokset sekä kansalaisjärjestöt.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste 2012 - 2015) on strateginen ohjausväline, jolla uudistetaan suomalaista sosiaali- ja terveystaloutta. Kaste-ohjelma toteuttaa hallitusohjelmaa ja sosiaali- ja terveysministeriön strategiaa. Ohjelmassa määritellään sosiaali- ja terveystaloutta koskevat tavoitteet, kehittämistoiminnan ja valvonnan painopisteet sekä niiden toteuttamista tukevat lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisten tavoitteiden kokoamiseksi ja toimeenpanemiseksi sekä valtakunnallisten ja alueellisten toimijoiden yhteistoiminnan toteuttamiseksi valtioneuvosto nimeää neljäksi vuodeksi kerrallaan sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivan sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut viisi alueellista johtoryhmää neuvottelukunnan toiminnan tueksi. Ne koordinoivat Kaste-ohjelman toimeenpanoa alueillaan.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää kunnalle tai kuntayhtymälle hankeavustusta kansallisen kehittämisohjelman toteuttamiseksi valtion talousarvioon otetun määrärahan rajoissa. Kehittämishankkeen toteuttajina voi olla myös useampi kunta yhdessä taikka useampi kuntayhtymä.

Tarkoituksena on, että valtakunnalliset, alueelliset ja paikalliset toimijat tekevät yhteistyötä, jotta uudistukset toteutuvat. Hyvien käytäntöjen luomiseen ja toteuttamiseen kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymät voivat hakea valtionavustusta. Kehittämishankkeiden rahoitukseen on käytettävissä 15,0 miljoonaa euroa vuosittain. Vuosien 2012 - 2015 tavoitteena on, että hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat, sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut on järjestetty asiakaskeskeisesti ja taloudellisesti kestävästi.

Innokylä ja sen oppimisverkostot tukevat ohjelman toimeenpanoa ja toimivien käytäntöjen levittämistä. Innokylä on sosiaali- ja terveysalan toimijoiden ja kehittäjien yhteinen innovaatioyhteisö, joka tarjoaa foorumeita, verkkopohjaisia työvälineitä ja yhteisiä oivalluksia uusien toimintakäytäntöjen luomiseen, arviointiin ja käyttöönottoon.



Kaste-ohjelman tavoitteet ja osaohjelmat

Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellinen ja paikallinen kehittämistoiminta: nykytila

Sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta säädetään sitä koskevassa laissa (1230/2001). Toiminnan tarkoituksena on luoda ja ylläpitää koko maan kattava alueellinen yhteistyörakenne sosiaalialan perus- ja erityisosaamisen edistämiseksi sekä sosiaalialan alueellista yhteistyötä edellyttävien erityisosaamista vaativien erityispalvelujen ja asiantuntijapalvelujen turvaamiseksi. Toiminnasta vastaavat alueelliset sosiaalialan osaamiskeskukset, joiden toimialueet kattavat kaikki kunnat. Ruotsinkielisen väestön tarpeita varten on lisäksi ruotsinkielinen osaamiskeskus. Osaamiskeskuksista ja niiden toimialueista säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

Osaamiskeskukset voivat muodostaa toimialueen kunnat/kuntayhtymät yhdessä yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja muiden sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten, maakunnan liittojen, aluehallintoviranomaisten, järjestöjen sekä muiden sosiaali- ja terveysalalla toimivien kanssa. Kunkin osaamiskeskuksen tehtävänä on muun muassa turvata toimialueellaan sosiaalialalla tarvittavan asiantuntemuksen kehittyminen ja välittyminen, peruspalvelujen kehittyminen sekä erityisosaamista vaativien erityispalvelujen ja asiantuntijapalvelujen kehittyminen ja välittyminen, sosiaalialan perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen ja käytännön työn monipuolinen yhteys, sosiaalialan tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnan toteutuminen sekä valtakunnallista väestöpohjaa edellyttävien erityisosaamista vaativien erityispalvelujen ja asiantuntijapalvelujen kehittyminen ja välittyminen. Sosiaalialan osaamiskeskukset toimivat aktiivisesti Kaste-ohjelman alueellisen toimeenpanon tukena koko maassa.

Terveydenhuoltolain 35 §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on oltava perusterveydenhuollon yksikkö, jossa on moniammatillinen terveysalan asiantuntemus ja joka tukee alueen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatimista. Yksikön keskeisenä tehtävänä on

perusterveydenhuollossa tehtävän tieteellisen tutkimuksen sekä hoito- ja kuntoutusketjujen laatimisen ja alueellisen täydennyskoulutuksen koordinointi yhteistyössä eri tahojen kanssa. Perusterveydenhuollon yksikkö antaa asiantuntemusta ja sovittaa yhteen alueellaan perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista, täydennyskoulutusta ja huolehtii henkilöstötarpeen ennakoinnista sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja soveltuvien osien sosiaalitoimen yhteensovittamisesta. Tarkoituksena on myös, että yksikkö tekisi yhteistyötä sekä loisi pysyviä yhteistyökäytäntöjä oman alueensa sosiaalialan osaamiskeskuksen kanssa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimustoiminnan järjestäminen: nykytila

Terveydenhuollon opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämisestä säädetään terveydenhuoltolain (1326/2010) 7 luvussa. Yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen osalta terveydenhuoltolaissa säädetään, että sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee yhteistyössä erityisvastuualueiden tutkimustoimikuntien kanssa yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen painoalueet ja tavoitteet nelivuotiskausittain. Yliopistotasaiseen terveyden tutkimukseen myönnetään valtion rahoitusta erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille, jotka päättävät tutkimusrahoituksen osoittamisesta tutkimushankkeille. Rahoitusta maksetaan erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille sosiaali- ja terveysministeriön neljäksi vuodeksi kerrallaan tekemän päätöksen mukaisesti. Ministeriön päätös perustuu tutkimustoiminnan painoalueiden ja tavoitteiden toteutumiseen sekä tutkimuksen laatuun, määrään ja tuloksellisuuteen edellisellä nelivuotiskaudella.

Sosiaalihuollossa ei ole vastaavaa järjestelmää. Sosiaalihuoltolain 13 §:n mukaan kunnan on sosiaalihuoltoon kuuluvina tehtävinä huolehdittava sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan koulutus-, tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä. Eräät suurimmat kaupungit ovat vapaaehtoisuuden pohjalla tehneet yhteistyösopimuksia sosiaalityön opetusta antavien yliopistojen kanssa opetus- ja tutkimustoiminnan toteuttamisesta kunnan palveluksissa. Opetusministeriön asettama toimikunta on esittänyt yliopistojen, kuntien ja ammattikorkeakoulujen yhteisten opetus- ja tutkimuskeskusten perustamista sosiaalityön opetusta antavien yliopistojen sijaintikuntiin, jolloin toiminta vastaisi pienessä mittakaavassa terveydenhuollon vastaavaa käytäntöä. Esityksen toteutussuunnitelmia on vireillä muutamilla paikkakunnilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon opetus- ja koulutustoiminnan järjestäminen

Terveydenhuollon opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämisestä säädetään terveydenhuoltolain (1326/2010) 7 luvussa. Sen mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle, jossa on yliopistollinen sairaala, korvataan valtion varoista kustannuksia, jotka aiheutuvat lääkärin ja hammaslääkärin perus- ja erikoistumiskoulutuksesta ("koulutus-evo"). Tutkintojen lukumäärään perustuvaa koulutuskorvausta ei suoriteta muiden terveydenhuollon ammattiryhmien tutkinnoista.

