

## **Selvityshenkilötyöryhmän**

---

# **EHDOTUKSET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELU- RAKENTEEN UUDISTAMISEKSI**

## KUVAILEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	19.3.2013
Tekijät	Toimeksiantaja
Palvelurakennemuutoksen valmistelua tukeva selvityshenkilötyöryhmä	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimeksiantamispäivä
	STM108:00/2012, 23.11.2012

Muiston nimi  
Selvityshenkilötyöryhmän ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseksi

### Tiivistelmä

■ Sosiaali- ja terveysministeriö asetti maaliskuussa 2012 työryhmän, jonka tehtävänä oli valmistella ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeksi sekä valmistella lakia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, rahoittamisesta, kehittämisestä ja valvonnasta. Työryhmän toimikausi päättyi 31.12.2012.

Palvelurakennetyöryhmän työn valmistelua täydentämään asetettiin marraskuussa 2012 selvityshenkilöryhmä Suomen kuntakentän alueellisten erojen ja erityispiirteiden sekä kielellisten olosuhteiden huomioon ottamiseksi. Selvityshenkilötyöryhmän tehtäväksi annettiin yhteistyössä kentän toimijoiden kanssa tukea palvelurakennemuutoksen valmistelua selvittämällä alueellisesti parhaita, hallitusohjelman ja sosiaali- ja terveystieteellisen ministerityöryhmän 15.11. ja 13.12.2012 tekemiin linjauksiin perustuvia sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneratkaisuja.

Selvityshenkilötyö jaettiin viiteen alueelliseen selvityshenkilötyöryhmään, joiden ehdotukset alueelliseksi rakenneratkaisuiksi on koottu raporttiin. Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämiseksi tulisi muodostaa 34 sote-aluetta.

### Asiasanat

Kuntaliitokset, lainsäädäntö, palvelurakenne, sosiaalihuolto, terveydenhuolto, uudistukset, selvitys

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:7	Muut tiedot	
	<a href="http://www.stm.fi">www.stm.fi</a>	
ISSN-L 2242-0037	Kokonaissivumäärä	Kieli
ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)	178	Suomi

ISBN 978-952-00-3281-4 (PDF)  
URN:ISBN:978-952-00-3281-4  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3281-4>



## PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	19.3.2013
Författare	Uppdragsgivare
Arbetsgrupp bestående av utredningspersoner som stöder beredningen av service- strukturen	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	STM108:00/2012, 23.11.2012

## Rapportens titel

Utredningspersonernas förslag till att reformera servicestrukturen för social- och hälsovården

## Referat

■ Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte i mars 2012 en arbetsgrupp med uppgift att lägga fram ett förslag till servicestruktur för social- och hälsovården samt bereda en lag om ordnande, finansiering, utveckling och tillsyn av social- och hälsovården. Arbetsgruppens mandat upphörde 31.12.2012.

I november 2012 tillsattes en arbetsgrupp bestående av utredningspersoner för att komplettera beredningen av servicestrukturarbetsgruppens arbete i syfte att beakta regionala skillnader och särdrag samt språkförhållandena på kommunfältet i Finland. Dessa utredningspersoner fick i uppgift att tillsammans med aktörer inom fältet stödjade beredningen av servicestrukturen genom att utreda de regionalt bästa strukturella lösningarna för social- och hälsovården. Dessa lösningar ska basera sig på riktlinjer som ingår i regeringsprogrammet och riktlinjer som gavs av den social- och hälsopolitiska ministerarbetsgruppen 15.11 och 13.12.2012.

Arbetet delades mellan fem regionala arbetsgrupper bestående av utredningspersoner, vars förslag till regionala strukturella lösningar har sammanställts i rapporten. Utredningspersonerna anser att det behövs 34 social- och hälsovårdsområden för ordnande av social- och hälsovården.

Nyckelord: hälso- och sjukvård, kommunsammanslagningar, lagstiftning, reformer, servicestruktur, socialvård, utredning

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2013:7

Övriga uppgifter  
[www.stm.fi/svenska](http://www.stm.fi/svenska)

ISSN-L 2242-0037  
ISSN 2242-0037 (online)

Sidoantal  
178

Språk  
Finska

ISBN 978-952-00-3281-4 (PDF)  
URN:ISBN:978-952-00-3281-4  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3281-4>



SOCIAL- OCH  
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET



## Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 23.11.2012 selvityshenkilötyöryhmän valmistelevaan alueelliset ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseksi.

Työryhmän tehtävänä oli toimeksiannon mukaan yhteistyössä kentän toimijoiden kanssa tukea palvelurakennemuutoksen valmistelua selvittämällä alueellisesti parhaita sosiaali- ja terveydenhuollon ratkaisuja. Ratkaisujen tuli perustua hallitusohjelmaan ja sosiaali- ja terveyspoliittisen ministerityöryhmän 15.11.2012 tekemiin linjauksiin erityisesti perus- ja erityistason palvelujen integraation kannalta. Selvityshenkilöiden tehtäväksi annettiin selvittää erityisesti seuraavia kysymyksiä:

- Miten voidaan saavuttaa riittävä sosiaali- ja terveydenhuollon kantokyky, jotta sosiaali- ja terveyspoliittisen ministerityöryhmän linjaama palvelurakenne ja -kokonaisuus voidaan toteuttaa?
- Mitä erityispiirteitä alueella tulee tulevassa lainsäädäntötyössä ottaa huomioon?
- Millaiset valmiudet kunnilla on muodostaa selvityksen mukainen palvelurakenne?

Toimeksiannon mukaan järjestämisvastuuta koskevien selvitysten perustana tuli olla kunnan tai sosiaali- ja terveydenhuoltoalueen kantokyky. Se koostuu talouden kestävydestä ja vakautesta, palvelujen järjestämistä ja omaa palvelutuotantoa koskevan osaamisen varmistamisesta, ammattitaitoisen henkilöstön riittävydestä, kyvystä huolehtia sosiaali- ja terveydenhuollon edellyttämästä infrastruktuurista sekä riittävästä väestöpohjasta. Myös alueelliset piirteet, kuten harva asutus ja kielelliset olosuhteet, tuli ottaa huomioon. Järjestämisvastuuta koskevassa arvioinnissa tuli pyrkiä sellaisiin ratkaisuihin, jotka tukevat hallituksen kuntauudistuksen tavoitteita, kuten kuntarakenteen elinvoimaisuutta, talouden vakautta ja kestävyttä ja luonnollisiin työssäkäyntialueisiin rakentuvia peruskuntia. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä tuli turvata myös palvelujen alueellinen ja valtakunnallinen kattavuus ja päällekkäisyyksien välttäminen. Ainakin yhden selvityshenkilön tuli lisäksi keskittyä erityisesti ruotsinkielisten ja kaksikielisten sekä saamenkielisten alueiden erityispiirteisiin.

Tarkastelun tulokset tuli raportoida nykyisen erityisvastuualuejaon pohjalta. Jaosta oli mahdollista poiketa valtakunnallisesti koottavien tehtävien osalta.

Selvityshenkilöiden tuli työnsä aikana ja aikataulun mahdollistamissa rajoissa kuulla paikallisia päättäjiä ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita.

Työryhmän puheenjohtajaksi ministeriö nimesi kansliapäällikkö Päivi Sillanaukeen. Alueellisia selvityshenkilötyöryhmiä nimettiin viisi:

*Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualue*

Aki Lindén, toimitusjohtaja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Kati Myllymäki, johtava ylilääkäri, Kouvolan terveyskeskus

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

*Kuopion yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualue:*

Jorma Penttinen, johtaja ylilääkäri, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri  
 Tarja Kauppila, johtaja, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus  
 Helena Lahtinen, perusturvajohtaja, Kuortane

*Oulun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualue:*

Hannu Leskinen, johtaja, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri  
 Maire Ahopelto, sosiaali- ja terveysjohtaja, Kainuun maakunta -kuntayhtymä  
 Matti Ansala, apulaiskaupunginjohtaja, Rovaniemi

*Tampereen yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualue:*

Rauno Ihalainen, sairaanhoitopiirin johtaja, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri  
 Tiina Perä, johtava ylilääkäri, Seinäjoen terveyskeskus  
 Taru Kuosmanen, tilaajapäällikkö, Tampereen kaupunki

*Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualue:*

Göran Honga, sairaanhoitopiirin johtaja, Vaasan sairaanhoitopiiri  
 Harry Yltävä, valtiotieteiden kandidaatti  
 Tiina Perä, johtava ylilääkäri, Seinäjoen terveyskeskus

Kunkin ryhmän tuli vastata sille sovitun alueen sote-selvityksestä.

Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen selvityshenkilö Göran Honga keskittyi lisäksi ruotsinkielisten ja kaksikielisten sekä saamenkielisten alueiden erityispiirteisiin.

Selvityshenkilötyöryhmän pysyviksi asiantuntijoiksi nimettiin osastopäällikkö Aino-Inkeri Hansson, osastopäällikkö Eija Koivuranta, apulaisosastopäällikkö Olli Kerola ja johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä ylisosiaalineuvos Aulikki Kananaja, varatoimitusjohtaja Tuula Haatainen Suomen Kuntaliitosta, pääjohtaja emeritus Jussi Huttunen ja sosiaalineuvos emeritus Martti Lähteinen.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti myöhemmin, 21.12.2012, selvityshenkilötyöryhmälle sihteeristön sekä organisoivat uudistukseen liittyvän lainsäädännön esivalmistelun.

Selvityshenkilöiden työtä tukemaan nimettiin lakijaosto ja projektiryhmä. Puheenjohtajiksi nimettiin sihteeristölle osastopäällikkö Eija Koivuranta 5.3.2013 asti ja 6.3.2013 alkaen hallitusneuvos Päivi Salo, lakijaokselle osastopäällikkö Aino-Inkeri Hansson ja projektiryhmälle kehitysjohtaja Klaus Halla sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Sihteeristöön nimettiin johtaja Annakaisa Iivari, hallitusneuvos Päivi Salo, neuvotteleva virkamies Kari Haavisto, ylitarkastaja Antti Alila, sosiaalineuvos Päivi Voutilainen, sosiaalineuvos Pirjo Sarvimäki ja lääkintöneuvos Helena Vormo sosiaali- ja terveysministeriöstä, kehittämisspäällikkö Nina Knape Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta, kehittämisspäällikkö Heikki Punnonen, erityisasiantuntija Heikki Pukki ja Tero Tyni Suomen Kuntaliitosta sekä Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueelle neuvotteleva virkamies Kristiina Poikajärvi sosiaali- ja terveysministeriöstä, erityisasiantuntija Teija Mikkola Suomen Kuntaliitosta ja erikoistutkija Samuli Saarni Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta, Kuopion yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueelle neuvotteleva virkamies Marjo Lavikainen sosiaali- ja terveysministeriöstä, johtaja Tarja Myllärinen Suomen Kuntaliitosta ja tutkija Vesa Syrjä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta, Oulun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueelle lääkintöneuvos Jukka Mattila sosiaali- ja terveysministeriöstä, hallintoylilääkäri Päivi Koivuranta-Vaara Suomen Kuntaliitosta ja kehittämisspäällikkö Juha Fränti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta, Tampereen yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueelle lääkintöneuvos Timo Keistinen sosiaali- ja terveysministeriöstä, erityisasiantuntija Hannele

Häkkinen Suomen Kuntaliitosta ja kehittämisspäällikkö Riikka Laitinen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta ja Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueelle ylitarkastaja Hanna Nyfors sosiaali- ja terveysministeriöstä, erityisasiantuntija Antti Kuopila Suomen Kuntaliitosta ja erikoissuunnittelija Leena Nuorteva Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta. Sihteeristöön nimettiin myöhemmin neuvotteleva virkamies Virpi Vuorinen.

Työryhmän toimikausi oli alun perin 3.12.2012–28.2.2013. Toimikautta jatkettiin 28.2.2013 tehdyllä päätöksellä 19.3.2013 saakka.

Selvityshenkilötyöryhmä kokoontui 19.3.2013 mennessä 10 kertaa. Lisäksi selvityshenkilöt kokoontuivat alueittain ja järjestivät alueillaan kuulemisia.

Saatuaan työnsä päätökseen selvityshenkilötyöryhmä luovuttaa raporttinsa ministeriölle.

Helsingissä 19.3.2013

Päivi Sillanaukee

Aki Lindén

Kati Myllymäki

Riitta Särkelä

Jorma Penttinen

Tarja Kauppila

Helena Lahtinen

Hannu Leskinen

Maire Ahopelto

Matti Ansala

Rauno Ihalainen

Tiina Perä

Taru Kuosmanen

Göran Honga

Harry Yltävä

## Sisällys

1	Johdanto .....	9
2	Arvioinnin lähtökohtia .....	12
2.1	Raportin rajaukset .....	12
2.2	Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun lähtökohdat .....	13
2.3	Sosiaali- ja terveydenhuollon laajan integraation merkitys palvelurakennemuutoksessa .....	14
2.4	Vähintään noin 20 000 asukkaan kuntien järjestämisvastuu .....	17
2.5	Kuntien yhteistoiminta .....	18
2.6	Lähipalvelujen turvaaminen .....	21
2.7	Indikaattorit arvioinnin tukena .....	22
3	Alueelliset ehdotukset .....	26
3 a	Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualue .....	26
3.1	HYKS-alueen nykytila ja ehdotukset .....	26
3.2	Ehdotuksen vaikutukset HYKS-alueella .....	43
3 b	Kuopion yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualue .....	45
3.1	Kuopion yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen nykytilan kuvaus ja tulevaisuuden haasteet .....	45
3.2	Ehdotuksen vaikutukset KYS-alueella .....	66
3 c	Oulun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualue .....	68
3.1	OYS-alueen nykytila ja ehdotukset .....	68
3.2	Ehdotuksen vaikutukset oys-alueella .....	88
3 d	Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue .....	90
3.1	TAYS-alueen nykytila ja ehdotukset .....	90
3.2	Ehdotuksen vaikutukset TAYS-alueella .....	111
3 e	Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualue .....	114
3.1	TYKS alueen nykytila ja ehdotukset .....	114
3.2	Ehdotuksen vaikutukset TYKS-alueella .....	130
3.3	Alueellisten ehdotusten vaikutukset ruotsin- ja saamenkielisten palvelujen saatavuuteen ja kielellisten oikeuksien toteutumiseen palvelujen järjestämisestä päätettäessä .....	132
4	Sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualue .....	135
5	Yliopistosairaaloitten omistus ja hallinto .....	137
6	Ehdotuksen vaikutukset valtakunnallisesti .....	138
7	Jatkotyössä huomioitavaa .....	143
LIITTEET		
1	Palvelurakennemuutoksen valmistelua tukevan selvityshenkilöryhmän tueksi asetetun lakijaoksen arviomuistiot .....	146
2	Lainsäädännölliset reunaehdot .....	148
3	Kuntakohtaiset indikaattorit maakunnittain .....	157
4	Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön eläkepoistumaennuste erva-alueittain ja maakunnittain v. 2012–2026 perustuen vakuutettujen lukumäärään vuoden 2010 lopussa .....	177



# 1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, rahoitusta, kehittämistä ja valvontaa koskevaa lainsäädäntöä on uudistettu vaiheittain. Kunta- ja palvelurakennemuutostusta ohjaava määräaikainen suunnittelulaki, laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta (169/2007, jäljempänä *Paras-laki*), tuli voimaan helmikuussa 2007. Syyskuussa 2010 asetettiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistamisen peruslinjauksia valmisteleva työryhmä, joka luovutti loppuraporttinsa huhtikuussa 2011 (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2011:7). Tämän jälkeen valmistelutyötä jatkoi maaliskuussa 2012 asetettu palvelurakennetyöryhmä, jonka loppuraportti valmistui vuodenvaihteessa 2013 (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2012:30).

## Selvityshenkilötyöryhmän toimeksianto

Palvelurakennetyöryhmän työn valmistelua täydentämään asetettiin marraskuussa 2012 selvityshenkilöryhmä Suomen kuntakentän alueellisten erojen ja erityispiirteiden sekä kielellisten olosuhteiden huomioon ottamiseksi.

Selvityshenkilötyöryhmän tehtäväksi annettiin yhteistyössä kentän toimijoiden kanssa tukea palvelurakennemuutoksen valmistelua selvittämällä alueellisesti parhaita, hallitusohjelman ja sosiaali- ja terveystieteellisen ministerityöryhmän 15.11. ja 13.12.2012 tekemiin linjauksiin perustuvia sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneratkaisuja.

## Hallitusohjelma

Hallitusohjelman mukaan ”sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu säilytetään kunnilla. Laadukkaiden sosiaali- ja terveystieteellisten palvelujen 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 palvelurakenteen uudistuksen toteutus selvitetään osana kunta- ja palvelurakenneselvitystä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuu on hallitusohjelman linjausten mukaan samalla organisaatiolla (kunta tai sote-alue). Kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuoltoalueet vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista sekä osasta erikoissairaanhoidon tehtäviä (esimerkiksi nk. peruserikoissairaanhoidon) sekä vastaavasti sosiaalihuollon tehtävistä tavoitteena mahdollisimman laajan palvelukokonaisuuden muodostuminen. Tarkoituksenmukaisen työnjaon perusteella määriteltävistä erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon tehtävistä kunnat ja sote-alueet vastaavat yhdessä. Sairaanhoidopiirien ja erityishuoltopiirien palvelutuotantoa käytetään täydentämään kuntien ja sote-alueiden palveluja.

Kuntien ja sote-alueiden yhteisiä tehtäviä varten on hallitusohjelman mukaan viisi erityisvastuualuetta (erva). Erva-alueen tehtäviin kuuluvat muun muassa vaativat keskitettävät terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut sekä alueellaan tutkimukseen, kehittämiseen ja koulutukseen liittyviä tehtäviä.”

## Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriryhmän linjaukset

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriryhmä on täsmentänyt uudistuksen lähtökohtana olleita hallitusohjelman linjauksia palvelurakennetyöryhmän työn edetessä (ks. palvelurakennetyöryhmän loppuraportti s.13). Linjausten mukaan kuntien ja mahdollisten sote-alueiden vastuuta palvelujen järjestämisessä lisätään. Tavoitteena on, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestäminen on samassa organisaatiossa, mutta yksiselitteinen väestöpohjavaatimus yksistään ei riitä tavoitteen saavuttamiseksi kaikkialla Suomessa. Kunnan tai sote-alueen väestöpohjavaatimuksiin vaikuttavat alueelliset eroavaisuudet ja alueen kantokyky sekä kielelliset olosuhteet; lähtökohtana on pidettävä riittävää väestöpohjaa, joka tasapainottaa esimerkiksi palvelutarpeen vaihteluja.

Laajan perustason tehtävien järjestämisvastuun kantaminen siten, että kunta tai sote-alue kykenee huolehtimaan asukkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon perusoikeuksien yhdenvertaisesta toteuttamisesta, edellyttää riittävää väestöpohjaa. Tarkempi arvio edellyttää muiden kantokykytekijöiden ja erityispiirteiden huomioon ottamista. Laajan perustason, joka sisältää myös erityispalveluja, palvelutarpeeseen vastaaminen edellyttää vähintään noin 50 000–100 000 väestöpohjaa. Jos kunnan väestö on vähintään noin 20 000 asukasta ja sillä on muutenkin riittävä kantokyky, kunnalla on mahdollisuus järjestää joitakin peruspalveluja itse. Tällöin muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus on turvattava yhteistyössä muiden kuntien kanssa kuulumalla sote-alueeseen. Jos kunnan väestö on alle 20 000, sen tulee kuulua sote-alueeseen eikä sillä ole itsenäistä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta. Sote-alue organisoidaan ensi sijassa vastuukuntamallin mukaisesti. Toisena vaihtoehtona on kuntayhtymä.

Kuntien järjestämisvastuulla olevat palvelut tuotetaan asiakaslähtöisesti sekä laadukkaalla ja kustannusvaikuttavalla tavalla. Uudistuksella parannetaan väestön yhdenvertaista pääsyä oikea-aikaisiin ja tarpeenmukaisiin palveluihin, vahvistetaan palvelu- ja hoitopolkujen toimivuutta, vähennetään tarpeetonta päällekkäisyyttä sekä puretaan hallinnonalojen välisiä rajaitoja. Uudistuksella turvataan kuntalaisten oikeus lähipalveluihin. Uudistuksella vahvistetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä integraatiota ja vahvistetaan peruspalveluja.

Lisäksi muun muassa työnjako-, koordinaatio-, suunnittelu- ja viranomaistehtäviä varten on viisi eräa. Eröjen rooli ja tehtävät tarkennetaan jatkotyössä niin, että kuntien asema palvelujen järjestäjänä vahvistuu.

Hallitus linjasi uudistusta myös puoliväli-istunnossaan 28.2.2013 toistaen edellä esitettyjä järjestämisvastuun vähimmäisväestöpohjavaatimuksia. Hallituksen mukaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä uudistetaan siten, että se tukee tarpeen mukaista palvelujen käyttöä, ehkäisee osaoptimointia sekä kannustaa kuntia kustannustehokkuuteen ja vaikuttavuuden lisäämiseen. Lisäksi edistetään koko maan kattavan ja yhtenäisen terveydenhuollon tietojärjestelmän syntymistä.

## Kuulemistilaisuudet

Selvityshenkilötyöryhmä on tehnyt työtään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseksi hallitusohjelman ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriryhmän esittämien linjausten pohjalta. Selvityksessä on otettu huomioon alueiden erityispiirteet, kuntien ja sosiaali- ja terveydenhuoltoalueiden kantokyvyt sekä valmiudet muodostaa uusi palvelurakente.

Lyhyestä toimeksiannosta huolimatta työn aikana kuultiin varsin laajasti kentän toimijoita. Kuulemistilaisuuksia pidettiin kaikkiaan 54. Kuulemistilaisuuksissa oli läsnä kunnan virkamies- ja luottamushenkilöjohtoa sekä sosiaali- ja terveystoimen johtavia viranhaltijoita joko

peruskunnasta tai sote- kuntayhtymästä. Osassa kuulemistilaisuuksia kuultiin myös maakuntaliittojen ja sairaanhoitopiirien yleisjohtoa, erikoissairaanhoidon edustajia, aluehallintoviranomaisia sekä erikseen vielä alueen suurimpien kaupunkien johtoa. Lisäksi joillakin selvitysalueilla kunnille tarjottiin mahdollisuus antaa näkemyksensä kirjallisesti tai tarkentaa kommenttejaan nopealla aikataululla puhelimitse ja sähköpostitse. Lisäksi KYS-ervan alueella lähetettiin alueen kuntapäätäjille erillinen kysely, jonka tuloksia selvityshenkilöt käyttivät ratkaisuehdotusta tehdessään. Kuulemiset olivat vapaamuotoisia keskustelutilaisuuksia. Kuntien ja muiden toimijoiden viralliset kannat on tarkoitus koota esitysten valmistuttua sosiaali- ja terveystieteiden toteuttaman virallisen lausunnotmenettelyn yhteydessä.

Keskustelu oli tilaisuuksissa vilkasta ja avointa. Osassa kunnista oli selkeästi valmiutta muutoksiin ja suurempiin alueisiin. Kuntien pohdinnoista nousivat esiin kuntien äänivallan ja vaikutusmahdollisuuden säilyminen uusissa rakenteissa, huoli lähipalveluiden säilymisestä nykyistä suuremmissa palveluorganisaatioissa ja sote-palveluiden niveltymisestä muihin palveluihin terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, rahoituskysymykset sekä alue- ja yliopistosairaaloitten asema tulevaisuuden rakenteissa. Käydyissä keskusteluissa käsiteltiin myös henkilöstön saatavuuden ongelmia. Huolta kannettiin myös kuntien osallistumismahdollisuudesta päätöksentekoon.

## 2 ARVIOINNIN LÄHTÖKOHTIA

### 2.1 RAPORTIN RAJAUKSET

Raportti on jatkoa aiemmin toteutetulle uudistamistyölle keskittyen alueellisen selvityshenkilöryhmien ehdotuksiin uusiksi sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisiksi rakenneratkaisuisi, niiden arvioituihin vaikutuksiin sekä ehdotusten jatkovalmistelussa huomioitaviin reunaehdotoihin.

Aiemmissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamista käsitelleissä raporteissa on kuvattu nykytilaa, uudistuksen tavoitteita sekä uudistusta ohjaavia linjauksia ja reunaehdotja. Raportissa ei toisteta aiemmin tehtyä valmistelutyötä, vaan selvityshenkilöiden lähtökohtana toimivat linjaukset ja reunaehdot ovat luettavissa palvelurakennetyöryhmän väli- ja loppuraporteista:

- palvelurakennemuudistuksen tavoitteet (palvelurakennemuudistustyöryhmän väli­raportti s.9)
- yhteydet muuhun uudistamistyöhön (palvelurakennemuudistustyöryhmän väli­raportti s.21)
- palvelurakennetyöryhmän ehdotukset (palvelurakennemuudistustyöryhmän loppuraportti s.17)

Selvityshenkilöiden esitykset perustuvat keskeisesti hallitusohjelman ja hallituksen linjauksiin. Myös nämä linjaukset on yksityiskohtaisesti esitelty aiemmassa valmistelutyössä:

- hallitusohjelman ja hallituksen linjaukset palvelurakennemuudistukselle (palvelurakennemuudistustyöryhmän väli­raportti s.19 ja loppuraportti s.13)

Palvelurakennemuudistuksen tarkoituksena on tässä vaiheessa keskittyä uudistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita siten, että koko Suomeen saadaan riittävän kantokykyiset vastuutahot huolehtimaan palvelujen järjestämisestä. Näin turvataan mahdollisuudet yhdenvertaiseen palvelujen toteutukseen. Selvityshenkilöiden tehtävänä oli muodostaa järjestämisvastuun kannalta kantokykyisiä kokonaisuuksia. Näin ollen tässä raportissa tarkastellaan ensisijassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta. Joiltakin osin ehdotuksissa on kuitenkin katsottu tarpeelliseksi ottaa kantaa myös palvelutuotannon organisointiin sekä rahoitukseen liittyviin kysymyksiin.

Koska edellä mainitut hallituksen linjaukset sekä aiempi valmistelutyö linjaavat, että uudistuksella tavoiteltavan laajan perustason, joka sisältää myös erityispalveluja, palvelutarpeeseen vastaaminen edellyttää vähintään noin 50 000–100 000 asukkaan väestöpohjaa sekä muiden kantokykytekijöiden täyttymistä, on tässä raportissa pyritty kuvaamaan erityisesti tämän vastuun kantamiseen kykeneviä vastuualueita sekä joiltain osin niiden välisiä yhteistyörakenteita.

Sosiaali- ja terveystieteellisen ministerityöryhmän selvityshenkilöryhmälle esittämiä erityiskysymyksiä on käsitelty selvityshenkilöryhmän aikana ja sen perusteella muodostuneita näkemyksiä on kirjattu alueiden esityksiin. Kaikkiin kysymyksiin ei raportissa ole kuitenkaan esitetty yksityiskohtaista vastausta. Osa kysymyksistä on sellaisia, ettei niihin ole ollut mahdollista vastata käytettävissä olevan ajan puitteissa, vaan niitä on käsiteltävä tarkemmin jatkon lainvalmistelutyössä. Myös edellä mainittujen kentältä nousseiden kysymysten ja huolien ratkaisemiseen on paneuduttava tarkemmin jatkovalmistelussa.

## 2.2 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISVASTUUN LÄHTÖKOHDAT

Kunnan tehtävistä, niiden hoitamisesta sekä poisottamisesta säädetään yleisesti kuntalain (365/1995) 2 §:ssä. Kunta hoitaa itselleen ottamansa ja sille laissa säädettyt tehtävät, joko itse tai yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa. Kunnille ei saa antaa uusia tehtäviä tai velvollisuuksia taikka ottaa pois tehtäviä tai oikeuksia muuten kuin säätämällä siitä lailla.

Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen liittyvistä lakisääteisistä tehtävistä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä: sosiaalihuoltolain (710/1982) 13 §:ssä säädetään sosiaalihuoltoon kuuluvista tehtävistä, joista kunnan on huolehdittava sen sisältöisinä ja laajuisina kuin kulloinkin säädetään; kansanterveyslain (66/1972) 5 §:n nojalla kunnan on pidettävä huolta kansanterveystyöstä sen mukaan kuin kyseissä laissa tai muutoin säädetään tai määrätään; erikoissairaanhoitolain (1062/1989) 3 §:ssä puolestaan säädetään erikoissairaanhoidon järjestämismääräyksiä. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:ssä säädetään toiminnan järjestämisen muodoista.

Erikoissairaanhoitolain 3 §:n ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain (519/1977) 6 §:n nojalla kunnilla on velvollisuus kuulua sairaanhoitopiiriin ja kehitysvammahuoltoon järjestävään erityishuoltopiiriin kuntayhtymiin. Kunnan vastuulla on näidenkin tehtävien osalta huolehtia siitä, että asukkaat saavat tarpeellisen sosiaali- ja terveydenhuollon. Erikoissairaanhoidon ja erityishuollon osalta voidaan puhua ns. jaetusta järjestämismääräyksestä. Myös Paraslain nojalla kunnat ovat luovuttaneet osan järjestämismääräyksestään yhteistoiminta-alueille. Käytännössä yhteistoiminta-alueille siirretyn järjestämismääräyksen laajuus vaihtelee melko paljon. Osa kunnista on siirtänyt laajasti järjestämismääräyksestään yhteistoiminta-alueille, kun taas toiset kunnat ovat säilyttäneet järjestämismääräyksen olennaisilta osin itsellään. Osilla kunnista järjestämismääräyksen todellinen siirtyminen on jäänyt epäselväksi.

Palvelurakennemuutoksissa on tavoitteena kohdentaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen päävastuu perustasolle, jota alueellinen erityisvastuutaso tukee. Perustason toimijat tekevät erityisvastuualueittain keskinäistä yhteistyötä ja yhteistyötä erityisvastuutason kanssa. Tavoitteena on, että kunnat tai sote-alueet pystyisivät laajasti ja pääosin itse vastaamaan sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta sekä tuloksekkaasta kehittämistyöstä.

Järjestämismääräyksiä on pyritty selkeyttämään aiemmassa valmistelutyössä (sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistamisen peruslinjauksia valmistelleen työryhmän loppuraportti s.63). Määrittelyn mukaan järjestämismääräyksessä olevalle taholle kuuluu omalta osaltaan vastuu väestön hyvinvoinnista ja terveydestä. 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.

Lisäksi järjestämismääräyksen toteuttamisen kannalta on tärkeää, että vastuutaholla on

- itsenäinen valmistelu-, päätöksenteko- ja toimeenpanokyky
- mahdollisuus tuotantotapojen valintaan

- mahdollisuus poliittisesti arvotettuihin linjausvalintoihin
- kyky vertikaaliseen ja horisontaaliseen yhteistyöhön
- kyky rahoittaa sosiaali- ja terveydenhuollosta merkittävä osa omalla tulo-rahoituksellaan
- riittävä väestöpohja ennustettavuuden kannalta
- kyky ohjata kokonaisuutta

Nyt käsillä olevan raportin ehdotukset perustuvat järjestämisvastuun kohdentamisen näkökulmaan. Järjestämisvastuulliselle taholle kuuluva tuotantotavoista päättäminen voidaan ratkaista kussakin mallissa monella tavalla. Yksityinen ja kolmas sektori täydentävät kuntien palveluvalikoimaa.

## 2.3 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON LAAJAN INTEGRAATION MERKITYS PALVELURAKENNEUUDISTUKSESSA

Nykyinen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne on pirstaleinen, sen kokonaisuuden johdettavuus ja ohjattavuus on heikko. Se aiheuttaa osaltaan väestön eriarvoisuutta sosiaali- ja terveystaloudessa.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen (Paras) tavoitteena oli uudistaa kuntarakennetta ja palveluiden järjestämistä siten, että kuntien vastuulla olevat palvelut ja kuntien kehittäminen saisivat riittävän vahvan rakenteellisen ja taloudellisen perustan palvelujen järjestämisen ja tuottamisen turvaamiseksi myös tulevaisuudessa. Uudistuksessa päädyttiin isompien kuntien rinnalla vähintään noin 20 000 vähimmäisväestöpohjaisiin yhteistoiminta-alueisiin, joiden tehtäväksi annettiin huolehtia perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä (paras-laki v. 2007).

Paras-lailla ei ole kyetty kuitenkaan saavuttamaan sosiaali- ja terveydenhuollossa kaikkien kuntien osalta väestöpohjavoitteet täyttävää ratkaisua ja rakenteet ovat paikoin kehittyneet hajanaiseen suuntaan. Uudistuksen valmistelun ja toteuttamisen aikana sosiaalihuolto on jakautunut monilla yhteistoiminta-alueilla kahdelle hallintotasolle. Vuonna 2011 paras-lakia muutettiin tavoitteena vähimmäisväestöpohjajaatuksen toteutumisen turvaaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon keskinäisen horisontaalisen integraation vahvistaminen. Tavoitteena oli varmistaa, että sosiaali- ja terveydenhuolto muodostavat puitelain nojalla perustettavilla yhteistoiminta-alueilla toiminnallisen kokonaisuuden ja että sosiaalihuollon tehtäväkokonaisuus ei palveluiden järjestämisen näkökulmasta perusteettomasti hajoaisi järjestettäväksi kahdella hallinnon tasolla, kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla. Aiempi sääntely, jossa perustason sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien vastuu oli mahdollista jakaa, todettiin käytännössä toimimattomaksi ja epätarkoituksenmukaiseksi paitsi hallinnollisesti erityisesti ihmisten palvelukokonaisuuksien toimivuuden kannalta. Merkittävä osa ihmisistä, erityisesti hyvinvointinsa tukemiseksi palveluja tarvitsevista, on sekä sosiaali- että terveystaloudellisten tarpeessa. Tällaisia asiakas- ja potilasryhmiä ovat monet heikossa asemassa olevat ryhmät kuten ikääntyneet, päihde- ja mielenterveyspalveluja tarvitsevat, vammaiset sekä lapset ja perheet. Vaikka perustason sosiaali- ja terveydenhuollon jakaantuminen poistettiin lakimuutoksella, mahdollisti siirtymäsäännös sen, ettei käytännössä kaikkia sosiaalihuollon tehtäviä ole vielä ollut välttämätöntä siirtää yhteistoiminta-alueille yhdeksi kokonaisuudeksi. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon keskinäistä integraatiota onkin syytä nyt valmisteilla olevan palvelurakennemuutoksen yhteydessä edelleen vahvistaa.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen nykyisellä hajanaisella kuntarakenteella on myös aiheuttanut palvelujen eritasoista kehittymistä. Erikokoiset kunnat ovat olleet vastuussa perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluista suoraan sekä erikoissai-

raanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon palveluista yhdessä osana kuntayhtymää. Erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovat nykyisin riittämättömiä eikä niiden saatavuus toteudu yhdenvertaisesti.

Esimerkiksi 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 viidennes 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. Sen sijaan lääkäreiden määrä kuntien sairaalapalveluissa, erityisesti erikoissairaanhoidossa on kasvanut selvästi. Myös erikoissairaanhoitoon pääsystä on kiireellisen hoidon osalta parannettavaa. Hoito toteutuu erikoisaloittain eikä potilaan palvelukokonaisuus ole siten riittävästi yhteen sovitettu. Samoin osassa erikoisaloja on nähtävissä vaikeuksia palkata erikoislääkäreitä ja muita erityisosaajia.

Sosiaalihuollon puolella esimerkiksi lastensuojelussa yritysmuotoisten palvelujen määrä on kasvanut muita sosiaalipalveluja nopeammin ja laajemmaksi, mikä ei ole lasten ja nuorten pitkäjänteisten palveluprosessien ja perheiden tukemisen kannalta ongelmaton. Lastensuojelun merkittävä 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.

Lisäksi päihdepalveluiden tarve on moninkertainen suhteessa tarjolla oleviin päihdehuollon erityispalveluihin. Alkoholien kulutuksen kasvu on lisännyt erityisesti keski-ikäisten, eläkeikäisten sekä naisten päihteen käytöstä aiheutuvaa sairaala- tai terveyskeskusten vuodeosastohoitoa. Myös mielenterveyspalvelujen tarve ylittää palvelujen tarjonnan.

Palvelurakennemuutosten valmisteluun liittyvissä selvityksissä tärkeimpinä korjauskeinoina palvelujen riittämättömyyteen sekä eriarvoisuusongelmiin on pirstaleisen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä integroiminen mahdollisimman laajasti samaan kokonaisuuteen sekä peruspalvelujen että erikoistason palvelujen osalta. Tämä edellyttää järjestämistä vastuussa olevien toimijoiden kantokyvyn merkittävää vahvistamista.

Sekä sosiaali- että terveydenhuollossa on keskiössä ihminen ja niiden lähtökohdat ovat varsin samansuuntaisia. Sosiaalihuollon lähtökohdista ovat hyvinvoinnin edistäminen ja sosiaalisten ongelmien ehkäisy sekä väestön sosiaalisen turvallisuuden ja ihmisten omatoimisuuden ja itsenäisyyden lisääminen. Sosiaalipalveluilla tuetaan ja vahvistetaan ihmisten omia voimavaroja arjessa suoriutumisen ja tilanteissa, joissa voimavarat ovat riittämättömät, turvataan riittävä hoiva ja huolenpito. Terveydenhuollon lähtökohdista puolestaan on terveyden edistäminen ja väestön terveyden ylläpitäminen sisältäen sairauksien ehkäisyn ja hoidon. Kuitenkin niiden toiminta eroaa muutamilta merkittävilta osin toisistaan.

Sosiaalihuoltoon kuuluvien sosiaalipalvelujen ja muiden tukitoimien järjestämisestä ja sisällöstä on säädetty sosiaalihuollon yleis- ja erityislainsäädännössä. Lainsäädäntö ei täsmennä kuntien erityistä järjestämisvelvollisuutta koskevaa sääntelyä lukuun ottamatta, palvelujen saannin ehtoja. Siten palvelujen saanti määräytyy palvelutapahtumassa tehtävän ammatillisen harkinnan ja sitä seuraavan hallintopäätöksen kautta. Sosiaalihuollossa korostuu sen luonne viranomaistehtävänä ja julkisen vallan käyttö. Julkisen vallan käyttö käsittää hallintopäätösten tekemisen ja sellaisen tosiasiallisen toiminnan, jolla puututaan yksilön perusoikeuksiin tai muiden oikeuksien suomaan oikeuspiiriin. Sosiaalihuollossa asiakkaan palvelutarpeen arviointi ja päätöksenteko kuuluvat kunnan sosiaaliviranomaiselle. Tarpeen selvittämisellä ja

sitä seuraavalla hallintopäätöksellä muutoksenhakumahdollisuuksineen on korostunut asema sosiaalipalvelujen saannissa. Kyse on julkisen vallan käytöstä, jota ei kaikilta osin voida siirtää pois viranomaiselta.

Sosiaali- ja terveystalvveluissa tehtävä päätöksenteko on eriluonteista. Terveystalvveluollossa palveluiden saannista ei yleensä tehdä hallintopäätöksiä, vaan se katsotaan tosiasialliseksi hoitotoiminnaksi. Lääketiede poikkeaa tieteenä sosiaalitieteistä ja sen professioiden asema korostuu. Terveystalvveluollossa hallintopäätöksiä tehdään lähinnä asiakasmaksuja ja hoitoon ottamista koskien. Hoitoon ottamisen osaltakaan toimissa ei ole kuitenkaan kyse yksilöllisistä hallintopäätöksistä, vaan ne perustuvat ensisijaisesti lääkärin tekemiin ratkaisuihin ja erityis- asiantuntemusta vaativiin lääketieteellisiin näkökohtiin, joiden ei ole katsottu sopivan muutoksenhaun kautta tuomioistuinten arvioitaviksi. Julkisen vallan käyttö ilmenee terveystalvveluollossa lähinnä tahdosta riippumattomassa toiminnassa.

Sosiaalihuollossa on myös painottunut perustason toiminta. Huomattava osa kuntien järjestämistä sosiaalipalveluista on perustason palveluja. Nykytilanteessa useat kunnat ovat kykenemättömiä kantamaan järjestämistä vastuuta osasta sosiaalihuollon erityis- palveluja eikä suuressa osassa maata näitä palveluja ole järjestetty kuntien toimesta. Järjestöpohjaisesti tuotetut erityis- palvelut ovatkin keskeinen osa sosiaalihuollon erityis- palvelujen palvelurakennetta. Eräät sosiaalipalvelut ovat käytännössä lähes kokonaan järjestöjen vastuulla ja muita tuottajia ei ole. Merkittävin järjestöjen rooli on ensi- ja turvakotipalveluissa, päihdeongelmaisten naisten erityis- ensikotipalveluissa, vammais- palveluissa, joissa erityisesti viittomakielisten palveluissa sekä päihde- palveluissa. Edellä mainittujen erityis- palvelujen yhdenvertainen saatavuus on uhattuna, koska yksittäiset kunnat eivät selviydy niiden rahoituksesta. Terveystalvveluollossa puolestaan ongelmaksi on nähty erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon epätasapainoinen kehittyminen. Kuntayhtymissä toimivan erikoissairaanhoidon ja kunnissa tai yhteis- toiminta-alueilla pääosin toimivan perusterveydenhuollon erilainen rahoitusperusta on paremmin turvannut erikoissairaanhoidolle riittävät resurssit. Viimeaikaisten uudistusten pyrki- myksinä on ollut perustason vahvistaminen.

Sosiaali- ja terveystalvveluollossa eroavat tehtäviensä lisäksi toiminnan luonteelta toisistaan. Siksi uudistuksessa on tärkeä tiedostaa ja ottaa huomioon erot sekä arvioida, miltä osin milloinkin erityis- piirteiden huomioiminen ja toisaalta toiminnan yhtenäistäminen on tarkoituksenmukais- ta sosiaali- ja terveystalvveluollossa integraation toteuttamisessa ja yhteisten asiakkaiden tarpeisiin vastaamisessa.

Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erityis- palvelujen mahdollisimman laajan horisontaalisen ja vertikaalisen integraation tarve on perusteltu erityisesti asiakkaiden ja potilaiden riittävien ja laadukkaiden sekä oikea- aikaisten palvelujen saamisen turvaamiseksi. Palve- lurakennetta tulee uudistaa siten, ettei hallinnon eri toimijoilla ole nykyiseen järjestelmään sisällään pitämää insentiiviä siirtää asiakkaita ja potilaita vastuutaholta toiselle, jolloin ihmiset voivat (järjestelmään sisäänrakennetun mahdollisuuden vuoksi) lopulta jäädä jopa kokonaan ilman tarvitsemiaan palveluja.

Laaja vertikaalinen integraatio on uudistuksessa keskeistä saavuttaa siksi, että erityisesti erikoissairaanhoidon ja perus- palvelujen erilaisuus suhteessa kuntien päätöksentekoon on saat- tanut johtaa kuntayhtymissä toimivan erikoissairaanhoidon vahvempaan resursointiin ja sääs- töihin perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa. Sosiaali- ja terveystalvveluollossa kokoaminen laajasti samaan vastuorganisaatioon saman johdon ja yhteisen budjetoinnin alle ohjaa raken- neratkaisuna siihen, että vastuunkantajalla on intressi kehittää palvelukokonaisuuden kaikkia osia sekä toiminnallisesti että resursoinnin osalta tasapuolisesti. Voimavarojen tarkoituksen- mukainen jakaminen on haastavaa kustannuskehitykseen vaikuttavien tekijöiden moninaisuu- den vuoksi. Erikoissairaanhoidon kustannusten nousussa on huomioitava vahvojen professioiden tutkimustoimintaa seuraava terveystalvveluollossa menetelmien kehittyminen. Tämä johtaa kalliimpien, mutta myös tehokkaampien hoitomenetelmien myötä hoidettujen potilaiden pi-



dempään elinikään ja jatkohoitotarpeen lisääntymiseen. Myös väestön ikääntyminen tuo merkittävän haasteen palvelutarpeen kasvun myötä. Näin ollen järjestämistä vastaisen tahon on erityisen tärkeää pystyä hallitsemaan voimavarojen kokonaisuutta. Laajasti integroidussa palvelurakenteessa palvelukokonaisuus on mahdollista muodostaa toimivaksi ja tehokkaaksi siten, että ihmiset saavat tarvitsemansa palvelut oikea-aikaisesti ja laadukkaasti. Laaja vertikaalinen integraatio turvaa siten rakenneratkaisuna riittävien ja laadukkaiden sekä myös taloudellisesti tehokkaasti tuotettujen palvelujen oikea-aikaista saatavuutta. Toisaalta se samalla nostaa palvelujen järjestäjän kantokykyvaatimuksen korkealle.

Uudistuksen yhteydessä on huomattava, että rakenteelliset uudistukset luovat vasta pohjan toiminnan tasapuoliselle kehittämiselle koko maassa. Se ei ratkaise kaikkia palvelujen toteutukseen liittyviä ongelmia. Rakennemuutoksen jatkoksi tarvitaan toiminnallista kehittämistä, jotta ihmisten tarvitsemat palvelut voidaan jatkossa turvata laadukkaasti. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön tulee olla sellaista, ettei se ohjaa epätarkoituksenmukaisesti palvelujen järjestämistä ja käyttöä, esimerkiksi maksusääntelyn osalta. Myös lääketieteen kehittyminen ohjaa palvelujen järjestämistä ja kehittämistä - potilaat ohjautuvat erikoissairaanhoidon ja kalliimpiin palveluihin, kun taas hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jää kapeammalle huomiolle. Eri alueilla ja alueiden sisällä on erilaisia asiakas-/potilastieto-järjestelmiä ja tietojen vaihto toteutuu eri tavalla. Jatkossa kansallinen terveysarkisto (KanTa) helpottaa potilastietojärjestelmien vaihtamista organisaatiomuutosten yhteydessä, sillä tieto ei ole kiinni vanhoissa järjestelmissä, vaan on saatavissa arkistosta standardimuodossa. Jatkossa kansalliset tietojärjestelmäpalvelut laajennetaan sosiaalihuollon puolelle.

## 2.4 VÄHINTÄÄN NOIN 20 000 ASUKKAAN KUNTIEN JÄRJESTÄMISVASTUU

Selvityshenkilöt tarkastelivat tehtäväksiantonsa mukaisesti selvitysalueillaan 20 000–50 000 väestöpohjaisten kuntien mahdollisuuksia järjestää joitain perustasonpalveluja osana sote-alueen toimintaa. Selvityshenkilöt kuuluivat alueidensa kuntien mielipiteitä asiasta. Selvityshenkilöryhmässä tutkittiin asiaa lisäksi juridisesta, tarkoituksenmukaisuuden, toiminnallisuuden sekä palvelurakennemuutokselle asetettujen tavoitteiden näkökulmista.

Mikäli 20 000 asukkaan kunnille säädetään oikeus sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastuuseen, ei voida kaikilta osin edetä selvityshenkilöiden nyt ehdottaman mallin mukaisesti. On perusteltua, että ei eriytetä joitain palveluja laajan perustason kokonaisuudesta. Toiminnallisesti 20 000 asukkaan kunnat eivät eroa sote-alueen sisällä asemaltaan niitä pienemmistä kunnista. Selvityshenkilöt katsovat, ettei sairaanhoitopiirejä, joihin kuntien on kuuluttava erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämiseksi olisi perusteltua lakkauttaa, mikäli järjestämistä vastuu ulotetaan koskemaan väestöpohjaltaan alle 50 000 asukkaan kuntia. Käytännössä ainoaksi uudistukseksi jäisi tällöin viiden sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueen muodostaminen. Tämä voitaisiin tehdä nyt ehdotetun mallin mukaisesti, mutta silloin sote-ervan omistajina olisivat sote-alueiden sijasta kaikki erä-alueen kunnat. Palvelurakennemuutistus jäisi tällöin riittämättömäksi vastaamaan tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon haasteisiin.

Itsenäiseen järjestämistä vastuuseen oikeuttavaa tehtävää vain 20 000–50 000 asukkaan kunnille ei ole mahdollista määrittää siten, ettei samaa oikeutta annettaisi myös sitä suuremmille kunnille. Tämä johtaisi uuden hallintotason muodostumiseen sekä sekavaan ja päällekkäiseen hallintoon kuntien sisällä ja niiden kesken. Palvelujen yhdenvertaiset perusteet sote-alueen sisällä olisi myös vaikea toteuttaa.

## Selvityshenkilöiden ehdotus

Edellä olevan johdosta selvityshenkilöt eivät esitä järjestämisvastuun ulottamista 20 000 - 50 000 asukkaan kunnille, koska siten ei kyettäisi vastaamaan ikääntyvän väestön tuomaan palvelutarpeen kasvuun, eriarvoisuus palveluiden saatavuuden osalta edelleen lisääntyisi, tuottavuutta ei kyettäisi lisäämään läheskään yhtä tehokkaasti kuin selvityshenkilöiden ehdottamassa ratkaisussa. Samoin henkilöstön riittävyys tulisi olemaan merkittävä rajoittava tekijä palvelujen saatavuuden osalta. Perustason palvelut, kuten terveyskeskukset jäisivät jatkossakin hyvin eritasoisiksi. Myös sosiaalipalvelujen, kuten lastensuojelun, perheiden palvelujen, ikääntyvien ja vammaisten palvelujen sekä kotona asumisen tukemisen osalta kuntalaiset olisivat eriarvoisessa asemassa sen mukaan millaiseksi kunnan kantokyky tulevaisuudessa muodostuu. Peruspalvelut, joita uudistuksella pitäisi tukea, rapautuisivat entisestään. Myös alueellisten palveluverkkojen ja palvelukokonaisuuksien suunnittelu olisi hankalaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueen (sote-ervan) sisällä palvelujen järjestämisestä sovittaessa arvioidaan ja päätetään mitä kullakin erva-alueella olevien 20 000–50 000 asukkaan kuntien vastuulla voi olla. Tämä arviointi tehdään tarvittaessa osana erityisvastuualueen järjestämissopimuksen laatimista. Selvityshenkilöt ovat osittain omissa ehdotuksissaan tuoneet esille myös nykyisen tuotannollisen yhteistyön kehittämismahdollisuuksia, joilla myös mahdollistetaan 20 000–50 000 asukkaan kuntien toiminnallista roolia uudessa palvelurakenteessa.

## 2.5 KUNTIEN YHTEISTOIMINTA

Kunnat voivat sopimuksen nojalla hoitaa tehtäviään yhdessä (kuntalaki 76 §). 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, erityishuoltopiireihin ja maakunnan liittoihin.

Yhteistoimintamuodot perustuvat aina yhteistoimintaan osallisten kuntien väliseen sopimukseen. Kuntien yhteistoiminnasta (vastuukunta, kuntayhtymä) säädetään kuntalain 10 luvussa ja kunnallisesta liikelaitoksesta 10 a luvussa. Kunnat voivat lisäksi yleisen toimialansa rajoissa harjoittaa yhteistyötä myös yksityisoikeudellisessa muodossa. Kunnat voivat harjoittaa toimintaa myös yhtiömuodossa esimerkiksi perustamalla toimintaa varten osakeyhtiön.

Sanamuotonsa perusteella kuntalain 76 §:n yhteistoimintamuodot koskevat vain kuntia. Käytännössä myös kunnat ja kuntayhtymät ovat hoitaneet tehtäviä yhdessä.