Sosiaalihuoltolain 52 §:n mukaan kunta ja sosiaalihuollon henkilökunnan koulutuksesta huolehtiva oppilaitos tai korkeakoulu voi sopia sosiaalihuollon toimintayksiköiden käyttämisestä sosiaalihuollon koulutustoiminnan järjestämiseen. Kunta on oikeutettu saamaan edellä tarkoi-

tetusta koulutustoiminnan järjestämisestä aiheutuvista välittömistä kustannuksista täyden korvauksen korkeakoululta taikka koulutuksesta huolehtivalta muulta viranomaiselta tai yhteisöltä. Korvausta määriteltäessä otetaan huomioon myös se välitön hyöty, jonka kunta saa koulutustoiminnan ohessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutus on lakisääteistä. Kunnilla on lakisääteinen velvoite huolehtia sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävästä täydennyskoulutuksesta.

Jatkotyöskentelyssä huomioitavaa:

Miten kansallinen kehittämisohjelma toimii kaksitasoisessa järjestelmässä ja miten kansallisen kehittämisen/kehittämisohjelman rahoitus järjestetään.

Jatkovalmistelussa on ratkaistava, mm. millä tavoin sosiaalialan osaamiskeskusten ja perusterveydenhuollon yksiköt integroidaan alueellisesti. Nykytilanteessa muun muassa niiden maantieteelliset vastuualueet ja rahoituspohja eroavat toisistaan.

OHJAUS JA VALVONTA

Valtion kuntiin kohdistuvassa ohjauksessa pääasiallisina ohjausmuotoina voidaan säilyttää normi-, resurssi- ja informaatio-ohjaus. Myös valvonta sisältyy kaikkiin ohjausmuotoihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön ja palvelurakenteiden uudistamisen yhteydessä pitää päättää ketkä ohjaavat, johtavat ja valvovat sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä mitä asioita ja miten niitä ohjataan ja valvotaan. Ohjausta ja valvontaa pitää tarkastella sekä valtionohjauksen että kuntaohjauksen näkökulmasta. Kuntaohjaukseen sisältyy sekä kuntien toteuttama omistajaohjaus että erityisvastuualueen toteuttama kuntien ja sote-alueiden toiminnan koordinointi ja muu ohjaus. Toisaalta tulee toteuttaa kuntia palveleva erityisvastuualueiden välinen yhteistyö ja työnjako. Valvonnan toteuttamisessa tulee määritellä valtion valvonnan toimijat, valvonnan periaatteiden ja toteutuksen yhtenäisyys sekä valtion valvonnan suhde kunnallisen hallinnon itse toteuttamaan valvontaan (omavalvonta). Lisäksi on otettava huomioon laillisuusvalvonta (EOA, OKA, valitusoikeus).

Palvelurakenneuudistuksen yhteydessä tulee arvioitavaksi ja ratkaistavaksi kysymys siitä, minkälaisia muutoksia nykytilaan tarvitaan, esimerkiksi valtionohjauksen eri muotoihin ja valvontaan. Valtion ohjauksessa ja valvonnassa tulisi nykyistä selkeämmin kyetä määrittelemään eri viranomaisten tehtävät ja vastuut. Alueellisesti tarvitaan toimiva kunnallishallinnon sisäinen ohjausjärjestelmä palvelujen toteutuksesta. Kunnilla tulee olla mahdollisuus toteuttaa tehokasta omistaja-ohjausta. Valvonnan ja ohjauksen keskinäinen suhde on myös merkittävä. Valvontaan liittyy aina myös ohjauselementti. Valvontaviranomaisen toimenpiteiden tavoitteena on pääsääntöisesti toiminnassa havaittujen puutteiden tai virheiden korjaaminen ja siten valvontaan sisältyy eräänlainen ohjauselementti.

Ohjauksen muotoihin ja sisältöön vaikuttaa se, minkä mallin mukaan palvelurakennetta lähdetään toteuttamaan. Voitaneen arvioida, että mitä useampi taho on järjestämisvastuussa, sitä yksityiskohtaisempaa valtion ohjausta tarvitaan. Sen sijaan resursseiltaan ja osaamiseltaan vahvoille ja lukumääräisesti melko harvoille vastuutahoille voitaneen antaa laajempi vastuu oman toiminnan toteuttamisesta ja ohjaamisesta.

Ohjauksen ja valvonnan ensisijainen tarkoitus on varmistaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa tarvitseville laadukkaat, asianmukaiset, asiakkaiden tarpeet huomioon ottavat ja riittävät palvelut. Lisäksi ohjauksella tulee vaikuttaa siihen, että palvelut järjestetään ja toteutetaan kansantalouden ja julkisen talouden näkökulmasta olemassa olevat voimavarat tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti hyödyntäen.

Normiohjaus ja sen rakenteet pohjautuvat perustuslakiin, eikä niihin olla tekemässä tässä yhteydessä muutoksia. Sen sijaan merkittävä kysymys on normiohjauksen ja informaatio-ohjauksen välinen suhde.

Resurssiohjausta tarkastellaan valtionosuusjärjestelmän uudistuksen yhteydessä. On kuitenkin tarpeen arvioida resurssiohjausta sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohdista (esim. kuntaa laajempien vastuutahojen rahoituksen, järjestämisen, asiakasmaksujen ja erillishankkeiden kannalta).

Ohjauksen näkökulmasta on välttämätöntä pohtia myös sitä, miten toteutetaan koko palvelujärjestelmän toimivuuden kannalta välttämättömiä valtakunnallisia kokonaisuuksia. Esimerkkinä tällaisesta voidaan todeta asiakas- ja potilastietojen valtakunnallinen käytettävyys. Tämä

voidaan saavuttaa tehokkaasti vain koko maassa pitkälti yhdenmukaisesti toteutettujen määrittelyjen ja yhteentoimivien järjestelmien avulla.

Palvelujen toteuttaminen edellyttää hyvää tietopohjaa niin valtakunnallisesti, alueellisesti kuin kunnittain (tai sote-alueittain). Uudistuksen yhteydessä on tarpeen huolehtia siitä, että palvelujen järjestämisen, ohjauksen ja valvonnan toteuttamiseksi on käytettävissä kattavat tiedot palvelujen toteutuksessa tarvittavista tekijöistä. Ensisijainen vastuu tietotuotannosta on asiantuntijaviranomaisilla. Lisäksi on tarpeen huolehtia siitä, että tämä tietopohja on kaikkien sitä tarvitsevien saatavilla.

Edellä todettu ohjauksen ja valvonnan kokonaisuuden lisäksi on tarpeen määritellä kuntalaisien ja palvelujen käyttäjien asema ohjauksessa ja valvonnassa. Kuntalaisilla tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa toiminnan ja palvelujen suunnitteluun esimerkiksi siten, että asukas- tai asiakasjärjestöt ovat mukana päätöksenteossa. Samoin erilaiset asiakaspalautteet ja palvelujen käyttäjäpalautteet sekä esimerkiksi sosiaaliasiamiesten selvitykset asiakkaiden oikeuksien ja aseman kehityksestä tulee ottaa huomioon päätöksenteossa.

SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN JÄRJESTÄMISEEN LIITTYVIÄ KÄSITTEITÄ

käsite	selvennys
sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen	<p>Järjestämisvastuussa olevalle taholle kuuluu omalta osaltaan vastuu väestön hyvinvoinnista ja terveydestä. Tähän sisältyy vastuu</p> <ul style="list-style-type: none"> - väestön hyvinvoinnin ja terveyden seurannasta ja edistämisestä - julkisen vallan käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa - sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen selvittämisestä - sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta saatavuudesta - sosiaali- ja terveydenhuollon saavutettavuudesta - sosiaali- ja terveydenhuollon tuotantotavasta päättämisestä - tuotannon laadusta, seurannasta ja valvonnasta - järjestämiseen liittyvästä rahoituksesta - voimavarojen tehokkaasta kohdentamisesta - sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä <p>(Järjestämislakityöryhmä 2011)</p>
sosiaali- ja terveydenhuollon rahoittaminen	<p>Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoittaminen on tarkoituksenmukaista nähdä kaksivaiheisena prosessina. Ensin kerätään rahat eri rahoittajilta ja saatu rahoitus kohdennetaan palvelujen saamiseksi. Rahoituksen kohdentaminen on usein kaksiosainen: ensin kohdennetaan kerättyjä rahoja palvelujen järjestämisvastuussa oleville ja sitten järjestämisvastuussa olevat kohdentavat rahaa palvelujen tuottajille.</p>
palvelujen tuottaminen	<p>Järjestäjä voi huolehtia palveluista tuottamalla palveluja itse, yhteistoiminnassa muiden palvelujen järjestäjien kanssa tai hankkimalla palveluja muilta palvelujen tuottajilta ostopalveluna tai palvelusetelin avulla.</p> <p>Palveluja voivat tuottaa julkiset tai yksityiset toimintayksiköt tai itsenäiset ammatinharjoittajat. Palvelujen järjestämisessä voidaan hyödyntää myös erilaisia kumppanuuksia (esim. SGEI eli yleisiin taloudelliseen tarkoitukseen liittyvät palvelut).</p> <p>(muokattu Järjestämislakityöryhmä 2011)</p>
hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	<p>Yksilöön, perheisiin, yhteisöihin, väestöön, elinoloihin ja elinympäristöön (sekä palvelujen järjestämiseen) kohdentuvaa toimintaa, jonka avulla parannetaan väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä vähennetään eroja väestöryhmien välillä. Lisäksi ehkäistään sairauksia, tapaturmia, syrjäytymistä ja muita sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä parannetaan työ- ja toimintakykyä ja vahvistetaan yhteisöllisyyttä, osallisuutta ja turvallisuutta.</p> <p>Kunnassa hyvinvointia ja terveyttä edistävä työ on eri toimialojen ja kunnassa ja alueella toimivien muiden organisaatioiden yhteistyössä toteuttamaa suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista hyvinvointia ja terveyttä edistävään työhön ja väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen vähentämiseen.</p>

INTEGRAATIOON LIITTYVIÄ KÄSITTEITÄ

käsite	selvennys
rakenteellinen integraatio	Toimintojen integrointi samaan tahon järjestämisvastuulle ja samaan päätöksentekoaikavälille. Palvelurakenneuudistuksessa halutaan korostaa rakenteellista (hallinnollista) integraatiota, jossa palveluiden päätöksenteko, resursointi ja johtaminen yhdistetään samoihin mahdollisimman laajoihin kokonaisuuksiin. Rakenteellista integraatiota on usein tarpeen tukea erityyppisillä integraatiotyövälineillä, esim. case manager, hoitoketjut ym. Tässä palvelurakenneselvitystä koskevassa väliraportissa integraatiolla viitataan aina rakenteelliseen integraatioon, jollei erikseen mainita, että kyse on toiminnallisesta integraatiosta.
toiminnallinen integraatio eli sopimus pohjainen yhteistyö	Toimintojen integrointi ilman, että ne ovat saman tahon järjestämisvastuulla ja päätöksentekoaikavälillä. Integraatiota voidaan rakentaa esimerkiksi sopimuksin tai jonkin tahon koordinoimana tai edistää yhteistyötä muulla tavoin. Toiminnallinen integraatio saattaa silti edellyttää säädösmuutoksia ja esimerkiksi tietosuojatekijöiden poistoa. Esimerkiksi Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa, jossa palvelurakenteisiin ei pääosin puututtu, tuettiin palvelujärjestelmän toiminnallista integraatiota tuomalla terveydenhuollon järjestämissuunnitelma kuntien vastuulla tehtäväksi ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimus erä-alueiden sairaanhoitopiirien kesken sovittavaksi työnjakoa ja toimintaa ohjaaviksi ratkaisuksi.
järjestämis- ja rahoitusvastuun integraatio	Järjestämis- ja rahoitusvastuu ovat samalla taholla ja päätökset samassa päätöksentekoaikavälillä.
horizontaalinen integraatio	Rakenteellisessa integraatiossa sosiaalihuolto ja terveydenhuolto integroidaan samaan tahon järjestämisvastuulle. Toiminnallisessa integraatiossa lisätään yhteistyötä toimijoiden välillä eri tavoin.
vertikaalinen integraatio	Voi koskea joko sosiaali- tai terveyspalveluita tai molempia. Viimeksi mainitulla tarkoitetaan laajaa vertikaalista integraatiota eli sosiaali- ja terveydenhuollon integroimista mahdollisimman laajoihin palvelukokonaisuuksiin. rakenteellisessa integraatiossa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ja erityispalvelut integroidaan samaan tahon järjestämisvastuulle. Toiminnallisessa integraatiossa lisätään yhteistyötä toimijoiden välillä eri tavoin.
sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio kunnan muuhun toimintaan	Sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun kunnan väestön hyvinvointiin vaikuttavan päätöksenteon sekä kunnan muun päätöksenteon integroiminen. Rakenteellisessa integraatiossa ne integroidaan samaan päätöksentekoaikavälille (kunnanvaltuusto). Toiminnallisessa integraatiossa lisätään yhteistyötä esimerkiksi erilaisilla yhteistyöryhmillä.

YHTEENVETO KUNNALLISHALLINNON RAKENNETYÖRYHMÄN SELVITYSTÄ KOSKEVISTA LAUSUNNOISTA, SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELURAKENTEESTA KÄYDYISTÄ ALUEELLISISTA KESKUSTELUISTA SEKÄ OTAKANTAA.FI - KESKUSTELUSTA

1. Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvitystä koskeva lausuntopalautte: sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta koskevia havaintoja

VM:n lausuntoyhteenvedon mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetarkaisu liittyy keskeisesti kuntauudistukseen ja linjaukset tulee yhteen sovittua tai olla tiedossa ennen kuntauudistuksen jatkolinjauksia. Kuntien lausunnoissa nousi esiin tarve uudelle kuulemiskierrokselle sen jälkeen, kun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvitys on tehty. Monet kunnat esittivät vastauksissaan, kuinka ne kokevat jo nykyisen kuntarakenteen puitteissa muodostavansa toiminnallisia kokonaisuuksia, joko yksin tai yhdessä naapurikuntiansa kanssa. Esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluiden kentällä tehtävällä yhteistyöllä saavutetaan näiden kuntien mukaan jo nykyisellään muutokselle asetetut tavoitteet. Pitäytymällä nykyisissä kuntien välisissä yhteistyömuodoissa kunnat kokivat pystyvänsä paremmin säilyttämään lähipalvelut ja turvaavan kunnan asukkaiden vaikutusmahdollisuudet.

Toimivat tehtäväkokonaisuudet ja asiakaskeskeisyys nousivat esille muutamissa vastauksissa. Koko perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido tulisi olla samalla järjestäjällä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen kokonaisuus nousi myös esille. Lähidemokratian keinovalikoiman kehittäminen nähtiin osassa lausuntoja tarpeen koskien muun muassa tulevia sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisia yhteistyöratkaisuja.

Kuntien vastauksissa korostui vahvasti vaatimus siitä, että kuntajakoselvitystä tehtäessä tarvitaan tietoa siitä, mitkä tulevat olemaan sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen ja valtionosuusuudistuksen keskeiset linjaukset.