### Kuntayhtymä

Kunnat voivat sopia, että tehtävää hoitaa niiden puolesta kuntayhtymä (kuntalaki 76 §). Kuntayhtymä on jäsenkunnistaan erillinen, itsenäinen julkisoikeudellinen oikeushenkilö, jolla on kuntien välisessä perussopimuksessa määritelty toimiala ja tehtävät. Kuntayhtymä perustetaan kuntien välisellä valtuustojen hyväksymällä perussopimuksella, jossa sovittavista asioista säädetään kuntalain 78 §:ssä. Kuntayhtymä voi kuntalain 80 §:n mukaisesti hankkia oikeuksia ja tehdä sitoumuksia sekä käyttää puhevaltaa tuomioistuimissa ja muussa viranomaisessa. Kuntayhtymää käsitellään laajemmin palvelurakennetyöryhmän väliraportissa s. 49.

## **Kunnallinen liikelaitos, liikelaitoskuntayhtymä ja kuntien omistama osakeyhtiö**

Kunta tai kuntayhtymä voi perustaa kunnallisen liikelaitoksen liiketoimintaa tai liiketaloudellisten periaatteiden mukaan hoidettavaa tehtävää varten (kuntalaki 87 a §). Liikelaitos toimii ensisijaisesti palvelujen tuottajana. Kunnallisella liikelaitoksella tulee olla johtokunta, joka ohjaa ja valvoo liikelaitoksen toimintaa. Johtokunnan tehtävistä on säädetty kuntalain 87 c §:ssä. Kunnan liikelaitoksen tehtävistä määrätään johtosäännössä. Kunnallisella liikelaitoksella on oltava johtaja (87 d §). Liikelaitoksen talousarvio ja -suunnitelma kunnan tai kuntayhtymän talousarvion erillinen osa (87 e §). Liikelaitoksen kirjanpito on eriytettävä kunnan tai kuntayhtymän kirjanpidosta (87 h §).

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

Liikelaitoskuntayhtymä poikkeaa toimintaperiaateiltaan tavallisesta kuntayhtymästä, joten sen hallinnosta on säädetty osin kuntalain kuntayhtymää koskevista säännöksistä poiketen. Liikelaitoskuntayhtymän pakollisia toimielimiä ovat yhtymäkokous ja johtokunta. Yhtymäkokouksen tehtävistä säädetään kuntalain 87 b §:ssä. Liikelaitoskuntayhtymässä on myös virkasuhteinen johtaja, johon sovelletaan yleisiä kunnallisen liikelaitoksen johtajaa koskevia säännöksiä.

Kunnat voivat perustaa toimintaa varten myös osakeyhtiön. Suomen lainsäädännössä ei ole erillisiä kunnallisia osakeyhtiöitä koskevia säädöksiä. Kuntien perustamiin osakeyhtiöihin sovelletaan osakeyhtiölakia. Liiketoiminnan tyypisessä palvelutuotannossa, jossa toimitaan jatkuvasti kilpailutilanteessa yksityisen yritystoiminnan kanssa, osakeyhtiömuodon käyttö on kilpailuneutraaliteettisistä välttämätöntä.

## **Vastuukunta**

Kunnat voivat sopia, että tehtävä annetaan toisen kunnan hoidettavaksi yhden tai useamman kunnan puolesta. Sopimusjärjestelyssä yksi kunta hoitaa muiden yhteistoimintaan osallistuvien kuntien puolesta sopimuksessa määritellyt tehtävät. Vastuukunta vastaa tehtävien ja niihin kuuluvien palvelujen järjestämisestä kaikkien sopijakuntien puolesta. Yleensä tehtävää toisten sopijakuntien puolesta hoitavan kunnan organisaatioon perustetaan sovittuja tehtäviä hoitamaan kuntien yhteinen toimielin, johon sopijakunnat valitsevat edustajansa (kuntalaki 77 §).

Sopijakunnat osallistuvat hallintoon valitsemalla edustajansa yhteiseen toimielimeen sopimuksessa sovitulla tavalla. Yhteinen toimielin toimii vastuukunnan organisaatiossa ja sen yläpuolella toimivat vastuukunnan valtuusto ja kunnanhallitus. Toimielimen toiminnassa noudatetaan vastuukunnan valtuuston hyväksymiä johtosääntöjä. Kunnanhallituksen otto-oikeus yhteistoimintaan kuuluvissa asioissa on mahdollista sulkea pois (kuntalaki 51 § 5 mom. 3 kohta). 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.

Vastuukuntamallilla voidaan hallinnoida myös kuntien yhteistä liikelaitosta, jolloin yhteinen toimielin on johtokunta. Vastuukuntamallia on käsitelty tarkemmin palvelurakennetyöryhmän väliraportissa s.48.

Koska sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon järjestämiseen vaikuttavat kuntien määrä ja kokoerot, on kuntarakennemuutoksella merkitystä myös soten hallintomalliin. Jos kuntarakennemuutoksella saadaan kasvatettua kuntakokoa, erityisesti keskuskunnan kokoa, sitä

perustellumpaa voi perustuslainnäkökulmasta olla vastuukuntamallin käyttöönotto. Vastuukuntamallia on kuitenkin kehitettävä.

Yhteisestä toimielimestä ei ole tällä hetkellä säännöksiä, jotka varmistaisivat mm. kunnan edustuksen toimielimessä tai poliittisen suhteellisuuden huomioonottamisen toimielimen kokoonpanossa. Näin ollen kyseinen sääntely on puutteellinen mallin mahdolliseen käyttöönoton laajuuteen nähden. Jos mallin käyttöönottoa laajennetaan suuriin kokonaisuuksiin ja pakollisen yhteistoiminnan yhdeksi hallintomalliksi, tulisi säätää vähintään kokoonpanosta (poliittinen suhteellisuus) sekä tarkastella myös valtuuston ja yhteisen toimielimen tehtäväjako (taloudellinen itsenäisyys, hallintorakenteet) ja päätöksentekomenettelyä (otto-oikeus). Vastuukunnan valtuustolla on viimekätinen budjettivalta ja mahdollisuus puuttua sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kannalta kaikkiin tärkeimpiin linjauksiin, jos muille kunnille ei mahdollisteta riittäviä ohjauskeinoja. Lisäksi yhteisen toimielimen päätösvallan itsenäisyyttä tulee lisätä. Yhteisen toimielimen päätösvallan sääntelyä tulisi kehittää pitkälti kuntayhtymän suuntaan. Taloudellisen itsenäisyyden osalta voitaisiin saada osviittaa sääntelyyn liikelaitossääntelystä. Vastuukuntamallin kehittäminen todennäköisesti lähentää hallintomalleja koskevan sääntelyn eroja ja siten osittain jopa poistaa hallintomallien eroja.

Vastuukuntamalliin liittyy tällä hetkellä erityisesti ongelmia perustuslain edellyttämän kansanvaltaisuusperiaatteen toteutumisessa, erityisesti muiden kuntien kuin vastuukunnan näkökulmasta. Perustuslainmukaisuuden arvio on erityisen tärkeää, jos vastuukuntamallista tulee kunnille pakollinen yhteistoiminnan organisoimistapa. Hallintomallien perustuslainmukaisuuden tulkinnassa ollaan uudessa tilanteessa eikä tulkinnoista ole siten saatavissa täyttä varmuutta. Viime kädessä perustuslakivaliokunta tulkitsee mallien perustuslainmukaisuuden.

Eri hallintomallien ongelmia ja niiden edellyttämiä lainsäädäntömuutoksia on tarkoitus valmistella kuntalain kokonaisuudistuksen yhteydessä. Työ on parhaillaan käynnissä.

### **Kuntien yhteistoimintaan liittyvän arvioinnin lähtökohtia**

Hallitusohjelmassa tavoitteeksi asetettiin kaksipuolainen järjestelmä: uusi laaja perustaso, jota tukee erityisvastuutaso. Palvelurakennemuutoksen peruslinjauksena on, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu on kunnilla. Tämä edellyttää kunnalta talouden vakautta, palveluiden järjestämistä ja omaa tuotantoa koskevan osaamisen varmistamista, henkilöstön riittävyyttä sekä mahdollisuutta investoida palvelutuotannon vaatimaan infrastruktuuriin.

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. Tavoitteena on, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta koskevat päätökset tukevat kuntarakenteen muutoksia siten, että riittävän vahvat peruskunnat ovat ensisijainen vaihtoehto. Tällöin myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen onnistumiseksi on kuntauudistuksen kautta saatava aikaan merkittävästi nykyistä vahvempia kuntia. Työryhmä ehdottaa, että sote-alue organisoidaan ensi sijassa vastuukuntamallin mukaisesti, koska se on hallituksen kuntapolitiikan linjausten mukainen vaihtoehto. Toisena vaihtoehtona on tämän raportin ehdotuksissa kuntayhtymä.

## 2.6 LÄHIPALVELUJEN TURVAAMINEN

Järjestämistä vastuussa olevan tahon vastuulla on mm. tuotantotavasta päättäminen. Palvelujen tuottamistapa voidaan ratkaista monilla tavoilla. Kunnat voivat järjestää palvelut itsenäisesti omana toimintanaan, olemalla jäsenenä kuntayhtymässä tai ostamalla palvelut muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Palvelujen tuottamistapoihin ja palvelupisteiden sijaintiin vaikuttavat mm. väestön tarpeet, palvelujen luonne ja tarvittavan asiantuntemuksen määrä. Eriyhtymästä palvelut tuotetaan keskitetysti, samoin osa laajan perustason palveluista. Suuri osa perustason palveluista on lähipalveluja.

Selvityshenkilöiden tehtävänä oli muodostaa järjestämistä vastuu kannalta kantokykyisiä kokonaisuuksia ja arvioida kuntien valmiuksia muodostaa selvityksen mukainen palvelurakenne. Selvitystyön aikana järjestetyissä alueellisissa kuulemistilaisuuksissa kävi ilmi, että palvelujen järjestämisen ja tuottamisen eroa on syytä selkiyttää, jotta kuntien ja muiden toimijoiden lausuntojen antamiselle olisi riittävä tietopohja. Tämä on perusteltua, koska palvelurakennemuutoksissa on tavoitteena kohdentaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen päävastuu vahvalle peruskunnalle, vastuukunnalle tai kuntayhtymälle, jonka maantieteellinen laajuus voi olla moninkertainen aiempiin järjestämisaalueisiin verrattuna, mikä herättää huolta lähipalvelujen asemasta. Järjestämistä vastuisella organisaatiolla voi olla alueen kuntiin sijoitettavia palveluyksiköitä paikallisten tarpeiden mukaan. Näin ollen järjestämistä vastuu ei sinänsä merkitse palvelujen tuottamisen keskittämistä ja kunnissa olevien toimivien palvelujen tuottamisratkaisujen romuttamista. Kuntien yhteistyötehtävänä mm. järjestämistä sopimuksen avulla on varmistaa se, että jo kehitettyjä ja toimivia palvelujen tuottamisratkaisuja ja syntyneitä yhteistyökäytäntöjä edelleen kehitetään. Lähipalvelujen kehittäminen edellyttää jatkossa myös liikkuvien kotiin tuotettujen palvelujen kehittämistä, sähköisiä palveluja ja yhteispalvelupisteiden kehittämistä.

Lähipalvelujen käsite on monitulkintainen ja vielä vakiintumaton. Niiranen et. al. (2013) on määritellyt lähipalvelun asiakasläheiseksi, matalan käyttökynnyksen palveluksi, jota käytetään usein ja päivittäin ja joka sijaitsee lähellä käyttäjänsä elinympäristöä tai on muuten helposti saavutettavissa. Lähipalvelujen sisältöön vaikuttavat mm. paikalliset olosuhteet ja toimintaympäristö, mahdollisuudet varmistaa palvelujen laatu ja asiakasturvallisuus, palvelun kohde-ryhmä, käyttäjien asuinpaikka sekä liikenneyhteydet.

Suuri osa perustason palveluista on lähipalveluja. Järjestämistä vastuullisen organisaation tehtävänä on huolehtia siitä, että palvelujen tuottamisesta ja palveluverkosta päätettäessä on olemassa hyvä ja ajantasainen tieto väestön palvelutarpeista ja sen ennakoituista muutoksista. Esimerkiksi sote-alueen muodostamiin kuntiin sijoitettavia eri palveluyksiköitä tulee olla olemassa paikallisten tarpeiden mukaan siten, että palvelujen saatavuus ja saavutettavuus on varmistettu. Tyypillisiä lähipalveluja ovat vanhusten kotihoito, omaishoidon tuki, päiväkeskukset, palveluasuminen, lapsiperheiden kotipalvelu, neuvolat, perhetyö, neuvonta ja sosiaaliohjaus, sosiaaliohjaus osittain, kouluterveydenhuolto, terveyskeskuksen ajanvaraus, yleislääkäriin, sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan perustason vastaanotto toiminta, laboratorion näytteenotto, apuvälinejakelu ja perustason suun terveydenhuolto. Väliraportissa lähipalveluja on kuvattu jakamalla ne neljään kokonaisuuteen: sähköisiin, liikkuviin, kotiin tarjottaviin ja lähellä tarjottaviin palveluihin. Näitä on kuvattu laajemmin palvelurakennetyöryhmän väliraportissa (s. 72–74).

## 2.7 INDIKAATTORIT ARVIOINNIN TUKENA

Palvelurakennetyöryhmän ehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun vähimmäisedellytyksiä ei alueiden erilaisuuden vuoksi voitaisi säätää pelkästään vähimmäisväestömäärään perustuen. Järjestämisvastuu edellyttää vastuullisen tahon riittävää kantokykyä: talouden kestävyyttä ja vakautta, riittävää osaamista, ammattihenkilöstön riittävyyttä ja saatavuutta, tarvittavaa infrastruktuuria sekä alueellista eheyttä.

Maan eri osien erityispiirteet, kuten pitkät etäisyydet, harva asutus, saaristoisuus tai kielelliset oikeudet, vaikuttavat järjestämisvastuulliselta taholta edellytettävän vähimmäisväestöpohjan tarkoituksenmukaiseen ratkaisuun. Osassa maata on vaikea toteuttaa sote-alueen järjestämisvastuuta esimerkiksi yli 100 000 asukkaan väestöpohjalla. Toisaalta merkittävästi suuremman väestöpohjan alueella ei välttämättä ole tarkoituksenmukaista pilkkoa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta minimiväestöpohjan kokoisiin alueisiin.

Järjestämisvastuullisen tahon kantokykyä voidaan arvioida erilaisilla indikaattoreilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuullisen tahon kantokyvyn tulee suhteutua sen väestörakenteeseen, palvelutarpeisiin sekä erityisolosuhteisiin. Mitä suuremmat tarpeet ja haastavammat olosuhteet ovat, sitä kantokykyisempi järjestäjän tulee esimerkiksi kattavan palveluverkon turvaamiseksi olla. Rakennevaihtoehtojen punninnassa käytetyt indikaattorit on koottu raportin loppuun liitteeksi kuntakohtaisesti maakunnittain.

Indikaattoreita käytettäessä ei kuitenkaan voida yksiselitteisesti osoittaa tiettyä ratkaisua oikeaksi, vaan kyse on suunnanhausta ja punninnasta. Jokin indikaattori saattaa puoltaa toisenlaista ratkaisua kuin toinen. Toisaalta myös eri osassa maata eri indikaattoreilla saattaa olla toista enemmän painoarvoa. Kaikkia indikaattoreita ei tämän vuoksi ole käytetty kaikilla alueilla. Indikaattoreihin voivat eri alueilla vaikuttaa myös erilaiset syyt. Esimerkiksi isojen kaupunkien velka saattaa johtua investointivelasta mittavampaan infrastruktuuriin, kun taas pienemmän alueen velka on voinut muodostua pyrkimyksestä turvata itsenäinen suoriutuminen velvoitteista.

Maakunnalliset indikaattorit osoittavat maakuntien tilanteen suhdetta muihin maakuntiin ja valtakunnalliseen tilanteeseen ja tuovat siten esiin maakunnan erityispiirteitä ja painetta muutoksiin. Kunnallisten ja alueellisten indikaattorien kautta puolestaan pystytään yksityiskohtaisemmin perustelevaan yksittäisiä alueita koskevia ehdotuksia.

### Palvelutarpeet

Palvelutarpeita voidaan arvioida muutamalla avainindikaattorilla, joista tiedot on muokattavissa kunnittain, alueittain, maakunnittain ja kansallisesti. Mitä lähempänä järjestäjän avainindikaattorit ovat kansallista tasoa, sitä yhdenvertaisempi on järjestäjätahojen tehtävä. Palvelutarvetta kuvaavina indikaattoreina raportissa on käytetty:

- väestön kehitys vuoteen 2025
- yli 75-vuotiaiden prosentuaalinen osuus koko väestömäärästä (nykytila ja väestökehitys 2025)
- huoltosuhde
- sairastavuusindeksi

### Talous

Järjestämisvastuullisen tahon talouden kestävyys tulee suhteutua väestön tarpeisiin ja erityisolosuhteisiin. Mitä haastavampi väestön palvelutarvetaso tai alueen olosuhteet ovat, sitä

vahvempi tulisi järjestämisvastuullisen tulotason olla. Talouden kestävyyttä voidaan kuvata muutamalla avainindikaattorilla, joita voidaan verrata kansalliseen tasoon sekä mm. maakunnan tasoon, jolloin saadaan käsitys alueellisista mahdollisuuksista. Taloutta kuvaavina indikaattoreina raportissa on käytetty:

- verotulot € / asukas
- valtionosuudet € / asukas
- velka € / asukas (kokonaisvelka)
- sote-nettomenot € / asukas
- toimeentulotuki € / asukas
- erikoissairaanhoidon nettomenot € / asukas
- Kela-korvattujen yksityispalvelujen käyttö - korvatut ostokerrat / asukas

Nykyisessä järjestelmässä kuntien talouden epävakaus on osaltaan johtanut palvelujen sopeuttamisiin kunnan taloudellisiin tilanteisiin. Pienen väestöpohjan kunnissa palvelutarpeiden satunnaisvaihtelusta (ennakoimattomuudesta) aiheutuva vaikutus on suurta. Tutkimusten mukaan esimerkiksi erikoissairaanhoidon kustannusten ennustettavuus kunnan muun toiminnan rahoittamisen kannalta kohtuullisella tarkkuudella on alle 40 000 asukkaan väestöpohjalla mahdotonta. Satunnaisvaihtelu palvelutarpeissa vähenee väestöpohjan kasvaessa ainakin 200 000 asukkaan väestöön asti. Sosiaalihuollossa puolestaan esimerkiksi yhden perheen lasten huostaanotto ja sijoittaminen lastenkotiin voi aiheuttaa pienelle kunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenoihin 10 % muutoksen, mikä merkitsee asukasta kohti joidenkin satojen eurojen nettomenoa. Mitä suurempi väestö on, sen vähemmän yksittäiset palvelupäätökset vaikuttavat kunnan talouden vakauteen. Moni kunta on myös erittäin riippuvainen valtionosuuksista, joiden perusteisiin voi tulla muutoksia. Valtionosuudet euroina asukasta kohti laskettuna vaihtelevat kunnittain muutamasta eurosta 4285 euroon. Talouden vakauteen vaikuttavat myös tulojen äkilliset muutokset. Esimerkiksi yksittäinen työnantaja voi olla kunnassa sillä tavoin merkittävässä asemassa, että sen päätökset vaikuttavat voimakkaasti kuntatalouteen.

## Henkilöstö ja osaaminen

Taloudellisten kantokykytekijöiden lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteen ratkaisuun vaikuttaa merkittävästi osaamisen turvaaminen. Julkisen vallan käyttö rajaa toimintojen ulkoistamista viranomaisorganisaation ulkopuolelle. Vaikka kunta tai sote-alue ei itse kaikkia väestönsä tarvitsemia palveluja tuottaisikaan, jokaisella järjestäjällä on oltava riittävä henkilöstö ja erityisosaaminen viranomaistehtävien hoitamista varten. Esimerkiksi asiakkaan palvelutarpeen selvittäminen ja palvelujen myöntämistä koskeva päätöksenteko kuuluu järjestämisvastuullisen tahon tehtäviin. Osaamista edellyttää myös palvelujen hankinta, valvonta ja arviointi. Tuotanto-osaamisen lisäksi erittäin merkittävää on hankintaosaaminen silloin kun palveluja hankitaan markkinoilta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden saatavuuden kannalta on tärkeää pidemmällä aikavälillä ennakoida määrällisiä ja laadullisia henkilöstötarpeita suhteessa väestön palvelutarpeisiin. Kunta-alan eläkepoistumaennusteen 2012–2030 (KEVA) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisesta henkilöstöstä siirtyy eläkkeelle runsaan kymmenen vuoden aikana 44 prosenttia. Eläkepoistuma on suurinta Lapin, Kainuun, Etelä-Savon ja Pohjois-Karjalan maakunnissa ja pienintä Uudenmaan, Pohjanmaan ja Varsinais-Suomen maakunnissa.

Ammattiryhmien välillä on poistumassa myös eroja. Lähihoitajien ja vastaavien saatavuus tulee erityisosaajien saatavuuden lisäksi lähitulevaisuudessa entistä haasteellisemmaksi syrjäseuduilla. Sosiaaliohjelmoijien riittävyyttä heikentää merkittävästi eläkepoistuman ohella jo olemassa olevat vajeet, erityisesti Etelä-Suomen maakunnissa. Lääkärimäärä kasvaa, mutta

erikoisalakohteisesti on suurta vaihtelua eläkepoistuman jakautuessa epätasaisesti erikoisalojen kesken, ja lisäksi erikoistumiskoulutuksen ohjaus on ollut riittämätöntä.

Henkilöstön ja osaamisen näkökulmasta keskeisiä indikaattoreita ovat keskeiset työntekijämäärät, kuten

- terveyskeskuslääkäreiden määrä / 10 000 asukasta
- hammaslääkäreiden määrä / 10 000 asukasta
- sosiaalityöntekijöiden määrä / 10 000 asukasta
- lähihoitajien ja vastaavien määrä / 10 000 asukasta
- sairaan- ja terveydenhoitajien määrä / 10 000 asukasta

sekä eläkepoistuma 2012–2030 ja vajetiedot

- sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisen henkilöstön eläkepoistuma
- lääkärivajeet
- sosiaalityöntekijävajeet

### **SOTE-infrastrukturi**

Yksi palvelurakennemuutoksen toteuttamiseen liittyvistä linjauksista on kilpavarustelun ehkäiseminen. Erityispalvelujen hajauttaminen merkittävässä määrin aiheuttaisi tarvetta rakentaa sosiaali- ja terveydenhuollon uutta infrastruktuuria. Erityisesti erikoissairaanhoidon palvelutuotannon osalta sairaalakiinteistöjä on olemassa jo riittävästi. Sosiaalihuollon erityispalvelujen osalta, palvelujen erilaisesta luonteestakin johtuen, ei ole olemassa vastaavan laajuisia infrastruktuuria.

Erikoissairaanhoidon keskittymistä suurempiin palveluntuottajiin ohjaa lääketieteen kehitys sekä potilasturvallisuuden ja laadun perusteluin toteutettavat ratkaisut. Lisäksi erityisosaajien rekrytointi alueille, joissa lähtökohtaisesti heitä ei ole, on kallista ja epävarmaa. Näistä syistä osaamisen turvaaminen ohjaa merkittävässä määrin palvelurakenteen muotoutumista.

Järjestämisvastuullisen tahon on kyettävä huolehtimaan palvelujärjestelmän infrastruktuurista. Tiloja ja laitteita tulee kyetä kehittämään muuttuvien palvelutarpeiden ja palvelujen tuotantomenetelmien mukaisesti tehokkaiksi ja toimiviksi. Erityisesti järjestäjän tulee kyetä pitämään huolta lähipalveluista, joiden toteuttaminen tulevaisuudessa tapahtuu nykyistä selvästi monimuotoisemmin mm. liikkuvia ja virtuaalisia palveluja hyödyntäen. Tietojärjestelmäratkaisut vaativat riittävän suuria järjestäjiä, jotta ne voidaan toteuttaa tehokkaasti.

Kilpavarustelun ehkäisemiseksi erivan rooli korostuu palvelurakenteessa sitä enemmän, mitä pienemmistä perustason järjestäjistä rakenne muodostuu. Samalla ervalle tarvitaan myös enemmän toimivaltaa huolehtia siitä, että väestö tosiasiallisesti saa yhdenvertaiset palvelut. Ervalle tulee olla riittävä toimivalta vastuualueensa palvelujen tuotannon ohjaamiseen väestön tarpeiden mukaisesti. Mikäli perustason järjestäjät ovat kantokyvyiltään riittävän vahvat, voi ervan rooli palvelujen varmistamisessa rajautua pääosin erityisosaamista vaativiin palveluihin.

### **Palvelujen käyttö**

Kantokykyä kuvaavien avainindikaattoreiden lisäksi on tuotettu tietoa nykyisestä palvelutarjonnasta ja sosiaalihuollon keskeisistä asiakasryhmistä, joille tarjotut palvelut aiheuttavat merkittäviä kustannuksia tai palvelujen järjestämisessä tarvitaan erityisosaamista. Nykyinen palvelutarjonta antaa suuntaa siitä, mihin myös tulevaisuudessa palvelujen järjestämisvastuussa oleva taho joutuu suuntaaman henkilöstöä ja osaamista. Palvelurakennemuutoksen vaihtoehtoisten mallien arvioinnissa palvelujen käyttö toimii kantokykyindikaattorina suhteutettaes-



sa palveluista aiheutuvat kustannukset kunnan talouteen ja palveluissa tarvittava henkilöstö ja osaaminen kunnan käytettävissä olevaan henkilöstöön ja osaamiseen.

Nykyistä palvelutarjontaa kuvaavia indikaattoreita ovat:

- 0–17 v. suhteutettuna lastensuojelun avohuollon tukitoimien piirissä oleviin ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen osuuteen (% vastaavanikäisestä väestöstä)
- pitkäaikaisesti toimeentulotukea saaneet henkilöt vuoden aikana (% väestöstä)
- Kelan korotettua ja ylintä vammaisetuutta (eläkettä saavan hoitotuki, alle 16 v vammais-tuki ja 16 vuotta täyttäneiden vammaistuki) saavien lukumäärä (% väestöstä)

## 3 ALUEELLISET EHDOTUKSET

Tämä luku sisältää alueellisten selvityshenkilöryhmien ehdotukset järjestämisvastuullisiksi kunniksi / sote-alueiksi uuden laajan perustason osalta.

Ehdotusten lähtökohtana on, että kunnilla tulee olla lakisääteinen velvollisuus kuulua sote-alueisiin, jos ne eivät yksin muodosta kantokykyistä vahvaa kuntaa. Työryhmä pitää tärkeänä, että kuntia kuullaan ehdotuksesta ja sote-alueiden muodostamista tulee myös jatkovalmistelun yhteydessä selvittää yhteistyössä kuntien kanssa. Kattavan ja vakaan palvelurakenteen aikaansaamiseksi sote-järjestämistä koskevassa lainsäädännössä tulee kuitenkin olla nimenomaiset säännökset siitä, minkä kuntien tulee kuulua mihinkin sote-alueeseen.

### 3 A HELSINGIN YLIOPISTOLLISEN KESKUS-SAIRAALAN ERITYISVASTUUALUE

#### 3.1 HYKS-ALUEEN NYKYTILA JA EHDOTUKSET

Helsingin yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue käsittää Uudenmaan, Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan maakunnat. Kuntia alueella on 39. Näistä 23 kuntaa järjestää perustason sosiaali- ja terveystalvet itse. Muut kunnat muodostavat viisi yhteistoiminta-alueita. Alueella toimii kolme sairaanhoitopiiriä/kuntayhtymää: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS), Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote) sekä Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (Carea). Huomattavaa on, että Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) on väestöpohjaltaan suurempi kuin yksikään muu nykyisistä erva-alueista. Sairaanhoitopiirien rajat noudattavat pääsääntöisesti maakuntien rajoja, poikkeuksina Pukkila, Myrskylä ja Iitti. Pukkila ja Myrskylä kuuluvat Uudenmaan maakuntaan, mutta Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään. Päijät-Hämeen sote-kuntayhtymään kuuluu myös Kymenlaaksossa sijaitseva Iitti. Erityishuollon kuntayhtymänä toimii Eteva.

Koko erva-alueen väestömäärä on kasvava. Väestömäärän kasvu tulee pääasiassa Uudelta maalta. Uudenmaan ja pääkaupunkiseudun asema ja kehitys metropolialueena on merkittävä tulevaisuuden kannalta. Suomen väestö, maahanmuuttajat mukaan lukien, keskittyy Helsingin metropolialueelle. Ulkomaalaistaustaisen väestön määrän on ennakoitu kaksinkertaistuvan seuraavan kymmenen vuoden aikana. Asuminen on ahdasta ja kallista muuhun maahan verrattuna jo tällä hetkellä. Syrjäytyminen ja alueellinen eriarvoistuminen on muuta maata suurempi ongelma. Erilaiset syrjäytymisongelmat sekä metropoliseuduille muuallakin maailmalla keskittävät sairaudet (mm. HIV/AIDS, kovien huumeiden käytön seuraukset) kuormittavat alueen palvelujärjestelmää.

Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson alueet menettävät väestöä. Ne ovat myös vanhenevan väestön alueita. Yli 75-vuotiaiden osuus kasvaa vuoteen 2025 mennessä niissä koko maata enemmän ja huoltosuhte heikkenee merkittävästi. Uudenmaan huoltosuhteen ollessa maan alhaisin ikääntyneiden palvelutarve vaihtelee koko erva-alueella huomattavasti. Kymenlaakson kunnat ovat myös velkaisia ja sosiaali- ja terveydenhuollon eläkepoistuma on Kymenlaaksossa erva-alueen suurin. Henkilöstön saatavuudessa on ongelmia erityisesti Kymenlaaksossa ja Etelä-Karjalassa. Merkittävin eläkepoistuma on sosiaalihuollosta.

Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan maakuntien aluerakenteen tulevaan kehitykseen liittyy kysymys Pietarin n. 6 miljoonan asukkaan talousalueen merkityksestä maakunnan palveluille ja muulle elinkeinoelämälle. Etelä-Karjalassa kuntien järvisyys lisää monin paikoin samankin kunnan eri osien etäisyyttä toisistaan ja asiointimatkoja keskusten välillä. Maakunnan palvelukeskusverkko on selkeästi kaksinapainen: Lappeenranta hallitsee koko maakunnan ohella



Taulukko 1.

Kunta	Väestö 31.12.2011	Yhteistoiminta- alueen nimi ja sen väestö	Sairaanhoidtoalue ja sen väestö
Helsinki	595 384		<b>HYKS- sairaanhoidtoalue 1 131 372 asukasta</b>
Espoo	252 439		
Vantaa	203 001		
Kauniainen	8 807		
Kerava	34 549		
Kirkkonummi	37 192		
Raasepori	28 959		<b>Länsi-Uudenmaan sairaanhoidtoalue 43 937 asukasta</b>
Hanko	9 417		
Inkoo	5 561		
Hyvinkää	45 527		<b>Hyvinkään sai- raanhoidtoalue 182 640 asukasta</b>
Nurmijärvi	40 349		
Järvenpää	38 966		
Tuusula	37 667		
Mäntsälä	20 131		
		<b>Mustijoen perusturva</b>	
Pornainen	5 122	<b>25 253 asukasta</b>	
Porvoo	48 833		<b>Porvoon sairaan- hoidtoalue 95 793 asukasta</b>
Sipoo	18 526		
Askola	4 911		
Loviisa	15 552	<b>Loviisa-Lapinjärven yhteistoiminta-alue 18 400 asukasta</b>	
Lapinjärvi	2 848		
Lohja	47 374		<b>Lohjan sairaanhoi- toalue 91 293 asukasta</b>
Siuntio	6 148		
Vihti	28 581	<b>Perusturvakunta yhtymä Karviainen 37 771 asukasta</b>	
Karkkila	9 190		
Pukkila	2 016	Päijät-Hämeen sosi- aali- ja terveyden- huollon kuntayhty- mässä	
Myrskylä	2 008		

**Loviisa ja Lapinjärvi muodostavat yhteistoiminta-alueen**, jossa vastuukuntana toimii Loviisa. Sille on siirretty kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät. Pornaisten ja Mäntsälän kuntien sosiaali- ja terveyspalvelut on tuotettu **Mustijoen perusturvan yhteistoiminta-alueella** vuodesta 2009 alkaen; vastuukuntana toimii Mäntsälä. Vihti ja Karkkila muodostavat **Perusturvakuntayhtymä Karviaisen**, johon aiemmin kuului myös Nummi-Pusula. Lohjan isännöimä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alue LOST (Lohja, Siuntio, Inkoo ja

Karjalohja) purkautui vuoden 2012 lopussa, kun Lohjan kaupunginvaltuusto irtisanoi yhteistoiminta-alueen ja Lost-sopimuksen Inkoon ja Siuntion irtisanouduttua liitosneuvotteluista ja Karjalohjan liittyessä Lohjaan. Inkoo ja Siuntio järjestävät sosiaali- ja terveyspalvelut itse ja ostavat pääosan terveyspalveluista yksityissektorilta. Ulkoistamiset on käytännössä tehty pakon edessä ja liittyvät liian pienen kunnan järjestämisvastuun seurauksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollinen integraatio on toteutettu kaikissa Uudenmaan kunnissa; viimeisenä Helsingissä vuoden 2013 alusta.

Uudenmaan kunnista Pukkila ja Myrskylä ovat muodostaneet yhteistoiminta-alueen Hartolan, Iitin, Nastolan, Orimattilan ja Sysmän kanssa vuoden 2007 alusta. Nämä kunnat kuuluvat Päijät-Hämeen Sosiaali- ja terveysyhtymään (PHSOTEY), joka tuottaa kunnille kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut. PHSOTEYn valtuusto on päättänyt yksimielisesti 3.12.2012 hakea valtioneuvostolta kuntayhtymän siirtämistä TAYS-ervasta HYKS-erva.

Myrskylää ja Pukkilaa lukuun ottamatta muut Uudenmaan kunnat (24) muodostavat **Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HUS:n**. Se järjestää pääosin alueen erikoissairaanhoidon. Poikkeuksena on Helsinki, jolla on merkittävä määrä omaa tuotantoa. Erikoissairaanhoidon toteuttaminen jakautuu sairaanhoitopiirissä viidelle sairaanhoitoalueelle: Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan, Porvoon ja HYKS:n sairaanhoitoalueille. HYKS:n sairaanhoitoalueen muodostavat Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen, Kerava ja Kirkkonummi. HYKS-sairaanhoitoalueella tehtiin vuonna 2005 toimialarationalisointi HYKS:n, Helsingin kaupungin erikoissairaanhoidon, Jorvin ja Peijaksen sairaaloiden kesken, joista muodostettiin nykyinen HYKS. HUS:n sisällä olevat sairaanhoitoalueet toimivat eräänlaisina "pienoissairaanhoitopiireinä", joilla on omat lautakunnat. HUS:lla on 21 erillistä sairaalayksikköä, jotka hallinnollisesti muodostavat viisi sairaalaa.

Kehitysvammaisten erityishuoltoa varten on ETEVA kuntayhtymä, johon kuuluvat Helsinkiä lukuun ottamatta muut Uudenmaan kunnat. Näiden lisäksi kuntayhtymään kuuluu kuntia Kanta-Hämeen ja Päijät-Hämeen maakunnista. Helsingin kaupunki järjestää erityishuollon palvelut omana toimintanaan. ETEVA tuottaa kuntien kanssa sovitun mukaisesti erityisesti vaativampia kehitysvammahuollon palveluja ja muita vammaispalveluja. Pääosa kehitysvammaisten arjessaan tarvitsemasta tuesta toteutetaan kunnissa lähi- ja peruspalvelujen yhteydessä ETEVA:n hajautetun palveluverkon tuella. Lisäksi osalla vammaisjärjestöistä on merkittävää valtakunnallista osaamista ja palvelutoimintaa, joka tukee kokonaisuuden toimivuutta. Esimerkiksi Uudellamaalla sijaitseva Norio-keskus on koko maan kannalta merkittävä osaamiskeskus. Kehitysvammalaitoksia on Uudellamaalla kolme.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämisen hajautuminen pieniin kuntiin on johtanut suuriin ja tarpeeseen perustumattomiin kuntakohtaisiin eroihin palveluiden laadussa, määrässä ja tuotantotavoissa. Perus- ja erikoistason päihde- ja mielenterveyspalveluiden integrointi on toteutunut vain harvassa paikassa. Huomattava osa kunnista ei tuota lainkaan itse päihdepalveluita, vaan niistä vastaavat järjestöt (mm. A-klinikkasäätiö). Järvenpään sosiaalisairaala tuottaa vaativia päihdepalveluita maanlaajuisesti. HUS tuottaa ruotsinkielistä psykiatrista osastohoitoa koko alueelle.

### **Alueen väestö ja sen palvelutarpeet**

Uudenmaan väkiluku tulee vuosien 2011–2025 välillä kasvamaan 13,5 prosenttia eli eniten kaikista maakunnista. Maakunnan kuntien väestön ennustetaan kasvavan lukuun ottamatta Hankoa ja Lapinjärveä. Huoltosuhde maakunnassa oli vuonna 2011 maan alhaisin ja sen ennustetaan säilyvän maan alhaisimpana myös lähivuosikymmeninä. Yli 75-vuotiaiden osuus kasvaa maakunnassa ajanjaksolla 2011–2025 kuudesta 9,9 prosenttiin, mutta osuus jää silti maan pienimmäksi. Väestön ikääntyminen merkitsee palvelutuotannon kehittämistarpeita.

Toimeentulotukimenot (keskimäärin 165 €/asukas) ovat Uudellamaalla maan korkeimmat ja kuntien välinen vaihtelu on suurta (20 €–217 €). Suurimmat kustannukset ovat Helsingissä, Vantaalla ja Espoossa. Pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai vuoden 2011 aikana 7,5 prosenttia uusmaalaisista (koko maa 6,9 %). Lastensuojelun tukitoimien piirissä oli Uudellamaalla 7,5 prosenttia 0–17-vuotiaista vuonna 2011 (koko maa 6,7 %). Pääkaupunkiseudun palvelutarpeisiin liittyvinä erityispiirteinä ovat laajamittainen syrjäytyminen, asunnottomuus, maahanmuuttajaväestön laajuus ja nopea kasvu sekä sosiaalisten ongelmien kasautuminen tietyille alueille. Sairastavuus pääkaupunkiseudulla on maan alhaisinta THL:n sairastavuusindeksin perusteella. Yksityisten palveluiden tarjonta ja käyttö on runsasta. Tämä näkyy esim. yksityisten terveyspalveluiden ja työterveyspalveluiden merkittävänä osuutena.

### **Muut kantokykytekijät alueella**

Taloudellisen kestävyuden kannalta tarkasteltuna Uudenmaan kuntien verotulot asukasta kohti vaihtelevat 2 649 €:sta 5 942 €:oon. Maakunnan keskimääräinen kuntien verotulo asukasta kohti oli 4 336 € ja koko maan vastaava tulo oli 3 530 €. Uusimaa on maakuntavertailussa taloudellisesti vahvin. Uudenmaan vahvuus maakuntien vertailussa perustuu suuren asukas-kohtaisen verotettavan tulon lisäksi siihen, että Uudenmaan kunnat järjestävät kuntalaisten sosiaali- ja terveyspalvelut keskimääräistä pienemmillä asukaskohtaisilla nettomenoilla, 3 206 euroa asukasta kohti. Maakunnan velka asukasta kohti vaihtelee 533 € (Myrskylä) ja 8 551 € (Vantaa) välillä. Maakunnassa kuntien keskimääräinen velka (5 841 €/asukas) on koko maan tasoa (4 729 €/asukas) korkeampi. Valtionosuudet tuloista ovat Uudellamaalla suhteellisesti pienimmät. Maakunnassa asukasta kohti maksettiin keskimäärin valtionosuutta 590 €, kun koko maassa keskimäärin maksettiin 1 418 €.

### **Erytisesti huomioitavat alueelliset tekijät**

Uudenmaan maakunnan erityistekijät liittyvät monin osin Suomen ainoaan metropolialueeseen. Metropolialueella tarkoitetaan neljätoista vapaaehtoisen yhteistyön piirissä olevaa kuntaa Helsingin ympärillä eli neljän pääkaupunkiseudun (PKS) kaupungin Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen, lisäksi 10 ympäristökökuntaa: Kirkkonummi, Vihti, Pornainen, Nurmijärvi, Hyvinkää, Tuusula, Järvenpää, Mäntsälä, Kerava, Sipoo (ns. Kuuma-kunnat). Työssäkäyntialueena metropolialue ulottuu tätäkin laajemmalle. Metropolialueen erityisyys muihin kaupunkiseutuihin verrattuna perustuu ennen kaikkea sen suureen merkitykseen maan kansantaloudelle. Alueella asuu neljännes Suomen väestöstä. Alueen osuus kansantuotteesta on kolmasosa ja tutkimus- ja kehittämistoiminnan menoista noin 40 prosenttia.

Helsingin yliopistollinen keskussairaala ja sen ympärille muodostunut terveys- ja biotieteiden kampus on Suomen merkittävin alan tutkimus- ja kehittämistoiminnan keskittymä. Tällä on merkitystä koko Suomen kilpailukyvyille. HYKS:llä on myös yliopistosairaaloista eniten kansallisella tasolla keskitettyä erityisosaamista. Keskittämistrendi jatkuu tulevaisuudessa.

Uudenmaalla on 15 kaksikielistä kuntaa, joista kahden eli Raaseporin ja Inkoon enemmistökieli on ruotsi. Muiden kaksikielisten kuntien enemmistökieli on suomi. Uuden Lohjan kielellinen asema on sovittu yhdistymissopimuksessa. Lohjan valtuusto on päättänyt vapaaehtoisesta kaksikielisyydestä 1.1.2013 alkavalla kymmenvuotiskaudella. Muut maakunnan kunnista ovat yksikielisiä suomenkielisiä kuntia.

Metropolialueella on myös vieraisiin kieliin liittyviä erityistekijöitä. Vieraskielisten määrä on kymmenkertaistunut vuodesta 1990 ja Helsingin seudulla määrä kasvaa ennusteiden mukaan nykyisestä noin 100 000 henkilöstä 245 000 henkilöön. Osuus väestöstä kasvaa nykyises-

tä 8:sta reiluun 15 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. Samaan aikaan myös äidinkielenään muuta kuin suomea, ruotsia tai saamea puhuvien lasten ja kouluikäisten määrän on arvioitu yli kaksinkertaistuvan.

### **Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotus selvitysalueiksi**

Kunnallishallinnon rakenne -työryhmä on esittänyt, että Uudellemaalle asetettaisiin yhdeksän erityistä kuntajakoselvitystä seuraavien uusien kuntien muodostamiseksi:

- Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen ja Sipoo
- Tuusula, Kerava, Järvenpää ja Nurmijärvi
- Porvoo, Askola, Myrskylä, Loviisa ja Lapinjärvi
- Kirkkonummi, Inkoo ja osa Siuntioista
- Lohja, Karjalohja, Nummi-Pusula ja osa Siuntioista
- Raasepori ja Hanko
- Vihti ja Karkkila
- Mäntsälä, Pukkila ja Pornainen
- Hyvinkää ja Kanta-Hämeestä Riihimäki, Hausjärvi ja Loppi

Kuntarakennelakiluonnoksen kuntaliitosselvitystarvetta ohjaavien kriteereiden perusteella Uudenmaan kuntien Lohjaa ja Porvoota lukuun ottamatta on tarpeen käynnistää liitosneuvottelut. Alueen eheyden vuoksi myös Lohjan ja Porvoon tulisi selvittää kuntaliitosmahdollisuudet ympäristökuntien kanssa.

Helsingin metropolialueella haasteet alueen yhdyskuntarakenteen yhtenäiselle suunnittelulle ja maankäytön, asumisen ja liikenteen yhteensovittamiselle ovat kaikkein suurimmat. Kansallisen kilpailukyvyyn ja kasvupotentiaalin kannalta kunta- ja palvelurakenneratkaisujen merkitys korostuu metropolialueella. Metropoliselvityshenkilöt ovat esittäneet 28.2.2013 raportissaan ehdotukset metropolialueen kuntajaaksi. Päävaihtoehtoja esitetään kaksi:

Ensimmäinen vaihtoehto ” Suurkunnat ja sopimusyhteistyö” muodostaisi kaksi kuntajakoselvitysalueetta, pääkaupunginseudun kunnan ja Keski-Uudenmaan kunnan:

- Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen, Kirkkonummi, Sipoo ja Vihti
- Hyvinkää, Järvenpää, Kerava, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen ja Tuusula

Toinen vaihtoehto ”Metropolihallinto ja vahvat peruskunnat” muodostaisi neljä kuntajakoselvitysalueetta:

- Helsinki, Sipoo
- Kerava, Tuusulan eteläosa, Vantaa
- Espoo, Kauniainen, Kirkkonummi
- Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen, Tuusulan pohjoisosa

## UUSIMAA: EHDOTUS UUDEKSI PALVELURAKENTEESI

Selvityshenkilöt ehdottavat Uudellemaalle ns. **metropolimallia**, jossa Helsinki toimii Sipoon vastuukuntana, Espoo Kauniaisen ja Kirkkonummen vastuukuntana ja Vantaa Keravan ja Tuusulan vastuukuntana ja näiden rinnalle muodostetaan Länsi-Uudenmaan sote-alue kuntayhtymänä, Keski-Uudenmaan sote-alue kuntayhtymänä ja Itä-Uudenmaan sote-alue, jossa Porvoo toimii vastuukuntana.



Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki

Kuva 2. Uusimaa, ehdotus uudeksi palvelurakenteeksi

Metropolialueen kunnista (lukuun ottamatta Vihtiä) muodostetaan tässä mallissa neljä kokonaisuutta: 1) **Helsingin** (+ Sipoo), 2) **Espoon** (+Kauniainen ja Kirkkonummi), 3) **Vantaan** (+ Kerava ja Tuusula) ja 4) **Keski-Uudenmaan sote-alueet**. Metropolialueen kokonaisuudet 1–3 ovat yhdenmukaisia Metropoliselvityshenkilöiden ehdotuksen 2 kanssa. Lisäksi muodostetaan **Länsi- ja Itä-Uudenmaan sote-alueet**. Järjestämisvastuulliset tahot kantavat vastuun myös erityishuollosta lukuun ottamatta vaativien erityisyksiköiden verkostoa, josta tulee sopia erikseen.

### Helsinki, Espoo ja Vantaa vastuukuntina

Helsinki, Espoo ja Vantaa ovat riittävän vahvoja järjestämään sosiaali- ja terveyspalvelunsa itse. Kauniainen (8 807 as) ja Sipoo (18 526 as) alittavat selkeästi itsenäisen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen liittyvän väestöpohjavaateen. Kerava (34 549 as) ja Kirkkonummi (37 192 as) ja Tuusula (37 667 as) alittavat laajennetun perustason sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuseen riittävän väestömäärän. Kauniainen ja Kirkkonummen asukkaiden asiointi ja työssäkäynti suuntautuu selkeästi Espooseen ja Helsinkiin. Koska molemmat kunnat ovat Espoon rajanaapureita, olisi sote-yhteistyön rakentaminen muualle kuin Espooseen keinokeista. Erikoissairaanhoidon osalta ne kuuluvat jo nyt HYKS-sairaanhoidoalueeseen. Keravan ja Tuusulan sote-yhteistyötä on asioinnin ja työssäkäynnin perusteella luontevinta ra-



kentaa Vantaan kanssa. Vastaavista syistä selvityshenkilöt ehdottavat Sipoon yhteistyötä Helsingin kanssa. Sipoon suuntaamista Helsinkiin perustelee myös se, että Sipoon väestöstä 37 % on ruotsinkielisiä ja ruotsinkielisten palvelut voi järjestää yhdessä Helsingin kaupungin ruotsinkielisten palveluiden kanssa. Ruotsinkielisten palvelujen asemaa voidaan vahvistaa nyt erikoissairaanhoidolaissa olevan vähemmistökielten lautakunnan avulla.

### **Kolme sote-aluetta (Keski-, Länsi- ja Itä-Uudenmaan sote-alueet)**

Selvityshenkilöiden ehdottamat muut kolme aluetta ovat riittävän kokoisia kantamaan laajan perustason järjestämisvastuun. Alueilla on jo nykyisin toimivaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ja kunnat ilmaisivat kuulemisten yhteydessä valmiutta lisääntyvään yhteistyöhön. Kullakin ehdotetulla sote-alueella sijaitsee sairaala (Länsi-Uudenmaan sote-alueella kaksi), mikä mahdollistaa laajennetun perustason palveluiden tarjonnan.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että Hyvinkää, Nurmijärvi, Järvenpää, Mäntsälä ja Pornainen muodostavat **Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveydenhuoltoalueen**. Pornaista (5 000 as) esitetään Keski-Uudenmaan sote-alueeseen, koska se järjestää nykyisellään perustason sosiaali- ja terveystalvunsa Mäntsälän kanssa, vaikka Pornainen kuuluukin erikoissairaanhoidon osalta Porvoon sairaanhoitoalueeseen ja liikenneyhteydet Hyvinkäälle ovat huonot. Keski-Uudenmaan sote-alue toteutettaisiin kuntayhtymänä, koska kunnat ovat hyvin samankokoisia. Näin muodostettu sosiaali- ja terveydenhuoltoalue mahdollistaa laajennetun perustason sekä sosiaali- ja terveydenhuollon integraation, missä ollaan jo tällä hetkellä pitkällä.

Selvityshenkilöiden työ rajautui Uudenmaan maakuntaan. Toiminnallisesti olisi kuitenkin perusteltua selvittää Kanta-Hämeen maakuntaan kuuluvien Riihimäen (29 018 as), Hausjärven (8 800 as) ja Lopen (8 277 as) liittyminen Keski-Uudenmaan sote-alueeseen. Mainitut kunnat ovat tehneet alustavan aloitteen siirtyä Hyvinkään sairaanhoitoalueelle. Riihimäen sairaala, joka on osa Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriä, sijaitsee vain noin 15 km päässä Hyvinkään sairaalasta. Näiden yhteistyön ja työnjaon kehittäminen olisi perusteltua.

Porvoon, Askolan, Lapinjärven ja Loviisan ehdotetaan muodostavan **Itä-Uudenmaan sosiaali- ja terveydenhuoltoalueen**. Itä-Uudenmaan sote-alueesta tulee pienin esitetyistä alueista (72 144 as). Kaikki kunnat ovat alle 50 000 asukkaan kuntia; Porvoon väkiluku on 48 833. Selvityshenkilöt ehdottavat Porvoon toimivan vastuukuntana (Porvoossa asuu 2/3 koko alueen väestöstä). Porvoossa sijaitsee myös sairaala. Sairaanhoitoalueella on jo nyt toimivaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä.

Hangon, Raaseporin, Inkoon, Vihdin, Lohjan, Karkkilan ja Siuntion ehdotetaan muodostavan **Länsi-Uudenmaan sosiaali- ja terveysalueen**. Ehdotus mahdollistaa laajennetun perustason toteutumisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon integraation nykyistä paremmin. Karjaa (osa Raaseporia), Inkoo ja Siuntio ovat nykyisellään ulkoistaneet perusterveydenhuollon, jolloin integraatio sosiaalipalveluihin on katkennut. Länsi-Uudenmaan sote-aluetta esitetään kuntayhtymämuotoiseksi, koska alueella ei ole luontevaksi vastuukunnaksi riittävän suurta kuntaa.

Alueella on ruotsinkielistä väestöä Hangossa 43 %, Raaseporissa 66 %, Inkoossa 55 % ja Siuntiossa 30 %. Lohja on vapaaehtoisesti kaksikielinen kunta, jossa ruotsinkielisten osuus on 4 %. Selvityshenkilöiden arvion mukaan kielellisistä syistä harkittavana ollut kahden sote-alueen malli jättäisi Hanko-Raaseporin alueen kantokyvyltään ja väestöpohjaltaan liian heikoksi. Kuntakuulemisissa pääosa alueen kaksikielisistä kunnista kannatti yhden vahvemman ja kantokykyisemmän sote-alueen muodostamista kahden alueen sijaan.