2. Alueelliset keskustelutilaisuudet

Palvelurakenneselvityksen taustaksi järjestettiin kevään aikana viisi alueellista keskustelutilaisuutta. Aikataulusyistä hyödynnettiin jo sovittuja tilaisuuksia, joiden yhteyteen tai jonka osana tulevaa palvelurakennetta käsittelevä keskustelu järjestettiin.

2.4.2012	Turku	Kaste-seminaarin yhteydessä
16.4.2012	Kuopio	Kaste-seminaarin yhteydessä
24.4.2012	Oulu	Pohjois-Pohjanmaan Hyvinvointifoorumin yhteyteen
2.5.2012	Tampere	osana Seutufoorumia
4.5.2012	Helsinki	erillinen tilaisuus

Tilaisuuksiin osallistui alueiden kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon johtoa, luottamushenkilöitä, sairaanhoitopiirin ja maakuntahallinnon johtoa yhteensä n. 250-300 henkeä.

Kussakin tilaisuudessa esiteltiin palvelurakennetyötä asettamispäätöksen kautta. Lukuun ottamatta Tampereen tilaisuutta seuraavaksi oli 4-6 ennalta valmistelua kuntien ja sairaanhoitopiirien puheenvuoroa. Niissä tuotiin esille alueellisia näkökohtia ja suunnitelmia, kuntien ja sairaanhoitopiirien lausuntoja kuntarakenneselvitykseen sekä puhujien henkilökohtaisia näemyksiä palvelurakennemuutokseen. Osa puhujista oli palvelurakenneselvityksen työryhmän jäseniä, osa muuta sosiaali- ja terveysjohtoa.

Keskustelu ohjattiin rajautumaan integraatioon. Keskustelun toimeksiannossa korostettiin, että Hallitusohjelma korostaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota, eri tasojen välistä integraatiota sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen integrointia kunnan muuhun toimintaan. Kysyttiin voiko näitä asettaa tärkeysjärjestykseen sekä perusteluja.

Eniten keskustelua käytiin vertikaalisesta integraatiosta, erityisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiosta. Keskusteluissa esiin tulleita näkökulmia: *”Perusterveydenhuollon vahvistaminen on palvelujen laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden kannalta perusteltua ja yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa kustannusten hillitsemisen kannalta tärkeää”*. *”Tasojen välinen integraatio (pth, esh) tärkeää ja vaikuttaa henkilöstön saatavuuteen, ja toiminnan vaikuttavuuteen”*. *”On tärkeä pyrkiä välttämään erikoissairaanhoidon liikakäyttöä.”* *”Kun kuntaan/kaupunkiin tulee eritasoista sairaanhoitoa, se oikaisee hoitoketjuja ja tekee työn mielenkiintoiseksi, mutta se ei synnytä säästöjä.”* *”Kokonaisvaltaisessa ratkaisussa on vaarana koulutuksen ja tutkimuksen vaikeutuminen, jos esh siirtyy kuntiin, missä ei ole valmiutta ottaa koulutusta vastuulleen.”*

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta keskusteltiin myös paljon. Keskusteluissa esiin tulleita näkökulmia: *”sosiaali- ja terveydenhuollon yhteys on erittäin tärkeä, sosiaalisektoria ei voi irrottaa terveydenhuollosta, esimerkkeinä ikäihmisten hoiva ja hoito tai lastensuojelu ja lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, joissa kaikissa on paljon yhteisiä rajapintoja sosiaali- ja terveydenhuollon välillä”*. *”Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation vahvistuessa huomiota kiinnitetään enemmän ikääntyvien toimintakykyyn, työttömien terveyteen jne.”* *”Sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusta tulisi yhdistää, toteuttaa osin rinnakkain.”* *Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota pidettiin jo itsestäänselvytenä ja korostettiin sujuvan toiminnan tärkeyttä ja mm. tietosuojasteiden purkua.*

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen integraatio keskusteltiin myös. *”Integraatio muuhun toimintaan on tärkeää, sote ei ole erillinen vaan osa kunnan muuta toimintaa.”* *”Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen integrointi kunnan muiden hallinnonalojen kanssa pitäisi olla itsestään selvyyttä, valtakunnallista, luonnostaan kuuluvaa asiaa, ihmisten välistä kohtaamista”*. *”Kunnan kaiken toiminnan tulisi olla terveyttä edistävää, asiantuntemus ei ole vain on sote:ssa”*. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä täytyy tehdä sekä peruskunnassa, mahdollisilla sote-alueilla että erva-tasolla. Kaikilla tasoilla se täytyy integroida muuhun toimintaan. *”Kunta yksin on liian pieni toimija hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä, myös siinä tarvitaan laajempia kokonaisuuksia.”*

Lisäksi keskusteluissa tuli esille muun muassa seuraavia näkökulmia: *”Palvelurakenteen lähtökohdaksi on asukkaiden tarvitsemat palvelut ja niiden kehittäminen, missä on huomioitava etäisyydet, tasa-arvon toteutuminen ja työvoiman saatavuus. Tavoitteena on perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen toiminnallinen kokonaisuus, jossa palveluketjuajattelu on tärkeää.”* *”Yhteistyötä voidaan tehdä myös ilman organisaatiomuutoksia”*. *”Erva-tason koordinaation vahvistaminen on tärkeää.”* *”Rahoitus- ja järjestämisvastuun tulee*

olla samassa organisaatiossa; päätöksenteon tulee olla lähellä järjestämisvastuuta ja siellä missä raha kerätään tulee olla suurin vastuu myös sen käytöstä.” ”Sote-integraatio ei yksin riitä, tarvitaan myös järjestöt mukaan.” ”Työvoima-asioihin yms tarvitaan säädösohjausta.” ”Eri tasojen väliseen integraatioon sisältyy myös Kelan rooli palveluketjussa ja työvoimahal- linnon rooli, joista on ollut vähän keskustelua. Myös työterveyshuollon roolista keskustelu on jäänyt vähälle.”

3. Otakantaa.fi -keskustelu: Miten turvaamme sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa? (13.4.-20.5.2012)

Sosiaali- ja terveysministeriö toivoo kuntien asukkailta ja työntekijöiltä palautetta sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseen osana kuntauudistusta. Sitä varten järjestettiin alueellisia keskustelutilaisuuksia ja avattiin Otakantaa.fi-sivustolle keskustelu.

Tarkoituksena on löytää paras tapa järjestää palvelut hallituksen kuntauudistuksen myötä muodostuvissa uusissa peruskunnissa. Palvelut on tarkoitus järjestää nykyistä laajemmilla väestöpohjilla ja alueilla. Keskusteluavauksessa kysyttiin: Mitä mieltä sinä olet? Miten uudistaisit sosiaali- ja terveyspalveluja?

15.5.2012 mennessä keskusteluun oli tullut 72 vastausta. Eniten palautetta tuli seuraavista teemoista:

1. Perusterveydenhuolto kuntoon

Suurin osa palautteista koski perusterveydenhuollon toimimattomuutta. Vastajat kokivat epätasa-arvoiseksi sen, että hoidon saatavuus ja laatu on parempi niille, joilla on varaa yksityiseen terveydenhuoltoon. Lääkäriin pääsee vain soittamalla yhä uudestaan ja viikkokausien jonotuksella. Usea vastaajista oli tyytymätön pitkäaikaissairaiden hoitoon terveysasemilla. ”Päiset hoitoon vasta kun olet jo melkein kuollut.”