Länsi-Uudellamaalla on nykyisin kaksi sairaalaa: Lohjalla ja Raaseporissa. Näiden toiminta tulee turvata jatkossakin sekä etäisyyksien että kielisyyden vuoksi. Tammisaaren sairaalalla

taataan alueen ruotsinkieliset palvelut sekä turvataan tarvittava perustason päivitysvalmius; Hangosta on 80 kilometriä Lohjan sairaalaan ja 140 kilometriä Helsinkiin.

### Tarkastelussa olleiden vaihtoehtoisten mallien pohdinta

Ennen päätymistään ehdotettuun malliin selvityshenkilöt tarkastelivat Uudellamaalla vaihtoehtoisia järjestämismalleja. Yhteisenä piirteenä niissä on pääkaupunkiseudun kolmen suuren kaupungin pysyminen itsenäisinä järjestämisvastuullisina toimijoina.

<b>MALLI "METROPOLI"</b>	<b>MALLI "KOLME SUURTA KAUPUNKIA JA KOLME SUURTA SOTE-ALUETTA"</b>	<b>MALLI "METROPOLI JA PIENET SOTET"</b>
<b>Helsinki-Sipoo</b>	<b>Helsinki</b>	<b>Helsinki-Sipoo</b>
<b>Espoo-Kauniainen-Kirkkonummi</b>	<b>Espoo-Kauniainen-Kirkkonummi</b>	<b>Espoo-Kauniainen-Kirkkonummi</b>
<b>Vantaa-Kerava-Tuusula</b>	<b>Vantaa</b>	<b>Vantaa-Kerava-Tuusula</b>
<b>Keski-Uudenmaan sote-alue:</b> Hyvinkää-Nurmijärvi-Järvenpää-Mäntsälä- Pornainen	<b>Keski-Uudenmaan sote-alue:</b> Hyvinkää-Nurmijärvi-Tuusula-Järvenpää-Mäntsälä-Pornainen-Kerava	<b>Sote-alueet</b> Hyvinkää-Nurmijärvi-Järvenpää-Mäntsälä- Pornainen
<b>Länsi-Uudenmaan sote-alue:</b> Hanko-Raasepori-Inkoo-Lohja-Vihti- Karkkila-Siuntio	<b>Länsi-Uudenmaan sote-alue:</b> Hanko-Raasepori-Inkoo-Lohja-Vihti- Karkkila-Siuntio	Hanko-Raasepori Lohja-Vihti- Karkkila-Siuntio- Inkoo
<b>Itä-Uudenmaan sote-alue:</b> Porvoo-Askola-Loviisa-Lapinjärvi	<b>Itä-Uudenmaan sote-alue:</b> Porvoo-Sipoo-Askola-Loviisa-Lapinjärvi	Porvoo-Askola-Loviisa-Lapinjärvi

Kuva 3. Vaihtoehtoiset mallit

Pohdinnassa ollut kolme suurta kaupunkia ja kolme suurta sote-alueita -malli eroaa metropolimallista siten, että Tuusula ja Kerava kuuluisivat Keski-Uudenmaan sote-alueeseen, jonka väestö kasvaisi 222 000 asukkaan suuruiseksi. Sipoo kuuluisi Itä-Uudenmaan sote-alueeseen, jonka väestöpohja kasvaisi 91 000 asukkaan suuruiseksi. Tämä vahvistaisi muodostuvia sote-alueita, mutta olisi ristiriidassa Metropolialueen kuntarakennekehityksen, työssäkäyntisuuntautumisen ja sosiaali- ja terveystalouden käytön kanssa.

Metropoli ja pienet sote-alueet -malli eroaa metropolimallista siten, että Raasepori-Hanko (38 376 as) ja Lohjan alue (Lohja, Vihti, Karkkila, Siuntio ja Inkoo, yhteensä 96 854 as) erotetaan kahdeksi sote-alueeksi. Tätä vaihtoehtoa voidaan perustella kielellisen enemmistön säilymisellä, mutta kantokyvyn ja väestöpohjan näkökulmista Raasepori-Hangon sote-alue jää liian pieneksi.

Selvityshenkilöt eivät myöskään pidä perusteltuna mallia, jossa Helsinki, Espoo ja Vantaa toimisivat kukin erikseen vastuukuntina laajalle kuntaryhmälle, joka Espoon osalta ulottuisi

Hankoon asti, Vantaan osalta Mäntsälään asti ja Helsingin osalta Loviisaan asti. Se vahvistaisi pääkaupunkiseudun keskipakoista kehitystä ja heikentäisi koko metropolialueen pitkän tähtäimen yhteistyömahdollisuuksia ja elinvoimaisuutta.

## Ehdotetun Metropolimallin vaikutukset

Selvityshenkilöiden suositteleman Metropolimallin tavoitteena on tiivistää metropolialuetta, joka on koko maan menestyksen kannalta keskeinen alue. Metropolialueen yhteisiin sote-haasteisiin vastaamiseksi (mm. ikääntyvien ja maahanmuuttajien palvelutarpeet, laaja syrjäytyminen, alueellinen segregaatio, erikoissairaanhoidon selkeä työnjako) tarvitaan tiivistä yhteistyötä yli kuntarajojen. Malli pohjautuu suurin sote-alueisiin, joista pieninkin kattaa yli 72 000 asukasta. Järjestämisen väestöpohja laajenee ja vastuu siirtyy 24 kunnalta kuudelle sote-alueelle. Uudenmaan sisällä useimmat kantokikytekijät ovat vahvempia kuin maassa keskimäärin, eikä vaihtelu ole erityisen suurta. Uudistuksen merkittävin kantokikyvaikutus onkin väestöpohjan laajuuden kasvun mukanaan tuoma vakaus. Kantokikytekijät on kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2. Kantokikytekijät, Uusimaa

Uusimaa	Nykytilanteessa					Ehdotus					
	Pienin arvo	Suurin arvo	Koko maa	HYKS-erva	Uusimaa	1	2	3	4	5	6
Väestö 2011	1 492	595 384	5 401 267	1 853 172	1 549 058	613 910	298 438	275 217	150 095	135 230	72 144
Väestöennuste 2025	1 618	670 781	5 748 548	2 055 174	1 758 994	693 110	349 254	319 237	167 456	148 988	76 832
75 v. täyttäneet(%)	4,0	11,0	8,2	6,7	6,0	6,8	4,6	4,6	5,7	7,5	7,8
75 v. % 2025	8,2	18,5	12,4	10,7	9,9	9,8	8,7	9,3	10,4	12,6	12,7
Huoltosuhde	42	69	56	50	48	43	50	48	54	60	58
Sairastavuusindeksi (THL)	59	109	100	83	78	79	65	76	78	93	90
Toimeentulotuki €/as.	20 €	217 €	120	156 €	165 €	212 €	155 €	169 €	98 €	89 €	85 €
Toimeentulotukea saaneet % väestöstä	2,3	9,5	6,9	7,4	7,5	9,0	6,4	8,4	5,1	5,0	5,0
Verotulo/as	2 649	5 942	3 530	4 178	4 336	4 586	4 835	4 072	3 691	3 649	3 861
Valtionosuudet/as	122	2 400	1 418	757	590	449	197	653	895	1 258	1 200
Sote-nettomenot/asukas	2 606	3 801	3 272	3 229	3 206	3 439	2 966	3 015	3 045	3 271	3 162
Konsernivalke/as	533	8 551	4 729	5 808	5 841	6 939	5 186	7 045	3 457	3 247	4 678

1 = Helsinki, Sipoo  
 2 = Espoo, Kauniainen, Kirkkonummi  
 3 = Vantaa, Kerava, Tuusula  
 4 = Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nummijärvi, Pornainen  
 5 = Hanko, Inkoo, Karkkila, Lohja, Raasepori, Siuntio, Vihti  
 6 = Askola, Lapinjärvi, Loviisa, Porvoo

Laajojen sote-alueiden avulla saadaan paremmin turvattua palveluiden yhdenvertainen saatavuus. Sote-alueiden arvioidaan helpottavan myös työvoiman rekrytointia, tarkoituksenmukaista käyttöä ja vähentävän nykyistä, kuntien välistä rekrytointikilpailua. Sote-alueista muodostuu niin laajoja, että ne kykenevät aidosti järjestämään laajat peruspalvelut. Tämän odotetaan parantavan palvelukokonaisuuden hallintaa.

## Kielellisten oikeuksien turvaaminen Metropolimallissa

Uudellamaalla on enemmän ruotsinkielistä väestöä kuin muualla maassa yhteensä. Joidenkin kuntien kielelliset enemmistöolosuhteet muuttuvat sote-alueen laajenemisen myötä. Tiiviisti asutulla alueella on kuitenkin mahdollista muodostaa laajojen sote-alueiden sisällä ja sote-alueiden välisellä yhteistyöllä palveluyksiköitä, jotka toimivat asiakkaan tai potilaan äidinkielellä, joko suomeksi tai ruotsiksi. Terveystieteiden mukainen potilaiden vapaa liikkuvuus turvaa osaltaan potilaiden oikeutta saada palveluita omalla äidinkielellään. Kaksikielisillä

sote-alueilla vähemmistökielen lautakunta valvoo kielellisen vähemmistön oikeuksien toteutumista.

Selvityshenkilöt katsovat, että alueen ruotsinkielisen väestön palvelut eivät parane muodostamalla Länsi-Uudenmaan alueelle kaksi sote-aluetta. Hanko-Raaseporin ympärille ei kahteen sote-alueen mallissa muodostuisi sellaista kantokyvyyttä vahvaa aluetta, joka kykenisi turvaamaan laajan perustason integroidut sosiaali- ja terveyspalvelut. Länsi-Uudenmaan sairaala kannattaa pitää osana HYKS-erikoissairaanhoidon sairaalaverkkoa, jotta saadaan erikoissairaanhoidon alueella turvattua. Sama koskee Porvoon alueen erikoissairaanhoidon: Sipoon sijaituksella ei ole merkittävää vaikutusta alueen erikoissairaanhoidon turvaamiseen, vaan Porvoon sairaalan yhteys yliopistosairaalaan on ratkaiseva.

### **Erikoissairaanhoidon Metropolimallissa**

Ervaa- ja yliopistollisten sairaaloiden erityiskysymyksiä käsitellään luvussa 4. Seuraavassa käsitellään soveltuvin osin metropolimallin liittyvää erikoissairaanhoidon kokonaisuutta.

Koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu, mukaan lukien erikoissairaanhoidon, on esitetty mallissa järjestämiseen kykenevällä vahvalla kaupungilla tai suurella sote-alueella. Palvelutuotannon yksityiskohtaisen järjestelyn suunnittelu ei kuulunut selvityshenkilöiden toimeksiantoon, mutta keskusteluissa usein esille nousseen erikoissairaanhoidon osalta selvityshenkilöt toteavat näkemyksensä seuraavaa:

Jo palvelurakennetyöryhmä linjasi, että HYKS:n nykyistä toiminnallista kokonaisuutta ei ole tarkoituksenmukaista pilkkoa, koska se perustuu tiiviisti asutulla yhtenäisellä alueella sairaaloiden väliseen työnjakoon ja palveluiden keskittämiseen, jolla on todettu saavutetun sekä laadullisia että maltillisen kustannuskehityksen hyötyjä. Tämä ei silti merkitse, ettei uudenlaisia yhteistyömuotoja ja rajanvetoja kuntien yhdessä ylläpitämän HYKS:n ja kunkin kaupungin itse tuottaman erikoissairaanhoidon suhteen tulisi tehdä. Nämä ratkaisut tulee alueella yhdessä valmistella ja niiden tulee edelleen lisätä palveluiden laatua ja kustannustehokkuutta.

HYKS:n tuleva omistus voidaan järjestää erilaisin tavoin, joiden yksityiskohtia tässä ei ole käsitelty. Vaihtoehtoja ovat mm. a) suurimpien kaupunkien omistama HYKS, b) metropolialueen kuntien omistama HYKS, c) metropolialueen kolmen kaupungin ja Keski-Uudenmaan sote-alueen omistama HYKS, d) nykyisen koko HUS-alueen kuntien tai sote-alueiden omistama HYKS. Myös yhdessä omistetun yliopistosairaalan juridinen muoto voi olla esim. kuntayhtymä, liikelaitos, osakeyhtiö tai säätiö. On myös ratkaistava, kuuluvatko HUS-yhtymän nykyiset tukipalveluiden liikelaitokset tulevaisuudessa HYKS:aan. Metropolialue kattaa HUS:n nykyisistä sairaaloista myös Hyvinkäällä sijaitsevan Hyvinkään sairaalan ja Tuusulassa sijaitsevan Kellokosken sairaalan. Näiden yhdistäminen HYKS:aan saattaisi olla perusteltua, jolloin koko metropolialueella olisi vahva kuntien yhteinen erikoissairaanhoidon tuottaja. Selvityshenkilöt eivät ole ottaneet näihin asioihin yksityiskohtaisesti kantaa, vaan asia jää tulevien järjestämismuutosten omaavien ratkaistavaksi.

Uudenmaan kahden muun sote-alueen (Länsi- ja Itä-Uusimaa) osalta alueilla sijaitsevien sairaaloiden omistus voidaan niin ikään järjestää vaihtoehtoisilla tavoilla, esimerkiksi seuraavasti: a) sairaalat kuuluvat - kuten nykyisin - osana laajempaan erikoissairaanhoidon tuottajayhtymään, b) sairaalat ovat alueensa sote-alueen ja edellä kuvatun HYKS:n yhdessä omistamia yksiköitä tai c) sote-alueet itse omistavat nämä sairaalat. Kuntakuulemisissa näistä vaihtoehtoista eniten kannatusta sai vaihtoehto a). Mahdollisena pidettiin myös vaihtoehtoa b), joskaan sitä ei ole vielä konkreettisesti hahmoteltu. Vaihtoehtoa c) ei kannatettu.

## **Kehitysvamma- ja vammaispalvelut Metropolimallissa**

Esitetyt järjestämisvastuulliset tahot kantavat järjestämisvastuun myös kehitysvamma- ja vammaispalvelujen kokonaisuudesta. Erityishuoltopiiri on perusteltua purkaa. Järjestämisvastuun muutos voidaan haluttaessa ratkaista esimerkiksi siten, että ETEVA jatkaa kuntien omistamana palvelujen tuottajana. Kehitysvamma- ja vammaispalvelujen erityistason järjestämisvastuu kuuluu erva:lle.

## **KYMENLAAKSO**

### **Kymenlaakson kunnat ja palveluiden järjestäminen alueella**

Kymenlaakso on pienehkö maakunta Suomen etelärannikolla. Kymenlaakso koostuu seitsemästä kunnasta, joissa asukkaita on 181 829 (3,5 % koko Suomen väkiluvusta). Maakunnan suurin kunta on Kouvola (87 567 as) ja pienin Miehikkälä (2 169 as). Maakunnan merkittävin kuntaliitos 2000-luvulla oli Anjalankosken, Elimäen, Jaalan, Kouvolan, Kuusankosken ja Valkealan yhdistyminen uudeksi Kouvolaksi vuonna 2009. Kouvola on pinta-alaltaan suurin Etelä-Suomen kunta.

Kymenlaakson kunnat kuuluvat kahteen eri seutukuntaan: Kotka-Haminan seutukuntaan (Kotka, Hamina, Pyhtää, Virolahti ja Miehikkälä) ja Kouvolan seutukuntaan (Kouvola ja Iitti). Iitti kuuluu Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään, joka tuottaa Iitin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut lukuun ottamatta ympäristöterveydenhuoltoa ja sosiaali- ja kriisipäivystystä, jotka se hankkii Kouvolasta.

Kouvola, Kotka (54 831 as), Hamina (21 403 as) ja Pyhtää (5 372 as) järjestävät sote-palvelunsa itse. Kaakon kaksikon yhteistoiminta-alueella (Miehikkälä 2169 as, Virolahti 3 485 as) Miehikkälä toimii vastuukuntana. Kaikissa kunnissa ja yhteistoiminta-alueella toteutuu sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio.

Kaikki kuusi kuntaa kuuluvat Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymään Careaan. Se tuottaa kunnille erikoissairaanhoidon palvelut Kymenlaakson keskussairaalassa Kotkassa, Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa Kouvolassa ja muut palvelut sosiaalipalvelujen yksiköissä. Hamina, Kotka ja Kouvola järjestävät itse sekä perustason mielen-terveys- ja päihdepalvelut että psykiatrisen erikoistason avohoidon aikuispsykiatrian osalta. Kunnat ostavat päihdehuollon palveluita A-klinikkasäätiöltä. Carea vastaa myös kuntien erityishuoltopalveluista.

Kuusankosken aluesairaalan toiminta siirtyi 1.1.2011 Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymältä Kouvolan kaupungille. Sairaala toimii nimellä Pohjois-Kymen sairaala ja se tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja pääerikoisaloilla. Kouvolan yhteispäivystys toimii Pohjois-Kymen sairaalassa (ml. sosiaali- ja kriisipäivystys). Kouvola on tehnyt periaatepäätöksen uuden sosiaali- ja terveyskeskuksen rakentamisesta keskeisemmälle paikalle Kouvolaan.

Kymenlaaksossa on viime vuosina tehty useita sote-selvityksiä. Myös koko maakunnan sote-piiriin mahdollisuus on selvitetty (seutu-PAKO-selvitys vuonna 2007). Etelä-Kymenlaakson sosiaali- ja terveyspiiriin liittyvä selvitystyö tehtiin vuonna 2011.

## **Alueen väestö ja sen palvelutarpeet**

Kymenlaakson väestökehitys on ollut viimeisen 50 vuoden aikana vähenevä ja kehityksen ennakoitaan jatkuvan samansuuntaisena. Vain Kotkassa väestön ennustetaan kasvavan. Väestöllinen huoltosuhde heikkenee muun Suomen tapaan Kymenlaakson kaikissa kunnissa ikääntyneiden määrän kasvusta ja lasten määrän vähyydestä johtuen. Yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa alueen kunnissa merkittävästi aiheuttaen vanhuspalvelujen tarpeen voimakasta kasvua. Väestökehityksen näkökulmasta etenkin Iitin toimintaedellytykset ovat tulevaisuudessa erittäin vaikeat. Iitin huoltosuhde tulee olemaan maakunnan heikoin.

Sairastavuus on Kymenlaaksossa maan keskitasoa suurempaa: THL:n sairastavuusindeksi on 114 (min 102 Kouvola, max 157 Miehikkälä). Mielenterveyspalveluiden tarve maakunnassa on THL:n mielenterveysindeksin perusteella koko maata ja erityisesti muuta HYKS:n erwa-alueita selvästi suurempi. Kuntien väliset erot ovat suuria. Peruspalveluihin lisää painetta myös alueen kasvava työttömyys, koska perinteisenä teollisuusmaakuntana Kymenlaaksossa on ollut vahva työterveyshuolto ja sairauskassajärjestelmä, eikä terveyskeskuksia ole resursoitu yhtä hyvin kuin muualla Suomessa.

Toimeentulotukimenot ovat Kymenlaaksossa 114 €/asukas (koko maa 120 €/asukas).

Pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai vuoden 2011 aikana 6,9 %. Lastensuojelun tukitoimien piirissä oli Kymenlaaksossa 6,8 % 0–17-vuotiaista vuonna 2011 (koko maassa 6,7 %).

## **Muut kantokykytekijät alueella**

Teollisuuden rakennemuutos on ollut Kymenlaaksossa erityisen raju. Kuuden vuoden aikana maakunnasta on kadonnut 5 000 työpaikkaa eli 7 % maakunnan työpaikoista. Kymenlaakson kunnat ovat velkaisia. Kuntien velka asukasta kohti vaihtelee 1 136 € ja 10 447 € välillä. Maakunnassa kuntien keskimääräinen velka asukasta kohti oli 5 848 euroa asukasta kohti. Velat ovat maan toiseksi suurimmat (koko maassa velkaa keskimäärin 4 729 €/as). Kymenlaakson kuntien verotulot asukasta kohti vaihtelevat 2 393 €:sta 3 507 €:oon. Maakunnan keskimääräinen kuntien verotulo asukasta kohti oli 3 428 € ja koko maan vastaava 3 530 €. Sosiaali- ja terveystoimen henkilöstöpula Kymenlaaksossa on suuri ja eläkepoistuma on erwa-alueen suurin. Erityisen suurta poistuma on sosiaalihuollosta.

## **Erityisesti huomioitavat alueelliset tekijät**

Kymenlaakson kunnat ovat pääasiassa yksikielisiä suomenkielisiä kuntia. Pyhtää on kaksikielinen kunta, enemmistökielenä suomi. Kotka ja Pyhtää ovat osasaaristokuntia. Koko maakunnan aluerakenteen tulevaan kehitykseen vaikuttaa Pietarin n. 6 miljoonan asukkaan talousalueen merkitys maakunnan palveluille ja muulle elinkeinoelämälle. Etäisyys Vaalimaalta Pietariin on 188 km. Virolahden Vaalimaa on matkustajamäärältään vilkain raja-asema Suomen ja Venäjän välillä. Rajanylityksiä on yli 10 miljoonaa vuodessa, mikä lisää venäjänkielisten palveluiden tarvetta. Rautatien kautta kulkevat myös vaaralliset kemikaalikuljetukset Kouvolan keskustan läpi ja Kotkan/Haminan satama on vilkas. Nämä yhdessä rajan ylittävän autoliikenteen kanssa lisäävät onnettomuusriskiä ja korostavat valmiustason ylläpitoa.

## **Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotus selvitysalueiksi**

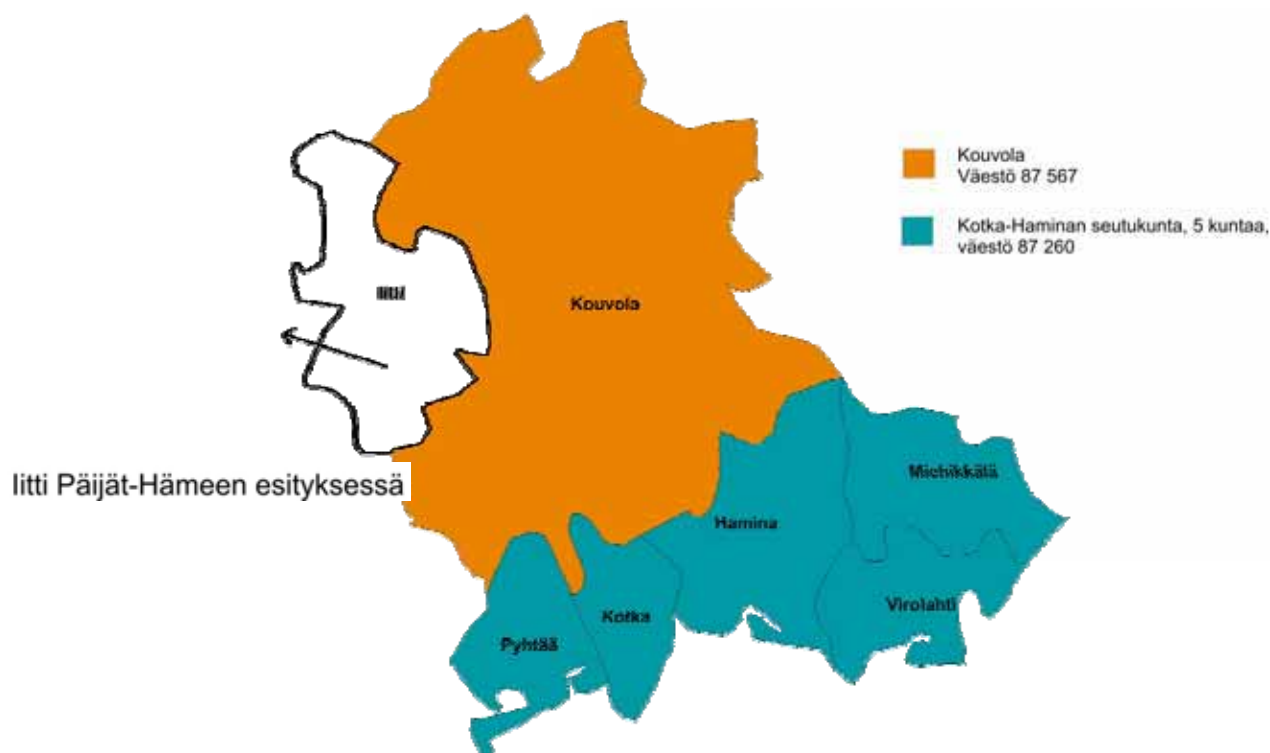
Kunnallishallinnon rakenne -työryhmä on esittänyt, että Kymenlaaksoon asetettaisiin kaksi erityistä kuntajakoselvitystä seuraavien uusien kuntien muodostamiseksi:

- Kouvola ja Iitti
- Hamina, Kotka, Miehikkälä, Pyhtää ja Virolahti

Kuntarakennelakiluonnoksen kuntaliitosselvitystarvetta ohjaavien kriteereiden perusteella Kymenlaakson kuntien on tarpeen käynnistää liitosneuvottelut Kouvolaan lukuunottamatta. Pendelöintikriteerin perusteella Haminan ja Pyhtään tulisi suuntautua alueen keskuskuntaan, Kotkaan.

## KYMENLAAKSO: EHDOTUS UUDEKSI PALVELURAKENTEEKSI

Selvityshenkilöt ehdottavat mallia, joka perustuu kahteen järjestämisvastuulliseen toimijaan: **Kouvola** ja **Kotka-Haminan seutukunnan sote-alue** (Kotka, Pyhtää, Hamina, Miehikkälä ja Virolahti), jossa vastuukuntana toimii Kotka.



Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki

Kuva 4. Kymenlaakso, ehdotus uudeksi palvelurakenteeksi

Selvityshenkilöt ovat arvioineet Kymenlaaksossa kahta vaihtoehtoista mallia: a) Kouvola vahvana peruskuntana ja Kotka-Haminan seutukunta sosiaali- ja terveysalueena (Kotka vastuukuntana) ja b) koko Kymenlaakson kattava sote-alue.

Selvityshenkilöt päätyivät esittämään kahden sote-alueen mallia a, koska Kouvola on vahva peruskunta, jonka väestöpohja ja taloudellinen kantokyky riittävät itsenäiseen sote-järjestämisvastuuseen. Kotkan väestöpohjavaatimus täyttyy, mutta sen kantokyky on heikko. Muiden Kotka-Hamina seutukunnan kuntien väestömäärä sekä kantokykytekijät eivät riitä itsenäiseen sote-järjestämisvastuuseen. Kantokykytekijät on kuvattu taulukossa 3.

Taulukko 3. Kantokyktekijät, Kymenlaakso

Kymenlaakso	Nykytilanteessa					Ehdotus	
	Pienin arvo	Suurin arvo	Koko maa	HYKS-erva	Kymenlaakso	1	2
Väestö 2011	2 169	87 567	5 401 267	1 853 172	181 829	87 567	87 260
Väestöennuste 2025	1 745	83 312	5 748 548	2 055 174	176 569	83 312	86 626
75 v. täyttäneet(%)	9,4	15,5	8,2	6,7	10,2	10,0	10,3
75 v. % 2025	13,4	19,5	12,4	10,7	15,5	15,8	15,1
Huoltosuhte	59	77	56	50	60	59	61
Sairastavuusindeksi (THL)	102	157	100	83	114	102	128
Toimeentulotuki €/as.	46 €	179 €	120	156 €	114 €	80 €	151 €
Toimeentulotukea saaneet % väestöstä	3	10,1	6,9	7,4	6,9	5,1	8,8
Verotulot/as	2 393	3 507	3 530	4 178	3 428	3 507	3 397
Valtionosuudet/as	1 456	3 144	1 418	757	1 660	1 715	1 582
Sote-nettomenot/asukas	3 165	3 623	3 272	3 229	3 435	3 379	3 507
Konsemivelka/as	1 136	10 447	4 729	5 808	5 848	3 255	8 688

1 = Kouvola

2 = Kotka-Haminan seutukunta (Kotka, Hamina, Pyhtää, Miehikkälä, Virolahti)

Kotka-Haminan seutukunnan sote-alue toteutettaisiin Kotka vastuukuntana, koska Kotkan asukasluku on 2/3 seutukunnasta. Etelä- Kymenlaakson alueella on jo toteutettu laajaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen liittyvää yhteistyötä.

Selvityshenkilöiden esittämä kahden sote-alueen malli vahvistaa perustason järjestämisvastuuta eteläisessä Kymenlaaksossa sekä parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. Se helpottaa henkilöstön rekrytointia ja osaamisen kehittämistä sekä helpottaa osajien käyttöä yhteisellä alueella. Suuremman järjestäjän on helpompi vastata väestön palvelutarpeisiin mm. ikääntyvien ja erikoishoitoa vaativien palveluiden osalta. Malli edellyttää erikoissairaanhoidon koordinoitua Kymenlaakson keskussairaalan (Kotka) ja Pohjois-Kymen sairaalan (Kouvola) välillä kilpavarustelun ehkäisemiseksi. Sairaalat olisivat liian pieniä täyden palvelun päivystäviksi erikoissairaanhoidon sairaaloiksi. Maakunnan kuntien on kyettävä sopimaan keskussairaalan omistuksesta sekä erikoissairaanhoidon työnjaosta, jotta alueen keskussairaalapalvelut ja alueella mm. maantieteellisistä syistä välttämätön erikoissairaanhoidon päivystysvalmius saadaan turvattua.

Kuntien kantokyvyn perusteella paras ja kestävämpi ratkaisu pitkällä tähtäimellä olisi koko Kymenlaakson sote-alue. Nyt esitetty kahden järjestäjän malli on kantokyvyltään tätä heikompi, koska se ei tasaa maakunnan kuntien välisiä kantokykeroja. Kuntakuulemisissa kuitenkin ilmeni, että valmiutta koko Kymenlaakson kattavaan sosiaali- ja terveysalueeseen ei vielä ole.

Kotka-Hamina-seudun osalta kuulemisissa esitettiin valmiutta keskinäisen yhteistyön tiivistämiseen ja sote-alueen muodostamiseen. Kouvolan ja Iitin kesken on esitetty kuntajakoselvitystä, mutta järjestetyssä kuulemistilaisuudessa Iitti ilmaisi vahvan tahtonsa suunnata sote-yhteistyönsä Päijät-Hämeeseen.

## ETELÄ-KARJALA

### ETelä-Karjalan kunnat ja palvelujen järjestäminen alueella

ETelä-Karjala on väestömäärältään yksi pienimmistä maakunnista. Se koostuu yhdeksästä kunnasta, joissa asukkaita on yhteensä 132 527. ETelä-Karjalassa on 2000-luvulla toteutettu kolme kuntien yhdistymistä. Saari ja Uukuniemi yhdistyivät Parikkalan kanssa 2005, Joutseno liittyi Lappeenrantaan 2009 ja Ylämaa 2010. Suomenniemi liitettiin 1.1.2013 Mikkelin kau-



punkiin. Maakunnan suurin kunta sekä väestöltään että pinta-alaltaan on Lappeenranta, jossa asukkaita on 72 133. Maakunnan kunnista vain Lappeenranta ja Imatra ovat asukasluvultaan suurempia kuin Manner-Suomen kunnat keskimäärin.

Etelä-Karjalan kunnat muodostavat kaksi seutukuntaa: Imatran (Imatra, Parikkala, Ruokolahti ja Rautjärvi) ja Lappeenrannan seutukunnan (Lappeenranta, Luumäki, Taipalsaari, Savitaipale ja Lemi). Etelä-Karjalan kunnat kuuluvat Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote, asukasluku 104 055), jolla on järjestämisvastuu kuntien sosiaali- ja terveystieteiden palveluista. Imatra (28 472 as) kuuluu Eksoteen vain erikoissairaanhoidon ja erityishuollon osalta ja tuottaa itse perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut. Eksoten erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan keskussairaalassa Lappeenrannassa. Imatralla on pienimuotoisia omia erikoislääkäripalveluita myös Honkaharjun sairaalassa Imatralla.

### **Alueen väestö ja sen palvelutarpeet**

Väestöennusteet osoittavat, että maakunnan kunnista vain Lappeenranta ja Taipalsaari kasvattavat väestöään. Väestön kasvu painottuu Lappeenrannan kaupunkiseudun ytimeen ja lähiympäristöön. Kaikki muut maakunnan kunnat menettävät väestöään. Väestöllinen huoltosuhte heikkenee kaikilla kunnilla merkittävästi. Yli 75-vuotiaiden osuus maakunnassa kasvaa vuodesta 2011 vuoteen 2025 10,5 prosentista 15,6 prosenttiin. Huoltosuhteen alkupäätä heikentää se, että lapsi-ikäluokkien (tulevien työikäisten) pieneneminen on koko maakunnan ongelma lukuun ottamatta Lappeenranta ja Imatraa. Yli 75-vuotiaita on vuonna 2025 Etelä-Karjalassa maakunnista toiseksi eniten Etelä-Savon jälkeen.

Toimeentulotukimien 104 €/asukas ovat maan keskiarvoa (120 €/asukas) pienemmät. Sairastavuus on Etelä-Karjalassa koko maata suurempaa THL:n sairastavuusindikaattorin perusteella (106).

### **Muut kantokykytekijät alueella**

Taloudellisen kestävyuden kannalta tarkasteltuna Etelä-Karjalan kuntien verotulot asukasta kohti vaihtelevat 2 536 €:sta 3 463 €:oon. Maakunnan keskimääräinen kuntien verotulo asukasta kohti oli 3 260 € ja koko maan vastaava tulo oli 3 530 €. Maakunnan velka asukasta kohti vaihtelee 514 € ja 6 362 € välillä. Maakunnassa kuntien keskimääräinen velka asukasta kohti oli 5 111 euroa asukasta kohti, mikä on hieman koko maata suurempaa (koko maassa velkaa keskimäärin 4 729 €/as). Valtionosuuksia maksettiin 2011 asukasta kohti 1 304 €:n ja 2 757 €:n välillä. Maakunnassa asukasta kohti maksettiin keskimäärin valtionosuutta 1 567 € kun koko maassa keskimäärin maksettiin 1418 €.

### **Erityisesti huomioitavat alueelliset tekijät**

Kaikki Etelä-Karjalan kunnat ovat yksikielisiä suomenkielisiä kuntia. Kuntien järvisuus lisää monin paikoin kunnan eri osien etäisyyttä toisistaan ja asiointimatkoja keskusten välillä. Osasaaristokuntia Etelä-Karjalassa ovat Parikkala, Ruokolahti ja Taipalsaari.

Kymenlaakson tavoin myös Etelä-Karjalan aluerakenteen tulevaan kehityssuuntaan liittyy kysymys Pietarin n. 6 miljoonan asukkaan talousalueen merkityksestä maakunnan palveluille ja muulle elinkeinoelämälle. Etäisyys Nuijamaalta Pietariin on n. 150 km. Venäjänkielinen väestö lisääntyy, mikä lisää venäjänkielisten palveluiden tarvetta. Huomattava Venäjältä tule-

va liikenne (raideliikenne mukaan lukien) lisää onnettomuusriskiä (rajanylityksiä noin 10 miljoonaa vuodessa), mikä puolestaan lisää valmiustarvetta.

Maakunnan palvelukeskusverkko on selkeästi kaksinapainen: Lappeenranta hallitsee koko maakunnan ohella erityisesti sen eteläosaa ja Imatra puolestaan sen pohjoisosaa. Etelä-Karjalan pitkänomaisesta muodosta johtuen maakunnan pääkeskusten etäisyys varsinkin maakunnan pohjoisosiin on kohtalaisen pitkä. Parikkalan etäisyys Imatralla on 64 km ja Lappeenrantaan 97 km. Savonlinnaan Parikkalasta on matkaa 60 km.

### **Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotukset selvitysalueiksi**

Kunnallishallinnon rakenne -työryhmä on esittänyt, että Etelä-Karjalaan asetettaisiin kuntajakoselvitys seuraavien kuntien kesken: Lappeenranta, Taipalsaari, Lemi, Luumäki, Savitaipale, Imatra, Ruokolahti, Rautjärvi ja Parikkala. Parikkala voisi toissijaisesti valita myös osallistuvansa Savonlinnan seudun kuntien kuntajakoselvitykseen.

Kuntarakennelakiluonnoksen kuntaliitosselvitystarvetta ohjaavien kriteereiden perusteella kaikkien Etelä-Karjalan kuntien on tarpeen käynnistää liitosneuvottelut. Pendelöintikriteerin mukaan Lemm ja Taipalsaaren tulisi suuntautua alueen keskuskuntaan, Lappeenrantaan.

### **ETELÄ-KARJALA: EHDOTUS UUDEKSI PALVELURAKENTEESI**

Selvityshenkilöt ehdottavat palvelujen järjestämisvastuuta yhtenä kokonaisuutena koko maakunnan kattavana Etelä-Karjalan sote-alueena, joka toimii kuntayhtymänä.

Kuva 5. Etelä-Karjala, ehdotus uudeksi palvelurakenteeksi



Ehdotuksessa koko Etelä-Karjala muodostaisi yhden sote-alueen ja myös Imatra siirtäisi kaikkien sote-palveluiden järjestämisvastuun Eksotelle. Imatran väestöpohja (28 000 as) ei riitä itsenäiseen laajan perustason palveluiden järjestämiseen.

Eksotessa on jo toteutettu suurin osa niistä muutoksista, joita palvelurakennemuutoksella tavoitellaan: Sosiaali- ja terveydenhuolto on integroitu ja perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido on integroitu yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Eksotessa kunnat Imatraa lukuun ottamatta, ovat siirtäneet järjestämisvastuun Eksotelle. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen on toimiva malli peruskuntien ja Eksoten välillä (kunnalliset HYTE-työryhmät, hyvinvointikerhomus).

Uudistus lisäisi integraatiota ja palveluiden yhdenvertaisuutta alueella ja vahvistaisi sekä Imatran että koko maakunnan kantokykytekijöitä väestöpohjan laajenemisen myötä. Kantokykytekijät on kuvattu taulukossa 4.

Taulukko 4. kantokykytekijät, Etelä-Karjala

Etelä-Karjala	Nykytilanteessa					Ehdotus 1
	Pienin arvo	Suurin arvo	Koko maa	HYKS-erva	Etelä-Karjala	
Väestö 2011	3 068	72 133	5 401 267	1 853 172	132 527	132 527
Väestöennuste 2025	3 047	74 109	5 748 548	2 055 174	129 587	129 587
75 v. täyttäneet(%)	8,1	16,9	8,2	6,7	10,5	10,5
75 v. % 2025	13,5	24,6	12,4	10,7	15,6	15,6
Huoltosuhde	55	80	56	50	60	60
Sairastavuusindeksi (THL)	77	152	100	83	106	106
Toimeentulotuki €/as.	40 €	134 €	120	156 €	104 €	104 €
Toimeentulotukea saaneet % väestöstä	3,1	7,0	6,9	7,4	6,1	6,1
Verotulot/as	2 536	3 463	3 530	4 178	3 260	3 260
Valtionosuudet/as	1 304	2 757	1 418	757	1 567	1 567
Sote-nettomenot/asukas	2 704	3 978	3 272	3 229	3 209	3 209
Konsemivelka/as	514	6 362	4 729	5 808	5 111	5 111

1 = Etelä-Karjala

Laaja väestöpohja helpottaa alueella ikääntyvän väestön, kehitysvammaisten erityishuollon ja välttämättömän päivystävän sairaalan ylläpitoa ja henkilöstön rekrytointia. Etelä-Karjalassa on merkittäviä ongelmia rekrytoida osaavaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökuntaa. Esimerkiksi terveyskeskuslääkäriajaja on ollut maan vaikein ja erikoislääkäreistä jää eläkkeelle seuraavan 10 vuoden kuluessa 60 prosenttia. Nykyistä laajempi järjestäjätaho helpottaa myös venäjänkielisten palveluiden kasvavaan tarpeeseen vastaamista. Imatran kuuluminen Eksoteen myös peruspalveluiden osalta lisäisi alueen maantieteellistä eheyttä ja helpottaisi mm. Parikkalan, Rautjärven ja Ruokolahden asukkaiden peruspalvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta.

Selvityshenkilöt toteavat, että alueen kaksinaapaista palvelurakennetta ei tulisi vahvistaa. Maakunnan jakautuminen kahteen sote-alueeseen heikentäisi koko maakunnan elinvoimaisuutta ja kykyä järjestää palvelut. Samalla se todennäköisesti purkaisi jo pitkälti palvelurakennemuutoksen tavoitteiden mukaisesti rakennetun Eksoten toiminnan.

### 3.2 EHDOTUKSEN VAIKUTUKSET HYKS-ALUEELLA

HYKS-erva on selkeästi Suomen suurin erityisvastuualue (1 850 000 as). Uudenmaan maakunta yksin on suurempi kuin Suomen muut erityisvastuualueet. Vastaavasti Kymenlaakso kattaa 10 % ja Etelä-Karjala 7 % erva-alueen väestö-pohjasta. Uudenmaan maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen haasteet ovat useasta syystä varsin erilaisia Etelä-

Karjalan ja Kymenlaakson haasteisiin verrattuna. Tästä syystä ehdotuksen keskeiset perustelut on esitetty maakunnallisen tarkastelun yhteydessä.

Esitettyssä mallissa voidaan ERVA-alueen vaativan erityistason terveys- ja sosiaalipalveluiden osaaminen ja palvelut taata pääkaupunkiseudun kaupunkien (Helsinki, Espoo, Vantaa) yhteistyöllä. Tämän alueen ulkopuolelle muodostuu tehtäväksiannon linjausten mukaisia sote-alueita, joiden väestöpohja vaihtelee 72 000 asukkaan ja 150 000 asukkaan välillä. Nämä kykenevät tuottamaan integroidut laajan perustason palvelut, mutta eivät riitä täyteen terveydenhuollon vertikaaliseen integraatioon. Näin ollen vaativan tason palveluiden tarkoituksenmukainen toteuttaminen vaatii erva-tason yhteistyötä.

Kantokykitekijöiltään erva-alueen maakunnat eroavat toisistaan merkittävästi. Uudenmaan maakunnan kunnat ovat pääosin kantokykitekijöiltään (vanhusväestön määrä, sairastavuusindeksi) kansallista tasoa vahvempia, kun taas Kymenlaakso ja Etelä-Karjala kansallista tasoa heikompia. Esityksen vaikutukset kantokykitekijöihin, väestöpohjan kasvu pois lukien, eivät HYKS-erva alueella ole kovin suuria. Järjestäjätahojen laajenemisen myötä nyt tehty esitys kuitenkin parantaa huomattavasti kuntien kykyä järjestää integroidut ja yhdenvertaiset perustason sosiaali- ja terveystalvet.

Erva-alueen järjestämisvastuullisten toimijoiden väheneminen nykyisestä 28:sta (23 kuntaa ja 5 yhteistoiminta-alueetta) 9:ään sote-alueeseen vaikuttaa mm. kuntien väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöhön. Sote-alueiden tulee varmistaa yhteistyö kuntien kaikkien toimialojen kanssa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen varmistamiseksi.

Sote-alueen järjestämisvastuullisen yksikön suurempi koko parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua sekä lisää potilasturvallisuutta. Suuremmalla yksiköllä on paremmat mahdollisuudet henkilöstön rekrytointiin, jatkokoulutusmahdollisuuksiin ja työnjaon kehittämiseen. Myös hallitsematon kilpailu henkilöstöstä vähenee. Rekrytointivaikutus on todennäköisesti suurin Kymenlaaksossa ja Etelä-Karjalassa. Palvelujen saavutettavuuden osalta HYKS-ervan haasteet ovat muuta maata pienempiä Etelä-Karjalaa lukuun ottamatta, missä Imatran liittyminen kokonaisuutena Eksoteen parantaa palveluiden saatavuutta. Palvelukokonaisuuden hallinnan ja ohjaamisen edellytykset vahvistuvat yhteisessä organisaatiossa.

HYKS-erva alue edellyttää vahvaa erva-tason koordinaatiota, jotta alueen palvelujen yhdenvertaisuus ja tarkoituksenmukainen tuottaminen saadaan turvattua. Erva-tasoista koordinaatiota tarvitaan mm. Uudellamaalla Helsingin yliopistollisen keskussairaalan ylläpitämisessä alueen kuntien yhteisenä tuottajana ja pääkaupunkiseudun ulkopuolisten sote-alueiden kilpavarustelun ehkäisemisessä. Monet pääkaupunkiseudun erityishaasteista ovat suurten kaupunkien yhteisiä – esimerkiksi maahanmuutto ja alueellinen eriytymiskehitys - joten pääkaupunkiseudun palvelujärjestelmän kehittäminen yhtenäisenä kokonaisuutena on alueen väestön yhdenvertaisuuden kannalta tärkeää. Kymenlaaksossa erva-tasoista koordinaatiota tarvitaan takaamaan palvelujen yhdenvertaisuus kantokyvyltään erilaisten alueiden välillä sekä maakunnan yhteistyötä keskussairaalan ylläpidossa. Erva-tason koordinaatiota tarvitaan myös vaativaa erityisosaamista edellyttävissä sosiaalipalveluissa, joista se on puuttunut.

Metropolialueen huono-osaisuuden alueellisen keskittymisen hallinta edellyttää ylikunnallista päätöksentekoa koskien maankäyttöä, kaavoitusta, asuntotuotantoa sekä kohdennettuja sosiaali- ja terveystalvet. Asumisen kalleus yhdistyneenä väestönkasvuun tuottaa alueellisesti eriytyviä hyvinvointi- ja terveysriskejä, joihin on nykyistä paremmin pystyttävä puuttumaan. Nyt ehdotettu malli ei yksin riitä ratkaisemaan näitä ongelmia.

## 3 B KUOPION YLIOPISTOLLISEN KESKUSSAIRAALAN ERITYISVASTUUALUE

### 3.1 KUOPION YLIOPISTOLLISEN KESKUSSAIRAALAN ERITYISVASTUUALUEEN NYKYTILAN KUVAUS JA TULEVAISUUDEN HAASTEET

Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen (KYS-ERVA -alueen) neljässä maakunnassa on vuonna 2013 yhteensä 70 kuntaa: Etelä-Savossa 14, Keski-Suomessa 23, Pohjois-Karjalassa 13 ja Pohjois-Savossa 20 kuntaa. Valtaosa (86 %) kunnista on väestömäärältään pieniä, alle 20 000 asukkaan kuntia. Alueen yhteenlaskettu asukasluku on 842 937 asukasta (tilanne vuoden 2011 lopussa). Sairaanhoidopiirejä on viisi: Etelä-Savon, Itä-Savon, Keski-Suomen, Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon sairaanhoidopiirit.

Koko KYS-ERVA -alueella, erityisesti Itä-Suomessa, väestörakenne on keskimäärin muuta maata iäkkäämpi. Väestöennusteen mukaan alueen asukasluku vähenee Keski-Suomea lukuun ottamatta. Sairastavuus on alueella muuta maata suurempaa ja keskimääräinen tulotaso on alhaisempi kuin muualla maassa. Erityisesti lääkäreiden, hammaslääkäreiden ja sosiaalityöntekijöiden saatavuudessa ja pysyvyydessä on ollut alueella merkittäviä vaikeuksia.

Alue on valtaosin harvaan asuttua ja vesistöjen pilkkomaa, minkä johdosta etäisyydet keskuskaupunkeihin ovat paikoitellen pitkiä. Julkinen liikenne palvelee Itä- ja Keski-Suomessa huonosti asiointia ja heikentää palvelujen saavutettavuutta haja-asutusalueella. Etenkin Etelä-Savon erityispiirre on runsas loma-asutus, mikä vaikuttaa etenkin alueen päivystyspalvelutarpeeseen. Venäjänkielistä väestöä ja matkailijoita on erityisesti Pohjois-Karjalassa, mikä lisää venäjänkielisten palvelujen tarvetta.

#### **Alueella viime vuosina tehtyjä selvityksiä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämismalleista**

Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvityshankkeen loppuraportissa (2011) ehdotettiin Keski-Suomen alueelle kaksivaiheista etenemistä. Ensimmäiseksi kuntien tulisi siirtää sosiaalipalvelut jo perustettujen yhteistoiminta-alueiden hoidettavaksi Paras-lain 5§:ään tehdyn muutoksen mukaisesti. Toisessa vaiheessa sosiaali- ja terveyspalveluista vastaisi Keski-Suomen alueella Jyväskylän kaupunki vahvana peruskuntana ja kolme sosiaali- ja terveysaluetta, jotka muodostettaisiin pohjoiseen, keskiseen ja eteläiseen Keski-Suomeen. Samalla palvelujen järjestäminen ja tuottaminen eriytettäisiin toisistaan. Erikoissairaanhoito jäisi ehdotuksen mukaan edelleen Keski-Suomen sairaanhoidopiirin vastuulle.

Keski-Suomen sairaanhoidopiirin Sote-järjestämissuunnitelmatyöryhmä on tammikuussa 2013 esittänyt Keski-Suomeen maakunnan kattavaa vapaaehtoista kuntayhtymää, joka ottaisi järjestämisvastuun erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palveluista. Mallin yksityiskohtainen valmistelu on tarkoitus toteuttaa erillisenä KASTE-hankkeena.

Itä-Suomen erikoissairaanhoidon (ISER) selvityshankkeessa kartoitettiin mahdollisuuksia Itä-Suomen laajuiselle erikoissairaanhoidon järjestämismallille. Vuonna 2010 julkaistussa esiselvitysraportissa ehdotettiin Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän sekä Pohjois-Savon, Etelä-Savon ja Itä-Savon sairaanhoidopiirien lakkauttamista. Tilalle ehdotettiin perustettavaksi uusi Itä-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalvelujen kuntayhtymä ISER. Esiselvitysraportin mukaan ISER-yhtymän konserniin kuuluisivat liikelaitoksina toimivat Pohjois-Karjalan, Pohjois-Savon, Etelä-Savon ja Itä-Savon alueelliset tuotantoyksiköt. ISERin valmistelutyö alkoi vuonna 2011, mutta se lopetettiin seuraavana vuonna, koska sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio ei kuulunut toimeksiantoon. Itä- ja Keski-

Suomen alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoshanke ISKE on käynnistynyt tänä vuonna.

Myös Etelä-Savossa on tehty viime vuosina lukuisia selvityksiä. Etelä-Savon maakuntaliitto on valmistellut yhdessä alueensa kuntien ja sairaanhoitopiirien kanssa vaihtoehtoja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeksi. Työn keskeisenä tavoitteena on ollut säilyttää Etelä-Savon alueella kiireellisen hoidon ympärivuorokautinen operatiivinen päivystys. Selvitysryhmän toimiaika on päättynyt helmikuun lopussa 2013.

Alueen kuulemistilaisuuksissa ja nettikyselyissä on tullut vahva viesti siitä, että lisäselvitysten sijaan kaivataan päätöksiä, konkreettisia toimenpiteitä ja etenemistä.

### **Selvityshenkilöiden ehdotuksen tausta**

Selvityshenkilöiden tehtävänä oli yhteistyössä kentän toimijoiden kanssa tukea palvelurakennemuutoksen valmistelua selvittämällä alueellisesti parhaita sosiaali- ja terveydenhuollon ratkaisuja. Selvityshenkilöt järjestivät KYSin erityisvastuualueen maakuntien ja sairaanhoitopiirien alueella kuntakuulemistilaisuuksia yhdessä maakuntaliittojen kanssa.

Selvityshenkilöt ovat palvelurakennemuutosta tehdessään ottaneet huomioon ehdottamansa järjestämisvastuualueen taloudelliset, henkilöstöön ja osaamiseen sekä palvelujen infrastruktuuriin liittyvät, kaikkien selvityshenkilöiden käyttämät yhdenmukaiset valtakunnalliset indikaattorit. Esitettävä uusi palvelurakenne muodostaa ehyen toiminnallisen kokonaisuuden, mahdollistaa laajan palvelujen integraation ja on aiempia järjestäjätahoja kantokykyisempi.

Palvelurakenne-ehdotusta tehtäessä on tarkasteltu myös alueen väestökehitystä, etäisyyksiä ja palvelujen saavutettavuutta, nykyisiä yhteistyörakenteita, alueella tehtyjä aiempia palvelurakenneselvityksiä ja niiden pohjalta laadittuja suunnitelmia sekä alueellisissa kuulemistilaisuuksissa esitettyjä näkökohtia.

Kuva 6. KYS-ERVA, 4 aluetta



Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki

## ETELÄ-SAVO

### Alueen kunnat, väestö ja palvelujen järjestäminen alueella

Etelä-Savon maakunnassa on nykyisin 14 kuntaa. Vuoden 2013 alussa kuntien määrä väheni kolmella, kun Kerimäen ja Punkaharjun kunnat yhdistyivät Savonlinnan kaupunkiin ja Ristiinan kunta liittyi Mikkeliin. Maakunnassa on yhteensä 154 522 asukasta (tilanne vuoden 2011 lopussa). Vuonna 2025 eteläsavolaisia ennustetaan olevan noin 144 000. Tilastokeskuksen mukaan maakunnan väestön ennustetaan vähenevän vuoteen 2030 mennessä noin kahdeksan prosenttiyksikköä.

Yksikään Etelä-Savon kunta ei ennusteen mukaan kasvata väkimääräänsä nykyisestä. Suurimmat väestön vähenemisen ennusteet ovat viidenneksen luokkaa. Myös maakuntakeskuksen, Mikkelin kaupungin ja maakunnan muiden kaupunkien, Varkauden ja Savonlinnan, asukasluvun ennustetaan vähenevän (2–13 %).

Etelä-Savossa on maan vanhusvoittoisin väestö. Noin joka kahdeksas eteläsavolainen on yli 75-vuotias (tilanne vuonna 2011). Ennusteen mukaan vuonna 2030 keskimäärin joka viides eteläsavolainen olisi yli 75-vuotias kaikissa maakunnan kunnissa.

Väestöllinen huoltosuhde vaihteli Etelä-Savossa vuonna 2011 Mikkelin 59:stä Pertunmaan 79:ään. Huoltosuhde heikkenee koko maakunnassa vuoteen 2030 mennessä. Mikkelissä huollettavien suhde työikäiseen väestöön kasvaa 83:een. Kaikissa muissa maakunnan kunnissa on sataa työikäistä kohden enemmän kuin sata huollettavaa. Korkein huoltosuhde on ennusteiden

mukaan Puumalassa (137). Huoltosuhte nousee yli sadan myös Pieksämäen kaupungissa (108).

Hirvensalmi, Kangasniemi, Mikkeli, Mäntyharju, Pertunmaa ja Puumala muodostavat sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen, jonka vastuukunta on Mikkelin kaupunki. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi, Seutu-sote, järjestää kaikki perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut lukuun ottamatta lasten päivähoitoa. Yhteistoiminta-alueen väestöpohja on noin 71 000 asukasta.

Enonkoski, Sulkava, Savonlinna ja Rantasalmi muodostavat 45 245 asukkaan yhteistoiminta-alue Sosterin, joka vastaa kuntayhtymänä jäsenkuntien perusterveydenhuollon palveluista sekä osasta sosiaalipalveluja osalle jäsenkunnista (vanhusten ja päihdehuollosta sekä kasvatus- ja perheneuvolatoiminnasta) ja lisäksi Juvan ja Puumalan kuntien ympäristöterveydenhuollon palveluista.

Pieksämäen kaupunki, jossa on 19 700 asukasta, järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut itse. Joroisten sosiaali- ja terveystoimi järjestää vuoden 2013 alusta alkaen Pohjois-Savon maakuntaan kuuluva Varkauden kaupunki vastuukuntana. Ratkaisun väestöpohja on 27 948.

Etelä-Savon maakunnassa on erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kaksi sairaanhoitopiiriä, Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, johon kuuluu yhdeksän kuntaa ja Itä-Savon sairaanhoitopiiri, johon kuuluu neljä kuntaa. Heinävesi lukeutuu Etelä-Savon maakuntaan, mutta on Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin jäsenkunta. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin asukas pohja on noin 104 000 ja Itä-Savon noin 45 000 asukasta. Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä toimii Mikkelin keskussairaala ja Moision sairaala ja Itä-Savon sairaanhoitopiirissä Savonlinnan keskussairaala. Lisäksi maakunnassa toimii Pieksämäen sairaala, jossa tarjotaan päivystystä, polikliinista hoitoa sekä hoivaa, kuntoutusta ja päiväkirurgiaa osastohoitona.

Kehitysvammaisten erityishuollon palveluja järjestää Vaalijalan kuntayhtymä, johon kuuluu yhteensä 34 kuntaa pääosin Etelä- ja Pohjois-Savosta. Etelä-Savon kunnat ovat Vaalijalan jäsenkuntia lukuun ottamatta Heinäveden kuntaa. Vaalijala järjestää kuntoutusta, tutkimusta sekä lyhyt- ja pitkäaikaista ympärivuorokautista hoitoa, peruskoulu- ja jatko-opetusta vaikeimmin vammaisille sekä antaa koulutusta ja konsultaatiota kehitysvamma-alan henkilöstölle. Lisäksi kunnat järjestävät omana toimintanaan tai ostopalveluna kehitysvammaisille henkilöille asumispalveluja, päivätoimintaa ja muita sosiaali- ja terveystoimintaa.

## **Muut kantokykytekijät alueella**

Etelä-Savon kuntien verotulot asukasta kohti vaihtelevat 2 527 €:sta 3 405 €:oon. Maakunnan keskimääräinen kuntien verotulo asukasta kohti (3 027 €), on pienempi kuin koko maan vastaava tulo (3 530 €). Kunnan velka asukasta kohti vaihtelee 1 610 € ja 7 047 € välillä. Maakunnassa keskimääräinen kuntien velka asukasta kohti (5 213 €/as) oli suurempi kuin koko maan velka (4 729 €/as). Valtionosuuksia maksettiin 2011 asukasta kohti 1 692 € ja 3 151 € välillä. Maakunnassa asukasta kohti maksettiin keskimäärin valtionosuutta 2 122 €, kun koko maassa keskimäärin maksettiin 1 418 €.

Yhdessäkään maakunnan kunnassa ei yletty koko maan tasoon verotuloissa. Valtionosudet olivat koko maan keskimääräistä tasoa korkeammat kaikissa kunnissa. Asukaskohtaiset sosiaali- ja terveystoimet vaihtelivat välillä 3 310 € ja 4 392 €, ja olivat maakuntatasolla korkeammat (3 621 €) kuin koko maassa keskimäärin (3 272 €).

Sairastavuusindeksi vaihtelee Etelä-Savon alueella välillä 108–175, ollen keskimäärin 124 (koko maa 100). Toimeentulotukimenot ovat keskimäärin 86 €/asukas (kunnittainen vaihteluväli 57–145 €), mikä on valtakunnallista keskiarvoa (120 €/asukas) vähemmän. Toimeentulotukea on saanut vuonna 2011 keskimäärin 6 % Etelä-Savon väestöstä (koko maassa 7 %).



Erikoissairaanhoidon menot/asukas ovat keskimäärin 1 230 € (vaihteluvälillä 1 024–1 441 €) ja koko maassa 1 011 €.

Hoitohenkilöstöstä ja sosiaalihuollon henkilöstöstä keskimäärin joka toinen jää eläkkeelle vuoteen 2026 mennessä, mikä on jonkin verran suurempi osuus kuin valtakunnallisesti keskimäärin.

### **Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotus selvitysalueiksi**

Etelä-Savon kunnista yli 20 000 asukkaan kuntia ovat Mikkeli ja Savonlinna. Muiden, eli Enonkosken, Heinäveden, Hirvensalmen, Joroisen, Juvan, Kangasniemen, Mäntyharjun, Pertunmaan, Pieksämäen, Puumalan, Rantasalmen ja Sulkavan asukasluku jää alle 20 000:n. Näitä kuntia koskee kuntarakenteen selvitysvelvollisuus palvelu- ja väestöpohjakriteerin nojalla.

Hirvensalmen kunta täyttää työssäkäyntikriteerin Mikkelin suuntaan, Puumalan kunta on taloudeltaan kriisiytyvä kunta, Enonkosken kunta täyttää työssäkäyntikriteerin Savonlinnan suuntaan ja työpaikkaomavaraisuuskriteerin (työpaikkaomavaraisuusaste alle 80 %). Joroisten kunta täyttää sekä työpaikkaomavaraisuus- että työssäkäyntikriteerin (pendelöinti keskuskuntaan vähintään 25 %) Varkauden suuntaan.

Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ensisijaiset kuntarakenneuudistuksen selvitysalueet Etelä-Savossa ovat

- Mikkeli, Hirvensalmi, Mäntyharju, Juva, Kangasniemi, Puumala ja Pertunmaa (80 408 as.)
- Savonlinna, Enonkoski, Sulkava ja Rantasalmi (45 245 as.)
- Varkaus, Joroinen, Heinävesi, Pieksämäki ja ainakin osa Leppävirtaa yhdessä. (51 475 as. ilman Leppävirtaa)

Pertunmaalle ja Puumalalle tarjotaan mahdollisuutta selvittää uuden kunnan muodostamismahdollisuutta myös muihin suuntiin: Pertunmaa Heinolan, Hartolan ja Sysmän kanssa, Puumala Mikkelin seudulle, Etelä-Karjalaan tai Savonlinnan seudulle muodostettavan kunnan kesken.

## ETELÄ-SAVO: EHDOTUS UUDEKSI PALVELURAKENTEESI

Selvityshenkilöt ehdottavat Etelä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämismalliksi kaikki Etelä-Savon kunnat kattavaa sosiaali- ja terveydenhuoltoaluetta, jonka hallintomalli on kuntayhtymä.

Kuva 7. Etelä-Savo, ehdotus uudeksi palvelurakenteeksi



Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki

Laajan perustason palveluja tuotetaan kaikissa kunnissa ja nykyisissä sairaaloissa (Mikkelin keskussairaala, Savonlinnan keskussairaala ja Pieksämäen sairaala). Niiden työnjakoa tarkennetaan. Lähipalveluja tuotetaan esimerkiksi sosiaali- ja terveyskeskuksissa sekä kotiin tuotavia ja sähköisiä palveluja koko alueella. Lähellä tarjottavia palveluja ovat esim. neuvolat, perhekeskukset, hoitajan ja lääkärin vastaanotot ja sosiaalityö. Kotiin tarjottavia palveluja ovat esim. kotihoito, perhetyö, ensihoito ja kotikuntoutus. Lähipalvelujen tuotanto järjestetään kysynnän ja palvelun luonteen mukaisesti koko maakunnassa yhden johdon alaisena käyttäen järjestäjän yhteisiä henkilöstöresursseja. Lähtökohtaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö on järjestäjän palveluksessa.

Selvityshenkilöiden esittämässä sote-alueessa esimerkiksi Savonlinnan seutu muodostaa laajan perustason palvelujen näkökulmasta toiminnallisen kokonaisuuden. Kokonaisuuteen kuuluvassa sairaalassa tuotetaan laajan perustason linjausten mukaisia palveluja. Synnytysten hoito ja operatiivinen päivystys lakkaavat sairaalassa päivystysasetuksen voimaantullessa.

Ehdotettu malli toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraation ja mahdollistaa maakunnan asukkaille yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut tilanteessa, jossa useimmat kantokytekytekijät ovat maan keskiarvoa heikompia. Lisäksi malli säilyttää maakunnan elinvoimaa ja tukee maakunnallista eheyttä. Se helpottaa myös pätevän, pysyvän ja osaavan henkilöstön

saatavuutta ja erityisosaamisen käyttöä koko alueella ja vähentää satunnaisten tekijöiden vaikutusta pienten kuntien talouteen. Mallin avulla on mahdollista turvata operatiivisen päivystyksen säilyminen maakunnassa.

Selvityshenkilöiden esittämä alueen kaikki kunnat kattava sote-alue mahdollistaa yhdenvertaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisen Etelä-Savon väestölle tilanteessa, jossa useimmat kantokykitekijät ovat maan keskiarvoa heikompia. Maakunta on väkiluvultaan maan pienimpiä (154 522 vuonna 2011) ja väestömäärä on väestöennusteen mukaan edelleen vähenevä. Yli 75-vuotiaiden osuus Etelä-Savon väestöstä oli vuonna 2011 maan korkein. Myös Etelä-Savon kuntien sairastavuusindeksi on selvästi maan keskiarvoa korkeampi. Toimeentulotukimenot kuormittavat sitä vastoin maakunnan kuntia keskimääräistä vähemmän. Taloudellisten kantokykitekijöiden osalta maakunnan kunnat ovat heikompia kuin maassa keskimäärin. Verotulot ovat asukasta kohden selvästi maan keskiarvoa alhaisemmat ja maakunnan kunnat ovat huomattavasti enemmän riippuvaisia valtionosuuksista kuin kunnat keskimäärin.

Taulukko 5. Kantokykitekijät, Etelä-Savo

Etelä-Savo	Nykytilanteessa				Ehdotus ja muut vaihtoehdot			
	Pienin arvo	Suurin arvo	Koko maa	Koko KYS - erä	1	2a	2b	2c
Väestö 2011	1 566	54 530	5 401 267	817 925	154 522	80 408	45 245	51 475
Väestöennuste 2025	1 311	54 438	5 748 548	818 872	144 093	77 165	41 408	45 869
75 v. täyttäneet(%)	9,4	15,6	8,2	9,6	11,5	10,9	12,1	11,6
75 v. % 2025	15	25,6	12,4	14,2	17,5	16,9	18,2	17,8
Huoltosuhte	59	79	56	59	64	63	65	64
Sairastavuusindeksi (THL)	107,6	175,1	100	123,3	124,0	119,5	120,5	141,3
Toimeentulotuki €/as.	57	145	120	123	86	82	87	110
Toimeentulotukea saaneet % väestöstä	4,1	10,4	6,9	7,8	6,0	6,0	5,7	7,5
Verotulot/as	2 527	3 405	3 530	2 996	3 027	3 046	3 062	3 043
Valtionosuudet/as	1 692	3 151	1 418	1 945	2 122	2 027	2 196	2 047
Sote-nettomenot/asukas	3 310	4 392	3 272	3 397	3 621	3 439	3 807	3 670
Konsernivelka/as	1 610	7 047	4 729	4 974	5 213	5 957	4 826	4 980

1= Selvityshenkilöiden ehdotus: Kaikki Etelä-Savon kunnat kattava sote-alue

2a, 2b ja 2c = Muita vaihtoehtoja, joita ei ehdoteta:

2a Mikkelin seutu = Hirvensalmi, Juva, Kangasniemi, Mikkeli, Mäntyharju, Pertunmaa, Puumala

2b Savonlinnan seutu = Enonkoski, Rantasalmi, Savonlinna, Sulkava

2c Keski-Savo = Heinävesi, Joroinen, Pieksämäki, Varkaus

Vaihtoehtoisena järjestämismallina selvityshenkilöt tarkastelivat kolmea Mikkelin, Savonlinnan ja Keski-Savon seutujen erillisiin sote-alueisiin perustuvaa mallia. Siinä Mikkelin sote-alueeseen kuuluisivat Hirvensalmi, Juva, Kangasniemi, Mikkeli, Mäntyharju, Pertunmaa, Puumala. Savonlinnan sote-alueeseen kuuluisivat Enonkoski, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava. Keski-Savon sote-alueeseen kuuluisivat Heinävesi, Joroinen, Pieksämäki ja Varkaus.

Vaihtoehtoiset mallit osoittautuivat kuitenkin kantokykytekijöiltään sellaiseksi, että niiden avulla ei voitaisi turvata yhdenvertaisia laajan perustason palveluja Savonlinnan ja Keski-Savon seudun asukkaille pitkälle tulevaisuuteen. Nämä heikentäisivät koko maakuntaa ja sen mahdollisuuksia selviytyä vähenevän ja vanhenevan väestön palvelutarpeista, kaventaa sosio-ekonomisia hyvinvointi- ja terveyseroja ja pitää kustannukset kohtuullisina tilanteessa, jossa ne jo nyt ovat huomattavasti korkeammalla tasolla kuin keskimäärin muualla maassa. Sekä Savonlinnan että Keski-Savon sote-alueiden olisi tukeuduttava järjestämissopimuksen mukaisesti Mikkelin keskussairaalaan, jossa pystyttäisiin tuottamaan II- tason operatiivinen päivystys kustannustehokkaasti sekä turvaamaan henkilöstön ja erityisosaamisen saatavuus. Onnistuneella palvelurakennetarkistuksella on huomattava merkitys koko maakunnan eheyden ja elinvoiman kannalta ja osaltaan koko erityisvastuualueen toiminnan eheyden turvaamisen kannalta.

Etelä-Savoon selvityshenkilöt esittävät ensisijaisesti kuntayhtymämallia, koska maakunnassa on kaksi keskisuurta kaupunkiseutua, joiden keskinäisen yhteistyön ja luottamuksen vahvistumista kuntayhtymämalli tukee vastuukuntaratkaisua paremmin.

Selvityshenkilöt ovat esitystä tehdessään tarkastelleet myös palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta sekä lähipalvelujen että alueellisesti keskitettyinä tuotettavien palvelujen näkökulmasta. Alueellisesti keskitettäviä vaativia, mutta harvemmin tarvittavia palveluja ovat mm. päivystykset, poliklinikat ja päiväkirurgia. Etäisyydet alueellisesti keskitettäviin vaativiin palveluihin ovat pisimmät Heinävedeltä (138 km Mikkeliin, 105 km Savonlinnaan ja 49 km Varkauteen). Ajoaika alueellisesti keskitettäviin laajan perustason palveluihin on pääsääntöisesti joko alle tunnin tai vain hieman sen yli.

## **KESKI-SUOMI**

### **Alueen kunnat, väestö ja palvelujen järjestäminen alueella**

Keski-Suomessa on 23 kuntaa. Maakunnassa on 2000-luvulla tehty kahdeksan kuntaliitosta ja yksi osaliitos. Viimeisin kuntaliitos toteutui vuonna 2009. Maakunnassa on 274 379 asukasta (tilanne vuoden 2011 lopussa). Vuonna 2025 keskisuomalaisia ennustetaan olevan hieman enemmän eli noin 287 000. Väestönkasvu keskittyy maakunnan keskuskaupunki Jyväskylään, jonka asukasluvun ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä noin 15 000 hengellä eli 11 %. Maakunnan reuna-alueiden kuntien asukasluvut ovat sitä vastoin vähenemässä 10–20 %.

Keski-Suomessa yli 75-vuotiaiden suhteellinen osuus väestöstä vuonna 2011 oli 9 %. Vuoteen 2025 mennessä yli 75-vuotiaiden osuus kasvaa voimakkaasti: tuolloin 13 % keskisuomalaisista on yli 75-vuotiaita. Vuonna 2030 jo joka viides keskisuomalainen olisi yli 75-vuotias 11:ssä maakunnan kunnassa.

Väestöllinen huoltosuhte vaihteli Keski-Suomessa vuonna 2011 Jyväskylän 47:stä Luhan- gan 93:een. Vuoteen 2030 mennessä huoltosuhteen ennustetaan olevan alle sadan vain Hankasalmella, Jämsässä, Laukaassa, Muuramessa ja Petäjäviedellä. Kaikissa muissa maakunnan kunnissa ennustetaan olevan sataa työikäistä kohden enemmän kuin sata huollettavaa.

Jyväskylän kaupunki sekä Hankasalmen, Muuramen ja Uuraisten kunnat muodostavat terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen, jonka vastuukunta on Jyväskylä ja joka on Jyväskylän kaupungin perusturvalautakunnan alaisuudessa. Kunnat järjestävät sosiaalihuollon palvelut itse. Terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen väestöpohja on 150 498 asukasta, josta jyvaskyläläisiä on 132 062.

Joutsan, Keuruun, Konneveden, Laukaan, Luhangan, Multian, Petäjaveden ja Toivakan kunnat ovat siirtäneet perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvien sosiaalitoimen tehtävien järjestämismvastaan Keski-Suomen seutusterveyskeskukselle, joka toimii Keski-Suomen sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon liikelaitoksena. Ratkaisun väestöpohja on 45 931 asukasta.

Kannonkosken, Karstulan, Kivijärven ja Kyyjärven kuntien sekä Saarijärven kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon (lukuun ottamatta lasten päivähoitoa) järjestämismvastuu on kuntien muodostamalla perusturvaliikelaitos Saarikalla. Jäsenkuntien yhteenlaskettu väestömäärä on 19 223 asukasta.

Kinnulan ja Pihtiputaan kunnat sekä Viitasaaren kaupunki järjestävät perusturvapalvelut yhteistoiminnassa, jonka vastuukunta on Viitasaari. Ratkaisun väestöpohja on 12 946 asukasta. Äänekoski järjestää sosiaali- ja terveystalvet itse. Kaupungin asukasluvu on 20 334. Jämsän yhteistoiminta-alue järjestää sosiaali- ja terveystalvet vastuukuntaperiaatteella Jämsän kaupungille ja Kuhmoisten kunnalle. Ratkaisun väestöpohja on 25 012 asukasta.

Erikoissairaanhoidon talvet järjestää Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, johon kuuluvat kaikki maakunnan kunnat lukuun ottamatta Jämsän kaupunkia ja Kuhmoisten kuntaa, jotka siirtyivät vuoden 2013 alusta Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ja TAYS-erva-alueelle. Kuntayhtymässä on 21 jäsenkuntaa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin väestöpohja on 249 367 asukasta.

Maakunnassa on lisäksi osakeyhtiömuotoinen Jokilaakson sairaala, Jokilaakson Terveyst Oy, jonka omistavat Jämsän kaupunki, Keski-Suomen keskussairaala ja Pihlajalinna Oy. Jokilaakson sairaala tarjoaa perustason erikoissairaanhoidon talvet, eräiden erityisalujen poliklinistä, kirurgista, päiväkirurgista sekä vuodeosastohoitoa.

Kehitysvammaisten erityishuollon talvet järjestää Keski-Suomen erityishuoltoapiiri, jonka jäsenkuntia ovat kaikki maakunnan 23 kuntaa. Erityishuoltoapiiri ei järjestä laitoshuotoa, kuntoutus-, arviointi- eikä kriisihuollon talvet kehitysvammaisille. Kunnat järjestävät omalla toimintanaan tai ostopalveluna kehitysvammaisille henkilöille asumistalvet, päivätoimintaa ja muita sosiaali- ja terveystalvet.

## **Muut kantokyttekijät alueella**

Keski-Suomen kuntien verotulot asukasta kohti vaihtelevat 2 236 €:sta 3 430 €:oon. Maakunnan keskimääräinen kuntien verotulo asukasta kohti (3 065 €) oli pienempi kuin koko maassa (3 530 €). Kunnan velka asukasta kohti vaihtelee 1 556 € ja 7 228 € välillä. Maakunnassa kuntien velka asukasta kohti oli koko maan velkaa (4 729 €/as) suurempi (5 550 €/as).

Valtionosuuksia maksettiin 2011 asukasta kohti 996 € ja 3 834 € välillä. Maakunnassa asukasta kohti maksettiin keskimäärin valtionosuutta 1 634 €, kun koko maassa keskimäärin maksettiin 1 418 €. Asukaskohtaiset sosiaali- ja terveystalvet vaihtelivat välillä 2 632 € ja 4 603 €, ollen maakuntatasolla (3 238 €) lähellä koko maan keskiarvoa (3 272 €).

Sairastavuusindeksi Keski-Suomessa vaihtelee välillä 85–181, ollen keskimäärin 108 (koko maa 100). Toimeentulotukimeno ovat keskimäärin valtakunnallista keskiarvoa (120) pienemmät, 115 €/asukas. Vaihteluväli toimeentulotukimenoissa on 40–144 €/asukas. Kuitenkin toimeentulotukea saaneita henkilöitä on hieman valtakunnallista tasoa (7) enemmän, keskimäärin 8 % väestöstä. Erikoissairaanhoidon menot/asukas ovat keskimäärin 974 € (vaihteluvälillä 825–1 239 €) ja koko maassa 1 011 €.

Hoitohenkilöstöstä ja sosiaalihuollon henkilöstöstä keskimäärin 45 % jää eläkkeelle vuoden 2026 mennessä, mikä on valtakunnallista keskitasoa.

### **Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotus selvitysalueiksi**

Keski-Suomessa yli 20 000 asukkaan kuntia ovat Jyväskylä, Jämsä ja Äänekoski (20 334 asukasta vuoden 2011 lopulla). Alle 20 000 asukkaan kuntia ovat Hankasalmi, Joutsa, Kannonkoski, Karstula, Keuruu, Kinnula, Kivijärvi, Konnevesi, Kuhmoinen, Kyyjärvi, Laukaa, Luhanka, Multia, Muurame, Petäjävesi, Pihtipudas, Saarijärvi, Toivakka, Uurainen ja Viitasaari. Työssäkäyntikriteerin (pendelöinti keskuskuntaan vähintään 25 %) sekä työpaikkaomavaraisuuskriteerin (työpaikkaomavaraisuus alle 80 %) täyttävät Laukaa, Muurame, Petäjävesi, Toivakka ja Uurainen. Konnevesi, Kivijärvi ja Luhanka täyttävät työpaikkaomavaraisuuskriteerin. Multia on taloudeltaan kriisiytyvä kunta.

Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ensisijaiset kuntarakenneuudistuksen selvitysalueet Keski-Suomessa ovat

- Jyväskylä, Muurame, Laukaa, Toivakka, Petäjävesi, Uurainen, Hankasalmi, Luhanka ja Joutsa sekä mahdollisesti Keuruu ja Multia (179 535 - 192 091 as.).
- Jämsä ja Kuhmoinen sekä mahdollisesti Keuruu ja Multia (25 245 - 37 801 as.).
- Kyyjärvi, Kivijärvi, Karstula, Kannonkoski ja Saarijärvi sekä mahdollisesti Kinnula (19 536 - 21 357 as.)
- Pihtipudas, Viitasaari, Äänekoski ja Konnevesi sekä mahdollisesti Kinnula (34 944 - 36 765 as.).

## KESKI-SUOMI: EHDOTUS UUDEKSI PALVELURAKENTEESI

Selvityshenkilöt ehdottavat Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämismalliksi Keski-Suomen kunnat kattavaa sosiaali- ja terveydenhuoltoaluetta lukuun ottamatta Jämsää ja Kuhmoista. Sote-alueen vastuukuntana on Jyväskylän kaupunki.



### Jämsä ja Kuhmoinen Pirkanmaan esityksessä

Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki

Kuva 8. Keski-Suomi, ehdotus uudeksi palvelurakenteeksi

Maakuntaan kuuluvat Jämsä ja Kuhmoinen ovat erikoissairaanhoidon osalta liittyneet Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin. Kunnat tulevat lähemmin tarkastelluiksi TAYS-ervan yhteydessä.

Laajan perustason palveluja, mukaan lukien lähipalvelut, tuotetaan kaikissa kunnissa ja nykyisessä Keski-Suomen keskussairaalassa sekä kotiin tuotavia ja sähköisiä palveluja koko alueella. Lähellä tarjottavia palveluja ovat esim. neuvolat, perhekeskukset, hoitajan ja lääkärin vastaanotot ja sosiaalityö. Kotiin tarjottavia ovat esim. kotihoito, perhetyö, ensihoito ja kotikuntoutus. Lähipalvelujen tuotanto järjestetään kysynnän ja palvelun luonteen mukaisesti koko maakunnassa yhden johdon alaisena käyttäen järjestäjän yhteisiä henkilöstöresursseja. Lähtökohtaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö on järjestäjän palveluksessa.





sen mallin puolesta eivät myöskään puhuneet alueen kuulemistilaisuudessa esitetyt näkemykset eivätkä alueella laaditut muut selvitykset. Sen sijaan kaikki kunnat kattava järjestämisratkaisu sai myös kuulemisen tueksi toteutetussa nettikyselyssä selkeää kannatusta.

Vastuukuntamallia on esitetty ensisijaiseksi malliksi Keski-Suomessa sen takia, että Jyväskylällä on kasvava ja elinvoimainen maakunnan keskus, jossa asuu nykyisin 53 %:sta maakunnan asukkaista, kun mukaan ei lasketa Jämsää eikä Kuhmoista ja 60 %:sta Keski-Suomen väestön sosiaali- ja terveystalvveluja ainakin osittain. Vastuukuntamallissa selvityshenkilöt näkevät kuntayhtymää paremmat mahdollisuudet toteuttaa omistajaohjausta ja hillitä kustannuksia. Vastuukuntamallin avulla hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen saadaan pysymään osana kunnan muuta päätöksentekoa paremmin kuin kuntayhtymämallissa.

Selvityshenkilöt ovat esitystä tehdessään tarkastelleet palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta sekä lähipalvelujen että alueellisesti keskitettävien palvelujen näkökulmasta. Alueellisesti keskitettäviä, vaativia, mutta harvemmin tarvittavia palveluja ovat mm. erityisalojen päivystykset, poliklinikat ja päiväkirurgia. Alueellisesti keskitettävien, vaativien palvelujen saavutettavuusaika on alle yksi tunti kaikissa muissa Keski-Suomen kunnissa lukuun ottamatta Kannonkoskea, Karstulaa, Pihtipudasta ja Viitasarta ja yli kaksi tuntia Kinnulassa. Vaativien, harvoin käytettävien palvelujen saavutettavuusaika ylittää kaksi tuntia myös joissain maakunnan muiden kuntien reuna-alueiden osissa.

## **POHJOIS-KARJALA**

### **Alueen kunnat, väestö ja palvelujen järjestäminen alueella**

Pohjois-Karjalan maakunnassa on 13 kuntaa. Kuntien lukumäärä on 2000-luvulla vähentynyt kuntaliitosten seurauksena viidellä. Viimeisin kuntaliitos oli vuoden 2013 alussa toteutunut Kiteen ja Kesälahden yhdistyminen.

Pohjois-Karjalassa on 165 906 asukasta (tilanne vuoden 2011 lopussa). Vuonna 2025 pohjoiskarjalaisia ennustetaan olevan noin 164 000. Koko maakunnan asukasluvun ennustetaan vähenevän vuosina vuoteen 2030 mennessä seitsemäsosalla eli noin 12 000 asukkaalla. Eniten väestöään ennustetaan menettävän maakunnan reuna-alueilla sijaitsevien kuntien (vähennykset neljäsosan-viidesosan luokkaa).

Maakunnan väestönkasvu keskittyisi ennusteen mukaan keskuskaupunki Joensuuhun ja sitä ympärivälle alueelle. Pohjois-Karjalan asukkaista joka kymmenes oli yli 75-vuotias vuonna 2011. Väestöennusteen mukaan lähes joka kuudes pohjoiskarjalainen olisi yli 75-vuotias vuoteen 2025 mennessä. Vuonna 2030 jo joka viides pohjoiskarjalainen olisi yli 75-vuotias lukuun ottamatta Joensuuta, Liperiä ja Kontiolahtea.

Väestöllinen huoltosuhte vaihteli Pohjois-Karjalassa vuonna 2011 Joensuun 50:stä Ilo-mantsin 72:een. Alle sadan huoltosuhteen ennustetaan olevan vuonna 2030 vain Kontiolahdella (73), Liperissä (83) ja Joensuussa (76). Kaikissa muissa maakunnan kunnissa on sataa työkäistä kohden enemmän kuin sata huollettavaa.

Joensuu ja Kontiolahti ovat perustaneet sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen vuoden 2013 alusta. Alueen väestöpohja on 87 758 asukasta. Liperin kunta ja Outokummun kaupunki muodostavat sosiaali- ja terveystalvvelujen yhteistoiminta-alueen, jonka vastuukuntana toimii Liperi. Alueen väestöpohja on 19 663 asukasta. Polvijärven kunta on neuvotellut liittymisestä yhteistoiminta-alueeseen, mutta ratkaisuun ei ole päästy. Polvijärven tavoitteena on muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alue Liperin ja Outokummun kanssa vuoden 2014 alussa. Tällä hetkellä Polvijärvi järjestää sosiaali- ja terveystalvvelut itse. Kunnan asukasluku on 4 778.

Ilomantsin ja Juuan kunnat ja Lieksan kaupunki järjestävät sosiaali- ja terveyspalvelut itse. Ilomantsin asukasluku on 5 834, Lieksan 12 585 ja Juuan 5 453. Nurmeksen kaupunki ja Valtimon kunta ovat perustaneet terveydenhuollon kuntayhtymän, joka tuottaa perusterveydenhuollon palvelut. Sosiaalihuollon palvelut kumpikin tuottaa itse. Nurmeksen ja Valtimon yhteen laskettu väkiluku on 10 796. Rääkkylän ja Tohmajärven kunnat järjestävät sosiaali- ja terveyspalvelut itse ja hankkivat ne yksityiseltä palveluntuottajalta. Rääkkylässä on 2 532 ja Tohmajärvellä 4 992 asukasta.

Kitee, Kesälahti, Rääkkylä ja Tohmajärvi muodostivat Keski-Karjalan sosiaali- ja terveys-toimen yhteistoiminta-alueen, sosiaali- ja terveyspalvelukeskus Helli -liikelaitoksen Kiteen kaupungin organisaatioon vuonna 2009. Rääkkylä erosi Helliä vuonna 2011 ja Tohmajärvi vuoden 2012 lopussa, jolloin Helliin toiminta lakkasi. Kiteen kaupungin ja Kesälahden kunnan yhdistyttyä Kitee järjestää asukkailleen sosiaali- ja terveyspalvelut omana toimintana.

Heinäveden kunta on neuvotellut sekä Joroisten kunnan ja Varkauden kanssa että Liperin, Outokummun ja Polvijärven kanssa liittymisestä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueisiin. Kunta ei ole hyväksynyt neuvottelutuloksia ja on päättänyt jatkaa palvelujen järjestämistä itse. Kunnan asukasluku on 3 827.

Erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon palvelut järjestää Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, jonka jäseninä ovat kaikki 13 Pohjois-Karjalan maakunnan kuntaa sekä Heinäveden kunta Etelä-Savosta. Palveluja tuotetaan Pohjois-Karjalan keskussairaалassa Joensuussa, psykiatrian yksikössä Kontiolahtella, Paiholan sairaalassa (vuoden 2016 loppuun saakka) ja erityishuollon palveluja Honkalampi-keskuksessa Liperissä. Kuntayhtymän väestöpohja on 169 733 asukasta.

## **Muut kantokykitekijät alueella**

Pohjois-Karjalan kuntien verotulot asukasta kohti ovat 2 058 € ja 3 030 € välillä. Maakunnan keskimääräinen kuntien verotulo asukasta kohti (2 843 €) oli huomattavasti pienempi koko maan vastaavaa tuloa (3 530 €). Kunnan velka asukasta kohti vaihtelee 643 € ja 6 459 € välillä. Maakunnassa kuntien keskimääräinen velka asukasta kohti oli koko maan velkaa (4 729 €/as) pienempi (3 698 €/as).

Valtionosuuksia maksettiin vuonna 2011 asukasta kohti 1 608 € ja 3 661 € välillä. Maakunnassa asukasta kohti maksettiin keskimäärin valtionosuutta 2 292 €, koko maassa keskimäärin 1 418 €. Asiakaskohtaiset sosiaali- ja terveysmenot vaihtelivat välillä 2 544 € ja 4 469 €, ollen maakuntatasolla hieman korkeampi (3 360 €) kuin koko maassa (3 272 €).

Sairastavuusindeksi Pohjois-Karjalassa on välillä 91–181, keskimäärin 131 (koko maa 100). Toimeentulotukimenot ovat keskimäärin 151 €/asukas, selkeästi valtakunnallista keskiarvoa (120 €/asukas) suuremmat. Vaihteluväli toimeentulotukimenoissa on 67–252 €/asukas. Toimeentulotukea sai vuonna 2011 noin 9 % pohjoiskarjalaisista, kun koko maassa vastaavasti 7 %. Erikoissairaanhoidon menot/asukas ovat keskimäärin 1 086 € (vaihteluvälillä 844–1 278) ja koko maassa 1 011 €.

Hoitohenkilöstöstä ja sosiaalihuollon henkilöstöstä keskimäärin joka toinen jää eläkkeelle vuoteen 2026 mennessä, mikä on jonkin verran enemmän kuin valtakunnallisesti keskimäärin.

## **Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotus selvitysalueiksi**

Pohjois-Karjalassa kaikissa muissa kunnissa paitsi Joensuun kaupungissa on alle 20 000 asukasta. Näin ollen ne ovat kuntarakennemuutostuksen kriteereiden mukaan selvitysvelvollisia uuden kuntarakenteen muodostamiseksi. Kontiolahti, Liperi ja Polvijärvi täyttävät työpaikka-

omavaraisuuskriteerin (työpaikkaomavaraisuus alle 80 %), Kontiolahti ja Liperi myös yhdyskuntarakennekriteerin. Rääkkylä ja Tohmajärvi ovat kriisiytyviä kuntia.

Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ensisijaiset kuntarakennemuutosten selvitysalueet Pohjois-Karjalassa ovat

- Joensuu, Iloanta, Kontiolahti, Liperi, Outokumpu ja Polvijärvi (117 369 as.)
- Nurmes, Valtimo, Lieksa ja Juuka (29 242 as.)
- Kitee, Tohmajärvi ja Rääkkylä (19 228 as.)

## POHJOIS-KARJALA: EHDOTUS UUDEKSI PALVELURAKENTEESI

Selvityshenkilöt ehdottavat Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämismalliksi kaikki Pohjois-Karjalan kunnat kattavaa sosiaali- ja terveydenhuoltoaluetta, jonka vastuukuntana toimisi Joensuun kaupunki.



Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki

Kuva 9. Pohjois-Karjala, ehdotus uudeksi palvelurakenteeksi

Laajan perustason palveluja tuotetaan kaikissa maakunnan kunnissa ja nykyisessä Pohjois-Karjalan keskussairaalassa sekä kotiin tuotavia ja sähköisiä palveluja koko alueella. Lähellä

tarjottavia palveluja ovat esim. neuvolat, perhekeskukset, hoitajan ja lääkärin vastaanotot ja sosiaalityö. Kotiin tarjottavia ovat esim. kotihoito, perhetyö, ensihoito ja kotikuntoutus. Lähipalvelujen tuotanto järjestetään kysynnän ja palvelun luonteen mukaisesti koko maakunnassa yhden johdon alaisena käyttäen järjestäjän yhteisiä henkilöstöresursseja. Lähtökohtaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö on järjestäjän palveluksessa.

Uudella palvelurakenteella saavutetaan riittävä sosiaali- ja terveydenhuollon kantokyky sekä uudistuksen keskeinen tavoite, riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen nykyistä yhdenvertainen toteutuminen Pohjois-Karjalan asukkailla. Esitettävä palvelurakennemalli toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraation ja mahdollistaa yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut tilanteessa, jossa useimmat kantokykytekijät ovat maan keskiarvoa heikompia. Malli turvaa maakunnan eheyttä ja elinvoimaa sekä kokoaa maakunnan taloudellisia, henkilöstö- ja osaamisresursseja sekä satunnaisten tekijöiden vaikutusta pienten kuntien talouteen.

Selvityshenkilöt eivät katsoneet tarkoituksenmukaiseksi tarkastella vaihtoehtoisia järjestämismalleja, koska niiden avulla ei olisi saavutettavissa kantokyvyltään riittävän vahvaa palvelurakennetta pitkälle tulevaisuuteen.

Vastuukuntamallia on esitetty ensisijaiseksi malliksi Pohjois-Karjalassa sen takia, että Joensuu on maakunnan kasvava ja elinvoimainen keskus, ja se vastaa jo nykyisin useamman kuin joka toisen pohjoiskarjalaisen sosiaali- ja terveyspalveluista ainakin osittain. Vastuukuntamallissa selvityshenkilöt näkevät kuntayhtymää paremmat mahdollisuudet toteuttaa omista- jaohjausta ja hillitä kustannuksia. Vastuukuntamallin avulla hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen saadaan pysymään osana kunnan muuta päätöksentekoa paremmin kuin kuntayhtymämallissa.

Taulukko 7. Kantokykytekijät, Pohjois-Karjala

Pohjois-Karjala	Nykytilanteessa				Ehdotus 1
	Pienin arvo	Suurin arvo	Koko maa	koko KYS - erva	
Väestö 2011	2 437	73 758	5 401 267	817 925	165 906
Väestöennuste 2025	2 154	77 033	5 748 548	818 872	163 814
75 v. täyttäneet(%)	5,1	15,5	8,2	9,6	9,7
75 v. % 2025	8,7	21,1	12,4	14,2	14,6
Huoltosuhte	50	72	56	59	58
Sairastavuusindeksi (THL)	90,8	181,8	100	123,3	131,0
Toimeentulotuki €/as.	67	252	120	123	151
Toimeentulotukea saaneet % väestöstä	4,3	10,9	6,9	7,8	8,9
Verotulot/as	2 058	3 030	3 530	2 996	2 843
Valtionosuudet/as	1 608	3 661	1 418	1 945	2 292
Sote-nettomenot/ asukas	2 544	4 469	3 272	3 397	3 360
Konsernivelka/as	643	6 459	4 729	4 974	3 698

1 = Selvityshenkilöiden ehdotus: Kaikki Pohjois-Karjalan kunnat kattava sote-alue

Maakunta on väkiluvultaan maan pienimpiä (165 906 vuonna 2011) ja väestömäärä on väestöennusteen mukaan edelleen laskeva. Yli 75-vuotiaiden osuus väestöstä ja toimeentulotukimenot ovat maan keskimääräistä tasoa suuremmat. Kuntien sairastavuusindeksi on selvästi maan keskiarvoa korkeampi. Verotulot ovat asukasta kohden huomattavasti maan keskiarvoa alhaisemmat ja maakunnan kunnat ovat enemmän riippuvaisia valtionosuuksista kuin kunnat Suo-

nessa keskimäärin. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneratkaisujen tulee koota, ei hajauttaa taloudellisia, henkilöstö- ja osaamisresursseja.

Selvityshenkilöt ovat tarkastelleet esitystä tehdessään palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta alueellisesti keskitettävien vaativien, mutta harvemmin tarvittavien palvelujen näkökulmasta. Näitä ovat mm. erityisalojen päivystykset, poliklinikat ja päiväkirurgia Alueellisesti keskitettävien vaativien palvelujen saavutettavuusaika on henkilöautolla alle yksi tunti kaikkien muiden nykyisten kuntien keskuksista paitsi Juuasta, Lieksasta, Nurmekselta ja Valtimolta. Lieksa, Nurmes ja Valtimo muodostavat harvan asutun ja syrjäisen alueen, jossa Nurmes on Valtimolta 24 ja Lieksasta 55 km päässä. Alue muodostaa lähipalvelujen tuottamisen näkökulmasta kokonaisuuden.

## POHJOIS-SAVO

### Alueen kunnat, väestö ja palvelujen järjestäminen alueella

Pohjois-Savon maakunnassa on 20 kuntaa. Kuntien lukumäärä on kuntaliitosten seurauksena vähentynyt 2000-luvulla yhteensä viidellä, viimeisin liitos tapahtui Nilsian yhdistyttyä Kuopion kaupunkiin vuoden 2013 alussa. Maaninka ja Kuopio ovat päättäneet kuntaliitoksesta vuoden 2015 alusta, ja Tuusniemi valmistelelee liitosta Kuopion kanssa vuoden 2017 alussa.

Pohjois-Savon maakunnassa on 248 130 asukasta (tilanne vuoden 2011 lopussa). Vuonna 2025 pohjoissavolaisia ennustetaan olevan noin 246 500 ja vuonna 2030 noin 229 500. Koko maakunnan asukasluku vähenisi ennusteen mukaan vuodesta 2010 vuoteen 2030 yli 16 000 asukkaalla eli seitsemällä prosenttiyksiköllä.

Väestön ennustetaan lisääntyvän keskuskaupunki Kuopiossa ja sen naapurikunnissa sekä muissa kunnissa vähenevän. Suurimmat väestön menettämisen tasot ovat 17–18 %. Myös maakunnan eteläosan keskuksen, Varkauden kaupungin, väkiluvun ennustetaan vähenevän voimakkaasti (-13 %) seuraavan parin vuosikymmenen aikana. Myös maakunnan pohjoisen keskuksen Iisalmen väkiluvun on ennustettu vähenevän. Pohjois-Savossa yli 75-vuotiaiden osuus väestöstä oli 9,7 % vuonna 2011. Osuus vaihteli Siilinjärven vajaan 6:sta Tervon lähes 16 prosenttiin. Vuonna 2030 kahdessatoista pohjoissavolaisessa kunnassa sekä Varkauden kaupungissa noin joka viides olisi yli 75-vuotias.

Väestöllinen huoltosuhte vaihteli Pohjois-Savossa vuonna 2011 Kuopion 51:stä Pielaveden 81:een. Huoltosuhteen ennustetaan olevan vuonna 2030 alle sata Kuopion lisäksi Siilinjärvelä, Iisalmessa, Lapinlahdella, Leppävirralla ja Maaningalla. Kaikissa muissa maakunnan kunnissa on ennusteen mukaan sataa työikäistä kohden yli sata huollettavaa.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä on perusterveydenhuollon ja vanhusten laitoshoidon liikelaitos Kysteri, joka järjestää Leppävirran, Juankosken, Kaavin, Rautavaaran, Pielaveden, Keiteleen, Tervon ja Vesannon kuntien asukkaille perusterveydenhuollon ja vanhusten laitoshoidon palvelut. Alueen väestöpohja on 32 404 asukasta. Perusterveydenhuollon palveluista kotisairaanhoido sekä kaikki sosiaalihuollon palvelut ovat edelleen kuntien järjestämiä.

Iisalmi, Kiuruvesi, Sonkajärvi ja Vieremä muodostavat Ylä-Savon sote -nimisen kuntayhtymän, joka järjestää kaikki perusterveydenhuollon, ympäristöterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut lukuun ottamatta lasten päivähoitoa. Yhteistoiminta-alueen väestöpohja on 39 772 asukasta.

Lapinlahden kunta järjestää sosiaali- ja terveydenhuollonpalvelut itse. Kunnan asukasluku on 10 386. Suonenjoen ja Rautalammin perusterveydenhuollon palvelut tuottaa Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä. Sekä Suonenjoki että Rautalampi ovat käyneet neuvotteluja perusterveydenhuollon ja perusturvan palvelujen järjestämisestä vastuukuntaperiaatteella

Kuopion kanssa, mutta neuvottelut eivät ole tuottaneet tulosta. Kuntien yhteen laskettu asukasluku on 11 058.

Siilinjärven, Nilsiän ja Maaningan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alue Siiliset hajosi vuoden 2012 lopussa. Siilinjärvi järjestää sosiaali- ja terveystalvet itse. Kunnassa on 21 311 asukasta. Kuopion kaupunki järjestää vastuukuntana Maaningan kunnan sosiaali- ja terveystalvet vuoden 2013 alusta. Kunnat ovat tehneet päätöksen yhdistymisestä vuonna 2015.

Kuopion kaupunki järjestää Tuusniemen kunnan perusterveydenhuollon talvet. Kunta järjestää sosiaalihuollon talvet itse. Sosiaalitalvelujen siirrosta Kuopioon on päätetty ja se tapahtuu vuonna 2015, ellei mahdollisesta kuntaliitospäätöksestä muuta johdu. Varkauden kaupunki ja Etelä-Savon maakuntaan kuuluva Joroisten kunta muodostavat sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueen, jonka vastuukuntana on Varkaus. Alueen väestöpohja on 27 948 asukasta.

Erikoissairaanhoidon talvet maakunnassa järjestää Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, johon kuuluvat kaikki maakunnan kunnat. Toimintaa harjoitetaan neljässä sairaalassa: Kuopiossa Puijon sairaalassa, Alavan sairaalassa (lasten ja nuorten psykiatria) ja Julkulan sairaalassa (aikuispsykiatria) sekä Siilinjärvellä Tarinan sairaalassa (kirurgiaa, kuntoutusta ja psykiatria).

Maakunnassa ovat lisäksi Iisalmen ja Varkauden sairaalat. Varkauden sairaala tarjoaa ajanvaraukseen perustuvaa ja päiväkirurgiaa sekä joidenkin muiden erityisalujen talveluja Varkauden talousalueen väestölle. Iisalmen sairaala tuottaa jäsen- ja sopimuskunnilleen polikliinisiä sekä vuodeosatalveluja joillakin erityisaloilla.

Kehitysvammaisten erityishuollon talveluja järjestää Vaalijalan kuntayhtymä, johon kuuluu yhteensä 34 kuntaa. Kaikki Pohjois-Savon kunnat ovat Vaalijalan jäsenkuntia. Lisäksi kunnat järjestävät omana toimintanaan tai ostotalveluna kehitysvammaisille henkilöille asumistalveluja, päivätoimintaa ja muita sosiaali- ja terveystalveluja.

Itä-Suomessa on yhteinen laboratoriokeskuksen liikelaitoskuntayhtymä ISLAB, jonka kotipaikka on Kuopio. ISLAB:in jäseniä ovat Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalitalvelujen kuntayhtymä, Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, Itä-Savon sairaanhoitopiiri. Kaikki jäsenkunnat ovat siirtäneet laboratoriotalvelujen tuotantovastuun ISLABille.

## **Muut kantokykytekijät alueella**

Pohjois-Savon kuntien verotulot asukasta kohti vaihtelevat 2 222 €:sta 3 299 €:oon. Maakunnan keskimääräinen kuntien verotulo asukasta kohti (3 041 €) oli huomattavasti pienempi kuin koko maan vastaava tulo (3 530 €). Kunnan velka asukasta kohti vaihtelee 901 € ja 6 551 € välillä. Maakunnassa kuntien velka asukasta kohti (4 876 € /as) oli lähellä koko maan velkata-soa (4 729 €/as).

Valtionosuuksia maksettiin 2011 asukasta kohti 1 283 € ja 4 138 € välillä. Maakunnassa asukasta kohti maksettiin keskimäärin valtionosuutta 1 940 € kun koko maassa vastaavasti 1 418 €. Asukaskohtaiset sosiaali- ja terveysmenot vaihtelivat välillä 2 904 € ja 4 371 €, ollen maakuntatasolla korkeammat (3 481 €) kuin koko maassa (3 272 €).

Sairastavuusindeksi vaihtelee välillä 108–199 ja on keskimäärin 133 Pohjois-Savossa. Pohjois-Savossa on näin pahimmillaan kaksinkertainen sairastavuusindeksi valtakunnalliseen tasoon (100) verrattuna ja myös keskimääräistä huomattavasti korkeampi sairastavuus. Toimeentulotukea Pohjois-Savossa maksettiin keskimäärin 135 €/asukas, vaihteluvälillä 54–191 (koko maa 120) €/asukas. Toimeentulotukea saaneiden väestönosuus vaihteli Pohjois-Savossa välillä 4–10 %, keskimäärin 8 % (valtakunnallisesti 7 %). Erikoissairaanhoidon menot/asukas ovat keskimäärin 1 172 € (vaihteluvälillä 975–1 320 €) ja koko maassa 1 011 €.

Hoitohenkilöstöstä ja sosiaalihuollon henkilöstöstä keskimäärin joka toinen jää eläkkeelle vuoteen 2026 mennessä, mikä on hieman suurempi kuin valtakunnallisesti keskimäärin.