Osa vastaajista oli julkisen sektorin lääkäreitä ja hoitajia. He kaikki toivoivat työnsä uudistamista: *”organisaatiouudistuksiin tulee kytkeä rinnalle voimakas toimintamallien ja työtapojen uudistaminen”*. Tärkeää olisi parempi työnjako ja sujuvat hoitoketjut, toimivat tietojärjestelmät, lausuntobyrokratian karsiminen, laadukkaampi johtaminen, inhimillisempi työtahti, parempi palkkaus. *”Järjestelmä ei tee mahdolliseksi potilaan hyvää hoitoa.” ”Tk-lääkärin työ pitää muuttaa sisällöltään lääkärin työksi”*.

2. Yksityiset toimijat tarkempaan syyniin

Toiseksi eniten kommentoitiin yksityistä terveydenhuoltoa. Moni vastaajista katsoi, että yksityistä sektoria tarvitaan jatkossakin täydentämään julkista puolta. Yhtä moni arvosteli vuokralääkäfirmojen toimintaa. Haastavat asiakkaat ja kustannukset tuupataan julkiselle puolelle ja vastavalmistunut keikkalääkäri saa parempaa palkkaa kuin kokenut julkisen puolen lääkäri. *”Vuokralääkäritoiminta rapauttaa sosterv työmoraalin.”*

3. Lähipalvelut turvattava ja järjestäminen valtion käsiin

Vastajat, jotka kommentoivat kuntauudistusta, pelkäsivät lähipalvelujen keskittymistä ja epäilivät kuntien yhdistämisen hyötyjä. *”Henkilökuntapula ei katoa minnekään kuntarajoja siirtelemällä.”*

”Kunnassamme on tehty 3 liitosta ja asukkaita on 9000 ja risat, niin kuinka täällä hoito pelaa, ei edes tyydyttävästi.”

Useat vastaajat olivat sitä mieltä, että terveydenhuollon järjestäminen ja rahoitus on keskitettävä valtiolle, tai vain muutamalle alueelle. *”Onko kunnissa riittävää osaamista?”*, *”Nykyinen kuntavetoinen SoTe on tullut tiensä päähän.”* ja *”Yliturvonnesta pullataikinasta on syytä päästää ilmat pois ja palata siihen mihin on varaa.”* *”Valtio pitää jakaa 5-6 suureen alueeseen, joilla kullakin on oma terveyden- ja sosiaalihuollon budjetti.”*

Osa vastaajista uskoi, että yrityslähtöiset palvelut saattaisivat paremmin turvata maaseutupaikkakuntien sosiaali- ja terveyspalvelut. Kommenteissa kehoitettiin lisäämään palveluseteli- en käyttöä: *”se tukee erityisesti pienten kuntien ja haja-asutusalueiden yrittäjyyttä”* ja *”Nopeat ja hyvät yksiköt menestyisivät.”*

4. Muut yksittäiset kommentit

Yksittäiset vastaajat toivoivat uudistuksia mm. Kelan tapaan tehdä kuntoutuspäätöksiä, passi-voivaan toimeentuloturvaan, vammaisten ihmisten palveluohjaukseen, nuorten yrittäjyyden tukemiseen, potilasralliin alueiden välillä ja omaishoitoon. Muutamissa vastauksissa epäiltiin liikkuvuusdirektiivin mahdollisuuksia toteutua.

UUDET LÄHIPALVELUT

Tiivistelmä

Lähipalveluiden turvaaminen on noussut yhdeksi kunta- ja palvelurakenneuudistuksen keskeiseksi kysymykseksi. Tässä muistiossa kuvataan tärkeimpiä lähipalveluita ja annetaan esimerkkejä niiden toteuttamistavoista palvelurakenneselvityksen käyttöön. Kuvaukset eivät ole täydellisiä eivätkä aina toisiaan poissulkevia, ja niitä tullaan vielä selkiyttämään.

Terveydenhuoltolain mukaan kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuoltopalvelut alueellaan lähellä asukkaita, paitsi jos palvelujen alueellinen keskitäminen on perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi. Sosiaalihuoltolakiluonnoksen mukaan kunnan on sosiaalipalveluja ja muita tukitoimia järjestäessään huolehdittava niiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja saavutettavuudesta alueellaan.

Lähipalveluiden käsite on suhteellisen uusi. Sille ei ole vakiintunutta määritelmää, joka kattaisi sekä sosiaali- että terveystalvet. Käsitteen vakiintumattomuus johtuu osittain siitä, että palvelurakenne on nopeassa muutoksessa, ja osittain siitä, että uusia innovaatioita otetaan koko ajan käyttöön. Yhteistä on, että

- lähipalvelu toteutuu potilaan ja asiakkaan arjessa
- vastuu lähipalvelusta voi olla millä palvelujärjestelmän tasolla tahansa
- kaikki tuotantotavat ja tuotantoalustat kuten sähköiset ja pyörillä liikkuvat voivat tulla kyseeseen.

Kansalaisen lähipalvelut ja keskitetyt palvelut

Sähköiset palvelut 24 h

- parantavat palvelujen alueellista saatavuutta (palvelutiedot, neuvonta, omahoito, ajanvaraus, etäkonsultaatio jne.)

Kotiin tarjottavat palvelut

- tukevat toimintakykyä ja arjessa selviytymistä (kotihoito, perhetyö, ensihoito, kotikuntoutus jne.)

Liikkuvat palvelut

- pyörien päällä terveystarkastukset, rokotukset, laboratorio-kokeet, hammashoitola, sairaanhoitajan tai sosiaalityöntekijän vastaanotto, kriisipalvelut jne.

Lähellä tarjottavat palvelut

- matalan kynnyksen palvelupisteet, neuvolat, perhekeskukset, hoitajan ja lääkärin vastaanotto, sosiaalityö jne.

Alueellisesti keskitetyt palvelut

- harvemmin käytettyjä (päivystykset, poliklinikat, päiväkirurgia, perheneuvolat jne.)

Kansallisesti keskitetyt palvelut

- viidessä yliopistollisessa keskuksessa (erityistason hoito ja kirurgia, riskiraskaudet, syöpäkeskus, hengityslaitetilat jne.)

Kaikissa palveluissa voi olla tuottajana julkinen, yksityinen tai kolmas sektori

Lähipalvelut ja keskitetyt palvelut

Lähipalvelujen ja vastaavasti keskitettyjen palveluiden käsitteet elävät ja muuttuvat. Niihin vaikuttavat toisaalta väestömuutokset ja muuttoliike, toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapojen, menetelmien ja tietoteknologian kehitys. Palveluita siirtyy eri kategorioista toisiin ja syntyy kokonaan uusia palveluita.

Tässä muistiossa ei oteta kantaa siihen, mikä taho vastaa eri palvelujen järjestämisestä. Palveluita on pyritty kuvaamaan käyttäjien näkökulmasta (saatavuus, saavutettavuus). Erikoisosaamista vaativien lähipalvelujen saatavuutta voidaan parantaa järjestämällä ne keskitetyksi osana suurempia kokonaisuuksia. Tuottamisen kannalta lähipalvelu voi olla keskitettyä, hajautettua, liikkuvaa tai sähköisesti saatavaa niille, joilla on siihen välineet ja edellytykset.