### **Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotus selvitysalueiksi**

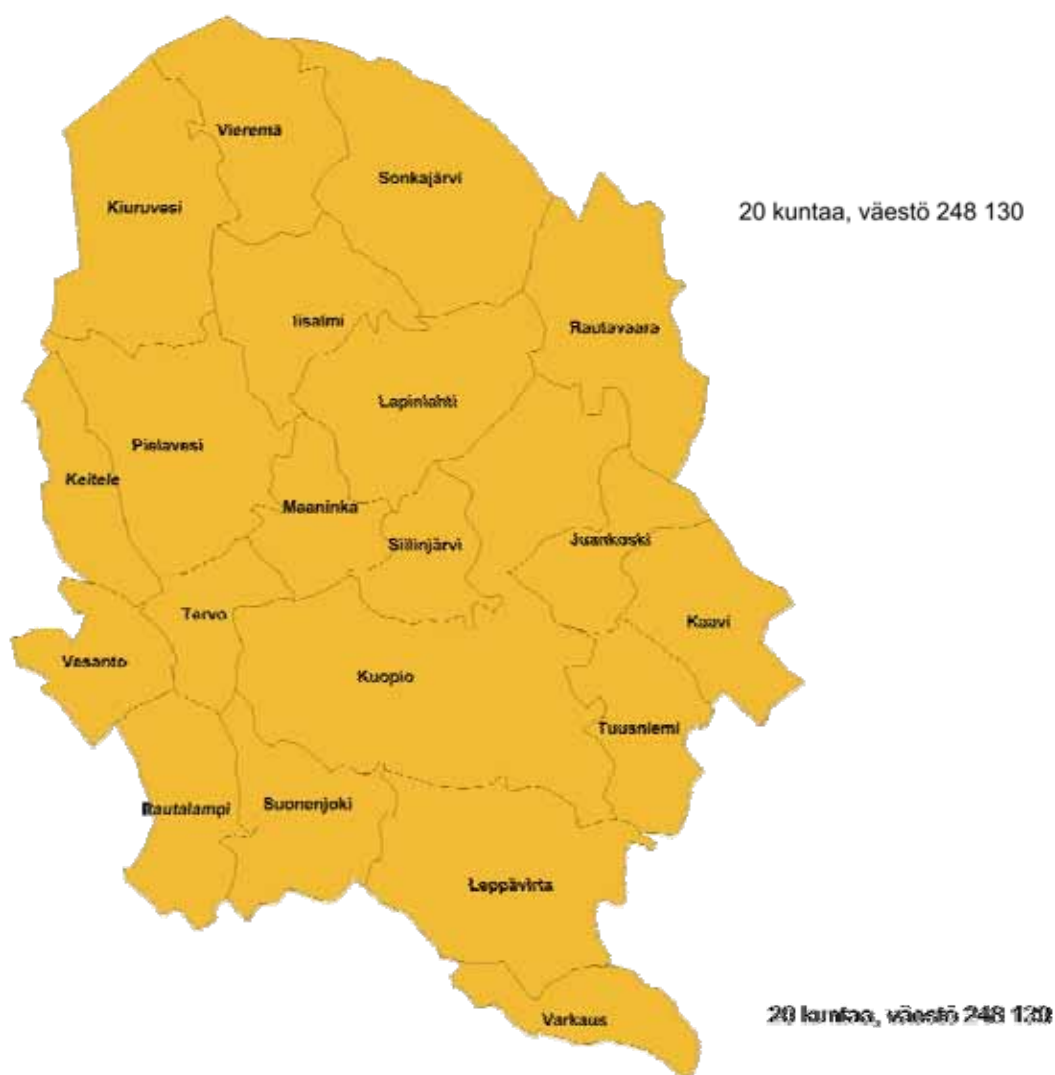
Pohjois-Savossa yli 20 000 asukkaan kuntia on neljä: Iisalmi, Kuopio, Varkaus ja Siilinjärvi. Alle 20 000 asukkaan kuntia ovat Juankoski, Kaavi, Keitele, Kiuruvesi, Lapinlahti, Leppävirta, Maaninka, Pielavesi, Rautalampi, Rautavaara, Sonkajärvi, Suonenjoki, Tervo, Tuusniemi, Vesanto ja Vieremä. Työssäkäyntikriteerin (pendelöinti keskuskuntaan vähintään 25 %)-, työpaikkaomavaraisuuskriteerin (työpaikkaomavaraisuus alle 80 %) sekä yhdyskuntarakennekriteerin täyttää Siilinjärvi, työpaikkaomavaraisuuskriteerin Leppävirta, Maaninka ja Tervo. Juankoski on kriisikunta. Suonenjoki on taloudeltaan kriisiytyvä kunta.

Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ensisijaiset kuntarakennemuutosten selvitysalueet Pohjois-Savossa ovat

- Kuopio, Siilinjärvi, Maaninka, Tervo, Tuusniemi, Suonenjoki, Juankoski, Kaavi, Rautalampi ja Vesanto sekä ainakin osa Leppävirtaa ja mahdollisesti Rautavaara (154 792–169 485 as.)
- Iisalmi, Sonkajärvi, Vieremä, Lapinlahti, Kiuruvesi, Keitele ja Pielavesi sekä mahdollisesti Rautavaara (57 946–59 818 as.)
- Varkaus, Joroinen, Heinävesi, Pieksämäki ja ainakin osa Leppävirtaa (51 952–62 508).

## POHJOIS-SAVO: EHDOTUS UUDEKSI PALVELURAKENTEESI

Selvityshenkilöt ehdottavat Pohjois-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämismalliksi kaikki Pohjois-Savon kunnat kattavaa sosiaali- ja terveydenhuoltoaluetta, jonka vastuukuntana toimisi Kuopion kaupunki.



Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki

Kuva 10. Pohjois-Savo, ehdotus uudeksi palvelurakenteeksi

Pohjois-Savon kunnat kattavassa mallissa Ylä-Savon sote-alue on toiminnallinen kokonaisuus, jonka alueella palvelujen tuotannon organisointi on jo nykyisellään uudistuksen linjausten mukainen. Alueellisesti keskitettävien palvelujen tuotanto järjestetään kysynnän ja palvelun luonteen mukaisesti tehokkaimmalla tavalla koko maakunnassa yhden johdon alaisena käyttäen järjestäjän yhteisiä henkilöstöresursseja.

Laajan perustason palveluja tuotetaan kaikissa maakunnan kunnissa ja nykyisessä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa sekä Iisalmen ja Varkauden sairaaloissa. Lähipalveluja tuotetaan kunnissa sekä kotiin tuotavia ja sähköisiä palveluja koko alueella. Lähellä tarjottavia palveluja ovat esim. neuvolat, perhekeskukset, hoitajan ja lääkärin vastaanotot ja sosiaalityö. Kotiin tar-



jottavia ovat esim. kotihoito, perhetyö, ensihoito ja kotikuntoutus. Lähipalvelujen tuotanto järjestetään kysynnän ja palvelun luonteen mukaisesti koko maakunnassa yhden johdon alaisena käyttäen järjestäjän yhteisiä henkilöstöresursseja. Alueellisesti keskitettäviä vaativia, mutta harvemmin tarvittavat palvelut palveluja ovat mm. erikoisalojen päivystykset, poliklinikat ja päiväkirurgia. Näiden saavutettavuusaika eri puolilta maakuntaa on enintään noin 1½ tuntia. Esitetyssä yhden järjestäjän mallissa alueellisesti keskitettävien, useammin tarvittavien palvelujen saavutettavuusajat ovat Iisalmeen, Kuopioon ja Varkauteen alle tunti.

Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö on järjestäjän palveluksessa. Alueelta on kuulemisissa ja nettikyselyn vastauksissa tuotu esille myönteisiä kokemuksia Kysteriliikelaitosmallin toimivuudesta.

Uudella palvelurakenteella saavutetaan riittävä sosiaali- ja terveydenhuollon kantokyky sekä uudistuksen keskeinen tavoite eli riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen nykyistä yhdenvertaisempi toteutuminen Pohjois-Savon asukkaille. Malli toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraation sekä mahdollistaa yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut tilanteessa, jossa useimmat kantokykytekijät ovat maan keskiarvoa heikompia. Lisäksi se säilyttää maakunnan elinvoimaa ja eheyttä. Malli helpottaa pätevän, pysyvän ja osaavan henkilöstön saatavuutta ja erityisosaamisen käyttöä koko alueella ja vähentää satunnaisten tekijöiden vaikutusta pienten kuntien talouteen.

Vastuukuntamallia on esitetty ensisijaiseksi järjestämismalliksi. Vastuukuntamallissa selvityshenkilöt näkevät kuntayhtymää paremmat mahdollisuudet toteuttaa omistajaohjausta ja hillitää kustannuksia. Vastuukuntamallin avulla hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen saadaan pysymään osana kunnan muuta päätöksentekoa paremmin kuin kuntayhtymämallissa.

Kuopio on maakunnan elinvoimainen ja kasvava keskuskaupunki. Se vastaa nykyisin 45 % Pohjois-Savon maakunnan asukkaiden sosiaali- ja perusterveydenhuollon palveluista. Alueella on myös tehty päätös kuntaliitoksesta ja käynnistetty keskusteluja kuntarakenneuudistukseen liittyvistä selvityksistä, jotka toteutuessaan vahvistaisivat keskuskaupunkia edelleen ja puoltavat osaltaan vastuukuntamallilla toteutettua sote-alueita. Vaihtoehtoiset järjestämismallit heikentäisivät koko maakuntaa ja sen mahdollisuuksia selviytyä vähenevän ja vanhenevan väestön palvelutarpeista, kaventaa sosioekonomisia hyvinvointi- ja terveyseroja ja pitää kustannukset kohtuullisina tilanteessa, jossa ne jo nyt ovat korkeammalla tasolla kuin keskimäärin muualla maassa.

Maakunnan väkiluvun ennustetaan kokonaisuutena pysyvän vuoteen 2025 lähellä nykytasolla. Yli 75-vuotiaiden osuus ja toimeentulotukimenot ovat maan keskimääräistä tasoa suuremmat. Kuntien sairastavuusindeksi on selvästi maan keskiarvoa korkeampi. Verotulot ovat asukasta kohden maan keskiarvoa alhaisemmat ja maakunnan kunnat ovat huomattavasti enemmän riippuvaisia valtionosuuksista kuin kunnat Suomessa keskimäärin.

Taulukko 8. Kantokykätekijät, Pohjois-Savo

Pohjois-Savo	Nykytilanteessa				Ehdotus ja muut vaihtoehdot		
	Pienin arvo	Suurin arvo	Koko maa	koko KYS	1	2a	2b
Väestö 2011	1 700	103 932	5 401 267	817 925	248 130	39 772	185 752
Väestöennuste 2025	1 505	110 291	5 748 548	818 872	246 578	37 302	188 927
75 v. täyttäneet(%)	5,9	16,9	8,2	9,6	9,7	11,2	9,3
75 v. % 2025	11,8	22,2	12,4	14,2	14,0	15,1	13,5
Huoltosuhte	51	81	56	59	58	62	57
Sairastavuusindeksi (THL)	107,7	199,4	100	123,3	133,2	140,9	130,9
Toimeentulotuki €/as.	54	191	120	123	135	97	144
Toimeentulotukea saaneet % väestöstä	4,0	9,8	6,9	7,8	8,1	7,4	8,0
Verotulot/as	2 222	3 299	3 530	2 996	3 041	2 856	3 061
Valtionosuudet/as	1 283	4 138	1 418	1 945	1 940	2 316	1 881
Sote-nettomenot/asukas	2 904	4 371	3 272	3 397	3 481	3 556	3 467
Konsernivelka/as	901	6 551	4 729	4 974	4 876	3 806	4 901

1 = Kaikki Pohjois-Savon kunnat kattava sote-alue

2a ja 2b = Muita vaihtoehtoja, joita ei esitetä:

2a Ylä-Savo = Iisalmi, Kiuruvesi, Sonkajärvi, Vieremä

2b Muut Pohjois-Savon kunnat pl. Varkaus = Juankoski, Kaavi, Keitele, Kuopio, Lapinlahti, Leppävirta, Maaninka, Pielavesi, Rautalamppi, Rautavaara, Siilinjärvi, Suonenjoki, Tervo, Tuusniemi, Vesanto

Selvityshenkilöt tarkastelivat vaihtoehtoisena järjestämismallina Ylä-Savon omaa sote-aluetta, johon kuuluisivat nykyiset Ylä-Savon sote -yhteistoiminta-alueen kunnat, vastuukunta Iisalmi, Kiuruvesi, Sonkajärvi ja Vieremä. Näiden yhteinen väestöpohja 39 772 asukasta ei täytä palvelurakenne-uudistuksen laajan perustason palvelujen väestöpohjakriteeriä. Myöskään muut kantokykätekijät, esimerkiksi huoltosuhte ja henkilöstön saatavuus, eivät riitä takaamaan laajan perustason palveluja pitkällä tähtäimellä. Rinnalla tarkasteltiin sote-aluetta, johon kuuluisivat muut Pohjois-Savon kunnat.

Selvityshenkilöt tarkastelivat lisäksi Keski-Savon sote-aluetta, johon kuuluisivat Pohjois-Savosta Varkaus ja Etelä-Savon kunnat Heinävesi, Joroinen ja Pieksämäki. Nykyisellään Joroisten kunta Etelä-Savosta muodostaa yhteistoiminta-alueen Varkauden kaupungin kanssa. Keski-Savon sote-alueen väestöpohja olisi 51 475. Keski-Savon sote-alue ulottuisi nykyisten maakuntarajojen sekä sairaanhoitopiirirajojen yli. Sen olisi tukeuduttava järjestämissopimuksella Mikkelin keskussairaalaan, jossa pystyttäisiin tuottamaan II tason päivystys. Alueen vähenevä ja rakenteeltaan vanheneva väestöpohja ei pitkällä tähtäimellä riitä takaamaan laajan perustason palveluja, eivätkä muutkaan kantokykätekijät puolla Keski-Savon sote-alueen perustamista.

### 3.2 EHDOTUKSEN VAIKUTUKSET KYS-ALUEELLA

KYSin erva-alueen kunnista 86 prosenttia on alle 20 000 asukkaan kuntia, jotka useimmilla indikaattoreilla, erityisesti väestörakenne- ja talousindikaattoreilla, tarkasteltuna ovat jo lähtökohtaisesti heikommalla tasolla kuin kunnat valtakunnallisesti keskimäärin. Palvelujen järjestämisen, tuottamisen, kehittämisen ja hankkimisen henkilöstö- ja osaamisresurssit on tärkeää

turvata. Kun työntekijät ovat yhden työnantajan palveluksessa, mahdollistuu prosessien kehittäminen ja erityisosaamisen joustava käyttö nykyistä paremmin. Talouden ennakoitavuus paranee ja palvelutuotannon haavoittuvuus vähenee.

Ehdotettu ratkaisu lisää kansalaisten yhdenvertaisuutta ja kantokykyä pystyttäisiin turvaamaan pitkälle tulevaisuuteen. Ehdotus ottaa huomioon jo tehdyt tuotannolliset järjestelyt toiminta-alueella ja antaa mahdollisuuden käyttää niissä kertyneitä kokemuksia hyväksi uudistuksen toimeenpanossa. Erityisvastuualueella on jo tehty laajoja tukipalveluiden ratkaisuja, joita voidaan hyödyntää myös jatkossa.

Vastuukuntamallissa sosiaali- ja terveydenhuolto säilyy kunnan muun päätöksenteon kokonaisuudessa, mikä luo edellytyksiä laaja-alaiselle hyvinvoinnin ja terveyden edistämiselle. Uudessa palvelurakenteessa muihin kuntiin on luotava erilliset rakenteet, jotka varmistavat, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiat ovat näiden kuntien strategisesta johtamisesta vastaavan kunnanhallituksen ja johtoryhmän asialistalla.

Uuden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen toteutumisen kannalta keskeisessä asemassa ovat päätöksenteko, johtaminen ja esimiestyö. Tiedonkulku on turvattava asiakastyöstä niin operatiiviseen kuin strategiseenkin johtamiseen ja päätöksentekoon – ja päinvastoin. Uudistusta on myös tuettava ja ohjattava systemaattisella, tutkimustietoon pohjautuvalla koulutus- ja kehittämistyöllä. Palvelujärjestelmän on pystyttävä vastaamaan arjen palveluhaasteisiin mahdollisimman hyvin riippumatta siitä, missä uudistustyön vaiheessa ollaan kulloinkin menossa. Tämä haastaa lähivuosina niin henkilöstön kuin johdonkin ja oikeuttaa heidät parhaaseen mahdolliseen tukeen palvelutyössä onnistumiseksi. Järjestämisalakia laadittaessa onkin syytä huolehtia myös siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus-, koulutus- ja kehittämissyhteistyö organisoidaan ja resursoidaan ervoittain alan tulevaisuususkkoa aidosti vahvistavalla tavalla.

## 3 C OULUN YLIOPISTOLLISEN KESKUSSAIRAALAN ERITYIS-VASTUUALUE

### 3.1. OYS-ALUEEN NYKYTILA JA EHDOTUKSET

Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue käsittää 51 % Suomen pinta-alasta, mutta sen väestömäärä on vain 14 % maan väestöstä (731 000). Alue koostuu Keski-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Kainuun ja Lapin maakunnista. Kuntia on yhteensä 68 ja sairaanhoitopiirejä alueella toimii viisi. Asukkaiden palvelutarpeet vaihtelevat suuresti kunnittain, samoin kuin yksittäisten järjestämistä vastuussa olevien kuntien kantokyky. Tämä johtaa siihen, että palvelutaso vaihtelee kunnittain.

Varsinkin Lapissa ja Kainuussa asutus on harvaa ja välimatkat pitkiä. Keski-Pohjanmaalla asuu ruotsinkielistä väestöä. Lapin kunnissa on saamenkielistä väestöä yhteensä 1526 (v. 2011). Nämä seikat lisäävät palvelujen järjestäjään kohdistuvia kantokykyvaatimuksia.

Yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollossa Ruotsin ja Norjan kanssa on vilkasta.



## LAPPI

### Kunnat, niiden väestö ja sen palvelutarpeet

Lapin 183 330 asukkaan maakunnassa on 21 kuntaa, joiden väestö vaihtelee vuoden 2011 tilastotietojen mukaan 973 ja 60 637 välillä. Maakunnan väestö on 3,4 % koko Suomen väestöstä, mutta sen asuttama alue käsittää 30,5 % koko Suomen pinta-alasta. Kunnat kuuluvat kuuteen seutukuntaan (Rovaniemen, Kemi-Tornion, Torniolaakson, Itä-Lapin, Tunturi-Lapin ja Pohjois-Lapin seutukunnat).

Alueen väestö kokonaisuutena kasvaa hieman, mutta vanhenee varsinkin Lapin itäisissä kunnissa. Maakunnan kunnista Kemijärvi ja Pello menettävät ennusteen mukaan neljänneksen väestöstään vuoteen 2030 mennessä. Noin viidenneksen asukasluvustaan menettävät Salla, Pelkosenniemi ja Ranua.

Maakunnan tasapainoisimmat väestönkehitysnäkymät ovat Kittilässä, Rovaniemellä ja Torniossa. Ne kuuluvat koko maan tasossa huoltosuhteeltaan edullisimpaan viidennekseen.

Epäedullisimmat väestömuuttajat ovat Pelkosenniemellä, Savukoskella, Posiolla, Kemijärvellä, Sallassa ja Pellossa. Kaikissa niissä huoltosuhte tulee ylittämään 120 vuoteen 2030 mennessä ja ne menettävät ennusteen mukaan asukasluvustaan yli 15 %:a.

Yli 75-vuotiaiden osuus väestöstä vaihtelee kunnittain 7,1 % ja 16,1 % välillä. Maakunnan väestöstä 9,1 % on täyttänyt 75 vuotta ja koko maan väestöstä 8,2 %. Kuntien sairastavuusindeksi vaihtelee 88,3 ja 134,2 välillä kun maan väestön sairastavuusindikaattori on 100. Sosiaalipalvelujen tarvetta voidaan jossain määrin kuvata asukasta kohti tarvittavalla toimeentulotuen määrällä. Se vaihtelee kunnittain 15 € ja 182 € välillä. Maakunnassa käytetään keskimäärin 116 € asukasta kohti toimeentulotukeen. Summa on hiukan vähemmän kuin koko maassa keskimäärin (120 €/asukas).

### Nykyinen palvelurakenne ja palvelujen toimivuus

Erikoissairaanhoidon toteuttamista varten Lapin maakunnassa on kaksi sairaanhoitopiiriä, Lapin sairaanhoitopiiri ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri. Lapin sairaanhoitopiirin muodostavat 15 kuntaa, joiden väestöpohja on 119 000 asukasta. Keskussairaalassa ovat edustettuina kattavasti tärkeimmät erikoisalot. Etäisyydet Rovaniemellä sijaitsevaan keskussairaalaan ovat pisimmillään 450 kilometriä. Aikuispsykiatrian sairaalahoito toteutetaan Muurolan sairaalassa Rovaniemellä.

Kemijärvellä toimii kaupungin sairaala Lapponia, joka oli aiemmin sairaanhoitopiirin alue-sairaala. Lapponiassa on edustettuina korvatautien, sisätautien, kirurgian ja gynekologian erikoisalot polikliinisissa palveluissa. Sairaalahoitoa tarjotaan yhdistetyllä sisätautien ja kirurgian osastolla.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin omistavat Kemi, Keminmaa, Simo, Tornio, Ylitornio ja Tervola. Keskussairaala toimii Kemissä ja psykiatrinen sairaala Keroputaalla Torniossa. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin väestöpohja on pieni, 65 300 asukasta. Keskussairaalassa ovat edustettuina suurimpien erikoisalojen palvelut.

Kehitysvammaisten erityishuollosta vastaa Lapin maakunnan alueella Kolpeneen palvelukeskuksen kuntayhtymä.

Lapin terveyskeskuksissa on 143 terveyskeskuslääkärin vakanssia, eli 7,9 lääkäri- ja sairaanhoitaja-vakanssia 10 000 asukasta kohti. Terveyskeskusten lääkäriresurssointi Lapin alueella vaihtelee 6,9–13,1 vakanssiin / 10 000 asukasta. Koko maan keskiarvo on 7,0. Laskennassa on jätetty kunnallisen työterveyshuollon vakanssit laskematta mukaan. Lapin väestöstä lähes puolet asuu alueella, jossa päivittäin on tilanne, jolloin potilaalla on todettu lääkärin hoidon tarve, mutta vastaanottoaikaa lääkärille ei ole antaa ja odotusaika kiirettömässä tapauksessa vastaanotolle on yli 4

viikkoa. Vuoden 2012 lokakuun seurantatiedoissa 10,7 % (Lapin shp) ja 7,8 % (Länsi-Pohjan shp) terveyskeskuslääkärin vakansseista oli täyttämättä. Vaje oli jonkin verran maan keskiarvoa (6,3 %) suurempi.

### **Muut kantokykytekijät alueella**

Taloudellisen kestävyuden kannalta tarkasteltuna Lapin kuntien verotulot asukasta kohti vaihtelevat 2 057 €:sta 4 399 €:oon. Maakunnan keskimääräinen kuntien verotulo asukasta kohti oli 3 254 € ja koko maan vastaava tulo 3 530 €. Kunnan konsernivelka asukasta kohti vaihtelee 1 461 € ja 9 526 € välillä. Maakunnassa kuntien velka asukasta kohti oli jonkin verran koko maan velkaa (4 729 €/as) pienempi 4 061 €/as. Valtionosuuksia maksettiin 2011 asukasta kohti 1 402 € ja 4 893 € välillä. Maakunnassa asukasta kohti maksettiin keskimäärin valtionosuutta 2 191 € kun koko maassa keskimäärin maksettiin 1 418 €.

Sosiaali- ja terveydenhuollon erityisosaaminen keskittyy Lapin alueella kahteen kaupunkiin, Rovaniemelle ja Kemiin. Näissä sijaitsevat suurin osa erikoissairaanhoidon palveluista. Joitain erikoissairaanhoidon palveluja tuotetaan myös lähipalveluina terveyskeskusten yhteydessä eri puolilla maakuntaa. Osa palveluista tuotetaan liikkuvien osaajien toimesta, osassa osaajat ovat paikkakuntalaisia. Sosiaalihuollon osalta erityispalvelujen sijoittuminen osaajineen jakautuu samoin perustein.

Myös infrastruktuurin kalleimmat osat sijoittuvat Rovaniemelle ja Kemiin. Terveyskeskukset ovat kuitenkin hyvin varusteltuja ympäri maakuntaa ja niissä tehdään monipuolista yleislääkäritasoisesta sairaanhoitoa. Ympäri vuorokautisia päivystyspisteitä on Ivalossa, Sodankylässä, Kemijärvellä, Posiolla, Rovaniemellä, Kittilä-Kolari-Muonio kiertävästi ja Kemissä. Erikoissairaanhoidon ympärivuorokautinen erikoisaloittainen päivystys on järjestetty Rovaniemellä ja Kemissä, joissa myös Lapin synnytykset hoidetaan. Kumpikin sairaanhoitopiiri alueellaan vastaa ensihoidosta.

### **Eryteisesti huomioitavat alueelliset tekijät**

Lapin erityispiirteitä ovat pitkät etäisyydet ja harva asutus, jotka asettavat haasteita palvelujen järjestämiselle. Palvelujen järjestämiseen vaikuttavat myös kielivaatimukset saamelaiden kulttuurisesti ja kielellisesti autonomisella kotiseutualueella.

Vuonna 2011 Lapin alueella oli 1526 saamenkielistä asukasta. Saamen kieli ei ole perustuslaissa tarkoitettu kansalliskieli, joten sen perustuslaillinen asema poikkeaa suomen ja ruotsin kielen perustuslaillisesta asemasta. Perustuslain säännöksen mukaan saamelaisilla on oikeus alkuperäiskansana ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan sekä käyttää saamen kieltä viranomaisissa siten, kuin laissa säädetään. Saamelaiden itsehallinnon tarkemmasta toteuttamisesta säädetään saamelaiskäräjistä annetussa laissa (974/1995). Saamelaiden kielellisiä oikeuksia on vahvistettu saamen kielilailla (1086/2003), jonka tavoitteena on yhdessä perustuslain 17 §:n 3 momentin kanssa turvata saamelaiden oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan.

Erytispiirteet on huomioitu kuntien valtionosuusjärjestelmässä usean tekijän osalta.

### **Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotus selvitysalueiksi**

Valtiovarainministeriön työryhmä esitti tammikuussa 2012 Lapin alueelle kuutta kuntaselvitysalueutta.

- Rovaniemi, Ranua ja kiinnostuksensa mukaan mahdollisesti myös Pello
- Kemi, Tornio, Keminmaa, Simo ja Ylitornio
- Kittilä, Enontekiö, Kolari ja Muonio
- Inari ja Utsjoki
- Kemijärvi, Pelkosenniemi, Savukoski ja Salla
- Kuusamo, Posio ja Taivalkoski (Pohjois-Pohjanmaalle)
- Sodankylästä ehdotettiin liitettäväksi Vuotson alue Inariin

Näin muodostuisi kaksi yli 60 000 asukkaan kuntaa, muiden jäädessä alle 15 000 asukkaan. Talouden vakauden turvaamiseksi ei esitetyillä suurimmillakaan kunnilla tai alueilla olisi kunnollista pohjaa.

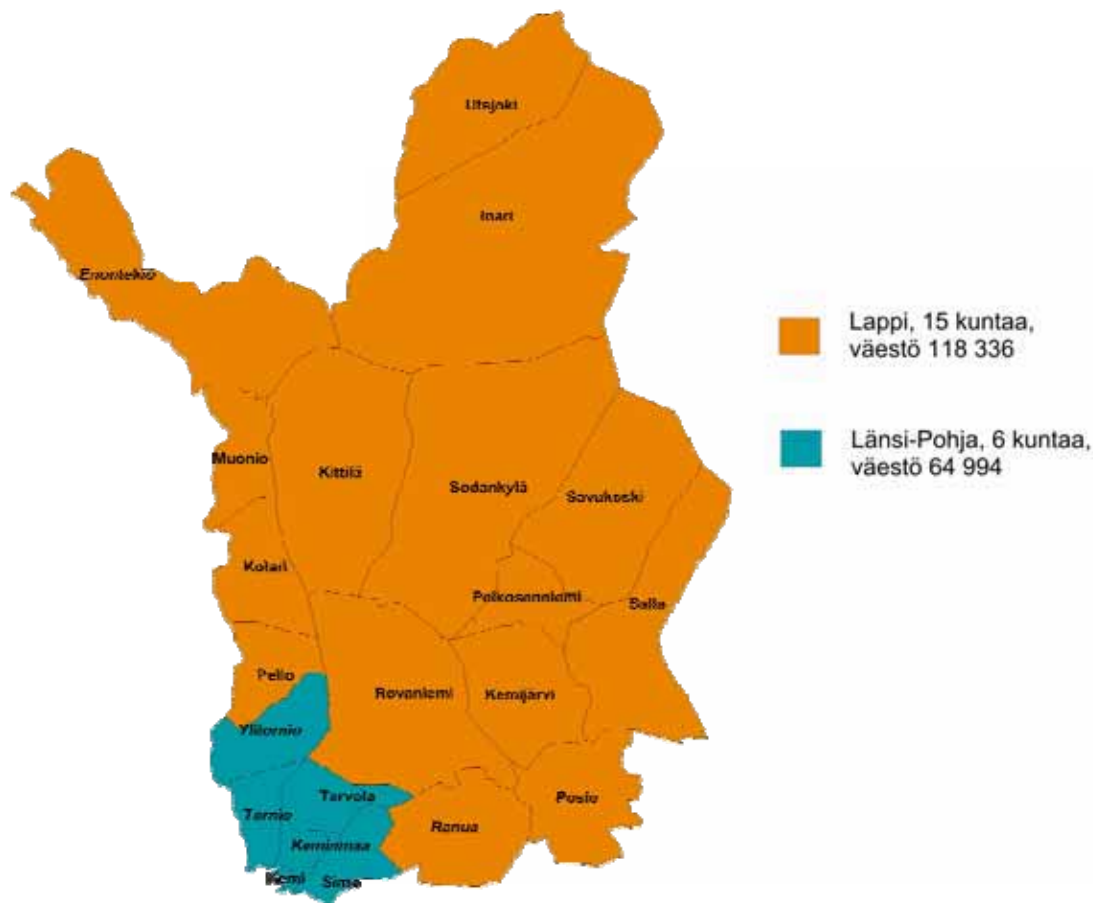
Kuntarakennelakiluonnoksen kriteerien mukaan kaikki Lapin kunnat Rovaniemeä lukuun ottamatta kuuluvat selvitysvelvoitteen piiriin, yleisimmin asukasluvun perusteella. Kemiä ja Torniota sekä Keminmaata velvoittaa yhdyskuntarakennekriteeri, Simoa ja Keminmaata pendelöinti- ja työpaikkaomavaraisuuskriteeri. Utsjoki on kriisikunta, Kemi kriisiytyvä kunta.

### **Muita alueellisia palvelurakenne-esityksiä**

Osana palvelujärjestelmän kehittämishanketta Pohjois-Suomen ervan selvityshenkilöt Lauri Nuutinen ja Tuomo Pääkkönen ovat esittäneet, että sosiaali- ja terveydenhuolto tulisi toteuttaa kuudella sote-alueella, jotka vastaisivat alueina nykyisiä sairaanhoitopiirejä siten, että Pohjois-Pohjanmaan alue olisi jaettu kahteen sote-alueeseen. Esitys on kunnissa tarkasteltavana ja kunnat antavat lausunnon esityksestä samassa yhteydessä kuin STM:n selvityshenkilöiden ehdotuksesta.

## LAPPI: EHDOTUS UUDEKSI PALVELURAKENTEESI

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien riittävän kantokyvyn saavuttamiseksi selvityshenkilöt ehdottavat Lapin maakuntaan kahta sosiaali- ja terveysaluetta, jotka muodostetaan nykyisten sairaanhoitopiirien alueiden pohjalta ja toimivat kuntayhtymä periaatteella.



Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki

Kuva 12. Lappi, ehdotus uudeksi palvelurakenteeksi

### Lapin sosiaali- ja terveysalue

Nykyisen Lapin sairaanhoitopiirin kuntien sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon järjestämisvastuu, kehitysvammaisten erityishuollon sekä sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu keskitetään yhdelle alueelliselle toimijalle, jolloin muodostuu Lapin sosiaali- ja terveysalue.

Alueeseen kuuluu yhteensä 15 kuntaa, joista suurin on Rovaniemi ja pienin Pelkosenniemi. Asukasluku on yhteensä 118 300 ja kuntien väestömäärät vaihtelevat 973–60 637. Rovaniemen osuus koko väestöstä on noin 51 %.

Ehdotetulla sote-alueella väestön palvelutarve on kohtuullisen lähellä maan koko väestön tarpeita. Sote-alueella vuosittainen palvelutarpeen vaihtelu on merkittävästi vähäisempää kuin alueen yksittäisissä kunnissa. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli vuonna 2011 8.9 % (koko maassa 8.2 %), sairastavuusindeksi 113 (100), toimeentulotuen määrä 110 € (120 €).



Kunnittain tarkasteltu väestöjen palvelutarve vaihtelee alueella erittäin runsaasti (ks.taulukko liite 3).

Sote-alueen taloudelliset kantokykytekijät ovat kohtuullisen lähellä maan keskitasoa. Vuonna 2011 asukaskohtaiset verotulot olivat 3 217 € (koko maassa 3 530 €), valtionosuudet 2 359 € (1 418 €) ja kuntakonsernien velat 3 830 € (4 729 €). Ratkaisulla tavoitellaan kuntien talouden vakauttamista samalla kun valtionosuusjärjestelmällä edelleen tuettaisiin kuntien talouden kestävyyttä.

Erityisosaaminen sote-alueella olisi koko väestön palvelujen käytettävissä yhtenäisin perustein ja järjestäjällä olisi riittävästi erityisosaamista tarvittavien palvelujen hankkimista varten omassa tuotannossaan.

Henkilöstön saatavuus kokonaisuudessaan olisi nykyistä paremmin hallittavissa ja sosiaali- ja terveydenhuollon infrastruktuuri kestävämmän ylläpidettävissä ja kehitettävissä.

Tulevissa rakenteissa on arvioitava tarvetta erityissääntelylle perustuslaissa turvattujen saamen kielellisten, kulttuuristen ja kulttuuri-itsehallinnon edellytysten turvaamiseksi.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että sote-alue toimii kuntayhtymäperiaatteella. Kuntien edustajien kanssa käytyjen keskustelujen perusteella kuntayhtymämallia pidetään tarkoituksenmukaisempänä kuin vastuukuntamallia.

## **Länsi-Pohjan sosiaali- ja terveysalue**

Nykyisen Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntien sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon järjestämistä vastuu, kehitysvammaisten erityishuolto ja sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon järjestämistä vastuu määritellään yhdelle alueelliselle toimijalle, muodostetaan Länsi-Pohjan sote-alue.

Alueella asuu 65 300 henkilöä ja siihen kuuluu kuusi (6) kuntaa. Suurimmat kunnat ovat Kemi ja Tornio, joissa molemmissa on reilut 22 000 asukasta. Muiden kuntien asukasluku vaihtelee 3 387–8 572 välillä.

Ehdotetulla sote-alueella väestön palvelutarve on jonkin verran maan koko väestön tarpeita suurempi koska väestö sairastaa maan keskitasoa enemmän. Sote-alueella vuosittainen palvelutarpeen vaihtelu on merkittävästi vähäisempää kuin alueen yksittäisissä kunnissa. Erikoissairaanhoidon palvelutarpeen vaihtelu ehdotetulla väestöpohjalla on kuitenkin edelleen huomattava. Ehdotetulla sote-alueella 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli vuonna 2011 9,4 % (koko maassa (8,2 %), sairastavuusindeksi 127 (100), toimeentulotuen määrä 127 € (120 €). Kunnittain tarkasteltu väestöjen palvelutarve vaihtelee alueella erittäin runsaasti (ks.taulukko liite 3).

Sote-alueen taloudelliset kantokykytekijät ovat kohtuullisen lähellä maan keskitasoa. Vuonna 2011 asukaskohtaiset verotulot vuonna olivat 3 320 € (koko maassa 3 530 €), valtionosuudet 1 886 € (1 418 €) ja kuntakonsernien velat 4 481 € (4 729 €). Ratkaisulla tavoitellaan kuntien talouden vakauttamista samalla kun valtionosuusjärjestelmällä edelleen tuettaisiin kuntien talouden kestävyyttä.

Erityisosaaminen sote-alueella olisi koko väestön palvelujen käytettävissä yhtenäisin perustein ja järjestäjällä olisi riittävästi erityisosaamista omassa tuotannossaan tarvittavien palvelujen hankkimista varten.

Henkilöstön saatavuus kokonaisuudessaan olisi nykyistä paremmin hallittavissa ja sosiaali- ja terveydenhuollon infrastruktuuri kestävämmän ylläpidettävissä ja kehitettävissä.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että sote-alue toimii kuntayhtymäperiaatteella. Kuntien edustajien kanssa käytyjen keskustelujen perusteella kuntayhtymämallia pidetään tarkoituksenmukaisempänä kuin vastuukuntamallia. Alueen yli 20 000 asukkaan kunnat eivät myöskään pitäneet järkevänä järjestämistä vastuuun jakamista.

Taulukko 9. Kantokykytekijät, Lappi

Lappi	Nykytilanteessa					Lappi sote- alue	Länsi-Pohja sote-alue
	Pienin arvo	Suurin arvo	Koko maa	Erva-alue	Maakunta		
Väestö 2011	973	60 637	5 401 267	737 680	183 330	3 830	4 481
Väestöennuste 2025	830	66 203	5 748 548	760 874	182 098	119 178	62 920
75 v. täyttäneet(%)	7,1	16,1	8,2	8,0	9,1	8,9	9,4
75 v. % 2025	10	23,7	12,4	11,9	13,7	13,5	14,1
Huoltosuhte	51	79	56	58,9	57	56	60
Sairastavuusindeksi (THL)	83	163	100	115	118	113	127
Toimeentulotuki €/as.	15	182	120	89 €	116	110	127
Toimeentulotukea saaneet % väestöstä	2,7	11,6	6,9	6,6	7,9	7,6	8,7
Verotulot/as	2 057	4 399	3 530	3 144 €	3 254	3 217	3 320
Valtionosuudet/as	1 402	4 893	1 418	1 988 €	2 191	2 359	1 886
Sote-nettomenot/asukas	2 941	5 017	3 272	3 015 €	3 492	3 609	3 279
Konsernivetka/as	1 461	9 526	4 729	4 250 €	4 061	3 830	4 481

## POHJOIS-POHJANMAA

### Kunnat, niiden väestö ja sen palvelutarpeet

Pohjois-Pohjanmaan 29 kuntaa muodostavat 394 965 asukkaallaan 7,3 % koko maan väestöstä, mutta alue käsittää 11,7 % koko Suomen maa-pinta-alasta. Alueen kunnat kuuluvat seitsemään eri seutukuntaan (Ylivieskan, Nivala-Haapajärven, Haapavesi-Siikalatvan, Oulun, Oulunkaaren, Koillismaan ja Raahen seutukunnat).

Suurin osa Oulun ympäryskunnista on vuoteen 2030 mennessä yli 20 % väestöltään kasvavia. Koko maan korkein asukasluvun kasvuprosentti samassa ajassa on Limingassa, lähes 58 %. Merijärvi menettää ennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä melkein viidenneksen väestöstään. Muita huomattavasti eli yli 10 % väestöstään menettäviä kuntia ovat Reisjärvi, Pyhäntä, Taivalkoski, Pudasjärvi ja Utajärvi.

Väestölliset huoltosuhteet vaihtelevat suuresti maakunnan kuntien välillä. Osa kunnista kuuluu väestörakenteeltaan koko maan elinvoimaisimpiin kuntiin, kun taas reuna-alueilla on kuntia, joiden väestörakenne on koko maan tasossa epäedullisimpia. Kempele, Liminka ja Oulu kuuluvat väestöltään maan parhaaseen viidennekseen, kun taas Merijärven ja Pyhäntän huoltosuhteet ovat koko maan huonoimmassa viidenneksessä. Pudasjärvi, Pyhäntä ja Merijärvi ovat kuntia, joissa huoltosuhte tulee vuonna 2030 ennusteen mukaan ylittämään 110.

Yli 75-vuotiaiden osuus väestöstä vaihtelee kunnittain 3,1 % ja 13,1 % välillä. Maakunnan väestöstä 6,9 % on täyttänyt 75 vuotta ja koko maan väestöstä 8,2 %. Kuntien sairastavuusindeksi vaihtelee 92,2 ja 147 välillä kun maan väestön sairastavuusindikaattori on 100. Sosiaalipalvelujen tarvetta voidaan jossain määrin kuvata asukasta kohti tarvittavalla toimeentulotuen määrällä. Se vaihtelee kunnittain 16 € ja 172 € välillä. Maakunnassa käytetään keskimäärin 82 € asukasta kohti toimeentulotukeen. Summa on reilusti vähemmän kuin koko maassa keskimäärin (120 €/asukas).

## Nykyinen palvelurakenne ja palvelujen toimivuus

Erikoissairaanhoidon toteuttamista varten kunnat kuuluvat Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin. Siihen kuuluu myös Vaalan kunta Kainuusta. Reisjärven kunta on tehnyt päätöksen vaihtaa sairaanhoitopiiriä Keski-Pohjanmaan. Sairaanhoitopiirissä on Oulun yliopistollinen keskussairaala Oulussa. Lisäksi sairaanhoitopiirillä on Oulaskankaan sairaala Oulaisissa sekä Kala- ja Pyhäjokilaaksojen aikuispsykiatrisen Visalan sairaala Ylivieskassa.

Oulun yliopistosairaalan yhteydessä toimii 13 kunnan yhteinen päivystysyksikkö (Oulun seudun yhteispäivystys), joka vastaa jäsenkuntien perusterveydenhuollon ilta- ja viikonloppupäivystyksestä sekä erikoissairaanhoidon päivystyksestä kokonaan. Raahen kaupungissa toimii Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä, joka vastaa Raahen kaupungin sekä Pyhäjoen, ja Siikajoen kuntien yhteensä 35 000 asukkaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista lukuun ottamatta varhaiskasvatusta ja ympäristöterveydenhuoltoa. Kuntayhtymällä on myös erikoissairaanhoidon tuottava sairaala Raahessa. Toimintaa on suurimmilla erikoisaloilla. Kuusamon terveyskeskuksessa tuotetaan myös suurimpien erikoisalojen polikliinisia ja vähäisessä määrin myös sairaalapalveluja. Sairaanhoitopiirin kanssa yhteistyössä pystytään toteuttamaan jonkin verran myös kirurgista toimintaa terveyskeskuksen toimenpiteinä.

Ii, Pudasjärvi, Simo, Vaala ja Utajärvi ovat muodostaneet PARAS puitelain mukaisen yhteistoiminta-alueen (kuntayhtymä), joka on käynnistynyt 2010. Yhteistoiminta-alue huolehtii perusterveydenhuollosta ja kaikista sosiaalipalveluista paitsi lasten päivähoidosta (Pudasjärven osalta kaikista sosiaalipalveluista). Yhteistoiminta-alueen väestöpohja on 28 066.

Alavieska, Nivala, Sievi ja Ylivieska ovat muodostaneet yhteistoiminta-alueen (kuntayhtymä), joka on käynnistynyt 2008. Yhteistoiminta-alue huolehtii perusterveydenhuollosta ja kaikista sosiaalipalveluista. Yhteistoiminta-alueen väestöpohja on 33 172.

Haapajärvi, Kärsämäki, Reisjärvi ja Pyhäjärvi ovat muodostaneet yhteistoiminta-alueen (kuntayhtymä), joka on käynnistynyt 2010. Yhteistoiminta-alue huolehtii perusterveydenhuollosta ja kaikista sosiaalipalveluista. Yhteistoiminta-alueen väestöpohja on 19 430.

Pyhäjoki, Raaha ja Siikajoki ovat muodostaneet yhteistoiminta-alueen (kuntayhtymä), joka on käynnistynyt 2009. Yhteistoiminta-alue huolehtii perusterveydenhuollosta ja kaikista sosiaalipalveluista. Yhteistoiminta-alueen väestöpohja on 34 731.

Hailuodon (1 004), Kempeleen (15 864), Limingan (9 037), Lumijoen (1 994), Muhoksen (8 857) ja Tyrnävän (6 416) kunnilla oli aiesopimus yhteistoiminta-alueen perustamisesta ja perusterveydenhuollon sekä kaikkien sosiaalipalveluiden paitsi lasten päivähoidon siirtämisestä yhteistoiminta-alueelle 2013. Yhteistoiminta-alueen väestöpohja olisi ollut 43 172. Kunnat tekivät syksyllä 2011 päätökset, ettei yhteistoiminta-aluetta muodosteta.

Haapavesi, Siikalatva ja Pyhäntä ovat muodostaneet yhteistoiminta-alueen (vastuukunta), joka on käynnistynyt 2009. Yhteistoiminta-alue huolehtii kaikista Haapaveden ja Siikalatvan perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluista, paitsi lasten päivähoidosta. Pyhäntällä on aiesopimus sosiaalipalveluiden paitsi lasten päivähoidonsiirtämisestä yhteistoiminta-alueelle 2015. Yhteistoiminta-alueen väestöpohja on 15 230.

Kalajoki ja Merijärvi ovat muodostaneet yhteistoiminta-alueen (vastuukunta), joka on käynnistynyt 2009–2010. Yhteistoiminta-alue huolehtii perusterveydenhuollosta ja kaikista sosiaalipalveluista. Yhteistoiminta-alueen väestöpohja on 13 764.

Oulainen (7 889) ei muodosta yhteistoiminta-aluetta.

Kuusamolla (16 492) ja Taivalkoskella ei ole yhteistoimintaratkaisua.

Pohjois-Pohjanmaan terveyskeskuksissa on 322 terveyskeskuslääkärin vakanssia, mikä vastaa 8,0 lääkäri vakanssia 10 000 asukasta kohti. Terveyskeskusten lääkäriresursointi Pohjois-Pohjanmaan alueella vaihtelee 4,6–11,9 vakanssiin / 10 000 asukasta. Koko maan keskimääräinen resursointi on 7,0. Laskennassa on jätetty kunnallisen työterveyshuollon vakanssit laskematta mukaan. Pohjois-Pohjanmaan väestöstä neljännes asuu alueella, jossa viikoittain on

tilanne, jolloin potilaalla on todettu lääkärin hoidon tarve, mutta vastaanottoaikaa lääkärille ei ole antaa. Odotusaika kiireettömässä tapauksessa vastaanotolle valtaosalla on 2-4 viikkoa, liki viidenneksellä kuitenkin yli 4 viikkoa. Lokakuun seurantatiedoissa 7,9 % vakansseista oli täyttämättä. Vaje oli jonkin verran maan keskiarvoa (6,3 %) suurempi.

### **Muut kantokykytekijät alueella**

Taloudellisen kestävyuden kannalta tarkasteltuna Pohjois-Pohjanmaan kuntien verotulot asukasta kohti vaihtelevat 2 074 €:sta 3 775 €:oon. Maakunnan keskimääräinen kuntien verotulo asukasta kohti oli 3 125 € ja koko maan vastaava tulo 3 530 €. Kunnan konsernivelka asukasta kohti vaihtelee 1 413 € ja 9 092 € välillä. Maakunnassa kuntien velka asukasta kohti oli hie-man koko maan velkaa (4 729 €/as) pienempi 4 146 €/as. Valtionosuuksia maksettiin 2011 asukasta kohti 940 € ja 3 935 € välillä. Maakunnassa asukasta kohti maksettiin keskimäärin valtionosuutta 1 817 € kun koko maassa keskimäärin maksettiin 1 418 €.

Erityisosaaminen keskittyy Pohjois-Pohjanmaan alueella muutamaun kaupunkiin, Ouluun, Oulaisiin, Raaheen, Ylivieskaan ja Kuusamoon. Näissä sijaitsevat suurin osa erikoissairaan-hoidon palveluista. Joitain erikoissairaanhoidon palveluja tuotetaan myös lähipalveluina terveyskeskusten yhteydessä eri puolilla maakuntaa. Sosiaalihuollon osalta erityispalvelujen sijoittuminen osajineen jakautuu samoin perustein.

Myös infrastruktuurin kalleimmat osat sijoittuvat em. kaupunkiin. Terveyskeskukset ovat kuitenkin hyvin varusteltuja ympäri maakuntaa ja niissä tehdään monipuolista yleislääkäri-tasoista sairaanhoitoa. Ympäri vuorokautisia päivystyspisteitä on Oulussa, Oulaisissa, Raahessa ja Kuusamossa. Erikoissairaanhoidon ympärivuorokautinen erikoisaloittainen päivystys on järjestetty Oulussa. Synnytykset hoidetaan Oulussa ja Oulaisissa. Sairaanhoidopiiri alueellaan vastaa ensihoidosta.

### **Erityisesti huomioitavat alueelliset tekijät**

Pohjois-Pohjanmaan erityispiirteitä ovat osassa maakuntaa pitkät etäisyydet ja harva asutus.

### **Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotus selvitysalueiksi**

Valtiovarainministeriön työryhmä esitti tammikuussa 2012 Pohjois-Pohjanmaan alueelle viittä kuntaselvitysalueita.