Lähipalvelut turvaavat erityisesti ongelmien varhaista toteamista, tarpeen arvioimista ja ohjausta. Siten lähipalveluilla vahvistetaan ennaltaehkäisevän työn mahdollisuuksia

Vuonna 2005 PARAS-selvitystyön yhteydessä palvelut luokiteltiin lähipalveluihin, seudullisiin palveluihin, alue/maakuntatasoon ja valtakunnallisiin palveluihin. Kuntaliitto luokitteli vuonna 2009 päivitetystä oppaasta palvelut lähipalveluihin, seudullisiin palveluihin ja laajaa väestöpohjaa edellyttäviin palveluihin. Lähipalveluita väestö tai ainakin osa asukkaista käyttää toistuvasti, jopa päivittäin. Kuntaliiton mukaan lähipalveluympäristö voi suurissa kunnissa olla kaupunginosa, pienemmissä kunnissa taajama tai kylä. Hyvin toimivat internetpalvelut ovat yhä useammin osa lähipalveluiden kokonaisuutta. Seudulliset palvelut sijaitsevat etäämmällä, ja ne ovat saavutettavissa joko omalla kulkuneuvolla tai julkisella liikennevälineellä. Laajaa väestöpohjaa edellyttävät palvelut täydentävät lähipalveluita ja seudullisia palveluita.

Lähipalvelujen kehittämisessä on mahdollista tarkastella ennakkoluulottomasti koko palveluverkkoa yli totuttujen hallintokunta- ja ikäkausirajojen. Uudet lähipalvelut voivat vaatia jatkossa myös uudenlaista osaamista sosiaali- ja terveystieteiden henkilöstöltä, esimerkiksi huolehtimista siitä, että asiakkaat osaavat käyttää sähköisiä palveluita. Kotona asumisen tueksi tarvittaisiin yleisosaajia, jotka osaavat auttaa ja neuvoa monissa arjen asioissa ja opastaa eteenpäin palvelujen ja etuuksien viidakossa.

Vuonna 2012 lähipalvelut voitaisiin määritellä palveluiksi, joita väestö käyttää usein ja ainakin osa asukkaista käyttää niitä toistuvasti, jopa päivittäin. Asiakkaan näkökulmasta lähipalvelut ovat saavutettavissa muun muassa kotiin tarjottavina palveluina, sähköisinä palveluina, lähellä jokapäiväistä elinympäristöä tarjottavina palveluina ja liikkuvina palveluina. Esimerkiksi varhaisen tuen sosiaalipalvelut voivat jakautua eri luokkiin: osa on kotiin tuotavia, osa lähellä tarjottavia, osa liikkuvia ja osa sähköisiä palveluita.

Huomattava osa uusimuotoisista lähipalveluista edellyttää varsin laajaa järjestämisvastuun tahon väestöpohjaa. Esimerkiksi liikkuvat palvelut tai erikoislääkäreiden/erityisosaajien vastaanotot jalkautettuna lähelle ihmisiä edellyttävät laajaa väestöpohjaa.

LÄHIPALVELUT

Kotiin tarjottavat palvelut

Kotiin tarjottavat palvelut ovat usein palveluita, jotka tukevat toimintakykyä ja kotona selviytymistä tai palveluita, joiden kautta löydetään ja tarjotaan varhaista tukea ongelmiin.

Esimerkkejä:

- palvelutarpeen arviointi
- perheiden palvelut, kuten perustason perhetyö, äitiys- ja lastenneuvolan kotikäynnit, lastensuojelun avohuollon perhetyökotiin annettavat palvelut (kotipalvelun, kotisairaanhoidon tai yhdistetyn kotihoidon palvelut) ml tukipalvelut kuten ateriapalvelut, turvapalvelut, omaishoidon tuki (osittain), henkilökohtainen apu, vammaisten tukipalvelut mukaan lukien kuljetuspalvelut, kodin muutostyötarpeiden arviointi
- ensihoito (taudinmääritys ja hoito kotona, kuljetus sairaalaan vältetään)
- laitoshoidosta kotiutuksen tuki
- lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut ml. apuvälinepalvelut ja kotikuntoutus
- kotisairaanhoido, kotisairaala (sairaalan laitteiden ja hoidon tuominen kotiin), kotisaattohoito

Sähköiset palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tieto- ja viestintäteknologia tarjoaa paljon mahdollisuuksia toteuttaa palveluita asiakaskeskeisemmin ja kustannustehokkaammin. Sähköisillä palveluilla voidaan parantaa palveluiden alueellista saatavuutta. Sähköiset välineet tarjoavat mahdollisuuden tarjota palveluita kansalaisille ajasta ja paikasta riippumatta. Sähköiset palvelut edellyttävät käytännössä Internet-yhteyttä tai älypuhelin- ja valmiuksia käyttää sähköisiä palveluita. Osa palveluista voidaan tuottaa kaikille avoimena. Henkilökohtainen palvelu vaatii suojatun yhteyden ja tunnistellisen asioinnin. Sähköisten palveluiden käyttöönotto edellyttää suuria muutoksia palveluiden toteuttamistavoissa ja prosesseissa. Sähköiset palvelut tulee toteuttaa siten, että ne eivät lisää kansalaisten eriarvoisuutta. Palvelut tulisi voida saada myös muussa kuin sähköisessä muodossa silloin, kun edellytyksiä sähköisten palvelujen käytölle ei ole.

Osa kansalaiselle tai asiantuntijoille (esim. päivystyskonsultaatiot) tarjottavista sähköisistä palveluista on tarkoituksenmukaista tuottaa kansallisesti, osa alueellisesti useamman organisaation yhteisenä palveluna. Joiltakin osin sähköisen palvelun kehittämisvastuu voi olla yksittäisellä palvelutuottajaorganisaatiolla. Sähköisten palveluiden toimeenpano vaatii siis vastaavanlaista järjestämiseen ja palvelutuotantoon liittyvien vastuiden ja työnjakojen määrittelyä kuin ”perinteisetkin” palvelut.

Sähköisiä palveluita ovat esim.

- yleistä sosiaali- ja terveystietoa tarjoavat verkkosivut (tietoa terveydestä, hyvinvoinnista, sairauksista ja niiden hoidosta)
- ajantasainen palvelutieto julkisesta, yksityisestä (järjestöjen ja yritysten) palvelutarjonnasta (puhelinumero, toimintayksiköt, aukioloajat, palveluun hakeutuminen, asiakasmaksut jne.)
- omahoitoa ja itsenäistä selviytymistä tukevat sähköiset palvelut (esim. virtuaaliset terveystarkastukset, avuntarpeen itsearviointimenetelmät, riskitestit ja niiden pohjalta

tapahtuva omahoidon tai palveluun hakeutumisen ohjeistus, virtuaaliset palveluneuvojat/terveysvalmentajat tms).

- neuvontapalvelut, yleinen hyvinvointi- ja terveysneuvonta (ml. sosiaaliturva ja toimentulotuki)
- sähköinen asiointi (palvelun tai etuuden hakeminen, ajanvaraukset, esitietojen ja muiden dokumenttien lähettäminen, viranomaispäätösten, tutkimustulosten tai hoito-ohjeiden lähettäminen kansalaiselle, henkilökohtainen neuvonta ja muu sähköinen viestinvälitys asiakkaan ja palveluntajan välillä, sähköinen hoito- ja palvelusuunnitelma, verkkoterapiat, etäkonsultaatiot)
- omien tietojen katselu (esim. potilastietojen ja reseptien katselu ja suostumusten ja kieltojen hallinta osana KanTa-palveluita)
- omien tietojen ylläpitämiseen ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen tarkoitettut palvelut (esim. terveystaltio)
- palautepalvelut (asiakastyytyväisyyskyselyt, palveluvaaka)
- virtuaalinen kotihoito ja siihen liittyvät turvapalvelut esim. turvarannekkeet, liike- tai lämpötunnistimet
- yhteisöpalvelut (esim. virtuaaliset vertaistukiryhmät). Näitä palveluita tuottavat usein sosiaali- ja terveysjärjestöt, mutta niitä voidaan soveltaa myös kunnallisissa palveluissa (äitiyshuolto, laihdutusryhmät jne.)

Lähellä tarjottavat palvelut

Lähellä tarjottavien palvelujen tuottamisessa yleistyvät matalan kynnyksen palvelupisteet (”kioskit”) sekä erityisesti monipalvelukeskukset, joissa on tarjolla sosiaali- ja terveyspalvelujen lisäksi muita kunnan, valtion tai järjestöjen palveluita. Osaa lähellä tarjottavia palveluita, kuten lääkäreiden ja muiden erityisosaajien palveluita, ei kaikissa toimipisteissä ole tarjolla joka päivä. Näiden palvelujen tarjontaan vaikuttaa ensisijaisesti väestön palvelutarve. Palveluvalikoima on perustelua kertoa väestölle esimerkiksi palvelulupauksen muodossa. Lähellä tarjottavia palveluita ovat esim.

- ehkäisevät palvelut, kuten äitiys- ja lastenneuvolapalvelut, iäkkäiden terveysneuvonta, kouluterveydenhuolto ja opiskeluterveydenhuolto, oppilas- ja opiskelijahuolto, laakisääteinen työterveyshuolto
- perheiden palvelut, kuten perhekeskustoiminta, lasten päivähoido ja sen erityinen tuki, lastensuojelun avo- ja jälkihuollon palvelut, eroneuvonta ja erosovittelu, perheoikeudelliset palvelut (esim. huolto- ja tapaamissopimusten ja elatussopimusten vahvistaminen), adoptioneuvonta, omaishoidon tukeminen
- vanhusten palvelut, kuten geriatriset arviointiyksiköt ja kuntouttava vuodeosastohoito, ympärivuorokautinen hoiva, palveluasuminen
- vastaanotto toiminta, kuten sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanotto (lääkärin ja asiantuntijasairaanhoitajan etäkonsultaatioiden tukemina), lääkärinvastaanotto: yleislääkärin vastaanotto, joidenkin erikoislääkäreiden konsultaatiot rajatusti, erityistyöntekijöiden vastaanotto (esim. koulupsykologi, puheterapeutti, farmasisti, sosiaalityöntekijä), vastaanottolaboratorion näytteenotto
- virka-ajan päivystys vastaanotto toiminnan yhteydessä, mukaan lukien sosiaalityöntekijän ja muun erityistyöntekijän vastaanotto
- lähisosaalityö, toimentulotukityö
- työtoiminta ja työllistymistä tukeva toiminta
- usein tarvittavat erityispalvelut, esim. avodialyysiyksiköt
- lääkinnällinen avokuntoutus

- hoitotarvike- ja apuvälinepalvelut
- suun terveydenhuollon ehkäisevät ja peruspalvelut
- matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalvelut (ei lähetepakkoa)
- päivätoiminta

Liikkuvat palvelut

Neuvonta-, vastaanotto ja kuntoutuspalveluita voidaan tuoda pyörien päällä lähelle. On tärkeää, että liikkuvassa yksikössä on käytössä asiakas- ja potilastietojärjestelmä, joka on yhteisessä tarvittaviin henkilön kertomustiedostoihin. Liikkuvia palveluja voidaan järjestää myös yhteistyössä esim. liikunta- ja kulttuuritoimen tai kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Kriisipalvelut ovat esimerkki liikkuvista palveluista, joissa moniammatillista erityisosaamista voidaan tuoda kotiin asti esim. vammaisten lasten perheille ja mielenterveyskuntoutujille.

Liikkuvasta yksiköstä tarjottavia sosiaali- ja terveyspalveluita ovat esimerkiksi

- ehkäisevät palvelut, kuten terveysneuvonta ja terveystarkastukset sekä palveluohjaus, kouluille siirtyvät koulut:n ja lasten ja nuorten suun th:n palvelut, suuhygienistin tarkastukset, vanhusten kohdenneet suun terveydenhuollon tarkastukset
- vastaanotto toiminta, kuten sairaanhoitajan/terveydenhoitajan vastaanotto pitkäaikais-sairauksissa ja rajatusti akuuteissa terveysongelmissa, sosiaalityöntekijän, sosiaalioh-jaajan ja palveluohjaajan vastaanotto, jalkojenhoitajan palvelut
- hoidolliset palvelut, kuten rokotteiden anto, eräät laboratoriotarkastukset, mm. INR-määritykset, eräät kuvantamispalvelut, pienet toimenpiteet kuten tikkien poistot, korvahuuhtelut, silmänpohjakuvaukset, osa kuntoutuspalveluista

Keskitetty palvelut

Keskitettyjä palveluita käytetään harvemmin ja ne edellyttävät laadun ja turvallisuuden vuoksi osaamisen keskittämistä. Suurelle osalle väestöstä keskitettykin palvelut tarjotaan lähellä arjen elinpiiriä, Tyypillistä on usean erikoisosaajan, erikoisalalan tai moniammatillisen yhteistyön tarve, tiimityö ja kallis, kiinteä infrastruktuuri.

Keskitettyjä palveluita ovat esimerkiksi

Alueellisesti keskitettyjä palveluja

- päivystyspalvelut, kuten perustason virka-ajan ulkopuolinen päivystys, laaja-alainen erikoisalojen yhteispäivystys ml kriisipäivystys, päihdevieroitus ja sosiaalipäivystys
- osaamisen keskittämistä edellyttävät erityispalvelut ja niiden tukipalvelut, kuten tavallisimpien erikoisalojen polikliiniset erikoislääkärivastaanotot, perhe- ja kasvatusneuvonta (voivat olla myös lähellä tarjottavia palveluita), vaativat sovittelupalvelut, esim. asiantuntija-avusteinen huoltoriitojen sovitteluperheasiain sovittelu, vaativa lastensuojelu, vaativat kehitysvammapalvelut, vaativat vammaispalvelut, osa kuntouttavasta työtoiminnasta, gerontologinen, terveys- ja sosiaalityö tai muuta erityistä osaamista vaativa sosiaalityö, päiväkirurgia, endoskopioiden (suuren volyymin), synnytykset (osittain), muistipoliklinikka ja muut erityisosaamista edellyttävät palvelut, akuutti sairaalahoido, tehovalvonta ja tehohoito (osittain), laitosmuotoinen lääkinällinen kuntoutus

- ensi- ja turvakodit
- ensitietokurssit
- varautuminen poikkeustilanteisiin
- sosiaali- ja potilasasiamestointi

Kansallisesti keskitettyjä palveluja

- ympärivuorokautinen erityistason päivystys kuten invasiivinen kardiologia, toimenpideradiologia
- vaativa kehitysvammapsykiatria
- vastuu ympärivuorokautisista sähköisistä konsultaatioista
- riskiraskauksien seuranta ja synnytykset
- sädehoito (osittain satelliiteissa)
- harvinaisten sairauksien diagnostiikka ja hoidon linjaukset
- monivammaisten lasten (monimuotoiset erityis-) palvelut
- hengityslaitepotilaiden palvelut (työryhmän ehdotus)
- tutkimuksellinen (erityistason) diagnostiikka ja hoito, esimerkiksi kansallinen syöpäkeskus
- suuronnettomuusvalmius, viranomaisyhteistyön koordinaatio
- päihteitä käyttävien odottavien äitien palvelutarpeen arviointi ja -ohjaus (ja mahdollinen tahdonvastainen hoito)
- vakaviin rikoksiin (esim. henkirikokset) syyllistyneiden alaikäisten tutkimus ja hoidon tarpeen arviointi/hoito
- harvinaisiin (vaikeisiin) vammoihin liittyvä kuntoutustarpeen arviointi, palvelusuunnitelma, kuntoutus ja muu palvelusuunnitelman toteutumisen tuki