- Oulu, Hailuoto, Ii, Kempele, Liminka, Lumijoki, Muhos, Pudasjärvi, Tyrnävä, Utajärvi ja Vaala sekä Ouluun jo vuoden 2013 alusta liittyneet Haukipudas, Kiiminki, Oulunsalo ja Yli-Ii
- Pyhäjoki, Raahe ja Siikajoki
- Alavieska, Kalajoki, Merijärvi, Oulainen, Sievi ja Ylivieska
- Haapajärvi, Haapavesi, Kärsämäki, Nivala, Pyhäjärvi, Pyhäntä, Reisjärvi ja Siikalatva
- Kuusamo, Taivalkoski ja Posio

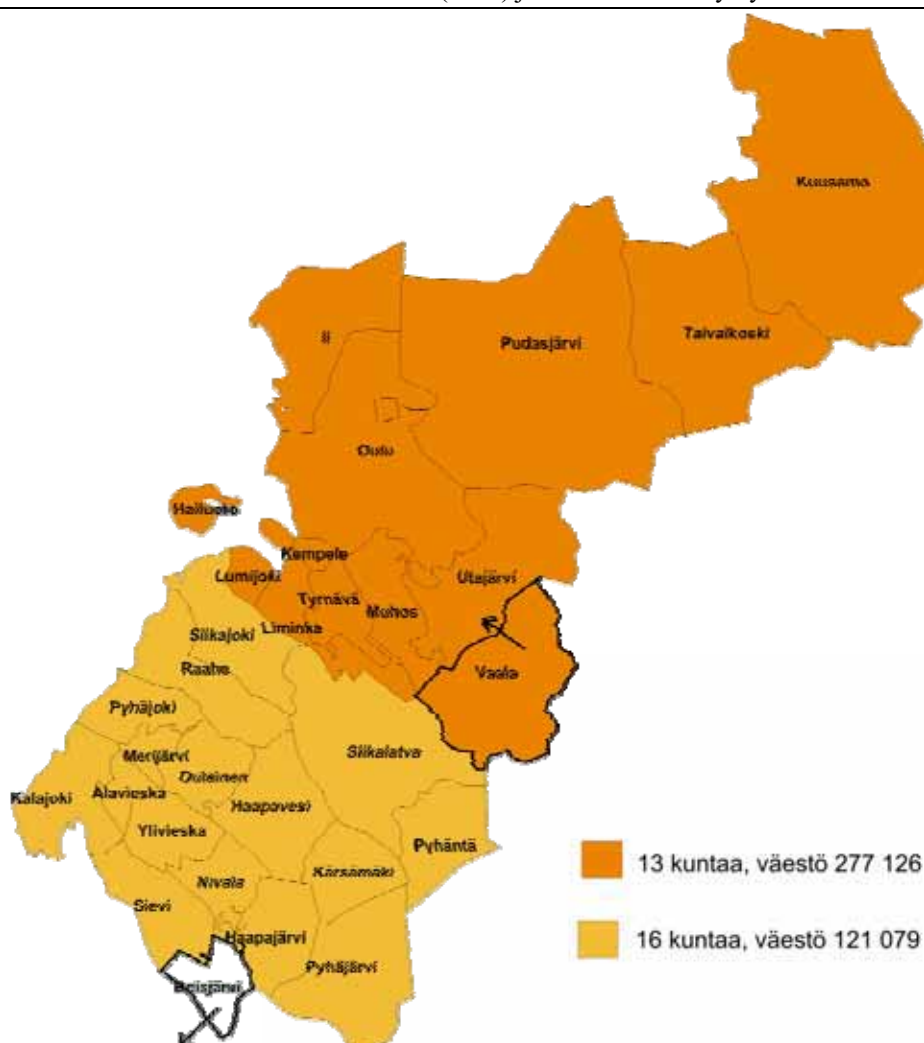
Kuntarakennelakiluonnoksen mukaan kaikki Pohjois-Pohjanmaan kunnat kuuluvat selvitysvelvoitteen piiriin Raahea lukuun ottamatta. Oulua koskee yhdyskuntarakennekriteeri, samoin Liminkaa. Oulua ja Raahea lukuun ottamatta kunnissa täyttyy asukaslukukriteeri, lisäksi työpaikkaomavaraisuus- ja pendelöintikriteerit koskevat Iin, Hailuodon, Muhoksen, Kempeleen, Lumijoen ja Limingan kuntia Oulun ympäristössä sekä Pyhäjokea Raahen naapurissa. Eteläisellä alueella on useita kriisiytyviä kuntia.

## Muita alueellisia palvelurakenne-esityksiä

Osana palvelujärjestelmän kehittämishanketta Pohjois-Suomen ervan selvityshenkilöt Lauri Nuutinen ja Tuomo Pääkkönen ovat aiemmassa selvitystyössä esittäneet, että sosiaali- ja terveydenhuolto tulisi järjestää kuudella sote-alueella, jotka vastaisivat alueina nykyisiä sairaanhoitopiirejä siten, että Pohjois-Pohjanmaan alue olisi jaettu kahteen sote-alueeseen. Esitys on kunnissa tarkasteltavana ja kunnat antavat lausunnon esityksestä samaan aikaan kuin STM:n selvityshenkilöiden ehdotuksesta.

## POHJOIS-POHJANMAA: EHDOTUS UUDEKSI PALVELURAKENTEESI

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien riittävän kantokyvyn saavuttamiseksi selvityshenkilöt ehdottavat Pohjois-Pohjanmaan maakuntaan kahta sosiaali- ja terveysaluetta. Pohjoiselle sote-alueelle ehdotetaan vastuukuntamallia (Oulu) ja eteläiselle kuntayhtymämallia.



### Reisjärvi Keski-Pohjanmaan esityksessä

Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki

Kuva 13. Pohjois-Pohjanmaa, ehdotus uudeksi palvelurakenteeksi

## **Pohjois-Pohjanmaan pohjoinen sosiaali- ja terveysalue**

Pohjois-Pohjanmaan pohjoisten kuntien sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon järjestämistä, kehitysvammaisten erityishuolto sekä sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon järjestämistä vastuu keskitetään yhdelle alueelliselle toimijalle, jolloin muodostuu Pohjois-Pohjanmaan pohjoinen sosiaali- ja terveysalue (ks. taulukko liite 3).

Alueeseen kuuluu yhteensä 13 kuntaa, joista 12 Pohjois-Pohjanmaan maakunnasta sekä Vaala Kainuun maakunnasta. Suurin kunta on Oulu ja pienin Hailuoto. Asukasluku on yhteensä noin 277 000 ja kuntien väestömäärät vaihtelevat 1 004–188 114. Oulun osuus koko väestöstä on 68 %.

Ehdotetulla sote-alueella väestön palvelutarve on maan koko väestön tarpeita kevyempi. Sote-alueella vuosittainen palvelutarpeen vaihtelu on merkittävästi vähäisempää kuin alueen yksittäisissä kunnissa. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä olisi vuoden 2011 tietojen perusteella 6,1 % (koko maassa 8,2 %), sairastavuusindeksi 106 (100), toimeentulotuen määrä 89 € (120 €). Kunnittain tarkasteltu väestöjen palvelutarve vaihtelee alueella erittäin runsaasti (ks. taulukko liite 3).

Sote-alueen taloudelliset kantokykytekijät ovat kohtuullisen lähellä maan keskitasoa. Vuonna 2011 asukaskohtaiset verotulot olivat 3 222 € (koko maassa 3 530 €), valtionosuudet 1 559 € (1 418 €) ja kuntakonsernien velat 3 548 € (4 729 €). Ratkaisulla tavoitellaan kuntien talouden vakauttamista samalla kun valtionosuusjärjestelmällä edelleen tuettaisiin kuntien talouden kestävyyttä.

Eritysisosaaminen olisi koko sote-alueella käytettävissä yhtenäisin perustein ja järjestäjällä olisi omassa tuotannossaan riittävästi erityisosaamista tarvittavien palvelujen hankkimista varten.

Henkilöstön saatavuus kokonaisuudessaan olisi nykyistä paremmin hallittavissa ja sosiaali- ja terveydenhuollon infrastruktuuri kestävämmän ylläpidettävissä ja kehitettävissä.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että sote-alue toimii vastuukuntamallilla, vastuukuntana Oulu, jonka osuus koko alueen väestöstä on 68 %.

## **Pohjois-Pohjanmaan eteläinen sosiaali- ja terveysalue**

Pohjois-Pohjanmaan eteläisten kuntien sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon järjestämistä, kehitysvammaisten erityishuolto sekä sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon järjestämistä vastuu alueen kuntien väestön osalta keskitetään yhdelle alueelliselle toimijalle, jolloin muodostuu Pohjois-Pohjanmaan eteläinen sosiaali- ja terveysalue.

Alueeseen kuuluu yhteensä 16 kuntaa Pohjois-Pohjanmaan maakunnasta. Pohjois-Pohjanmaan maakunnasta Reisjärvi kuuluu ehdotuksessa Keski-Pohjanmaan sote-alueeseen. Suurin kunta on Raahe ja pienin Merijärvi. Asukasluku on yhteensä noin 121 000 ja kuntien väestömäärät vaihtelevat 1 199–25 652. Raahan osuus koko väestöstä on noin 21 %.

Ehdotetulla sote-alueella väestön palvelutarve on melko lähellä maan koko väestön tarpeita. Sairastavuus on kuitenkin keskitasoa selvästi korkeampi. Sote-alueella vuosittainen palvelutarpeen vaihtelu on merkittävästi vähäisempää kuin alueen yksittäisissä kunnissa. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä olisi vuoden 2011 tietojen perusteella 8,7 % (koko maassa 8,2 %), sairastavuusindeksi 128 (100), toimeentulotuen määrä 69 € (120 €). Kunnittain tarkasteltu väestöjen palvelutarve vaihtelee alueella erittäin runsaasti (ks. taulukko liite 3).

Sote-alueen taloudelliset kantokykytekijät ovat ilman valtion tukea riittämättömät tehtävään. Vuonna 2011 asukaskohtaiset verotulot olivat 2 922 € (koko maassa 3 530 €) suhteellisen alhaiset ja kunnat keskimääräistä velkaantuneempia. Kuntakonsernien asukaskohtaiset velat 5 528 € (4 729 €). Valtionosuuksia maksettiin asukasta kohti 2 413 € (1 418 €). Ehdote-

tulla sote-alueratkaisulla tavoitellaan kuntien talouden vakauttamista samalla kun valtion-osuusjärjestelmällä edelleen tuettaisiin kuntien talouden kestävyyttä.

Erityisosaaminen sote-alueella olisi koko väestön palvelujen käytettävissä yhtenäisin perustein ja järjestäjällä olisi mahdollisuus riittävään erityisosaamiseen omassa tuotannossaan tarvittavien palvelujen hankkimista varten. Erikoissairaanhoidon osalta sote-alue tulisi tukeutumaan merkittävästi Pohjois-Pohjanmaan yliopistolliseen sairaalaan yliopistotason lisäksi myös vaativamman erikoissairaanhoidon osalta. Henkilöstön saatavuus kokonaisuudessaan olisi nykyistä paremmin hallittavissa ja sosiaali- ja terveydenhuollon infrastruktuuri kestävämmiin ylläpidettävissä ja kehitettävissä.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että sote-alue toimii kuntayhtymäperiaatteella, koska alueella ei ole riittävän vahvaa vastuukunnaksi sopivaa kuntaa.

Taulukko 9. Kantokykitekijät, Pohjois-Pohjanmaa

Pohjois-Pohjanmaa	Nykytilanteessa					Pohjoinen sote-alue	Eteläinen sote-alue
	Pienin arvo	Suurin arvo	Koko maa	Erva-alue	Maakunta		
Väestö 2011	1 004	188 114	5 401 267	737 680	397 887	227 126	121 079
Väestöennuste 2025	1 010	216 776	5 748 548	760 874	430 766	311 073	119 645
75 v. täyttäneet(%)	3,1	13,1	8,2	8,0	6,9	6,1	8,7
75 v. % 2025	4,8	22,8	12,4	11,9	10,5	9,4	13,2
Huoltosuhte	45,6	82,8	56	58,9	58,7	55,4	66,7
Sairastavuusindeksi (THL)	75	174	100	115	113	106	128
Toimeentulotuki €/as.	16	172	120	89 €	82	89	69
Toimeentulotukea saaneet % väestöstä	3,2	12	6,9	6,6	6,3	6,4	6,1
Verotulot/as	2 074	3 775	3 530	3 144 €	3 125	3 222	2 922
Valtionosuudet/as	940	3 935	1 418	1 988 €	1 817	1 559	2 413
Sote-nettomenot/asukas	2 666	4 222	3 272	3 015 €	3 215	3 128	3 422
Konsernivelka/as	1 413	9 092	4 729	4 250 €	4 146	3 548	5 528

## KESKI-POHJANMAA

### Kunnat, niiden väestö ja sen palvelutarpeet

Keski-Pohjanmaa on kahdeksan kunnan maakunta, jossa asukkaita on 68 321. Se on sekä pinta-alaltaan että väestöltään Manner-Suomen pienin maakunta. Väestö on vain 1,3 % koko maan väestöstä ja alue käsittää 1,7 % koko Suomen maapinta-alasta. Maakunnan keskus on Kokkola, jossa asukkaita on noin 46 000. Maakunnan pienin kunta on alle 900 asukkaan Lestijärvi.

Alueen kunnat kuuluvat kahteen seutukuntaan. Kokkolan seutukunnan muodostavat Kokkola ja Kannus. Seutukunnan asukasluvu on yhteensä 51 997. Kaustisen seutukunnan muodostavat Kaustinen, Toholampi, Veteli, Perho, Halsua ja Lestijärvi. Seutukunnan asukasluvu on 16 324.

Maakunnan asukasluvun ja väestörakenteen kehitysnäkymät ovat kääntymässä suhteellisen hyvistä haastaviksi. Alueen väestö kokonaisuutena on hienoisessa kasvussa, kasvun suuruus on ennusteiden mukaan 5,1 prosenttia vuoteen 2030 mennessä. Tämä tarkoittaisi yli 3 500 asukkaan lisäystä. Kuntakohtaisesti tarkasteluna ennusteen mukaan kaikissa muissa kunnissa asukasluvu alenee yhteensä noin 1 600 asukkaalla, mutta Kokkolassa lisäys on yli 5 100 henkeä. Voimakkainta väestön väheneminen on Lestijärvellä ja Halsualla, yli 15 prosenttia.

Väestörakenne on Kokkolassa ja Kaustisilla muuta maata selvästi tasapainoisempaa, lasten osuus on suhteellisen suuri, eivätkä kokonaisuutena kunnat ole muuttumassa niin voimakkaasti vanhusvoittoisemmiksi kuin koko maassa. Muissa kunnissa tilanne tulee kuitenkin olemaan erilainen: huoltosuhte heikkenee huomattavasti.

Yli 75-vuotiaiden vanhusten osuus ylittää Lestijärvellä ja Halsualla 20 % kunnan asukasluvusta. Lestijärvi ja Perho tulevat ennusteen mukaan kuulumaan koko maan huonoimpaan viidennekseen huoltosuhteen mukaan. Perho kuuluu huonoimpaan viidennekseen jo nykyisellä väestörakenteellaan.

### **Erityisesti huomioitavat alueelliset tekijät**

Keski-Pohjanmaalla on yksi kaksikielinen kunta Kokkola. Kokkolassa on enemmistökielenä suomi, muut maakunnan kunnat ovat yksikielisiä suomenkielisiä kuntia. Kokkolassa on ruotsinkielisiä 13,8 prosenttia eli 6 325 asukasta.

### **Nykyinen palvelurakenne ja palvelujen toimivuus**

Erikoissairaanhoidonsa toteuttamiseksi Keski-Pohjanmaan kunnat sekä Kruunupyö ja Reisjärvi kuuluvat Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä Kiuruun. Kiuru vastaa muiden paitsi Kokkolan ja Kruunupyön osalta erikoissairaanhoidon lisäksi myös perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen toteuttamisesta. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on sopinut Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien kanssa siitä, että kuntayhtymät huolehtivat erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisesta myös toistensa jäsenkuntien väestölle ilman erillistä maksusitoumusta. Kuntayhtymän keskussairaala toimii Kokkolassa, Sairaanhoitopiirin väestöpohja on 78 000 asukasta.

Kehitysvammaisten erityishuollosta vastaa Keski-Pohjanmaan erityishuoltopiirin kuntayhtymä.

Keskipojanmaalla on kaksi terveyskeskusta, Kokkolan seudun terveyskeskus ja Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymä / Jokivarsikuntien terveyskeskus. Terveyskeskuslääkärin vakansseja on 56, mikä vastaa 7,5 lääkäri-vakanssia 10 000 asukasta kohti. Kokkolassa on lääkärin vakansseja 6,6 ja Jokivarsikuntien terveyskeskuksessa 9,6 samassa suhteessa. Koko maan keskimääräinen resursointi on 7,0. Laskennassa on jätetty kunnallisen työterveyshuollon vakanssit laskematta mukaan. Maakunnan terveyskeskuksissa on viikoittain tilanteita, jolloin potilaalla on todettu lääkärin hoidon tarve, mutta vastaanottoaikaa lääkärille ei ole antaa ja odotusaika kiireettömässä tapauksissa Kokkolan terveyskeskuksessa on 2–4 viikkoa kun Jokivarsikuntien terveyskeskuksessa se on alle 2 viikkoa.

Lokakuun 2012 seurantatiedoissa vakanssien täyttöaste oli hyvä, vaje oli vain 1,8 %. Maan keskiarvo oli 6,3 %.

### **Muut kantokykytekijät alueella**

Taloudellisen kestävyuden kannalta tarkasteltuna Keski-Pohjanmaan kuntien verotulot asukasta kohti vaihtelevat 2 310 €:sta 3 332 €:oon. Maakunnan keskimääräinen kuntien verotulo asukasta kohti oli 3 139 € ja koko maan vastaava tulo 3 530 €. Kunnan velka asukasta kohti vaihtelee 2 393 € ja 8 452 € välillä. Maakunnassa kuntien velka asukasta kohti oli jonkin verran koko maan velkaa (4 948 €/as) suurempi 6 420 €/as. Valtionosuuksia maksettiin 2011



asukasta kohti 1 465 € ja 3 654 € välillä. Maakunnassa asukasta kohti maksettiin keskimäärin valtionosuutta 1 846 € kun koko maassa keskimäärin maksettiin 1 418 €.

Erityisosaaminen keskittyy Keski-Pohjanmaan alueella Kokkolaan. Siellä sijaitsee suurin osa erikoissairaanhoidon palveluista.

Myös infrastruktuurin kalleimmat osat sijoittuvat Kokkolaan. Terveysasemia on jokaisessa kunnassa. Ympäri vuorokautinen päivystys, erikoisaloittainen päivystys mukaan lukien, on toteutettu Kokkolassa.

### **Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotus selvitysalueiksi**

Valtiovarainministeriön työryhmä esitti tammikuussa 2012 kuntajakoselvitystä uuden kunnan muodostamiseksi. Uuden kunnan muodostaisivat Kokkola, Halsua, Kannus, Kaustinen, Lestijärvi, Perho, Toholampi, Veteli, sekä mahdollisesti Kruunupyö

Kuntarakennelakiluonnoksen mukaan Keski-Pohjanmaan kaikki kunnat kuuluvat selvitysvelvoitteen piiriin. Kokkola kriisiytyvänä kuntana, muut asukasluvun perusteella. Lisäksi Kaustinen, Toholampi ja Halsua ovat kriisiytyviä kuntia.

## KESKI-POHJANMAA: EHDOTUS UUDEKSI PALVELURAKEN- TEEKSI

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjän riittävän kantokyvyn saavuttamiseksi selvityshenkilöt ehdottavat Keski-Pohjanmaan maakuntaan yhtä sosiaali- ja terveysaluetta, joka muodostetaan nykyisen sairaanhoitopiirin kuntien pohjalta ja toimii vastuukuntaperiaatteella (Kokkola).



Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki

Kuva 14. Keski-Pohjanmaa, ehdotus uudeksi palvelurakenteeksi

### Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysalue

Keski-Pohjanmaan nykyisen sairaanhoitopiirin alueen kuntien sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon järjestämisvastuu, kehitysvammaisten erityishuolto sekä sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu määritellään yhdelle alueelliselle toimijalle, jolloin muodostuu Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysalue.

Alueeseen kuuluu yhteensä kymmenen (10) kuntaa, joista kaksi on maakunnan ulkopuolisia. Kruunupyö sijaitsee Pohjanmaan maakunnassa ja Reisjärvi Pohjois-Pohjanmaan maakunnassa. Alueen väestöpohja on 78 160 henkilöä ja vaihtelee kunnittain 850–46 585. Suurin kunnista on Kokkola jonka asukasmäärä on 60 % koko alueen asukasluvusta.

Ehdotetulla sote-alueella väestön palvelutarve on lähellä maan koko väestön tarpeita. Sote-alueella vuosittainen palvelutarpeen vaihtelu on merkittävästi vähäisempää kuin alueen yksittäisissä kunnissa. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli vuonna 2011 8,8 % (koko maassa

8,2 %), sairastavuusindeksi 107 (100), toimeentulotuen määrä 48 € (120 €). Kunnittain tarkasteltu väestöjen palvelutarve vaihtelee runsaasti (ks. taulukko liite 3).

Sote-alueen taloudelliset kantokykytekijät ovat kohtuullisen lähellä maan keskitasoa, paitsi että kunnat ovat keskitasoa raskaammin velkaantuneita. Vuonna 2011 asukaskohtaiset verotulot olivat 3 080 € (koko maassa 3 530 €), valtionosuudet 1 963 € (1 418 €) ja kuntakonsernien velat 5 971 € (4 729 €). Ratkaisulla tavoitellaan kuntien talouden vakauttamista samalla kun valtionosuusjärjestelmällä edelleen tuettaisiin kuntien talouden kestävyttä.

Erityisosaaminen sote-alueella olisi koko väestön palvelujen käytettävissä yhtenäisin perustein ja järjestäjällä olisi riittävästi erityisosaamista tarvittavien palvelujen hankkimista varten omassa tuotannossaan.

Henkilöstön saatavuus kokonaisuudessaan olisi nykyistä paremmin hallittavissa ja sosiaali- ja terveydenhuollon infrastruktuuri kestävämmän ylläpidettävissä ja kehitettävissä

Selvityshenkilöt ehdottavat sote-alueelle vastuukuntamallia ja vastuukunnaksi Kokkolaa, jonka väestö on 60% ehdotetun alueen väestöstä.

Taulukko 10. Kantokykytekijät, Keski-Pohjanmaa

Keski-Pohjanmaa	Nykytilanteessa					KP sote-alue
	Pienin arvo	Suurin arvo	Koko maa	Erva-alue	Maakunta	
Väestö 2011	847	46 585	5 401 267	737 680	68 484	78 464
Väestöennuste 2025			5 748 548	760 874		
75 v. täyttäneet(%)	7,9	13,4	8,2	8,0	8,6	8,8
75 v. % 2025			12,4	11,9		
Huoltosuhte	61	82	56	58,9	63	63
Sairastavuusindeksi (THL)	90	162	100	115	108	107
Toimeentulotuki €/as.	36	64	120	89 €	52	48
Toimeentulotukea saaneet % väestöstä	3,5	5,3	6,9	6,6	4,7	4,3
Verotulot/as	2 310	3 332	3 530	3 144 €	3 139	3 080
Valtionosuudet/as	1 465	3 654	1 418	1 988 €	1 846	1 963
Sote-nettomenot/asukas	3 308	3 683	3 272	3 015 €	3 421	3 454
Konsernivelka/as	2 393	8 452	4 729	4 250 €	6 420	5 970

## KAINUU

### Kunnat, niiden väestö ja sen palvelutarpeet

Kainuun maakunnassa on yhdeksän kuntaa, joissa asukkaita on vuoden 2010 tilaston mukaan 82 073, joka on 1,5 prosenttia koko maan asukasluvusta. Kainuun kunnat kuuluvat kahteen eri seutukuntaan (Kajaanin ja Kehys-Kainuun).

Kainuun väestökehitys on jo pitkään ollut vähenevä, osalla kunnista väkiluku on puolittunut viimeisen viidenkymmenen vuoden aikana. Väestökehityksen ennustetaan jatkuvan Kainuussa vähenevänä.

Huoltosuhteen ennustetaan olevan Kajaanin ja Sotkamon lukuun ottamatta vuonna 2030 yli sata. Huonoin sen ennustetaan olevan Hyrynsalmella, Puolangalla, Ristijärvellä ja Vaalassa.

Yli 75-vuotiaiden osuus vaihtelee kunnittain 8,4 % ja 17,9 % välillä. Maakunnan väestöstä 10,4 % on täyttänyt 75 vuotta ja vuonna 2030 osuuden ennustetaan olevan 18,6 %. Kuntien

sairastavuusindeksi vaihtelee välillä 112–142, mikä merkitsee selvästi maan keskitasoa sairaampaa väestöä. Toimeentulotuen asukaskohtaiset menot maakunnassa ovat 103 €, mikä on hieman maan keskitason (120 €) alle. Kunnittainen vaihtelu on välillä 69 €–124 €.

### **Erityisesti huomioitavat alueelliset tekijät**

Kainuussa toteutettiin Kainuun hallintokokeilua vuodesta 2005 vuoden 2012 loppuun. Kokeilussa olivat mukana Kainuun kunnat lukuun ottamatta Vaalan kuntaa. Hallintokokeilussa maakunta vastasi perussopimuksen mukaan mm. sosiaali- ja terveydenhuollosta kokonaisuudessaan mukaan lukien erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuolto. Päivähoito oli kokeilun ulkopuolella. Vuoden 2013 alusta maakunnan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on vastannut Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä lukuun ottamatta Vaalan kuntaa, joka kuuluu Oulunkaaren yhteistoiminta-alueeseen ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin. Puolangan kunta vastaa perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen järjestämisestä itse ja kuuluu kuntayhtymään erikoissairaanhoidon, ympäristöterveydenhuollon, kehitysvammaisten erityishuollon ja joidenkin tukipalveluiden osalta.

### **Nykyinen palvelurakenne ja palvelujen toimivuus**

Erikoissairaanhoidonsa toteuttamiseksi Kainuun kunnat, lukuun ottamatta Vaalan kuntaa, kuuluvat Kainuun sairaanhoitopiiriin, jonka toiminnasta vastaa Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Keskussairaala toimii Kajaanissa. Sairaalan toiminta kattaa kaikkien suurten erikoisalojen polikliinisen ja sairaalatoiminnan. Kainuun sote-kuntayhtymä vastaa myös kehitysvammaisten erityishuollosta.

Kainuussa on kaksi terveyskeskusta, Kainuun terveyskeskus (Suomussalmi, Hyrynsalmi, Ristijärvi, Paltamo, Kuhmo, Sotkamo ja Kajaani) ja Puolangan terveyskeskus, jonka toiminta on vuoden 2013 alusta ulkoistettu yrityksen hoidettavaksi. Kainuun terveyskeskuksessa lääkärin vakansseja on 56, mikä vastaa 7,2 lääkärivakanssia 10 000 asukasta kohti. Koko maan keskimääräinen resursointi on 7,0. Laskennassa on jätetty kunnallisen työterveyshuollon vakanssit laskematta mukaan. Kainuun terveyskeskuksessa on viikoittain tilanteita, jolloin potilaalla on todettu lääkärin hoidon tarve, mutta vastaanottoaikaa lääkärille ei ole antaa ja odotusaika kiireettömässä tapauksissa Kainuun terveyskeskuksessa on 2–4 viikkoa.

Lokakuun 2012 seurantatiedoissa vakanssien täyttöaste oli jonkin verran maan keskitasoa heikompi, 8,9 %. Maan keskiarvo oli 6,3 %.

### **Muut kantokykytekijät alueella**

Taloudellisen kestävyuden kannalta tarkasteltuna Kainuun kuntien verotulot asukasta kohti vaihtelevat 2 654 €:sta 3 214 €:oon ja ovat kaikilla kunnilla alle maan keskitason. Maakunnan keskimääräinen kuntien verotulo asukasta kohti oli 3 027 € ja koko maan vastaava tulo 3 530 €. Kunnan velka asukasta kohti vaihtelee 2 041 € ja 5 117 € välillä. Maakunnassa kuntien velka asukasta kohti oli jonkin verran koko maan velkaa (4 729 €/as) pienempi 3 551 €/as. Valtionosuuksia maksettiin vuonna 2011 asukasta kohti 1 867 € ja 4 274 € välillä. Maakunnassa asukasta kohti maksettiin keskimäärin valtionosuutta 2 444 € kun koko maassa keskimäärin maksettiin 1 418 €.

Erityisosaaminen keskittyy Kainuussa Kajaaniin. Siellä sijaitsee suurin osa erikoissairaanhoidon palveluista.

Myös infrastruktuurin kalleimmat osat sijoittuvat Kajaaniin. Terveysasemia on jokaisessa kunnassa. Ympärivuorokautinen päivystys, erikoisaloittainen päivystys mukaan lukien, on toteutettu Kajaanissa. Puolangan ympärivuorokautinen päivystys toteutetaan Kuusamossa.

### **Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotus selvitysalueiksi**

Valtiovarainministeriön työryhmä esitti tammikuussa 2012 kahta erityistä kuntajakoselvitystä seuraavien uusien kuntien muodostamiseksi:

- Kajaani, Sotkamo, Paltamo ja Ristijärvi sekä Vaalan kunnan itäosa eli ns. Manamansalo ja Säräisniemi.
- Suomussalmi, Hyrynsalmi ja Puolanka.

Kuhmon kaupungin osalta ei esitetä kuntajakomuutoksia.

Kuntarakennelakiluonnoksen mukaan Kainuun kunnat Kajaania lukuun ottamatta kuuluvat selvitysvelvoitteen piiriin asukaslukunsa perusteella, lisäksi Ristijärvi työpaikkaomavaraisuuden ja Paltamo pendelöintikriteerin perusteella. Kriisiytyviä kuntia ovat Vaala ja Hyrynsalmi.

## KAINUU: EHDOTUS UDEKSI PALVELURAKENTEESI

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjän riittävän kantokyvyn saavuttamiseksi selvityshenkilöt ehdottavat Kainuun maakuntaan yhtä sosiaali- ja terveysaluetta, johon kuuluvat Kainuun maakunnan muut kunnat paitsi Vaala. Sote-alue toimii kuntayhtymämallilla.



Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki

Kuva 15. Kainuu, ehdotus uudeksi palvelurakenteeksi

### Kainuun sosiaali- ja terveysalue

Kainuun kuntien, lukuun ottamatta Vaalaa, sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon, kehitysvammaisten erityishuollon sekä erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu määritellään yhdelle alueelliselle toimijalle, jolloin muodostuu Kainuun sosiaali- ja terveysalue.

Alueella asuu yhteensä 78 000 henkilöä ja siihen kuuluu yhteensä kahdeksan (8) kuntaa, joista suurin on Kajaani, jonka asukasmäärä on 49 % koko alueen asukasluvusta. Kuntien asukasluku vaihtelee 1 500–38 045. Vaalan esitetään kuuluvan Pohjois-Pohjanmaan pohjoiseen sote-alueeseen.

Ehdotetulla sote-alueella väestön palvelutarve on jonkin verran maan koko väestön tarpeita suurempi. Sote-alueella vuosittainen palvelutarpeen vaihtelu on merkittävästi vähäisempää kuin alueen yksittäisissä kunnissa. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli vuonna 2011 10,3 % (koko maassa 8,2 %), sairastavuusindeksi 123 (100), toimeentulotuen määrä 102 €

(120 €). Kunnittain tarkasteltu väestöjen palvelutarve vaihtelee erittäin runsaasti (ks. taulukko liite 3).

Sote-alueen taloudelliset kantokykytekijät ovat kohtuullisen lähellä maan keskitasoa. Vuonna 2011 asukaskohtaiset verotulot olivat maan keskitasoa alhaisemmat 3019€ (koko maassa 3530€), valtionosuudet vastaavasti korkeammat 2400€ (1418€) ja kuntakonsernien velat 3884€ (4729€). Sote-alueratkaisulla tavoitellaan kuntien talouden vakauttamista samalla kun valtionosuusjärjestelmällä edelleen tuettaisiin kuntien talouden kestävyyttä.

Kainuun erityisosaaminen sote-alueella olisi koko väestön palvelujen käytettävissä yhtenäisin perustein ja järjestäjällä olisi omassa tuotannossaan riittävästi erityisosaamista tarvittavien palvelujen hankkimista varten.

Henkilöstön saatavuus kokonaisuudessaan olisi paremmin hallittavissa ja sosiaali- ja terveydenhuollon infrastruktuuri kestävämmiin ylläpidettävissä ja kehitettävissä kuin pienempiin alueisiin perustuvassa rakenteessa.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että sote-alue toimisi kuntayhtymäperiaatteella, kuten nykyisinkin.

Taulukko 11. Kantokykytekijät, Kainuu

Kainuu	Nykytilanteessa					Kainuun sote-alue
	Pienin arvo	Suurin arvo	Koko maa	Erva-alue	Maakunta	
Väestö 2011	1 489	38 045	5 401 267	737 680	81 298	77 984
Väestöennuste 2025	1 362	38 042	5 748 548	760 874	75 881	73 044
75 v. täyttäneet(%)			8,2	8,0		
75 v. % 2025	12,6	21,8	12,4	11,9	15,4	15,3
Huoltosuhte	56	74	56	58,9	61	60
Sairastavuusindeksi (THL)	107	175	100	115	124	123
Toimeentulotuki €/as.	69	124	120	89 €	103	102
Toimeentulotukea saaneet % väestöstä	5,7	10,2	6,9	6,6	7,4	7,3
Verotulot/as	2 654	3 214	3 530	3 144 €	3 027	3 019
Valtionosuudet/as	1 867	4 274	1 418	1 988 €	2 444	2 400
Sote-nettomenot/asukas			3 272	3 015 €		
Konsernivelka/as	2 041	5 117	4 729	4 250 €	3 551	3 484

### Ehdotetun rakenteen mahdolliset yhteistyötarpeet kattavien palvelujen toteuttamiseksi

Päivystysasetus määrittelee erikoisalojen päivystystoiminnalle henkilöstön osaamisvaatimuksia, jotka voivat aiheuttaa tarpeen muuttaa alueen sairaaloiden välistä työnjakoa. Ervalla tulee olla riittävä toimivalta tukea sote-alueita tarkoituksenmukaisiin ratkaisuihin.

Yliopistosairaالاتasoinen erikoissairaanhoido ja alueellisesti keskitettävät sosiaalihuollon erityispalvelut hankitaan erva-alueen keskitetyistä palveluista. Yliopistosairaalan omistus ja hallinto tulee ratkaista koko alueen väestön tarpeiden näkökulmasta tarkoituksenmukaisella tavalla huomioiden sijaintialueen palvelujen integraation toteutuminen.

### 3.2 EHDOTUKSEN VAIKUTUKSET OYS-ALUEELLA

Selvityshenkilöt ehdottavat OYS-erva-alueelle kuutta sosiaali- ja terveystaluetta, jotka Pohjois-Pohjanmaata lukuun ottamatta ovat yhteneväiset nykyisten sairaanhoitopiirien kanssa. Ehdotettujen alueiden asukasmäärät vaihtelevat Länsi-Pohjan sote-alueen 65 000:sta Pohjois-Pohjanmaan pohjoisen sote-alueen 277 000:een.

Ehdotetut sote-alueet jäävät yhtä lukuun ottamatta väkimäärältään alle 200 000, joka olisi terveydenhuollon vertikaalisen integraation kannalta perusteltu. Alueelle on tyypillistä harva asutus, joten väestöltään suuremmat kokonaisuudet muodostuisivat alueeltaan erittäin laajoiksi; välimatkat etenkin Lapissa ja Kainuussa ovat poikkeuksellisen pitkiä.

Ehdotetuilla sote-alueilla 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä on lähellä koko maan keskiarvoa (<9 %) ja Pohjois-Pohjanmaan pohjoisella alueella vain 6,1 %. Kainuussa ja Länsi-Pohjassa yli 75-vuotiaiden osuus on selvästi yli valtakunnan keskiarvon.

Sairastavuusindeksi on hieman maan keskiarvoa korkeampi koko alueella. Pohjois-Pohjanmaan eteläisellä alueella indeksi on 127 ja ylittää 120 myös Länsi-Pohjassa ja Kainuussa.

Toimeentulotuen määrä alittaa maan keskitason lukuun ottamatta Länsi-Pohjaa, jossa se on hieman yli keskitason.

Verotulojen määrä on koko alueella maan keskiarvon alapuolella ja korkein se on Länsi-Pohjan alueella. Valtionosuudet ylittävät maan keskitason, vähiten valtionosuuksia saavat Pohjois-Pohjanmaan pohjoinen, Länsi-Pohjan ja Keski-Pohjanmaan sote-alueet. Velkaantuneisuus alittaa maan keskitason lukuun ottamatta Keski-Pohjanmaata ja Pohjois-Pohjanmaan eteläistä aluetta.

Selvityshenkilöt ovat tehneet ehdotuksen järjestämisvastuullisista yksiköistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä terveydenhuollon vertikaalisen integraation hyötyjen saamiseksi olisi ihanteellista, jos sote-alueen kaikki julkinen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotanto voitaisiin yhdistää samaan yksikköön yhden johdon alaisuuteen.

Toimintayksikön suurempi koko todennäköisesti parantaa työvoiman saatavuutta helpottamalla rekrytointia. Henkilöstön työnjaon kehittäminen, jatkokoulutuksen järjestäminen ja työaikojen joustavuus ovat työntekijöille tärkeitä asioita, jotka ovat helpommin toteutettavissa suuremmissa kokonaisuuksissa. Pienten yksiköiden yhdistäminen ehkäisee hallitsematonta kilpailua henkilöstöstä. Myös päällekkäinen hallinnollinen työ vähenee ja asiakastyöhön voi vapautua resursseja. Toiminnan haavoittuvuus vähenee.

Ehdotettu sote-aluejako turvaa kohtalaisen kantokyvyn. Integroidun palvelujärjestelmän päätöksenteon ja johtamisen keskittymisen vuoksi alueella on mahdollista kohdentaa voimavaroja väestöä eniten hyödyttäviin palveluihin. Erityisesti sosiaalipalveluissa erityisosaamista voidaan hyödyntää asiakastyössä aiempaa paremmin.

Järjestämisvastuun toteuttaminen kansallisesti yhdenvertaisella tavalla on kuitenkin haastavaa ja vaatii erva-alueen sisäisen yhteistyön lisäksi kansallista tukea.

Palvelujen saatavuus todennäköisesti paranee. Henkilökunnan rekrytointi suurempiin yksiköihin on helpompaa. Lisäksi voimavarojen kohdentaminen voidaan suunnitella paremmin. Aikaisemmin useissa yksiköissä toteutettu päällekkäinen hallinnollinen työ vähenee ja voimavaroja kyetään suuntaamaan asiakas/potilastyöhön.

Palvelujen saavutettavuus säilyy nykyisenä tai voi osittain parantua. Sote-alueilla on tärkeää panostaa asianmukaisten lähipalvelujen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Tällöin on mahdollista myös laajentaa lähipalvelujen valikoimaa nykyisestä käyttäen hyväksi palvelujärjestelmän integraatiota. Lähipalveluista tulee myös säätää järjestäjiä velvoittavasti.

Ehdotetut nykyistä vahvemmat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjät kykenevät entistä paremmin huolehtimaan myös ruotsin- ja saamenkielisten palvelujen toteuttamisesta. Toisaalta



suuremmilla alueilla kielivähemmistöjen mahdollisuus vaikuttaa palvelujen kehittämiseen heikkenee.

Palvelujen vaikuttavuuden ja palveluiden tuottamien hyvinvointi- tai terveyshyötyjen kehityksen ennakointi on ongelmallista, koska niiden arviointi nykyisessäkin palvelujärjestelmässä on puutteellista. Hyötyjen voi ajatella parantuvan sikäli, että integroitu järjestelmä mahdollistaa asiakaskeisemmän palvelun ja asiakkaille/potilaille räätälöityjen palveluketjujen muodostamisen ja käytännön soveltamisen yhteisessä organisaatiossa. Tämä parantaisi asiakkaan elämäntilanteessaan tarvitsemien palvelujen keskinäistä ajoitusta ja voisi vähentää erityispalvelujen tarvetta.

Perustason järjestäjän kannalta palvelukokonaisuuden hallinnan ja ohjauksen mahdollisuudet paranevat, kun sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio toteutetaan. Samoin vaikuttaa myös yksikkökoon suureneminen. Omavalvonnan kehittämiseen voidaan suuremmissa yksiköissä panostaa riittävästi.

Erva-näkökulmasta palveluiden koordinointi, päällekkäisyyksien välttäminen ja yhtenäisten toimintakäytäntöjen edistäminen helpottuu perustason toimijoiden lukumäärän vähetessä. Suurempien kokonaisuuksien muodostuminen helpottaa myös keskusviranomaisten toimintaa.

OYS-ervalle ehdotetut sote-alueet koostuvat useista kunnista ja niiden on ajateltu toimivan joko kuntayhtymä- tai vastuukuntaperiaatteella. Kummassakin tapauksessa Sote-alueiden sosiaali- ja terveydenhuolto siirtyy erilleen muusta kunnallisesta päätöksenteosta. Toisaalta jo tällä hetkellä yli puolet alueen kunnista järjestää sosiaali- ja terveyspalvelunsa yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa joko yhteistoiminta-alueilla tai kuntayhtymissä. Jatkossa tulee kuitenkin kiinnittää erityistä huomiota yhteistyön kehittämiseen kuntien kaikkien toimialojen kanssa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen varmistamiseksi.

Pääosin jo olemassa oleviin sairaanhoitopiirien alueisiin perustuva ehdotus tukee alueen nykyisiä yhteistyörakenteita ja kansalaisten asiointikäytäntöjä. Ehdotus ei ole ristiriidassa kuntajakoehdotusten kanssa. Toisaalta sote-alueet on mahdollista toteuttaa myös kuntarakenteen muutoksista riippumatta.

## 3 D TAMPEREEN YLIOPISTOLLISEN SAIRAALAN ERITYISVASTUUALUE

### 3.1 TAYS-ALUEEN NYKYTILA JA EHDOTUKSET

Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella (Tays-erva) on neljä maakuntaa: Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Pirkanmaa ja Päijät-Häme. Tays:n erityisvastuualue muodostuu 67 kunnasta ja käsittää 1 102 000 asukasta. Maakunnista Pirkanmaa on suurin puolella miljoonalla asukkaalla. Muut kolme ovat keskenään lähes yhtä suuria käsittäen noin 200 000 asukasta kukin.

Sairaanhoitopiirien rajat noudattavat pääsääntöisesti maakuntien rajoja. Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen neljässä sairaanhoitopiirissä on vuonna 2013 yhteensä 67 kuntaa:

- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, 19 kuntaa (sisältäen Isonkyrön Pohjanmaan maakunnasta)
- Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri, 11 kuntaa
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, 23 kuntaa (sisältäen Jämsän ja Kuhmoisen Keski-Suomen maakunnasta)
- Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät, 14 kuntaa (sisältäen Iitin Kymenlaakson maakunnasta sekä Pukkilan ja Myrskylän Uudenmaan maakunnasta)

Selvityshenkilöt ovat ehdotusta tehdessään tarkastelleet alueen kuntien kantokykyä valtakunnallisen selvitystyön tueksi tuotetuilla tiedoilla. Tämän lisäksi selvityshenkilöt ovat arvioineet selvitysaluetta useista näkökulmista, jotta maakunnan ja koko erityisvastuualueen kokonaistilanteesta sekä keskeisistä haasteista on saatu kattava kuvaus ehdotuksen pohjaksi.

Selvitystyön aikana järjestettiin 30 alueellista tai muuta kuulemis- ja keskustelutilaisuutta kuntien, sosiaali- ja terveystoimen, sairaanhoitopiirien, maakunnan ja keskuskaupunkien virkamies- ja luottamushenkilöjohdolle. Lisäksi kuultiin aluehallintovirastojen ja valtiovaraministeriön edustajia. Kuulemistilaisuuksissa oli yhteensä noin 380 osallistujaa. Kunnilla oli myös mahdollisuus antaa kirjalliset tarkentavat vastaukset selvityshenkilöiden kunnille esittämiin neljään kysymykseen. Tässä selvityshenkilöiden ehdotuksessa viitataan myöhemmin kuulemis- ja keskustelutilaisuuksissa käytyihin keskusteluihin ja kuntien vastauksiinsa tuomiin näkemyksiin koskien sosiaali- ja terveystyöntekijöiden uudistusta. Kunnille esitetyt kysymykset ovat selvityksen valmistelevalle aineistoa, eivätkä aina edusta kuntien virallista kantaa. Kuntien viralliset kannanotot tulevat keväällä 2013 aikana tapahtuvan, ministeriön toimesta järjestetyn varsinaisen kuulemisen jälkeen. Lopullisten kuntien kantoja koskevien johtopäätösten tekeminen tässä raportissa esitetyn pohjalta ei siten ole mahdollista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos lähtee palvelujen saatavuuden turvaamisesta ja yhdenvertaisista palveluista sekä vahvasta integraatiosta. Keskeistä uudistuksessa on lähipalvelujen turvaaminen. Niiden toteuttaminen tulee edellyttämään vaihtoehtoisia tuotantotapoja sekä uusien teknologisten innovaatioiden käyttöön ottoa.

Selvityshenkilöiden ehdotuksessa on otettu huomioon kuulemisessa esiin tulleita näkemyksiä. Mikäli esim. maakunta on tuonut esiin toteuttamiskelpoisen, yhtenäisen ratkaisuvaihtoehdon, sitä on mahdollisuuksien mukaan pyritty kunnioittamaan. Selvityshenkilöiden ehdotus poikkeaa maakunnittain jossain määrin toisistaan johtuen alueiden ominaispiirteistä ja kuntien yhteistyövalmiuksista. Tavoitteena on ollut, että ehdotus on myös käytännössä toteuttamiskelpoinen ja sen avulla kyetään turvaamaan nykyistä paremmat sosiaali- ja terveystyöntekijöiden palvelut alueen asukkaille. Selvitystyössä on keskitytty tarkastelemaan asiaa nykyistä suurempina järjestämiskokonaisuuksina eikä niinkään yksittäisen kunnan lähtökohdista. Ehdotuksella pyritään myös vahvistamaan kuntien yhteistyötä ja keskinäistä luottamusta.

Selvityshenkilöt ovat perehtyneet hallituksen esitykseen kuntarakennelakiluonnoksesta. Selvityshenkilöt ovat ehdotusta tehdessään ottaneet huomioon kuntarakennelain selvitysvelvoitteet.

Ehdotuksessa tarkastellaan ensisijaisesti järjestämisvastuuta. Joiltakin osin on ollut perusteltua ottaa kantaa myös palvelutuotannon organisointiin ja hallintoon. Olemassa olevat, vaikiintuneet ja toimivat yhteistyörakenteet on pyritty ottamaan huomioon ehdotusta tehtäessä.

Lähtökohtana ehdotusta tehtäessä ovat olleet selvitysalueen tulevaisuuden näkymät. Palvelujen turvaaminen heikon kantokyvyn alueilla edellyttää muutoksia palvelujen järjestämisessä ja palvelurakenteessa. Ehdotetuilla sote-alueilla on otettu huomioon olemassa oleva infrastruktuuri ja alueen kyky järjestää erityisesti laajan perustason palvelut.

Selvityshenkilöiden ehdotuksessa vastuukuntamalli on ensisijainen sote-alueiden hallinnon järjestämismalli. Vastuukuntamallin avulla vahvistetaan maakuntien keskuskaupunkien asemaa koko maakunnan kehityksen turvaajana. Samalla vastuukuntamalli tukee sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota kunnan muuhun toimintaan. Vastuukuntamallissa tulee huolehtia siitä, että kaikki sote-alueen kunnat voivat osallistua läpinäkyvästi ja aidolla tavalla päätöksentekoon. Tämä on tärkeä tekijä kuntien välistä yhteistyötä ja luottamusta vahvistettaessa.



Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki

Kuva 16. TAYS-ERVA, 9 aluetta

## ETELÄ-POHJANMAA

### Alueen kunnat ja palvelujen järjestäminen alueella

Kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetun lain pohjalta Seinäjoen kaupunki ja Isonkyrön kunta ovat muodostaneet perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueen maakuntarajan yli.

Etelä-Pohjanmaan alueella toimii kaksi terveydenhuollon kuntayhtymää, kaksi liikelaitoskuntayhtymää ja kaksi yhteistoiminta-aluetta. Lapua järjestää itse sosiaali- ja terveysterveyst. Seinäjoen - Isonkyrön yhteistoiminta-alueella hoidetaan terveydenhuollon palvelut. Kuntayhtymä Kaksineuvoinen vastaa Kauhavan, Evijärven ja Lappajärven terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen tuottamisesta. Kuusiokuntien terveydenhuollon kuntayhtymään kuuluvat Alavus, Ähtäri ja Kuortane. Seinäjoki, Isokyrö, Alavus, Kuortane ja Ähtäri tuottavat pääosin itse sosiaalihuollon palvelut. Kurikan sosiaalihuollon palvelut tuottaa JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä, joka vastaa myös Jalasjärven ja Ilmajoen vanhuspalveluista. Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän muodostavat Kauhajoen kaupunki sekä Jurvan, Isojoen ja Karijoen kunnat. Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueen vastuulla on Alajärven, Vimpelin ja Soinin terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujen tuottaminen. Seinäjoki järjestää sosiaalipäivystyksen maakunnan kunnille. Myös A-klinikka tarjoaa palveluja maakunnallisesti. Eskoon sosiaalipalvelujen kuntayhtymä vastaa Etelä-Pohjanmaan ja Pohjanmaan kuntien suomenkielisten kehitysvammaisten erityishuollosta.

Erikoissairaanhoidon infrastruktuurin merkittävin osa sijoittuu Seinäjoelle. Ympäri vuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyspiste on Seinäjoella.

Erikoissairaanhoidon toteuttamista varten Etelä-Pohjanmaan kunnat kuuluvat Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin. Väestöpohja sairaanhoitopiiriin alueella on noin 200 000 asukasta. Erikoissairaanhoidon toteutetaan Seinäjoella sijaitsevassa keskussairaalassa sekä Ähtäriin sairaalassa. Lisäksi maakunnassa on useita psykiatrisia avohoidon yksiköitä. Keskussairaalassa on kattava erikoisaloittainen palvelukokonaisuus. Ähtäriin sairaalassa toimii sisätautien ja kirurgian poliklinikat ja kirurgian osasto

Kurikan, Jalasjärven ja Seinäjoen kuntarakenneselvitys tehdään vuoden 2013 aikana. Etelä-Pohjanmaan liiton selvitys sosiaali- ja terveysterveyst. valmistuu huhtikuun 2013 aikana.

### Alueen väestö ja sen palvelutarpeet

Etelä-Pohjanmaan 198 671 (Isokyrö mukana) asukkaan maakunnassa on 19 kuntaa, joiden väestö vaihtelee vuoden 2011 tilastotietojen mukaan 1 527 ja 58 703 välillä. Kunnat kuuluvat neljään seutukuntaan. Alueen väestö kokonaisuutena kasvaa, mutta ikääntyy. Asukasluvun kasvuprosentti vuoteen 2030 mennessä on korkein Seinäjoella, lähes 20 %. Ainoastaan Kauhavan ja Seinäjoen asukasluku on maan keskimääräisen kuntien asukasluvun yläpuolella. Maakunnan tasapainoisimmat väestönkehitysnäkymät ovat Lapualla, Seinäjoella ja Ilmajoella.

Ikääntyneiden palvelutarpeita voidaan arvioida 75 vuotta täyttäneiden osuudella väestöstä. Se vaihtelee kunnittain Seinäjoen 7,2 ja Karijoen 15,1 % välillä. Maakunnan väestöstä 10 % on täyttänyt 75 vuotta ja koko maan väestöstä 8,2 %. Kuntien sairastavuusindeksi vaihtelee Seinäjoen 89,6 ja Alavuden 130 välillä (koko maa 100). Sosiaalipalvelujen tarvetta voidaan jossain määrin kuvata asukasta kohti tarvittavalla toimeentulotuen määrällä. Se vaihtelee kunnittain Kuortaneen 21 € ja Kauhajoen 115 € välillä. Maakunnassa käytetään keskimäärin 84 € asukasta kohti toimeentulotukeen. Summa on vähemmän kuin koko maassa keskimäärin (120 €/asukas). Palvelutarvetta kuvaa myös huoltosuhte eli työttömien ja työvoiman ulkopuolella olevien suhte työllisiin. Etelä-Pohjanmaan maakunnan huoltosuhte on 63 (koko maa 56). Huoltosuhte vaihtelee Etelä-Pohjanmaalla 55 (Seinäjoki) ja 75 (Kuortane, Soini) välillä.

Lastensuojelun tukitoimien piirissä Etelä-Pohjanmaan maakunnan alueella oli 5,8 % 0–17-vuotiaista vuonna 2011 (koko maa 6,7 %). Kodin ulkopuolelle sijoitettujen osuus oli 1,0 % vuonna 2011 (koko maa 1,4 %). Pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai vuoden 2011 aikana 6,3 % Etelä-Pohjanmaan maakunnan asukkaista (koko maa 6,9 %). KELA:n korotettua ja ylintä vammaisetuutta saaneita oli 3,95 % Etelä-Pohjanmaan asukkaista.

Avohoidon asiakas- ja potilaskäyntejä Etelä-Pohjanmaalla oli 12,55 asukasta kohti vuonna 2011. Käyntejä lääkärin vastaanotolla oli 2,55 asukasta kohti ja hammaslääkärikäyntejä 0,71 asukasta kohti. Muun henkilöstön vastaanottokäyntejä oli 9,30 asukasta kohti. Koko maassa näitä vastaanottokäyntejä oli 11,45 asukasta kohti, joista lääkärin vastaanottokäyntejä oli 2,38, hammaslääkärin 0,39 ja muun henkilöstön 8,68 per asukas.

## Muut kantokykytekijät alueella

Etelä-Pohjanmaan terveyskeskuksissa on 155 terveyskeskuslääkärin vakanssia, mikä vastaa 8 lääkäriavakanssia 10 000 asukasta kohti. Terveyskeskusten resursointi Etelä-Pohjanmaan alueella vaihtelee 7,0–11,5 vakanssiin / 10 000 asukasta (koko maa 7,0). Mukaan ei ole laskettu kunnallisen työterveyshuollon vakansseja. Lokakuun seurantatiedoissa 12,6 % (Etelä-Pohjanmaan shp) vakansseista oli täyttämättä. Vaje oli maan keskiarvoa (6,3 %) suurempi.

Vuoden 2012 alussa Seinäjoen keskussairaalassa oli 320 somaattisen erikoissairaanhoidon sairaansijaa ja 123 psykiatrian sairaansijaa. Ähtärin sairaalassa oli 28 sairaansijaa. Koko sairaanhoitopiirin käytössä oli yhteensä 471 sairaansijaa. Vuonna 2011 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä oli 234 erikoislääkärin ja 52 sairaalalääkärin virkaa ja 952,6 eriasteista sairaanhoitajan tointa. Yhteensä sairaanhoitopiirissä oli 2 343,7 virkaa tai pysyväisluontoista tointa.

Vuonna 2011 Etelä-Pohjanmaan maakunnassa oli 6,7 sosiaalityöntekijää 10 000 asukasta kohti maan keskiarvon ollessa 6,8. Sosiaaliohjaajien määrä Etelä-Pohjanmaalla 10 000 asukasta kohti oli 15,2 (koko maa 15,4). Sairaanhoitajien määrä oli Etelä-Pohjanmaalla 109,8 /10 000 asukasta (koko maa 111,1). Lähihoitajien määrä oli 153,9 /10 000 asukasta (koko maa 114,1).

Taloudellisen kestävyuden kannalta tarkasteltuna Etelä-Pohjanmaan kuntien verotulot asukasta kohti vaihtelevat Soinin 2 305 € Seinäjoen 3 419 € välillä. Maakunnan keskimääräinen kuntien verotulo asukasta kohti oli 2 899 € ja koko maan vastaava tulo 3 530 €. Kunnan velka (kuntakonsernin velka) asukasta kohti vaihtelee Isojoen 675 € ja Soinin 5 890 € välillä. Maakunnan tasolla kuntien velka asukasta kohti oli 4 181 €, joka on vähemmän kuin maassa keskimäärin (4 729 €/as). Valtionosuuksia maksettiin 2011 asukasta kohti Jalasjärven 3 875 € ja Seinäjoen 1 220 € välillä. Maakunnassa asukasta kohti maksettiin keskimäärin valtionosuutta 2 180 € (koko maa 1 418 €).

Etelä-Pohjanmaan maakunnassa KELA:n sairausvakuutuksesta korvattiin yksityispalvelujen ostokertoja 1 000 henkeä kohti 1078 kappaletta vuonna 2011. Ostojen määrä Etelä-Pohjanmaan kunnissa vaihteli 662 kappaleen (Lappajärvi) ja 1 449 kappaleen (Jalasjärvi) välillä.

Erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuutta kuvaa hoitoon pääsyyn kuluva aika lähetteen kirjoittamishetkestä. Ensimmäiselle vastaanottokäynnille Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien sairaaloihin odotti joulukuun 2012 lopussa noin 3 779 henkilöä, joista yli kolme kuukautta odottaneita oli noin 6 %. Erikoissairaanhoidon nettomenot Etelä-Pohjanmaalla olivat 1 081 € asukasta kohti vuonna 2011. Koko maan erikoissairaanhoidon nettomenot olivat 1 011 € asukasta kohti.

### **Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotus selvitysalueiksi**

Valtiovarainministeriön työryhmä esitti tammikuussa 2012, että Etelä-Pohjanmaalle asetettaisiin viisi erityistä kuntajakoselvitystä seuraavien uusien kuntien muodostamiseksi:

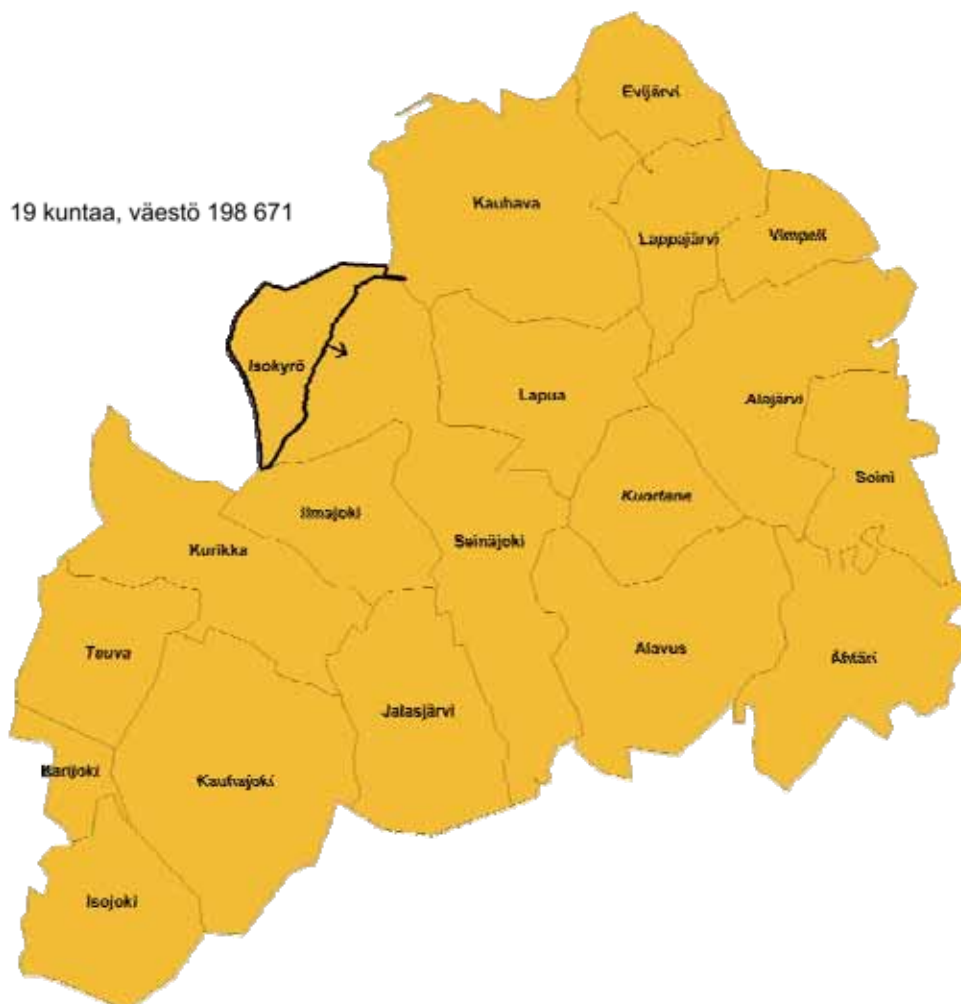
- Seinäjoki, Ilmajoki, Jalasjärvi, Lapua ja mahdollisesti Isokyrö
- Kauhajoki, Kurikka, Isojoki, Karijoki ja Teuva
- Kauhava, Evijärvi ja Lappajärvi
- Alajärvi, Soini ja Vimpeli
- Alavus, Töysä, Virrat ja Ähtäri

### **ETELÄ-POHJANMAA: EHDOTUS UUDEKSI PALVELURAKEN- TEEKSI**

Etelä-Pohjanmaalla suurimmassa osassa kuntia väestö vähenee, ikääntyy ja huoltosuhde heikenee samalla kun keskuskaupunki Seinäjoki ympäristöineen kasvaa. Koko maakunnan kehittymisen kannalta Seinäjoen elinvoimaisuuden turvaaminen on tärkeää. Seinäjoki on ainoa kunta Etelä-Pohjanmaalla, joka on yksin riittävän vahva järjestämään laajan perustason sote-palvelut. Parhailaan on käynnissä Seinäjoen, Kurikan ja Jalasjärven kuntarakenneselvitys.

Selvitystyön yhteydessä pidetyissä kuulemistilaisuuksissa maakunnallista sote-mallia pidettiin mahdollisena, mutta kuntien näkemykset sen toteuttamistavasta vaihtelivat. Selvityshenkilöt ehdottavat, että maakunnallisessa sote-ratkaisussa vastuukuntana toimii Seinäjoen kaupunki. Vastuukuntamallissa on parhaat edellytykset toteuttaa integraatio kuntien muihin toimintoihin, päätöksentekoon ja kehittämiseen.

Selvityshenkilöt ehdottavat Etelä-Pohjanmaalle järjestämisvastuun osalta koko maakunnan kattavaa sote-aluetta, jossa Seinäjoen kaupunki toimii vastuukuntana. Etelä-Pohjanmaan sote-alue: Alajärvi, Alavus, Evijärvi, Ilmajoki, Isojoki, Jalasjärvi, Karijoki, Kauhajoki, Kauhava, Kuortane, Kurikka, Lappajärvi, Lapua, Seinäjoki, Soini, Teuva, Vimpeli ja Ähtäri sekä Isokyrö Pohjanmaan maakunnasta.



Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki

Kuva 17. Etelä-Pohjanmaa, ehdotus uudeksi palvelurakenteeksi

Etelä-Pohjanmaan sote-alueen väestönkasvu perustuu Seinäjoen, Ilmajoen ja Lapuan asukasmäärän lisääntymiseen. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan alueen väestö vähenee vuoteen 2025 mennessä 17 kunnassa. Seinäjoen osuus maakunnan väestöstä on noin kolmannes.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että Etelä-Pohjanmaan sote-aluetta vahvistetaan integroimalla erikoissairaanhoidon (Seinäjoen keskussairaala) ja osa kehitysvammahuoltoa (Eskoon kuntayhtymä) osaksi vastuukuntana toimivan Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveystalouksia. Ratkaisulla pyritään samalla vahvistamaan laajan perustason toimintaedellytyksiä.

Selvityshenkilöt pitävät tärkeänä, että nykyiset hyvin toimivat yhteistoiminta-alueet ovat jatkossakin palveluntuottajia. Tärkeää on poistaa mahdollista palvelutuotannon epätarkoituksenmukaista päällekkäisyyttä. Lapua on järjestänyt palvelut pääosin itsenäisesti, mutta esillä tällä hetkellä työterveyshuollon, ympäristöterveydenhuollon, sosiaalipäivystyksen ja eräiden päihdehuollon palvelujen osalta yhteistyösuunta on jo nyt Seinäjoki. Selvityshenkilöiden eh-

dotuksessa Seinäjoen, Lapuan ja Isonkyrön sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotanto muodostaa yhden kokonaisuuden.

Selvityshenkilöiden näkemys on, että toissijaisena vaihtoehtona Etelä-Pohjanmaalla on muodostaa kolme sote-alueetta. Toissijainen vaihtoehto tulee kyseeseen, mikäli Seinäjoen toimiminen vastuukuntana ei toteudu. Vaihtoehdossa Seinäjoen, Lapuan ja Isonkyrön muodostaman sote-alueen lisäksi muodostuisivat uudet sote-alueet sen molemmin puolin. Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan näin muodostuvat sote-alueet olisivat kuitenkin tulevaisuudessa kantokyvyltään liian heikkoja vastatakseen palvelujen järjestämisestä.

Taulukko 12. Kantokykytekijät, Etelä-Pohjanmaa

Etelä-Pohjanmaa	Nykytilanteessa					Ehdotus
	Pienin arvo	Suurin arvo	Koko maa	Tays-erva	Etelä-Pohjanmaa	Etelä-Pohjanmaan sote-alue
Väestö 2011	1 527	58 703	5 401 267	1 062 673	193 735	198 671
Väestöennuste 2025	1 381	69 028	5 748 548	1 141 271	197 843	202 679
75 v. täyttäneet(%)	7,2	16	8,2	8,9	10	10
75 v. % 2025	10,7	19,4	12,4	13	13,3	13,7
Huoltosuhde	55	76	56	59	63	63
Sairastavuusindeksi (THL)	89,6	130	100	102	107,8	107,7
Toimeentulotuki €/as.	21	115	120	107,4	84	84
Toimeentulotukea saaneet % väestöstä	2,5	8,8	6,9	6,8	6,3	6,3
Verotulot/as	2 305	3 419	3 530	3 237	2 899	2 894
Valtionosuudet/as	1 220	3 875	1 418	1 552	2 180	2 186
Sote-nettomenot/asukas	2 936	4 384	3 272	3 202	3 302	3 299
Konserniverkka/as	675	5 890	4 729	3 770	4 181	4 143

1= Kaikki Etelä-Pohjanmaan kunnat kattava sote-alue

sisältää Isonkyrön

## KANTA-HÄME

### Alueen kunnat ja palvelujen järjestäminen alueella

Kunnat järjestävät itsenäisesti pääosan sosiaalipalveluista. Lisäksi Kanta-Hämeessä toimivat maakunnallinen sosiaalipäivystysyksikkö ja maakunnallinen perhehoitoyksikkö Kanerva, jotka on organisoitu vastuukuntamallin mukaisesti Hämeenlinnan kaupungin yhteyteen. Kehitysvammaisten erityishuolto hoidetaan Eteva-kuntayhtymässä yhdessä Uudenmaan ja Päijät-Hämeen kuntien kanssa. Sosiaalipäivystys on järjestetty Kanta-Hämeen sosiaalipäivystyksenä.

Janakkala ja Hattula muodostavat perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueen. Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymään kuuluvat Hausjärvi, Loppi ja Riihimäki. Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymään kuuluvat Forssa, Humppila, Jokioinen, Tammela ja Ypäjä. Hämeenlinnan kaupunki järjestää itse sosiaali- ja terveyspalvelut.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin keskussairaala kattavine erikoisaloittaisine ja päivystyspalveluineen sijaitsee Hämeenlinnassa. Sairaanhoitopiirillä on lisäksi erikoissairaanhoidon yksikkö Riihimäellä. Siellä palveluvalikoima kattaa suurimpien erikoisalojen päiväaikaiseen toimintaan painottuvia palveluja sekä sairaalahoidoja. Riihimäellä on psykiatrinen sairaala ja neurologista kuntoutusta. Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalassa Forssassa tarjotaan erikoissairaanhoidon palveluja, jotka painottuvat tavallisimpiin suurimpien erikoisalojen palvelutarpeisiin.



Infrastruktuurin merkittävimmät osat sijoittuvat Hämeenlinnaan, Forssaan ja Riihimäelle. Ympäri vuorokautisia päivystyspisteitä on Hämeenlinnassa, Forssassa ja Riihimäellä. Erikoissairaanhoidon ympärivuorokautinen erikoisaloittainen päivystys on järjestetty Hämeenlinnassa ja Forssassa, takapäivystystä on myös Riihimäen sairaalassa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon erityisosaaminen keskittyy Kanta-Hämeessä kolmeen kaupunkiin, Hämeenlinnan, Forssaan ja Riihimäelle. Näissä sijaitsee suurin osa erikoissairaanhoidon palveluista.

Myös sosiaalihuollon erityispalvelujen osaaminen painottuu isompiin kuntiin.

THL on käynnistänyt elokuussa 2012 maakunnallisen terveydenhuoltoselvityksen yhdessä Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ja Hämeen liiton kanssa. Selvityksen tavoitteena on selvittää Kanta-Hämeen maakunnan asukkaiden palveluiden saannin kannalta tarkoituksenmukaisin terveydenhuoltojärjestelmä. Selvitys valmistuu kevään 2013 aikana.

### **Alueen väestö ja sen palvelutarpeet**

Kanta-Hämeen 175 230 asukkaan maakunnassa on 11 kuntaa, joiden väestö vaihtelee vuoden 2011 tilastotietojen mukaan 2 503 ja 67 270 välillä. Maakunnan asukasluvultaan ja pinta-alaltaan suurin kunta on Hämeenlinna, jossa on 67 270 asukasta. Kunnat kuuluvat kolmeen seutukuntaan.

Kanta-Häme on väestöltään kasvava maakunta Helsingin ja Tampereen välissä hyvine kulkuyhteyksineen. Vuosina 2010–2030 väestön ennustetaan lisääntyvän lähes kaikissa Kanta-Hämeen kunnissa. Riihimäen ja Hämeenlinnan seudun kunnat ovat väestörakenteeltaan nuoria muuttoliikkeen takia.

Ikääntyneiden palvelutarpeita voidaan arvioida 75 vuotta täyttäneiden osuudella väestöstä. Se vaihtelee kunnittain 7,0 % (Hattula) ja 11,4 % (Ypäjä) välillä. Maakunnan väestöstä 9,2 % on täyttänyt 75 vuotta (koko maa 8,2 %). Kuntien sairastavuusindeksi vaihtelee 79,2 (Hattula) ja 118,2 (Forssa) välillä (koko maa 100). Sosiaalipalvelujen tarvetta voidaan jossain määrin kuvata asukasta kohti tarvittavalla toimeentulotuen määrällä. Se vaihtelee kunnittain 35 € (Loppi) ja 125 € (Forssa) välillä. Maakunnassa käytetään keskimäärin 93 € asukasta kohti toimeentulotukeen. Summa on pienempi kuin koko maassa keskimäärin (120 €/asukas). Palvelutarvetta kuvaa myös huoltosuhde eli työttömien ja työvoiman ulkopuolella olevien suhde työllisiin. Kanta-Hämeen maakunnan huoltosuhde on 60 (koko maa 56). Huoltosuhde vaihtelee Kanta-Hämeessä 54 (Riihimäki) ja 67 (Loppi) välillä.

Lastensuojelun tukitoimien piirissä Kanta-Hämeen maakunnan alueella oli 6,9 % 0–17-vuotiaista vuonna 2011 (koko maa 6,7 %). Kodin ulkopuolelle sijoitettujen osuus oli 1,4 % vuonna 2011, tilanne vastasi maan keskiarvoa. Pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai vuoden 2011 aikana 6,1 % Kanta-Hämeen maakunnan asukkaista (koko maa 6,9 %). KELA:n korotettua ja ylintä vammaisasetuutta saaneita oli 2,8 % Kanta-Hämeen väestöstä.

Avohoidon asiakas- ja potilaskäyntejä Kanta-Hämeessä oli 6,32 asukasta kohti vuonna 2011. Näistä käyntejä lääkärin vastaanotolla oli 1,31 ja hammaslääkärikäyntejä 0,3 asukasta kohti. Muun henkilöstön vastaanottokäyntejä oli 4,71 asukasta kohti. Koko maassa näitä vastaanottokäyntejä oli 11,45 asukasta kohti, joista lääkärin vastaanottokäyntejä oli 2,38, hammaslääkärin 0,39 ja muun henkilöstön 8,68 per asukas.

Kanta-Hämeen terveyskeskuksissa on 133 terveyskeskuslääkärin vakanssia, mikä vastaa 7,6 lääkäri vakanssia 10 000 asukasta kohti. Terveyskeskusten resursointi Kanta-Hämeen alueella vaihtelee 5,3 (Janakkala) – 8,3 (Hämeenlinna, Riihimäki) vakanssiin / 10 000 asukasta (koko maa 7,0). Mukaan ei ole laskettu kunnallisen työterveyshuollon vakansseja. Lokakuun seurantatiedoissa 1,9 % (Kanta-Hämeen shp) vakansseista oli täyttämättä. Vaje oli selvästi maan keskiarvoa (6,3 %) pienempi.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä oli vuonna 2011 yhteensä 406 sairaansijaa, joista 309 oli somaattisen erikoissairaanhoidon sairaansijaa ja 97 psykiatrian sairaansijaa. Riihimäen yksikön osuus sairaansijoista oli 52 sairaansijaa somaattisilla osastoilla. Vuonna 2011 Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä oli 186 lääkärin virkaa ja 970 eriasteista sairaanhoitajan tointa. Yhteensä sairaanhoitopiirissä oli 1 880 virkaa tai pysyväisluontoista tointa. Näistä 21 lääkärin vakanssia ja 147 sairaanhoitajan tointa oli Riihimäen sairaalassa. Riihimäen sairaalassa oli vuonna 2011 yhteensä 241 vakanssia. Vuoden 2011 Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalassa oli 74 somaattisen erikoissairaanhoidon ja 33 psykiatrian sairaansijaa eli yhteensä 107 sairaansijaa. Vuonna 2011 kuntayhtymässä oli kaikkiaan 559 kokoaikaista vakanssia.

Vuonna 2011 Kanta-Hämeessä oli 6,1 sosiaalityöntekijää 10 000 asukasta kohti. Määrä alitti maan keskiarvon 6,8. Sosiaaliohjaajien määrä Kanta-Hämeessä 10 000 asukasta kohti oli 16,9 (koko maa 15,4). Sairaanhoitajia Kanta-Hämeessä oli 100,4 sairaanhoitajaa 10 000 asukasta kohti (koko maa 111,1). Kanta-Hämeessä oli vuonna 2011 117,2 lähihoitajaa tai vastaavaa 10 000 asukasta kohti (koko maa 114,1).

Taloudellisen kestävyuden kannalta tarkasteltuna Kanta-Hämeen kuntien verotulot asukasta kohti vaihtelevat 2 478 (Ypäjä) eurosta 3 575 euroon (Riihimäki). Maakunnan keskimääräinen kuntien verotulo asukasta kohti oli 3 251 € ja koko maan vastaava tulo 3 530 €. Kunnan velka (kuntakonsernin velka) asukasta kohti vaihtelee 1 341 € (Tammela) ja 5 219 € (Hämeenlinna) välillä. Maakunnassa kuntien velka asukasta kohti oli 4 270 €, joka on vähemmän kuin maassa keskimäärin (4 729 €/as). Valtionosuuksia maksettiin 2011 asukasta kohti 1 091 € (Hattula) ja 2 350 € (Humppila) välillä. Maakunnassa asukasta kohti maksettiin keskimäärin valtionosuutta 1 460 € (koko maa 1 418 €).

Kanta-Hämeen alueella KELA:n sairausvakuutuksesta korvattiin yksityispalvelujen ostokertoja 1 000 henkilöä kohti keskimäärin 1 397 kappaletta vuonna 2011. Ostojen määrä Kanta-Hämeen kunnissa vaihteli 764 (Humppila) ja 1 591 (Hämeenlinna) välillä.

Erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuutta kuvaa hoitoon pääsyyn kuluva aika lähetteen kirjoittamishetkestä. Ensimmäiselle vastaanottokäynnille Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirien sairaaloihin odotti joulukuun 2012 lopussa noin 3 736 henkilöä, joista yli kolme kuukautta odottaneita oli noin 20 %. Erikoissairaanhoidon nettomenot Kanta-Hämeessä olivat 1 021 € asukasta kohti vuonna 2011 (koko maa 1 011 €).

### **Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotus selvitysalueiksi**

Valtiovarainministeriön työryhmä esitti tammikuussa 2012, että Kanta-Hämeeseen asetettaisiin kolme erityistä kuntajakoselvitystä seuraavien uusien kuntien muodostamiseksi:

- Hämeenlinna, Hattula ja Janakkala,
- Hyvinkää, Riihimäki, Hausjärvi ja Loppi sekä
- Forssa, Humppila, Jokioinen, Tammela ja Ypäjä.

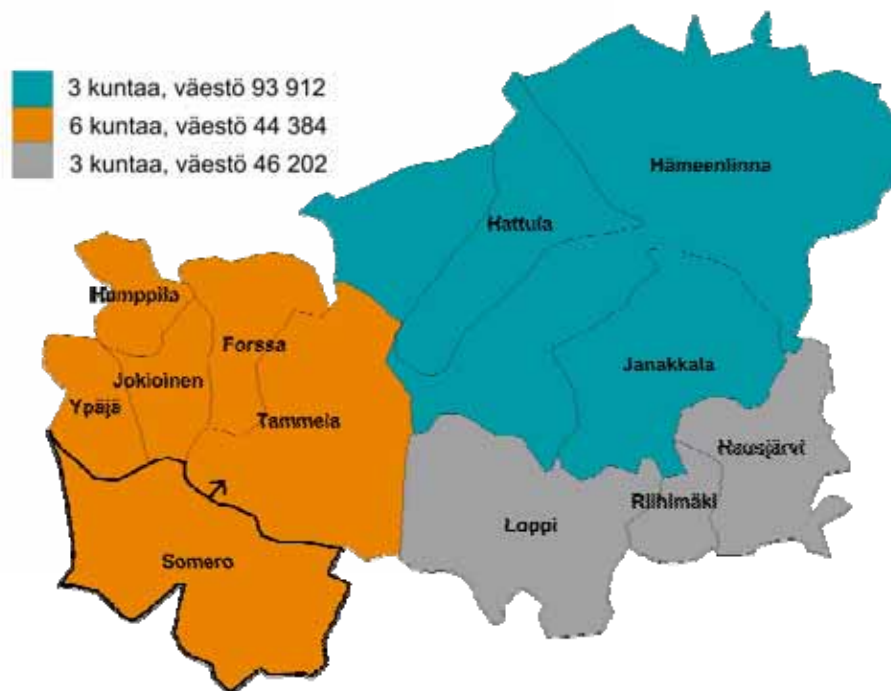
### **KANTA-HÄME: EHDOTUS UUDEKSI PALVELURAKENTEESI**

Kanta-Häme on väestöllisesti kasvava maakunta. Selvityshenkilöiden ehdotus sote-alueiksi perustuu alueen kuntien lähes yksimieliseen näkemykseen järjestämistavasta. Ehdotuksesta poikkeavia näkemyksiä ovat esittäneet Hattulan ja Janakkalan kunnat.

Selvityshenkilöt ovat arvioineet myös koko maakunnan kattavan yhtenäisen sote-alueen muodostamista, joka voi olla kantokykytekijöiden perusteella koko aluetta ajatellen mahdollinen vaihtoehto. Tätä selvityshenkilöt eivät kuitenkaan näe ensisijaisena järjestämistä vaihtoehto-

tona sen vuoksi, että maakunnan kunnat ovat ilmaisseet selkeän näkemyksensä kolmen sote-alueen muodostumisesta.

- Selvityshenkilöt ehdottavat Kanta-Hämeeseen järjestämisvastuun osalta kolmea sote-aluetta:
- **Forssan seudun sote-alue:** Forssa, Humppila, Jokioinen, Tammela ja Ypäjä sekä Somero Varsinais-Suomesta. Sote-alue toimii kuntayhtymänä.
  - **Hämeenlinnan seudun sote-alue:** Hattula, Hämeenlinna ja Janakkala. Hämeenlinnan kaupunki toimii vastuukuntana.
  - **Riihimäen seudun sote-alue:** Hausjärvi, Loppi ja Riihimäki. Riihimäen kaupunki toimii vastuukuntana.



Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki

Kuva 18. Kanta-Häme, ehdotus uudeksi palvelurakenteeksi

Hämeenlinnan seudun sote-alue muodostuu luonnollisella tavalla Hämeenlinnan kaupungista yhdessä Hattulan ja Janakkalan kuntien kanssa. Janakkalan keskeisin taajama Turenki on kiinteässä yhteydessä Hämeenlinnaan. Janakkala ja Hämeenlinna tekevät yhteistyötä myös muilla osa-alueilla. Hattula sijaitsee maantieteellisesti Hämeenlinnan keskellä. Valtiovarainministeriön kuntarakenneselvityksen mukaan Janakkalan ja Hattulan osalta täyttyvät yhdyskuntarakenne- ja työpaikkaomavaraisuuskriteerit sekä Hattulan osalta lisäksi pendelöintikriteeri suhteessa Hämeenlinnaan. Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan Janakkalan kunnan Tervakosken taajaman väestöllä tulee olla mahdollisuus käyttää myös Riihimäen seudun sote-alueen palveluja.

Riihimäen seudun sote-alueen väestö on nuorta ja väestönkasvu positiivista. Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan Riihimäen sairaalan siirtyminen osaksi Riihimäen seudun sote-aluetta vahvistaa paikallisen laajan perustason toimintaedellytyksiä. Riihimäen alueen kunnat ovat olleet yksimielisiä sote-alueesta. Hallintomallista on sen sijaan esitetty erilaisia näkemyksiä. Selvityshenkilöt ehdottavat yleislinjauksen mukaisesti Riihimäen kaupunkia sote-alueen vastuukunnaksi. Riihimäen ja Hyvinkään kaupunkien maantieteellinen läheisyys mahdollistaa tiivistyvän yhteistyön kaupunkien välillä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Mikäli tämä yhteistyö edelleen laajenee, tulisi ehdotettua sote-ratkaisua arvioida uudelleen.

Forssan seudun sote-alueella on toimiva ja kehittyvä terveydenhuollon kuntayhtymä, jossa toteutuu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio sekä ympäristöterveydenhuollon yhteistyö. Tavoitteena on laajentaa yhteistyötä kattamaan sosiaalipalvelut vuonna 2015. Alueen kunnat ovat ilmoittaneet yksimielisesti haluavansa järjestää sote-alueen hallinto kuntayhtymäpohjaisesti. Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan tämä on ensisijainen vaihtoehto. Toisena vaihtoehtona on Forssan kaupungin toimiminen vastuukuntana. Someron liittyminen sote-alueeseen vahvistaa alueen elinvoimaisuutta ja kantokykyä. Forssan seudun sote-alueen tulevaisuudennäkymät ovat kantokykymittareilla tarkasteltuna heikkeneviä ja on mahdollista, että alueen tilannetta joudutaan tarkastelemaan uudestaan tulevaisuudessa.

Selvityshenkilöt ehdottavat Kanta-Hämeen keskussairaala Kanta-Hämeen sote-alueiden omistamaksi sairaalaksi, joka toimii kuntayhtymänä. Tältä osin esitys poikkeaa selvitysalueen muille keskussairaaloille esitetystä hallintomallista. Kanta-Hämeen keskussairaalan osalta riskinä on ehdotettujen sote-alueiden mahdollinen suuntautuminen hankkimaan palveluita muista erikoissairaanhoidosta tuottavista sairaaloista, joita toimii lähialueilla. Kanta-Hämeen kunnat ovat kuitenkin ilmaisseet yksimielisen tahtonsa sitoutua ylläpitämään ja kehittämään keskussairaala yhteisenä sairaalana ja näin turvaamaan sen toiminnan jatkossakin. Keskussairaalan toimintaan voidaan yhdistää myös vaativan sosiaalihuollon palveluja. Hämeenlinnan seudun sote-alue hankkii erityisen vaativat erikoissairaanhoidon palvelut Tampereen yliopistollisesta sairaalasta. Someron kaupungin liittyessä Forssan seudun sote-alueeseen kunnan väestö voi käyttää edelleen myös Turun yliopistollisen sairaalan palveluja.

Selvitystyön aikana on tullut esille, että Kanta-Hämeessä toimivien nykyisten sosiaalihuollon kuntayhtymien (Eteva, Mainiemi) toimintaedellytyksiä uudessa palvelurakenteessa tulisi arvioida ja siirtää pääosa niiden toiminnasta osaksi laajan perustason palveluja. Etevan osalta on ehdotettu kuntayhtymän purkamista ja selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan siellä oleva vaativan tason toiminta voitaisiin siirtää osaksi keskussairaalan palvelutuotantoa.

Taulukko 13. Kantokykytekijät, Kanta-Häme

Kanta-Häme	Nykytilanteessa					Forssan seudun sote-alue	Hämeenlinnan seudun sote-alue	Riihimäen seudun sote-alue
	Pienin arvo	Suurin arvo	Koko maa	Tays-erva	Kanta-Häme			
Väestö 2011	2 503	67 270	5 401 267	1 062 673	175 230	44 384	93 912	46 202
Väestöennuste 2025	2 389	73 645	5 748 548	1 141 271	189 593	43 403	103 029	51 839
75 v. täyttäneet(%)	7	11,4	8,2	8,9	9,2	11,1	9,4	7,9
75 v. % 2025	11	17,7	12,4	13	13,3	16,4	13,5	11,5
Huoltosuhte	54	67	56	59	60	65	60	58
Sairastavuusindeksi (THL)	79,2	118,2	100	102	96,4	112,9	92,6	94,3
Toimeentulotuki €/as.	35	125	120	107,4	93	89,6	99,3	77,6
Toimeentulotukea saaneet % väestöstä	3,9	7,9	6,9	6,8	6,1	6,4	6,1	5,8
Verotulot/as	2 478	3 575	3 530	3 237	3 251	2 834	3 308	3 375
Valtionosuudet/as	1 091	2 350	1 418	1 552	1 460	2 002	1 338	1 391
Sote-nettomenot/asukas	2 680	3 428	3 272	3 202	3 191	3 107	3 253	3 160
Konsernivelka/as	1 341	5 219	4 729	3 770	4 270	2 637	4 700	4 368

sisältää  
Someron

## PIRKANMAA

### Alueen kunnat ja palvelujen järjestäminen alueella

Pirkanmaan kunnat tuottavat sosiaalihuollon palvelut pääosin itse. Vuoden 2013 alusta Pirkkan ja Vesilahden kunnat muodostavat sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen. Tampereen ja Oriveden sosiaalipalvelut yhdistyivät vuoden 2013 alussa. Lastensuojelun sosiaalipäivystys on järjestetty Tampereen kaupungin sosiaalipäivystyksessä. Myös A-klinikka toimii maakunnallisesti. Lisäksi Tampereen kaupungin asiakasohjaus Luotsi palvelee sijaishuollon asiakasohjauksessa Tampereen lisäksi Akaata, Kangasalaa, Lempäälää, Nokiaa, Pirkkalaa, Urjalaa, Valkeakoskea, Vesilahtea ja Ylöjärveä. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri vastaa kehitysvammaisten erityishuollon järjestämisestä alueensa kunnille. Sosiaalihuollon erityis- palvelujen osaaminen painottuu isompiin kuntiin.

Hämeenkyrö, Ikaalinen, Kihniö, Lempäälä, Mänttä-Vilppula, Nokia, Parkano, Valkeakoski ja Ylöjärvi järjestävät itse sosiaali- ja terveyspalvelut. Lisäksi Pirkanmaalla toimii kuusi yhteistoiminta- aluetta. Sotesi-yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Punkalaidun ja Sastamala, Tampere ja Orivesi muodostavat sosiaalipalvelujen yhteistoiminta-alueeseen. Juupajoki, Kangasala, Orivesi ja Pälkäne muodostavat terveyspalvelujen yhteistoiminta-alueen. Akaa ja Urjala muodostavat yhteistoiminta-alueen. Pirkkala ja Vesilahti sekä Virrat ja Ruovesi muodostavat yhteistoiminta-alueet.

Jämsän kaupunki ja Kuhmoisten kunta muodostavat yhteistoiminta-alueen, jossa Jämsän kaupunki järjestää alueen väestön tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut. Jokilaakson sairaalasta jämsäläiset saavat monia erikoissairaanhoidon palveluita. Vuoden 2013 alusta Jämsä siirtyi Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin, minkä jälkeen vaativin hoito järjestyy Tampereen yliopistollisesta sairaalasta.

Infrastruktuurin merkittävimmät osat sijoittuvat Tampereelle, Sastamalaan ja Valkeakoskelle. Mäntän sairaalassa ja Jokilaakson sairaalassa sekä Hatanpään sairaalassa on erikoissairaanhoidon toimintaa. Terveyskeskukset ovat hyvin varusteltuja ympäri maakuntaa ja niissä tehdään monipuolista yleislääkäri-tasoista sairaanhoitoa. Ympäri vuorokautisia päivystyspisteitä on Parkanossa, Virroilla, Mänttä-Vilppulassa, Tampereella, Nokialla, Sastamalassa ja Valkeakoskella. Erikoissairaanhoidon ympärivuorokautinen erikoisaloittainen päivystys on järjestetty Tampereella. Vammalan sairaalassa on järjestetty ympärivuorokautinen synnytyspäivystys. Erikoissairaanhoidon takapäivystysvalmius on järjestetty muissa aluesairaaloissa.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri tuottaa erikoissairaanhoidon palveluita Tampereen yliopistollisen sairaalan lisäksi Vammalan ja Valkeakosken aluesairaaloissa, Mäntän sairaalassa sekä psykiatriasta erikoissairaanhoidon Pitkaniemen sairaalassa Nokialla ja Kaivannon sairaalassa Kangasalla. Yliopistollisella sairaalalla on sädehoidon yksikkö myös Päijät-Hämeen keskussairaalassa Lahdessa ja se on yhtiöittänyt sydänsairauksien hoidon Sydänkeskus osakeyhtiöön. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on pääomistajana viiden sairaanhoitopiirin ja kolmen kaupungin omistamassa Tekonivelsairaala Coxassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on pääomistajana laboratoriapalveluja tuottavassa Fimlabissa, joka huolehtii laboratoriapalveluista myös Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella.

Tampereen kaupungin Hatanpään sairaala tarjoaa kuntalaisille erikoissairaanhoidon palveluja kirurgian, sisätautien, infektio- tautien, yleislääketieteen, neurologian ja geriatrian erikoisaloilta.

Valkeakosken sairaala on somaattisia erikoissairaanhoidon peruspalveluita antava sairaala, jossa hoidetaan pääasiassa sairaanhoitopiirin eteläisen alueen kunnista tulevia potilaita. Sairaalassa hoidetaan alueen terveyskeskusten kanssa yhdessä viikonloppu- ja yöpäivystykset. Kaivannon sairaala on hallinnollisesti osa Valkeakosken sairaalaa. Vammalan aluesairaalassa hoidetaan ensisijaisesti Lounais- ja Luoteis-Pirkanmaan seutukuntien somaattisia ja psykiatri-

sia potilaita ja se toimii toistaiseksi myös synnytyssairaalana. Lounais-Pirkanmaan terveyskeskusten yöpäivystys on aluesairaalassa. Mäntän sairaalassa on pieni erikoissairaanhoidon vuodeosasto, jonka yhteydessä on dialyysiyksikkö. Pääosin sairaalahoito on konservatiivista päivystyspotilaiden hoitoa tai keskussairaalan potilaiden jatkohoitoa ja kuntoutusta. Potilaat ovat pääosin yläpirkanmaalaisia. Kiikoinen Satakunnasta liittyi Sastamalan kaupunkiin vuoden 2013 alusta ja se kuuluu Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin.

Elinvoimainen Tampereen kaupunkiseutu – tulevaisuuden vaihtoehdot vaikutuksineen -selvitystyössä ovat mukana Kangasala, Lempäälä, Nokia, Orivesi, Pirkkala, Tampere, Vesilahti ja Ylöjärvi. Selvityksen tavoitteena on tukea kaupunkiseudun kilpailukyvyä ja elinvoimaisuuden vahvistamista, asukkaiden hyvinvoinnin edistämistä ja sekä hyvän elinympäristön ja kestävä kehityksen turvaamista. Selvityksessä tarkastellaan eri näkökulmista tavoitteiden edellyttämiä toimintamalleja: kunnat, kuntien välinen yhteistyö, seutuhallinto ja uusi kunta. Selvitys valmistuu 31.1.2014.

### **Alueen väestö ja sen palvelutarpeet**

Pirkanmaan 517 749 asukkaan maakunnassa on 23 kuntaa, joiden väestö vaihtelee vuoden 2011 tilastotietojen mukaan 2 046 ja 215 168 välillä. Kunnat kuuluvat viiteen seutukuntaan.

Pirkanmaan maakunnan väkiluku kasvaa nopeasti. Pirkanmaan väestön määrän ennustetaan kasvavan vuoteen 2025 mennessä 10,1 prosenttia (15,4 % 2030), mikä on Uudenmaan jälkeen toiseksi eniten kaikista maakunnista. Kasvu kohdistuu erityisesti keskuskaupunki Tampereeseen ja sen ympäristöön. Pirkanmaan kunnista 11 kunnan väestökehitys on negatiivista (Punkalaidun, Virrat, Ruovesi, Parkano, Mänttä-Vilppula, Kihniö, Juupajoki, Ikaalinen, Urjala, Jämsä ja Kuhmoinen).

Ikääntyneiden palvelutarpeita voidaan arvioida 75 vuotta täyttäneiden osuudella väestöstä. Se vaihtelee kunnittain 4,9 (Pirkkala) ja 17,9 (Kuhmoinen) % välillä. Maakunnan väestöstä 8,5 % on täyttänyt 75 vuotta ja koko maan väestöstä 8,2 %. Kuntien sairastavuusindeksi vaihtelee 76,5 (Pirkkala) ja 130,5 (Kihniö) välillä (koko maa 100). Sosiaalipalvelujen tarvetta voidaan jossain määrin kuvata asukasta kohti tarvittavalla toimeentulotuen määrällä. Se vaihtelee kunnittain 51 € ja 154 € välillä. Maakunnassa käytetään keskimäärin 115 € asukasta kohti toimeentulotukeen. Summa on hiukan vähemmän kuin koko maassa keskimäärin (120 €/asukas). Palvelutarvetta kuvaa myös huoltosuhde eli työttömien ja työvoiman ulkopuolella olevien suhde työllisiin. Pirkanmaan maakunnan huoltosuhde on 56, joka vastaa koko maan tilannetta. Huoltosuhde vaihtelee Pirkanmaalla 45 ja 86 välillä.

Lastensuojelun tukitoimien piirissä Pirkanmaan maakunnan alueella oli 6,6 prosenttia 0–17-vuotiaista vuonna 2011 (koko maa 6,7 %). Kodin ulkopuolelle sijoitettujen osuus oli 1,2 % vuonna 2011 (koko maa 1,4 %). Pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai vuoden 2011 aikana 7,1 % Pirkanmaalaisista (koko maa 6,9 %). KELA:n korotettua ja ylintä vammaisetuutta saaneita oli 2,7 % Pirkanmaan väestöstä.

Avohoidon asiakas- ja potilaskäyntejä Pirkanmaalla oli 8,37 asukasta kohti vuonna 2011. Näistä käyntejä lääkärin vastaanotolla oli 1,65 ja hammaslääkärikäyntejä 0,55 asukasta kohti. Muun henkilöstön vastaanottokäyntejä oli 6,17 asukasta kohti. Koko maassa näitä vastaanottokäyntejä oli 11,45 asukasta kohti, joista lääkärin vastaanottokäyntejä oli 2,38, hammaslääkärin 0,39 ja muun henkilöstön 8,68 per asukas.

### **Muut kantokykitekijät alueella**

Pirkanmaan terveyskeskuksissa on 318,5 terveyskeskuslääkärin vakanssia, mikä vastaa 6,5 lääkäriavokanssia 10 000 asukasta kohti. Terveyskeskusten resursointi Pirkanmaan alueella

vaihtelee 4,6:sta 11,5 vakanssiin / 10 000 asukasta. Koko maan keskimääräinen resursointi on 7,0. Mukaan ei ole laskettu kunnallisen työterveyshuollon vakansseja. Lokakuun 2012 seurantatiedoissa 6,9 % vakansseista oli täyttämättä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Vaje oli jonkin verran maan keskiarvoa (6,3 %) suurempi.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä oli vuonna 2011 yhteensä 1 242 erikoissairaanhoidon sairaansijaa sekä sairaanhoitopiirin omistamassa Sydänkeskus Oy:ssä 82 sairaansijaa eli yhteensä 1324 sairaansijaa. Somaattisia sairaansijoja näistä oli 941 ja psykiatrisia 383. Sairaaloittain sairaansijat jakaantuivat seuraavasti: Tampereen yliopistollinen sairaala 1022 sairaansijaa (940+82), josta somaattiset 791 ja psykiatriset 231, Ylä-Pirkanmaan terveydenhuoltoalue (Mäntän sairaala) 67 somaattista sairaansijaa, Valkeakosken aluesairaala 99 sairaansijaa, josta somaattiset 66 ja psykiatriset 116 sekä Vammalan aluesairaala 99 sairaansijaa, josta somaattiset 63 ja psykiatriset 36. Jokilaakson sairaalassa Jämsässä on akuutti vuodeosasto ja kirurginen osasto.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä oli vuoden 2011 lopussa yhteensä 6 095,5 virkaa ja tointa. Näistä lääkärihenkilöstöä oli 713,5, tutkimushenkilöstöä 247,5, hoitohenkilöstöä 3 792,5, hallinto- ja toimistohenkilöstöä 357 sekä huoltohenkilöstöä 985. Yliopistollisessa sairaalassa oli lisäksi sivuvirkoja yhteensä 50. Vuonna 2011 Tampereen kaupungin Hatanpään sairaalassa oli 88 erikoislääkärin vakanssia, erikoistuvia lääkäreitä oli 13. Varsinaisia sairaansijoja oli 328 sekä lisäksi 30 kotisairaalaapaikkaa.

Vuonna 2011 Pirkanmaalla oli 10,6 sosiaalityöntekijää 10 000 asukasta kohti. Määrä ylitti selvästi maan keskiarvon 6,8. Sosiaaliohjaajien määrä Pirkanmaalla 10 000 asukasta kohti oli 7,6 (maan keskiarvo 15,4). Sairaanhoidotajia Pirkanmaalla oli 10 000 asukasta kohti 114,6: määrä on hieman korkeampi kuin koko maan keskiarvo 111,1. Pirkanmaalla oli vuonna 2011 103,1 lähihoitajaa tai vastaavaa 10 000 asukasta kohti (maan keskiarvo 114,1).

Taloudellisen kestävyuden kannalta tarkasteltuna Pirkanmaan kuntien verotulot asukasta kohti vaihtelevat 2 374 €:sta 3 823 €:oon. Maakunnan keskimääräinen kuntien verotulo asukasta kohti oli 3 363 € ja koko maan vastaava tulo 3 530 €. Kunnan velka (kuntakonsernin velka) asukasta kohti vaihtelee 1 163 (Kihniö) € ja 3 669 € (Tampere) välillä. Maakunnassa kuntien velka asukasta kohti koko maan keskitasoa (4 729 €/as) pienempi, 3 078 €/as. Valtionosuuksia maksettiin 2011 asukasta kohti 779 eurosta 3 241 euroon. Maakunnassa asukasta kohti maksettiin keskimäärin valtionosuutta 1 370 € (koko maa 1 418 €).

Pirkanmaan alueella KELA:n sairausvakuutuksesta korvattiin yksityispalvelujen ostokertoja 1 000 henkilöä kohti keskimäärin 1 655 kappaletta vuonna 2011. Ostojen määrä Pirkanmaan kunnissa vaihteli 980 (Kihniö) ja 1 870 (Tampere) välillä.

Erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuutta kuvaa hoitoon pääsyyn kuluva aika lähetteen kirjoittamishetkestä. Ensimmäiselle vastaanottokäynnille Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaaloihin odotti joulukuun 2012 lopussa noin 4 574 henkilöä, joista yli kolme kuukautta odotaneita oli noin 12 prosenttia. Erikoissairaanhoidon nettomenot Pirkanmaalla olivat 1 067 € asukasta kohti vuonna 2011 (koko maa 1 011 €).

### **Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotus selvitysalueiksi**

Valtiovarainministeriön työryhmä esitti tammikuussa 2012, että Pirkanmaalle asetettaisiin seitsemän erityistä kuntajakoselvitystä seuraavien uusien kuntien muodostamiseksi:

- Tampere, Pirkkala, Lempäälä, Kangasala, Ylöjärvi, Vesilahti ja Nokia (mahdollisesti Hämeenkyrö, Pälkäne ja/tai Orivesi)
- Mänttä-Vilppula, Ruovesi, Juupajoki (mahdollisesti Orivesi)
- Kihniö, Parkano, Ikaalinen (mahdollisesti Hämeenkyrö)
- Urjala, Akaa ja Valkeakoski (mahdollisesti Pälkäne)
- Sastamala yhdessä Satakunnan Kiikoisten kanssa

- Punkalaidun osana Satakunnan Huittisten ja Kokemäen selvityskokonaisuutta sekä
- Virrat osana Etelä-Pohjanmaan Alavuden, Kuortaneen, Töysän ja Ähtärin selvityskokonaisuutta.

## PIRKANMAA: EHDOTUS UUDEKSI PALVELURAKENTEESI

Pirkanmaan väestöpohja (noin 0,5 miljoonaa asukasta) mahdollistaa useamman sote-alueen muodostamisen maakuntaan. Ehdotetulla sote-ratkaisulla pystytään turvaamaan palvelut koko maakunnan alueella. Pirkanmaan kuulemistilaisuuksissa ja kuntien kannanotoissa ei ole kannatettu maakuntapohjaista sote-mallia.

Selvityshenkilöiden ehdotuksessa kaikilla Pirkanmaan sote-alueilla vastuukuntana toimii keskuskaupunki, jolla on jo olemassa olevaa laajan perustason mahdollistavaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua. Kuntien kannanotoissa on tullut esille halu hyödyntää nykyisiä hyvin toimivia sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamistapoja. Erityisesti Tampereen seudun sote-alueella lähtökohtana on kaupunkiseudun säilyttäminen eheänä kokonaisuutena. Tällä on merkitystä myös koko Suomen kehitykselle.

Selvityshenkilöt ehdottavat Pirkanmaalle järjestämävastuun osalta neljää sote-aluetta:

- **Länsi-Pirkanmaan sote-alue:** Hämeenkyrö, Ikaalinen, Kihniö, Parkano, Punkalaidun ja Sastamala. Sastamalan kaupunki toimii vastuukuntana.
- **Tampereen seudun sote-alue:** Lempäälä, Nokia, Pirkkala, Tampere, Vesilahti ja Ylöjärvi. Tampereen kaupunki toimii vastuukuntana.
- **Etelä-Pirkanmaan sote-alue:** Akaa, Kangasala, Pälkäne, Valkeakoski ja Urjala. Valkeakosken kaupunki toimii vastuukuntana.
- **Pohjois-Pirkanmaan sote-alue:** Juupajoki, Jämsä, Kuhmoinen, Mänttä-Vilppula, Orivesi, Ruovesi ja Virrat. Jämsän kaupunki toimii vastuukuntana.





Pirkanmaa on väestökehitykseltään voimakkaasti kasvava maakunta, jonka kasvu perustuu erityisesti Tampereen seudun vetovoimaan. Useissa maakunnan reuna-alueen kunnissa väestö ikääntyy ja vähenee.

Tampere on yli 200 000 asukkaan kaupunki ja se sijaitsee keskellä maakuntaa hyvien kuluyhteyksien varrella. Olemassa oleva palvelurakenne tarjoaa hyvän pohjan tuottaa laajan perustason palveluja myös tulevaisuudessa. Ehdotettu Tampereen seudun sote-alue yhdistää kaupunkiseudun sosiaali- ja terveysterveystoimet yhdeksi kokonaisuudeksi. Ratkaisulla tuetaan kaupunkiseudun kehitystä maakunnallisena ja valtakunnallisena keskuksena. Selvityshenkilöt näkevät perusteltuna, että Tampereen seudun sote-alueen kunnat voisivat vastata palvelutuotannosta erikseen sovitun työnjaon mukaisesti.

Pohjois-Pirkanmaan sote-alue muodostaa haasteellisen kokonaisuuden kuntien väestörakenteen ja taloudellisen kantokyvyn osalta. Maantieteellisen sijainnin vuoksi alueelle on vaikeaa löytää nyt ehdotetulle sote-mallille vaihtoehtoisia tapoja järjestämisvastuun toteuttamiseksi. Oriveden mukanaolo vahvistaa alueen väestöpohjaa ja kantokykyä.