ERÄIDEN ASIAKASPROSESSIEN TOTEUTUMINEN ERI MALLEISSA

Esimerkit perustuvat kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelman (KASTE) Kytke -hankkeessa luotuihin malleihin. Taulukossa on esitetty miten palvelukokonaisuuden toteutus mahdollistuu kunkin mallin (A, B ja C) mukaisessa rakenteessa, mutta onnistunut toteutuminen edellyttää erikseen toiminnan kehittämistä. Kuvauksen tarkoituksena on nostaa esiin järjestämisvastuun kannalta eri malleissa olevat riskipaikat, joissa palvelukokonaisuus ei toteudu potilaan kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla

Esimerkki aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoito- ja kuntoutusprosessin toteutumisesta eri mallien mukaisissa rakenteissa

Tapaus: Normaalisti ikääntynyt 75-vuotias, saman ikäisen puolisonsa kanssa kotona asuva mies, joka sairastuu aivoverenkiertohäiriöön. Sairastumisen alussa miehellä on oireena oikean puolen lähes täydellinen halvaus ja afasia (kielellinen häiriö).

Prosessi	A -malli	B -malli	C -malli
Vaimo kutsuu ambulanssin, tilanteen arviointi ja ensihoito kotona, arvioidaan tarvitsevan akuutisti sairaalahoitoa, kuljetaan ambulanssilla sairaalaan.	Ensihoito kunnan vastuulla. Suuri osa kunnista joutuu hankkimaan palvelun toisilta kunnilta, pelastuslaitokselta tai yksityiseltä.	Ensihoito sote-alueen vastuulla, tuottaa itse.	Ensihoito kunnan/sote-alueen tai ertain vastuulla. Osa kunnista joutuu hankkimaan toisilta kunnilta, pelastuslaitokselta tai yksityiseltä.
Sairaalan päivystyspoliklinikka, valvontaosasto, neurologinen osasto, yhteensä noin vko.	Erityispalvelut kunnan vastuulla. Suuri osa kunnista joutuu hankkimaan palvelut muilta. Kuntoutussuunnitelman laatiminen ja toteutus kunnassa käytettävissä olevan osaamisen mukaan.	Erityispalvelut sote-alueen vastuulla, tuottaa itse. Kuntoutussuunnitelman laadinta moniammatillisesti, laaja osaaminen käytettävissä. Eheä kuntoutusketju mahdollistuu.	Neurologiset erityispalvelut ertain tai sote-alueen vastuulla. Kuntoutussuunnitelman laadinta moniammatillisesti. Kuntoutuksen toteutus eri vastuutaholla kunnassa / sote-alueella.
Kuntoutus sairaalassa muutama vko.	Kuntoutus kunnan vastuulla, kunnan terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla, jossa pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevia ja eri sairauksista kuntoutettavia, tarjolla lähinnä fysioterapiapalveluja, AVH erityisosaaminen vain suurilla. Kuntoutusjakso muutama kk, toimintakyky ei välttämättä kohennu.	Kuntoutus sote-alueen vastuulla, sen keskitetyllä, moniammatillisella vaativan kuntoutuksen kuntoutusosastolla. Kuntoutusjakso muutama vk, toimintakyky palautuu pääosin. (ei aina näin välttämättä myöskään)	Kuntoutus kunnan/sote-alueen vastuulla, sen keskitetyllä, moniammatillisella vaativan kuntoutuksen kuntoutusosastolla. Kuntoutusjakso muutama vk. toimintakyky palautuu pääosin.(ei aina näin välttämättä myöskään)
Kotiutuksen valmistelu	Valmistelu muiden kotiutusten tapaan.	Avh-vastaava/koordinaattori valmistelee (terapiat, kodin muutostyöt, apuvälineet, kotipalvelut)	Avh-vastaava/koordinaattori valmistelee (terapiat, kodin muutostyöt, apuvälineet, kotipalvelut)

Kotiutus, kuntoutus jatkuu avokuntoutuksena	Kuntoutus kunnan vastuulla; mahdollisesti fysioterapia pkl/ryhmä/yksityisesti, kotipalvelut päivittäin. Erityisosaamista vain suurimmilla, mm. puheterapian ja toimintaterapian erityisosaamista puuttuu keskiuuriltakin kunnilta.	Kuntoutus sote-alueen vastuulla; avh-vastaava/koordinaattori tukee, ohjaa ja seuraa: fysioterapia pkl/ryhmä/yksityisesti/kotona, mahd. toimintaterapia ja puheterapia. Fysioterapiaa mahdollista käyttää joustavasti eri pisteistä.	Kuntoutus kunnan/sote-alueen vastuulla; avh-vastaava/koordinaattori tukee, ohjaa ja seuraa: fysioterapia pkl/ryhmä/yksityisesti/kotona, mahd. toimintaterapia ja puheterapia. Fysioterapiaa mahdollista käyttää joustavasti eri pisteistä.
Kodin muutostyöt	Kodin muutostyöt kunnan vastuulla.	Kodin muutostyöt sote-alueen vastuulla, erityisosaamista käytettävissä.	Kodin muutostyöt kunnan/sote-alueen vastuulla, erityisosaamista käytettävissä.
Apuvälineet	Apuvälineet kunnan vastuulla, osan palveluista kunnat joutuvat hankkimaan muualta. (yhteisiä alueellia toimintatapoja voidaan noudattaa, hankintarenkaat ym)	Apuvälineet sote-alueen vastuulla; yhteiset apuvälineet, apuvälinerekisteri, toimintatavat, kilpailutus ja hankinta.	Apuvälineet kunnan/sote-alueen vastuulla; yhteiset apuvälineet, apuvälinerekisteri, toimintatavat, kilpailutus ja hankinta.
Puolisosta omaishoitaja	Omaishoidon tuki kunnan vastuulla. Mahdollisuus omaishoitajan sijaistuksiin monipuolista vain suurimmilla.	Omaishoidon tuki sote-alueen vastuulla. Kaikilla mahdollisuus omaishoitajan monipuolisiin sijaistuksiin.	Omaishoidon tuki kunnan/ sote-alueen vastuulla. Kaikilla mahdollisuus omaishoitajan monipuolisiin sijaistuksiin.
Kaatu kotona, saa lonkkamurtuman	Ensihoito kunnan vastuulla. Suuri osa kunnista joutuu hankkimaan muilta.	Ensihoito sote-alueen vastuulla, tuottaa itse.	Ensihoito kunnan/sote-alueen tai ervan vastuulla. Osa kunnista joutuu hankkimaan muilta.
Leikataan, saa lonkkaproteesin	Lonkkaproteesin asennus kunnan vastuulla. Suuri osa kunnista joutuu hankkimaan muilta.	Lonkkaproteesin asennus sote-alueen vastuulla, kykenee tuottamaan sen itse.	Lonkkaproteesin asennus ervan tai perustason vastuulla.
Kuntoutus	Kuten yllä.	Kuten yllä.	Alkukuntoutus ervassa, jatko kuten yllä.
ICT	Useita erillisiä tietojärjestelmiä, joiden yhteydet toisiinsa vaikeasti toteutettavia (Huom jatkossa Kantaan ja Kansaan vain osa arkistoista)	Yhtenäinen tietojärjestelmä laajalla alueella. Korkeintaan muutama eri järjestelmä. Mahdollista myös ervatasoinen ratkaisu.	Yhtenäinen tietojärjestelmä laajalla alueella. Korkeintaan muutama eri järjestelmä. Mahdollista myös ervatasoinen ratkaisu.