Etelä-Pirkanmaan sote-alueella on hyvä valmius tarjota myös jatkossa laajan perustason palveluja. Alueen kuntien yhteistyötä on tehty aiemminkin, esimerkiksi Valkeakosken sairaala vastaa terveydenhuollon päivystyksestä alueella. Kangasalan ja Etelä-Pirkanmaan kuntien kesken on tehty tiivistyvää yhteistyötä. Kangasalan mukanaolo Etelä-Pirkanmaan sote-alueessa vahvistaa merkittävästi sen väestöpohjaa. Pälkäneen kunnan perusterveydenhuolto, erityispalvelut, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto ja kehitysvammaisten erityishuollon avopalvelut on järjestetty yhteistoiminnassa Kangasalan kanssa. Pälkäne on siirtämässä sosiaalipalvelut yhteistoiminta-alueelle vuonna 2014.

Länsi-Pirkanmaan sote-alueella on jo nyt luontaista yhteistyötä. Uusi sote-alue tarjoaa kunnille mahdollisuuden kehittää ja vahvistaa yhteistyötä nykyistä määrätietoisemmin. Punkalaitumen kuntaa ehdotetaan kuuluvaksi tähän sote-alueeseen. Erityisen vaativien erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalveluiden osalta kunta on ilmaissut halunsa suuntautua Tampereen yliopistollisen sairaalan palvelujen käyttäjäksi.

Pirkanmaan jokaisella sote-alueella on sairaala, joka voi tuottaa osan erikois-sairaanhoidon palveluista. Tampereen kaupungin omistama Hatanpään sairaala toimii jatkossa Tampereen seudun sote-alueen laajan perustason alueellisena sairaalana. Samalla periaatteella Jokilaakson sairaala ja Mäntän sairaala toimivat Pohjois-Pirkanmaan sote-alueen alueellisina sairaaloina, Valkeakosken sairaala Etelä-Pirkanmaan sote-alueen alueellisena sairaalana ja Vammalan sairaala Länsi-Pirkanmaan sote-alueen alueellisena sairaalana. Nämä sairaalat ovat sote-alueen kuntien omistamia sairaaloita.

Sairaaloiden välistä työnjakoa tulee selkeyttää epätarkoituksenmukaisten päällekkäisyyksien välttämiseksi ja laajan perustason sosiaali- ja terveysterveystoimien turvaamiseksi. Erityisen vaativat erikoissairaanhoidon palvelut tulee selvityshenkilöiden mielestä keskittää Tampereen yliopistolliseen sairaalaan. Tampereen seudun sote-alueen osalta Tampereen yliopistollinen sairaala tuottaa myös vaativan erikoissairaanhoidon palveluja järjestämissopimuksessa sovitulla tavalla. Erityisen vaativat kehitysvammahuollon palvelut on tarkoituksenmukaista hoitaa myös jatkossa osana Tampereen yliopistollisen sairaalan toimintaa.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan Tampereen yliopistollisen sairaalan tulee olla Pirkanmaan sote-alueiden omistama sairaala, jonka hallintomuoto on joko kuntayhtymä tai liikelaitoskuntayhtymä. Yliopistollisella sairaalalla tulee olemaan myös jatkossa merkittävä asema koko erityisvastuualueella mm. sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus- ja tutkimustoiminnassa sekä uusien hoitokäytäntöjen ja menetelmien kehittämisessä.

Osa Pirkanmaan kunnista on mukana Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä Mainiemessä. Sen osalta tulee arvioida, mitä sen tehtävistä on järkevää siirtää osaksi sote-alueiden toimintaa ja mitä tehtäviä on syytä hoitaa keskitetysti.

Taulukko 14. Kantokykytekijät, Pirkanmaa

Pirkanmaa	Nykytilanteessa					Ehdotus			
	Pienin arvo	Suurin arvo	Kokoma	Tays-erva	Pirkanmaa	Länsi-Pirkanmaan sote-alue	Tampereen seudun sote-alue	Etelä-Pirkanmaan sote-alue	Pohjois-Pirkanmaan sote-alue
Väestö 2011	2 046	215 168	5 401 267	1 062 673	491 472	56 068	321 200	80 132	60 349
Väestöennuste 2025	1 762	235 918	5 748 548	1 141 271	541 321	56 134	367 474	86 070	55 196
75 v. täyttäneet(%)	4,9	15,9	8,2	8,9	8,3	11,2	7,2	8,7	12,4
75 v. % 2025	8,8	20,7	12,4	13	12	15,6	10,6	12,8	18,9
Huoltosuhte	45	78	56	59	55	66	50	63	70
Sairastavuusindeksi (THL)	74,9	130,5	100	102	93,7	113,6	87,0	99,4	115,2
Toimeentulotuki €/as.	51	154	120	107,4	115	75,3	128,4	92,0	106,7
Toimeentulotukea saaneet % väestöstä	3,7	9,1	6,9	6,8	7,1	5,1	7,8	5,5	6,8
Verotulot/as	2 374	3 823	3 530	3 237	3 362	2 813	3 532	3 208	3 154
Valtionosuudet/as	779	3 122	1 418	1 552	1 344	2 222	1 066	1 476	2 082
Sote-nettomenot/asukas	2 730	4 294	3 272	3 202	3 191	3 344	3 137	3 117	3 621
Konsernivelka/as	1 163	3 669	4 729	3 770	3 078	2 463	3 276	2 860	2 961

Sisältää  
Jämsän ja  
Kuhmoisen

## PÄIJÄT-HÄME

### Alueen kunnat ja palvelujen järjestäminen alueella

Päijät-Hämeessä nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueet on muodostettu ilman Lahden ja Heinolan kaupunkeja. Hollola, Asikkala, Kärkölä, Hämeenkoski ja Padasjoki muodostavat yhteistoiminta-alueen, Peruspalvelukeskus Oiva -liikelaitoksen, jonka vastuukuntana on Hollola. Sen sijaan Nastolan, Orimattilan, Hartolan ja Sysmän sekä Pukkilan (Uusimaa), Myrskylän (Uusimaa) ja Iitin (Kymenlaakso) sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut tuottaa Peruspalvelukeskus Aava -liikelaitos. Aava tuottaa ympäristöterveydenhuollon palvelut 11 jäsenkunnalle eli kaikille muille kunnille paitsi Lahden ja Heinolan kaupungeille sekä Iitin kunnalle.

Lahden sosiaali- ja terveystoimi vastaa terveystalvuuksista, vanhusten palveluista ja kuntoutuksesta sekä hyvinvointipalveluista ja sosiaalisesta tuesta.

Lahden ja Heinolan kaupungit vastaavat pääosin itse sosiaalihuollon palvelujen tuottamisesta. Lisäksi sosiaalihuollon palveluita Päijät-Hämeessä tuottavat peruspalveluliikelaitokset Oiva ja Aava jäsenkunnilleen. Lahden A-klinikka tarjoaa palvelua ostopalvelusopimuksen tehneiden kuntien asukkaille. Kehitysvammaisten erityishuolto hoidetaan Eteva-kuntayhtymässä yhdessä Uudenmaan ja Kanta-Hämeen kuntien kanssa.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä) aloitti toimintansa 1.1.2007. Yhtymän toimialat ovat erikoissairaanhoito, sosiaali- ja perusterveydenhuolto sekä ympäristöterveydenhuolto. Se antaa erikoissairaanhoitoon palveluja 14 jäsenkunnalleen, joista Päijät-Hämeen maakunnan ulkopuolisia ovat Iitti Kymenlaaksosta sekä Pukkila ja Myrskylä Uudeltamaalta.

Heinolan terveyskeskuksessa tuotetaan kuntalaisten tarpeisiin erikoissairaanhoidon peruspalveluja sisätautien, kirurgian ja naistentautien erikoisaloilla sekä aikuispsykiatrisessa avohoitoyksikössä. Leikkausosastolla tehdään kirurgisia ja gynekologisia toimenpiteitä.

Infrastruktuurin merkittävin osa sijoittuu Lahteen. Ympäri vuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon erikoisaloittainen päivystys on Lahdessa.

Päijät-Hämeen alueella on menossa maakunnallinen kuntien ohjaama selvitystyö, jonka päätavoitteena on muodostaa kokonaisnäkemys perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämisestä tulevaisuudessa. Tarkoitus on analysoida, miten terveyspalvelut voidaan kokonaisuudessaan hoitaa järkevimmin ja taloudellisesti ja selvittää eri vaihtoehtoja. Selvitys valmistuu kevään 2013 aikana.

### **Alueen väestö ja sen palvelutarpeet**

Päijät-Hämeen 213 262 asukkaan maakunnassa on 11 kuntaa, joiden väestö vaihtelee vuoden 2011 tilastotietojen mukaan 2 130 ja 102 308 välillä. Kunnat kuuluvat kahteen seutukuntaan.

Lahdessa ja useimmissa sen ympäristökunnissa väestörakenne on hyvä, mutta erityisesti maakunnan pohjoisissa kunnissa tilanne on heikompi. Päijät-Hämeen kunnat jakaantuvat väestökehitystietojen perusteella selkeästi kasvaviin ja toisaalta väestöään menettäviin kuntiin. Maakunnan kunnista väestömäärä kasvaa vuoteen 2030 mennessä eniten Hollolassa, 16,9 prosenttia, joka kuuluu väestönkasvun osalta maan parhaaseen viidennekseen. Erityisesti maakunnan pohjoisosassa vesialueiden osuus kuntien pinta-alasta on merkittävä.

Ikääntyneiden palvelutarpeita voidaan arvioida 75 vuotta täyttäneiden osuudella väestöstä. Se vaihtelee kunnittain 6,2 (Nastola) ja 16,2 % (Sysmä) välillä. Maakunnan väestöstä 9 % on täyttänyt 75 vuotta ja koko maan väestöstä 8,2 %. Kuntien sairastavuusindeksi vaihtelee 95,3 (Hollola) ja 152,6 (Sysmä) välillä (koko maa 100). Sosiaalipalvelujen tarvetta voidaan jossain määrin kuvata asukasta kohti tarvittavalla toimeentulotuen määrällä. Se vaihtelee kunnittain Padasjoen 36 € ja Lahden 152 € välillä. Maakunnassa käytetään keskimäärin 117 € asukasta kohti toimeentulotukeen. Summa on hiukan vähemmän kuin koko maassa keskimäärin (120 €/asukas). Palvelutarvetta kuvaa myös huoltosuhde eli työttömien ja työvoiman ulkopuolella olevien suhde työllisiin. Päijät-Hämeen maakunnan huoltosuhde on 59, koko maan huoltosuhde on 56. Huoltosuhde vaihtelee Kanta-Hämeessä 54 (Lahti) ja 83 (Sysmä) välillä.

Lastensuojelun tukitoimien piirissä Päijät-Hämeen maakunnan alueella oli 5,9 % 0–17-vuotiaista vuonna 2011 (koko maa 6,7 %). Kodin ulkopuolelle sijoitettujen osuus oli 1,7 % vuonna 2011 (koko maa 1,4 %). Pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai vuoden 2011 aikana 6,9 % Päijät-Hämeen maakunnan asukkaista, joka oli saman verran kuin koko maassa keskimäärin. KELA:n korotettua ja ylintä vammaisetuutta saaneita oli 2,6 % Päijät-Hämeen väestöstä.

Avohoidon asiakas- ja potilaskäyntejä Päijät-Hämeessä oli 9,63 asukasta kohti vuonna 2011. Näistä käyntejä lääkärin vastaanotolla oli 1,81 ja hammaslääkärikäyntejä 0,42 asukasta kohti. Muun henkilöstön vastaanottokäyntejä oli 7,40 asukasta kohti. Koko maassa näitä vastaanottokäyntejä oli 11,45 asukasta kohti, joista lääkärin vastaanottokäyntejä oli 2,38, hammaslääkärin 0,39 ja muun henkilöstön 8,68 per asukas.

### **Muut kantokykytekijät alueella**

Päijät-Hämeen terveyskeskuksissa on 126 terveyskeskuslääkärin vakanssia, mikä vastaa 6,23 lääkäri vakanssia 10 000 asukasta kohti. Terveyskeskusten resursointi Päijät-Hämeen alueella vaihtelee 5,1–6,9 vakanssiin / 10 000 asukasta (koko maa 7,0). Mukaan ei ole laskettu kunnal-

lisen työterveyshuollon vakansseja. Lokakuun seurantatiedoissa 6,3 % (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä) vakansseista oli täyttämättä. Vaje vastaa maan keskiarvoa.

Päijät-Hämeen keskussairaalassa oli vuonna 2012 394 somaattisen erikoissairaanhoidon sairaansijaa ja 124 psykiatrian sairaansijaa eli yhteensä 518 sairaansijaa. Vuoden 2011 lopussa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä oli 201 erikoislääkärin ja 66 sairaalalääkärin virkaa ja 1 076 sairaanhoitajan tointa ja kaikkiaan 3 949 palvelussuhteessa olevaa.

Sosiaalityöntekijöiden määrä Päijät-Hämeessä oli 7,3 / 10 000 asukasta (koko maa 6,8). Sairaanhoitajien määrä oli Päijät-Hämeessä 105,4 / 10 000 asukasta maan keskiarvon ollessa 111,1. Lähihoitajien määrä oli 117,8 / 10 000 asukasta maan keskiarvon ollessa 114,1.

Taloudellisen kestävyuden kannalta tarkasteltuna Päijät-Hämeen kuntien verotulot asukasta kohti vaihtelevat 2 656 €:sta (Sysmä) 3 428 €:oon (Heinola). Maakunnan keskimääräinen kuntien verotulo asukasta kohti oli 3 227 € ja koko maan vastaava tulo 3 530 €. Kunnan velka (kuntakonsernin velka) asukasta kohti vaihtelee Sysmän 1 632 €:n ja Hartolan 8 614 € välillä. Maakunnassa kuntien velka asukasta kohti oli hieman koko maan velkaa (4 729 €/as) pienempi, 4 623 €. Valtionosuuksia maksettiin 2011 asukasta kohti Hollolan 1 212 € ja Sysmän 2 878 € välillä. Maakunnassa asukasta kohti maksettiin keskimäärin valtionosuutta 1 557 € (koko maa 1 418 €).

Päijät-Hämeen maakunnassa KELA:n sairausvakuutuksesta korvattiin yksityis-palvelujen ostokertoja 1 000 henkeä kohti 1 392 kappaletta vuonna 2011. Ostojen määrä Päijät-Hämeen kunnissa vaihteli 535 (Padasjoki) ja 1 615 (Lahti) välillä.

Erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuutta kuvaa hoitoon pääsyyn kuluva aika lähetteen kirjoittamishetkestä. Ensimmäiselle vastaanottokäynnille Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirien sairaaloihin odotti joulukuun 2012 lopussa noin 4 334 henkilöä, joista yli kolme kuukautta odottaneita oli noin 13 prosenttia. Erikoissairaanhoidon nettomenot Päijät-Hämeessä olivat 908 € asukasta kohti vuonna 2011 (koko maa 1 011 €).

### **Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotus selvitysalueiksi**

Valtiovarainministeriön työryhmä esitti tammikuussa 2012, että Päijät-Hämeeseen asetettaisiin kaksi erityistä kuntajakoselvitystä seuraavien uusien kuntien muodostamiseksi:

- Lahti, Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä, Nastola, Orimattila ja Padasjoki
- Heinola, Hartola ja Sysmä.

### **Erityisesti huomioitavat alueelliset tekijät**

Asikkalan kuntaan sovelletaan saariston kehityksen edistämisestä annetun lain (494/1981) mukaisia saaristokuntaa koskevia säännöksiä. Lain mukaan valtioneuvosto määrää saaristokunniksi ne kunnat, joissa saaristo-olot ovat olennaisena esteenä kunnan kehitykselle.

## **PÄIJÄT-HÄME: EHDOTUS UUDEKSI PALVELURAKENTEKSI**

Päijät-Hämeen maakunnassa Lahti edustaa jo lähes puolta maakunnan väestöstä. Lahden väestö lisääntyy tulevaisuudessa. Maakunnan väestöpohjan ja väestön ikääntymisen johdosta alueelle on vaikea tehdä useita sote-alueita. Lahti sijaitsee keskellä maakuntaa hyvien liikenneyhteyksien päässä. Koko maakuntaa käsittävä sote-ratkaisu vahvistaa myös Lahden kehittymistä maakunnan keskuksena.

Selvityshenkilöt ehdottavat Päijät-Hämeeseen järjestämisvastuun osalta koko maakunnan kattavaa sote-aluetta, jossa Lahden kaupunki toimii vastuukuntana. Päijät-Hämeen sote-alue: Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä, Lahti, Nastola, Orimattila, Padasjoki ja Sysmä sekä Iitti Kymenlaakson maakunnasta ja Myrskylä ja Pukkila Uudenmaan maakunnasta.



Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki

Kuva 20. Päijät-Häme, ehdotus uudeksi palvelurakenteeksi

Päijät-Hämeen sote-alue on väestökehitykseltään kasvava ja sen kasvu perustuu Lahden seudun väestönkasvuun. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan väestön määrä kasvaa vuoteen 2025 mennessä kahdeksassa kunnassa ja vähenee kuuden maakunnan reuna-alueen kunnassa. Yli 75-vuotiaiden määrä nousee voimakkaasti pohjoisissa kunnissa, esimerkiksi Padasjoella huoltosuhte on 119 vuonna 2025 ja Lahdessa 68,8. Ehdotetulla maakunnallisella sote-ratkaisulla turvataan pienten ja ikääntyvien kuntien väestön sosiaali- ja terveyspalvelut.

Päijät-Hämeen nykyinen, jo käynnissä oleva yhteistoiminta (päivystys, tukipalvelut), tukee maakunnallisen sote-alueen muodostamista ja tuottannon yhteistyön tiivistämistä. Päijät-

Hämeessä sosiaali- ja terveystalveluja on kehitetty Perustalvelukeskus Aava-liikelaitoksen ja Perustalvelukeskus Oiva-liikelaitoksen toimesta. Kuulemistilaisuuksissa on tuotu esiin Aavassa ja Oivassa tehty kehittämistyö, jonka jatkamista on toivottu tulevaisuudessa. Osa kuntien edustajista on esittänyt niin sanottua tiekarttamallia, jonka mukaisesti Lahti vastuukuntana vastaisi talvelujen järjestämisestä sekä Aava, Oiva ja Lahden kaupunki ja sen osana keskus-sairaala toimisivat talveluntuottajina. Selvityshenkilöt pitävät tätä perusteltuna linjauksena ja etenemistapana. Selvityshenkilöt ehdottavat lisäksi, että Heinolan sosiaali- ja terveystalvelut liitetään osaksi Aavan toimintaa.

Selvityshenkilöiden mielestä sote-alueen tulee olla toiminnaltaan joustava siten, että alueella voidaan reagoida tuleviin muutoksiin. On tärkeää poistaa nykyisiä mahdollisia toiminnallisia päällekkäisyyksiä. Sote-alueen yhteinen päätöksentekomalli on sovittavissa siten, että kokonaistehokkuuden esteet, kuten osaoptimointi, kyetään poistamaan ja peruslinjat laatimaan yhtenäisiksi. Saamalla huolehditaan siitä, että kuntien paikallisista olosuhteista nousevia tarpeita ja painotuksia kunnioitetaan.

Pukkilan ja Myrskylän talvelut on tuottanut Perustalvelukeskus Aava-liikelaitos. Tämän yhteistyön pohjalta on perusteltua, että kyseisten kuntien talvelut järjestetään jatkossakin Päijät-Hämeen sote-alueen toimesta. Myrskylä on kaksikielinen kunta, jonka asukkaille tulee turvata talvelut omalla kielellä.

Iitti on mukana Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystalveluyhtymässä ja valmistelee sosiaalipäivystyksen siirtoa Kymenlaaksosta Päijät-Hämeeseen. Erikoissairaanhoidon talvelut väestölle ovat lähempänä Lahdessa kuin Kotkassa, mutta työssäkäynti- ja asiointisuuntana painottuu Kouvolaa. Valtiovarainministeriö on kuntarakenneselvityksessä esittänyt Iitin kuulumista Kymenlaaksoon. Tays-erva-alueen selvityshenkilöiden ehdotuksena on, että Iitti on mukana Päijät-Hämeen sote-alueessa.

Selvityshenkilöt ehdottavat Päijät-Hämeen keskussairaalan siirtämistä osaksi vastuukuntana toimivan Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystalveluja. Keskussairaalan toimintaan yhdistetään vaativan sosiaalihuollon talveluja.

Kuntien taholta on esitetty Eteva-kuntayhtymän purkamista, mitä tulisi selvityshenkilöiden mielestä arvioida ja samalla selvittää avotalvelujen siirtäminen osaksi laajan perustason talveluja. Vaativat sosiaalihuollon talvelut voidaan tällöin Päijät-Hämeessä liittää osaksi keskussairaalan toimintaa.

Päijät-Hämeen kunnat ovat selvitystyön yhteydessä tuoneet esiin sosiaali- ja terveystalveluministeriölle tekemänsä esityksen Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystalveluyhtymän siirtymisestä Tays-erva-alueesta HYKS-erva-alueeseen. Tässä selvityksessä ei ole otettu asiaan kantaa.

Taulukko 15. Kantokykätekijät, Päijät-Häme

Päijät-Häme	Nykytilanteessa					Ehdotus
	Pienin arvo	Suurin arvo	Koko maa	Tays-erva	Päijät-Häme	Päijät-Hämeen sote-alue
Väestö 2011	2 130	102 308	5 401 267	1 062 673	202 236	213 262
Väestöennuste 2025	2 214	111 577	5 748 548	1 141 271	212 514	223 262
75 v. täyttäneet(%)	6,2	16,2	8,2	8,9	8,9	9,0
75 v. % 2025	12,4	23,7	12,4	13	14,8	14,8
Huoltosuhte	54	83	56	59	59	59,0
Sairastavuusindeksi (THL)	95,3	152,6	100	102	111,4	110,9
Toimeentulotuki €/as.	36	152	120	107,4	120	116,4
Toimeentulotukea saaneet % väestöstä	2,6	8,4	6,9	6,8	6,9	6,9
Verotulot/as	2 656	3 428	3 530	3 237	3 250	3 227
Valtionosuudet/as	1 212	2 878	1 418	1 552	1 533	1 557
Sote-nettomenot/asukas	2 668	3 646	3 272	3 202	3 144	3 144
Konserniveika/as	1 632	8 614	4 729	3 770	4 623	4 505

1= Kaikki Päijät-Hämeen kunnat kattava sote-alue

sisältää Iitin,  
Myrskylän ja  
Pukkilan

### Ehdotetun rakenteen mahdolliset yhteistyötarpeet kattavien palvelujen toteuttamiseksi

Selvityshenkilöiden ehdotuksen mukaiset sote-alueet pystyvät varsin kattavasti vastaamaan laajan perustason palveluiden järjestämisestä. Sote-alueilla tulee varmistaa, että yhteistyö kuntien muuhun toimintaan on kiinteää ja sillä tuetaan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Selvityshenkilöiden ehdotuksen mukaan Kanta-Hämeeseen ja Pirkanmaalle muodostuu useampia sote-alueita. Tällöin vaativien ja erityisen vaativien sosiaali- ja terveystalveluiden turvaaminen edellyttää sote-alueiden tiivistä yhteistyötä.

Palvelutuotannosta sovitaan yksityiskohtaisesti sote-alueiden välisessä palvelujen järjestämissopimuksessa. Erityistä huomiota järjestämissopimusta laadittaessa tulee kiinnittää sosiaali- ja terveydenhuollon opetus- ja tutkimustoiminnan koordinaatioon sekä yhteistyön kehittämiseen yliopistojen ja korkeakoulujen kanssa.

Selvityshenkilöiden ehdottamat sote-alueet hankkivat erikoissairaanhoidon vaativan ja erityisen vaativan tason palveluja Tampereen yliopistollisesta sairaalasta. Jatkossa sote-alueiden välisenä yhteistyönä on selvitettävä sosiaali-palvelujen jakautuminen osaksi laajan perustason, vaativan tai erityisen vaativan tason palveluja.

## 3.2 EHDOTUKSEN VAIKUTUKSET TAYS-ALUEELLA

Selvityshenkilöiden ehdotus sote-alueista tasoittaa palvelujen järjestämisvastuussa olevien tahojen välisiä kantokykätekijöitä. Tämä turvaa palvelut myös pienten kuntien väestölle. Kantokykätekijät ovat tulevaisuudessa kohtuullisen hyvät muodostuvilla sote-alueilla. Haasteelliseksi tilanne muodostuu kuitenkin jatkossa Forssan seudun ja Pohjois-Pirkanmaan sote-alueilla.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan selvitysalueella ei ole etäisyyksiin liittyviä tai kielellisiä erityiskysymyksiä. Ainoa kaksikielinen kunta selvitysalueella on Päijät-Hämeen sote-alueeseen kuuluva Myrskylä, jonka kaksikieliset palvelut tulee turvata. Asikkala puolestaan luokitellaan saaristokunnaksi, mikä asettaa erityisiä haasteita kunnan yleiselle kehitymiselle.

Lähipalvelujen turvaaminen harvaan asutuilla alueilla edellyttää erilaisia palvelujen toteuttamismuotoja ja uuden teknologian käyttöönottoa. Uudenlaisen teknologian käyttöönotto edellyttää valvovan viranomaisen tukea ja mukanaoloa.

Sosiaalihuollon osalta vaativien palvelujen yhdistäminen osaksi keskussairaalan toimintaa parantaa näiden palvelujen saatavuutta alueilla. Asiakkaiden ja potilaiden liikkuvuus tulee muuttamaan osaltaan lähipalvelujen tarjontaa. Väestön väheneminen ja ikääntyminen haastaa suunnittelemaan lähipalveluverkkoa uudella tavalla. Erikoissairaanhoidossa palvelujen turvaaminen ja laatu edellyttävät nykyistä pidemmälle menevää yhteistyötä ja työnjakoa sairaaloiden kesken.

Työvoiman riittävyys ja osaamisen varmistaminen on keskeistä sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamiseksi. Koulutuksen tulee vastata alueellisesti työvoiman kysyntään aiempaa joustavammin. Suuremmat työnantajat pystyvät varmistamaan riittävän osaamisen sekä hoidon ja hoivan laadun. Suuremmat yksiköt pystyvät tarjoamaan henkilökunnan näkökulmasta myös riittävästi resursseja sekä mahdollisuuksia koulutukseen ja urakehitykseen. Henkilöstön sijoitumista voidaan suunnitella vastaamaan joustavammin muuttuviin palvelutarpeisiin. Palvelujen laatu paranee, kun toimijoita on vähemmän; esimerkiksi konsultaatiot helpottuvat ja tietojärjestelmäratkaisut yhtenäistyvät.

Asiakkaan näkökulmasta moniammatillisuus tuo lisähyötyä, kun tarvittavat palvelut voidaan tarjota kokonaisuutena. Yhtenäistämällä hoitokäytäntöjä palveluiden rajapintoihin liittyvät ongelmat vähenevät ja päällekkäisyydet poistuvat. Edellytykset hoidon jatkuvuuteen paranevat.

Suuremmissa kokonaisuuksissa on paremmat valmiudet sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoimintaan.

Selkeät ja yksinkertaiset palvelurakenteet mahdollistavat toimijoiden omavalvonnan kehittämisen ja viranomaisvalvonnan paremman sujuvuuden. Aluehallintoviranomaisen näkemyksen mukaan nykyistä suuremmat toiminnalliset kokonaisuudet mahdollistavat palvelujen yhdenvertaisen järjestämisen erityisesti vaativimmissa sosiaalipalveluissa.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan tehty ehdotus parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäisiä toimintatapoja ja lisää asukkaiden yhdenvertaisuutta palvelujen saatavuudessa. Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan uuden palvelurakenteen myötä on varmistettava, että sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteys kunnan muihin palveluihin säilyy ja vahvistuu. Terveyden edistämisen näkökulmasta myös kunnan muilla palveluilla on keskeinen merkitys ihmisten hyvinvoinnille. Ehdotetut uudet sote-alueet tasaavat erityisesti pienten kuntien väestön nopeasta ikääntymisestä johtuvaa palvelujärjestelmään kohdistuvaa rasiitetta. Maakunnallisissa sote-ratkaisuissa on tärkeää, että vastuukunta ottaa riittävällä tavalla huomioon koko maakunnan palvelutarpeet. Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan omistajaohjaus tulee selkiytymään ehdotetussa mallissa verrattuna tilanteeseen, jossa on useampia päätöksentekotasoja.

Selvityshenkilöiden näkemys kuntakuulemisten ja annettujen vastausten perusteella on, että sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen tulee myös valtionosuuksien osalta kulkea kuntien kautta sote-alueille. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tulee tuoteistaa ja kuntalaskutus tulee toteuttaa pääsääntöisesti suoriteperusteisena. Sote-alueella voidaan erikseen sovittaessa käyttää myös kapitaatioperusteista kuntalaskutusta.

Ehdotettujen mallien toimeenpanossa on kiinnitettävä erityistä huomiota muutoksen suunnitteluun, resursointiin ja riittävään tukeen muutoksen läpiviemiseksi. Tämä edellyttää valtiolta erillistä kohdennettua rahoitusta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen



toteuttamiseksi. Toimeenpanon tukena tulisi hyödyntää myös aluehallintoviranomaisten asiantuntemusta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen käytännön joustava toteuttaminen edellyttää tiivistä ja määrätietoista yhteistyötä henkilöstöä edustavien järjestöjen ja henkilöstön edustajien kanssa. Muutoksen eri vaiheissa tulee noudattaa ja kunnioittaa yhteistoimintamenettelyn periaatteita.

## 3 E TURUN YLIOPISTOLLISEN KESKUS- SAIRAALAN ERITYISVASTUUALUE

### 3.1 TYKS ALUEEN NYKYTILA JA EHDOTUKSET

TYKS -erva-alueeseen kuuluu kolme maakuntaa Varsinais-Suomi, Satakunta ja Pohjanmaa.

TYKS -erva-alueella on 27 sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistä vastuussa olevaa toimijaa. Nämä jakautuvat seuraavasti:

- yli 50 000 asukkaan kuntia, jolla itsellään järjestämistä vastuu, 2 kuntaa
- yli 20 000 mutta alle 50 000 asukkaan kunta, jolla itsellään järjestämistä vastuu, 2 kuntaa
- alle 20 000 asukkaan, jolla itsellään järjestämistä vastuu, 8 kuntaa
- järjestämistä vastuu yhteistoiminta-alueella, jonka väestömäärä yli 50 000 asukasta, 4 yhteistoiminta-alueita joissa 9 kuntaa. (Huom. yhteistoiminta-alueista kaksi on sellaisia, jossa mukana TYKS-erva -alueen ulkopuolinen kunta/kuntia)
- järjestämistä vastuu yhteistoiminta-alueella, jonka väestömäärä yli 20 000 mutta alle 50 000 asukasta, 10 yhteistoiminta-alueita joissa 37 kuntaa. (Huom. yhdessä yhteistoiminta-alueessa mukana TYKS -erva-alueen ulkopuolinen kunta.)
- järjestämistä vastuu yhteistoiminta-alueella, jonka väestömäärä on alle 20 000 asukasta, 2 yhteistoiminta-alueita joissa 4 kuntaa.
- Järjestämistä vastuu terveydenhuollon osalta kuntien yhteisellä organisaatiolla, mutta sosiaalitoimi kunnan omana toimintana, väestömäärä alle 20 000 asukasta, 2 toimijaa, joissa 4 kuntaa.

Erva-alueella toimii kolme sairaanhoitopiiriä, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP), Satakunnan sairaanhoitopiiri (SatSHP) sekä Vaasan sairaanhoitopiiri (VSHP). Vaasan sairaanhoitopiiri siirtyi 1.1.2013 TYKS -erva-alueeseen. Erva-alueella on yhteensä 63 kuntaa ja alueen väestömäärä on 863 244 asukasta.

Sairaanhoitopiirien rajat noudattavat pääsääntöisesti maakuntien rajoja, poikkeuksina Punkalaidun, Isokyrö ja Kruunupyö. Punkalaidun kuuluu Pirkanmaan maakuntaan, mutta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin, Isokyrö kuuluu Pohjanmaan maakuntaan mutta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin ja Kruunupyö kuuluu Pohjanmaan maakuntaan, mutta Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin. Nykytilan kuvausta laadittaessa on kyseiset kunnat jätetty tarkastelun ulkopuolelle.

TYKS- erva-alueen kunnista 15:sta on kielisuhteeseen liittyviä erityistekijöitä. Kunnat sijaitsevat Varsinais-Suomen tai Vaasan sairaanhoitopiirien alueella. Kunnista neljä on yksikielisiä, ruotsinkielisiä kuntia, 8 kuntaa on kaksikielisiä enemmistökielen ollessa ruotsi ja kolme on kaksikielisiä enemmistökielen ollessa suomi.

TYKS- erva-alueen kunnista kolme on määritelty saaristokunniksi. Lisäksi TYKS -erva-alueella sijaitsee kymmenen saaristo-osakuntaa, jossa osa kunnan alueesta täyttää saaristolain mukaiset olosuhteet.

Selvityshenkilöt ehdottavat TYKS -erva-alueelle muodostettavaksi kuusi sosiaali- ja terveystoimen järjestämisestä vastaavaa kuntaa tai sote-alueita.

Työn eri vaiheissa selvityshenkilöt ovat tarkastelleet alueita monesta näkökulmasta, jotta maakunnan – ja toisaalta koko erva-alueen – nykyisestä tilanteesta sekä keskeisistä haasteista on saatu kattava kuva. Tietoa on kerätty kuntien ja alueiden kantokvyyvystä ja tosiasiallisista mahdollisuuksista palveluiden järjestämiseen tulevaisuudessa. Näitä mittareita on tarkemmin kuvattu raportin alussa.

Ehdotuksissa on kiinnitetty huomiota myös kielellisten perusoikeuksien turvaamiseen. On pyritty ratkaisuihin, jotta palvelujen käyttäjät saavat palvelut valitsemallaan kielellä, suomeksi tai ruotsiksi, kielilainsäädännön mukaisesti.

Ehdotuksessa on otettu huomioon kuulemistilaisuuksissa esiin nousseita toteuttamiskelpoisia maakunnan yhtenäisiä näkemyksiä. Esityksessä on pyritty mahdollisuuksien mukaan säilyttämään nykyisin hyvin toimivia yhteistoimintarakenteita ja olemassa olevaa infraa. Tavoitteena on antaa ehdotus, joka turvaa tulevaisuudessa sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen ja palvelut kuntien asukkaille. Esityksessä tarkastellaan ensisijaisesti järjestämistapaa, mutta joissain tapauksissa on perusteltua ottaa kantaa myös tuotantotapaan.

Järjestämisvastuu esitetään toteutettavaksi annettujen linjausten mukaisesti vastuukuntamallilla. Tätä kautta tuetaan keskuskaupunkien kehittymistä ja vahvistumista alueiden kehityksen vetureina ja lisäksi turvataan sosiaali- ja terveystalouden integraatiota kunnan muihin palveluihin.

Ehdotetuissa vaihtoehdoissa, joissa maakuntiin muodostuu useampia sote-alueita, vaaditaan erillisiä ratkaisuja turvaamaan vaativan ja erityisen vaativan erikoissairaanhoidon tehtävät. Jokaisessa ehdotetussa vaihtoehdossa sote-alueet pystyvät vastaamaan varsin kattavasti laajennetun perustason palveluiden järjestämisestä.



Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki  
 Kuva 21. TYKS-ERVA, 6 aluetta

## POHJANMAA

### Alueen kunnat ja palvelujen järjestäminen alueella

Pohjanmaan maakunta muodostuu 15 kunnasta. Pohjanmaan maakunnan alueella on Parashankkeen aikana toteutettu kolme kuntien yhdistymistä, jotka kaikki ovat olleet kahden kunnan yhdistymisiä. Maakunta- ja sairaanhoitopiirirajat poikkeavat toisistaan kahden kunnan osalta. Isokyrö kuuluu Pohjanmaan maakuntaan mutta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin ja Kruunupyö kuuluu Pohjanmaan maakuntaan, mutta Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin. Pohjanmaan maakunnan muut kunnat kuuluvat Vaasan sairaanhoitopiiriin.

Sairaanhoitopiirin alueelle on muodostunut neljä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueita. Yhteistoiminta-alueiden väestömäärät vaihtelevat n. 25 500 asukkaan ja n. 73 000 asukkaan välillä.

Vaasa (65 173 as.) ja Laihia (7 933 as.) muodostavat yhteistoiminta-alueen, jonka yhteenlaskettu asukasmäärä on 73 106 asukasta. Yhteistoiminta-alueelle on siirretty terveystoimen tehtävät.

Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymään kuuluu viisi kuntaa, joiden yhteenlaskettu asukasmäärä on 25 775 asukasta. Yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Närpiö (9 412 as.), Kristiinankaupunki (7 096 as.), Maalahti (5 614 as.), Korsnäs (2 249 as.) sekä Kaskinen (1 404 as.). Yhteistoiminta-alueelle on siirretty kaikki sosiaali- ja terveystoimen tehtävät, lukuun ottamatta päivähoitoa. Kaskisille yhteistoiminta-alue tuottaa perusterveydenhuoltoon läheisesti liittyviä sosiaalihuollon palveluja.

Mustasaari (18 868 as.) ja Vöyri (6 743 as.) muodostavat yhteistoiminta-alueen, jonka yhteenlaskettu asukasmäärä on 25 611 asukasta. Yhteistoiminta-alueelle on siirretty terveystoimen tehtävät.

Pietarsaaren yhteistoiminta-alueeseen kuuluu neljä kuntaa, joiden yhteenlaskettu asukasmäärä on 42 997 asukasta. Yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Pietarsaari (19 623 as.), Pedersören kunta (10 937 as.), Uusikaarlepyy (7 516 as.) sekä Luoto (4 921 as.). Yhteistoiminta-alueelle on siirretty kaikki sosiaali- ja terveystoimen tehtävät, lukuun ottamatta päivähoitoa.

Kokkola (46 585 as.) ja Kruunupyö (6 681 as.) muodostavat yhteistoiminta-alueen, jonka yhteenlaskettu asukasmäärä on 53 266 asukasta. Yhteistoiminta-alueelle on siirretty kaikki sosiaali- ja terveystoimen tehtävät, lukuun ottamatta päivähoitoa. Kokkola kuuluu Keski-Pohjanmaan maakuntaan.

Seinäjäki (58 703 as.) ja Isokyrö (4 936 as.) muodostavat yhteistoiminta-alueen, jonka yhteenlaskettu asukasmäärä on 63 639 asukasta. Yhteistoiminta-alueelle on siirretty terveystoimen tehtävät. Seinäjäki kuuluu Etelä-Pohjanmaan maakuntaan.

Kuntien perusterveydenhuolto toteutetaan kuntien tervekeskuksissa ja -asemilla. Vaasan sairaanhoitopiiri tuottaa palveluita Vaasan keskussairaalassa ja Pietarsaaren terveydenhuolto-alueella myös erikoissairaanhoidon palveluja tarjoavassa Malmin sairaalassa.

Kunnat, kuntayhtymät tai yhteistoiminta-alueet järjestävät alueella palvelut laitoshoidon vanhainkodeissa, asumispalveluina tehostetun palveluasumisen yksiköissä, palveluasunnoissa ja asumisyksiköissä, ryhmä- tai palvelukodeissa sekä tukiasumisena. Kehitysvammahuollon asumispalveluja järjestetään Pohjanmaan suomenkieliselle väestölle ostopalveluna Eskoon kuntayhtymässä Etelä-Pohjanmaalla. Ruotsinkielisille kehitysvammahuollon laitoshoidon ja laitoshuolto järjestetään Paraisilla Kärkullan kuntayhtymässä.

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa sosiaalihuollon vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla oli vuonna 2011 yhteensä 4,5 % 75 vuotta täyttäneistä (koko maassa 4,4 %).

Kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia (0–17 v.) oli vuonna 2011 maakunnassa 0,6 % eli selvästi vähemmän kuin koko maassa (1,4 %). Eniten lasten sijoituksia oli Pietarsaassa (1,3 %). Sijoitettuja lapsia ei ollut lainkaan Luodossa ja Uusikaarlepyyssä. Avohuollon tukitoimissa

heitä oli puolet vähemmän kuin maassa keskimäärin eli 3,2 % (koko maassa 6,7 %). Vöyrissä ei ollut lainkaan avoimuuden tukitoimia ja eniten palveluja sai Vaasassa (4,6 %). Toimeentulotuen asiakkaita oli 4,9 % maakunnan asukkaista ja selvästi vähemmän kuin maassa keskimäärin (6,9 %). Eniten toimeentulotuen saajia oli Vaasassa (7,8 %) ja vähiten Kruunupyysässä (1,4 % asukkaista). Toimeentulotukea sai maakunnassa 75 euroa asukasta kohden (koko maan keskiarvo 120 e/asukas).

### **Alueen väestö ja sen palvelutarpeet**

Pohjanmaan maakunnan väestömäärä on kasvussa ja väestö kasvaa ennusteiden mukaan 8,5 % vuoteen 2030 mennessä. Asukasmäärän lisäys on yli 15 000 asukasta. Väestörakenne on muuta maata selvästi tasapainoisempaa, lasten osuus on suhteellisen suuri, eikä kuntien väestörakenne keskimäärin ole muuttumassa niin voimakkaasti vanhusvoittoisemmiksi kuin koko maassa.

Pohjanmaan maakunta on huoltosuhteeltaan keskimääräistä selvästi heikompaa aluetta, maakunnan sisäinen vaihteluväli on 52:n ja 78:n välillä. Huoltosuhte on selkeästi paras maakunnan keskuskaupungissa.

Pohjanmaan maakunnassa yli 75-vuotiaita on maan keskiarvoa enemmän, maakunnan sisällä kuntien välinen vaihteluväli on 5,5 ja 14,1 prosentin välillä. Ennusteen mukaan yli 75-vuotiaiden osuus maakunnassa tulee vähenemään suhteessa maan keskiarvoon. Vuonna 2025 maakunnan yli 75-vuotiaiden osuus on lähes sama kuin maan keskiarvo, maakunnan kuntien väliset erot ovat ennusteen mukaan 7,9 ja 24,2 prosentin välillä.

### **Muut kantokykytekijät alueella**

Pohjanmaa oli vuonna 2010 taloudellisesti kuudenneksi vahvin maakunta. Vuonna 2010 maakunnan asukaskohtainen nettomeno oli maakuntatarkastelussa kahdeksanneksi alhaisin ja verotettava tulo asukasta kohden seitsemänneksi paras. Pohjanmaan kuntien keskimääräinen veroprosentti oli maakuntien 9:nneksi paras. Pohjanmaa sai valtionosuusrahoitusta 7:nneksi vähiten. Pohjanmaan kuntien velkaantuminen on valtakunnan keskitasoa, mutta konsernivekka on maan neljänneksi alhaisin.

### **Erityisesti huomioitavat alueelliset tekijät**

Maakunnan erityispiirre on vahva ruotsinkielisen väestön osuus. Maakunnan kunnista Korsnäs, Luoto, Maalahti ja Närpiö ovat yksikielisiä kuntia siten, että enemmistökieli on ruotsi. Tämän lisäksi Kristiinankaupunki, Mustasaari, Pietarsaari, Pedersören kunta, Uusikarlepyy ja Vöyri ovat kaksikielisiä kuntia siten, että enemmistökieli on ruotsi. Kaskinen ja Vaasa taas ovat kaksikielisiä kuntia, jossa enemmistökieli on suomi. Laihia on suomenkielinen.

Selvityshenkilöt ovat ottaneet huomioon esityksessään sekä suomen- että ruotsinkielisten väestöosien oikeudet saada palveluita omalla äidinkielellään.

Kielellisten erityisolosuhteiden lisäksi Maalahti on saaristokunta ja Luoto, Mustasaari sekä Närpiö ovat saaristo-osakuntia.

### Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotus selvitysalueiksi (8.2.2012)

Työryhmä esittää, että Pohjanmaalle asetettaisiin kolme erityistä kuntajakoselvitystä seuraavien uusien kuntien muodostamiseksi:

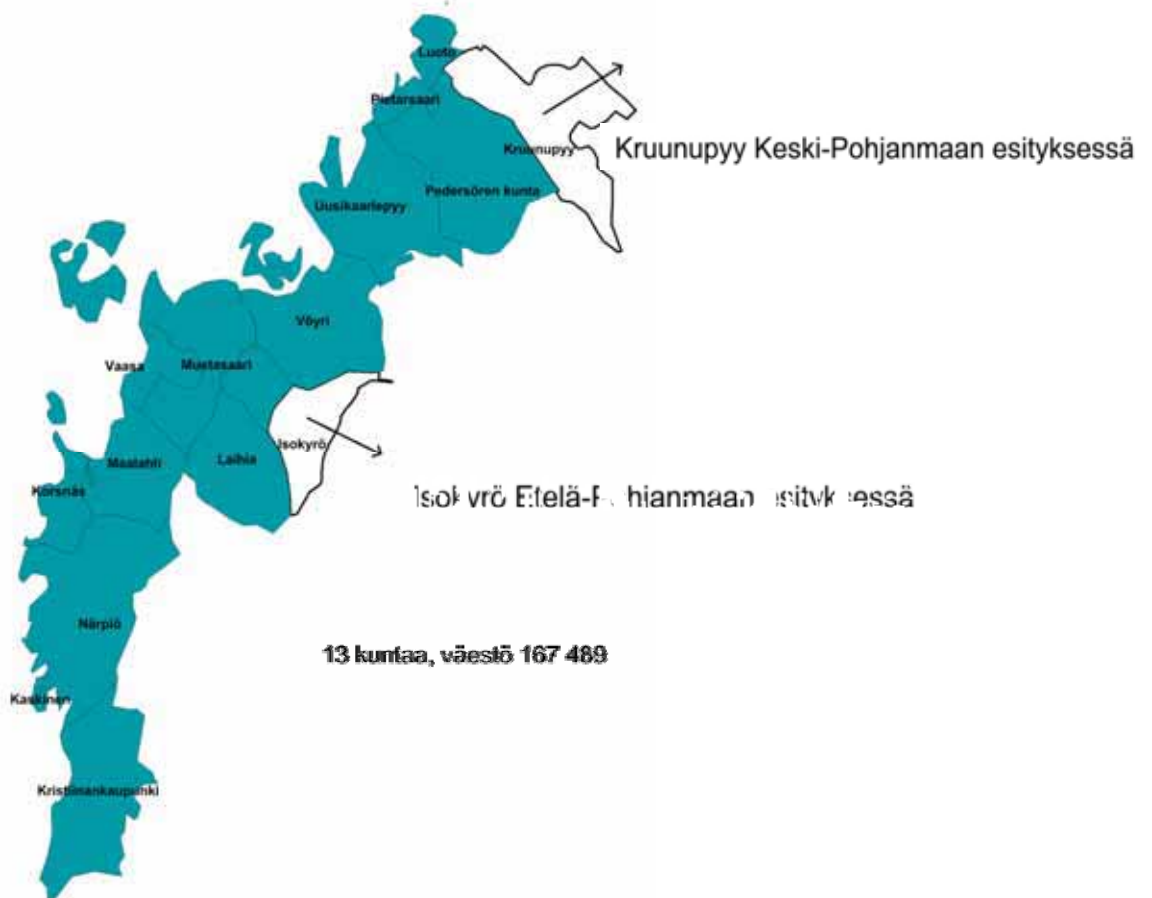
- Vaasa, Korsnäs, Mustasaari, Maalahti, Laihia, Vähäkyrö ja Vöyri muodostavat selvitysalueen (yht. 105 406 as.)
- Pietarsaari, Pedersören kunta, Uusikaarlepyy ja Luoto muodostavat selvitysalueen (yht. 42 823 as.)
- Kaskinen, Kristiinankaupunki ja Närpiö muodostavat selvitysalueen (yht. 18 021 as.)

Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän työn pohjalta hallitus hyväksyi kuntarakennelakiluonnoksen, jossa määritellään mm. vahvan kunnan kriteerit. Rakennelakiluonnoksen mukainen kuntien yhdistymisselvitysvelvollisuus koskee käytännössä kaikkia Pohjanmaan kuntia. Selvityshenkilöt ovat huomioineet omaa ehdotusta laatiessaan kuntarakennelain selvitysvelvoitteet.

### POHJANMAA: EHDOTUS UUDEKSI PALVELURAKENTEESI

Selvityshenkilöt ehdottavat Pohjanmaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämismalliksi kaikki Vaasan sairaanhoitopiirin kunnat kattavaa sote-alueetta, jonka vastuukuntana toimii Vaasan kaupunki.

Kuva 22. Pohjanmaa, ehdotus uudeksi palvelurakenteeksi



Pohjanmaan maakunta muodostuu 15 kunnasta, joista suurin on Vaasa ja pienin Kaskinen. Asukasluku on yhteensä 179 106 ja kuntien väestömäärät vaihtelevat 1 404–65 173. Vaasan osuus koko väestöstä on noin 36 %.

Ehdotetulla sote-alueella väestö on hieman keskimääräistä iäkkäämpää, mutta terveempää, kuin maassa keskimäärin. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli vuonna 2011 9,5 % (koko maassa 8,2 %) ja toimeentulotuen määrä 75€ (120 €).

Ehdotetun sote-alueen taloudelliset kantokykytekijät ovat kohtuullisen lähellä maan keskitasoa. Vuonna 2011 verotulot/asukas olivat 3 388 € (koko maassa 3 530 €), valtionosuudet/asukas 1 885 € (1418 €), kuntakonsernien velat 3 736 € (4729 €).

Selvityshenkilöt tarkastelivat maakunnan vaihtoehtoisiksi ratkaisuksi nykyisten yhteistoiminta-alueiden pohjalta muodostuvia sote-alueita. Vaasa-Laihian yhteistoiminta-alueita lukuun ottamatta alueiden kantokyky jää eri mittareilla tarkasteluna kuitenkin liian heikoiksi, joten yksi, kaikki kunnat kattava sote-alue on selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan ainoa mahdollisuus turvata yhdenvertaiset palvelut alueella tulevaisuudessakin.

Pietarsaaren nykyistä yhteistoiminta-alueita selvityshenkilöt tarkastelivat erityisen tarkasti, myös mahdollisena sote-alueena, koska alueella järjestetään jo nykyisin erikoissairaanhoidon palveluja. Kokonaisuudessaan alueen kantokyky ei kuitenkaan selvityshenkilöiden mielestä ole riittävä, mutta alueen olemassa olevaa osaamista ja toimintoja kannattaa hyödyntää myös tulevassa sote-alueessa palveluiden tuotantoa pohdittaessa.

Esitetyn ratkaisun keskeisten kantokykytekijöiden tarkastelu on esitetty alla olevassa taulukossa.

Taulukko 16. Kantokykytekijät, Pohjanmaa

	Nykytilanteessa				
	Pienin arvo	Suurin arvo	Koko maa	Erva-alue	Maakunta
Väestö 2011	1 404	60 398	5 401 267	872 890	179 106
Väestöennuste 2025	1 355	66 700	5 748 548	908 135	193 057
75 v. täyttäneet(%)	5,5	14,1	8,2	9,4	9,5
75 v. % 2025	7,9	24,2	12,4	13,7	12,8
Huoltosuhte	52	78	56	59	62
Sairastavuusindeksi (THL)	69	106,5	100	102,0	88,8
Toimeentulotuki €/a	13	146	120	85	75
Toimeentulotukea saaneet % väestöstä	1,4	7,8	6,9	5,6	4,9
Verotulot/as	2 363	4 080	3 530	3 351	3 388
Valtionosuudet/as	132	2 745	1 418	1 715	1 885
Sote-nettomenot/as	2 734	3 607	3 272	3 296	3 381
Konserniveika/as	550	6 983	4 729	3 826	3 736

Nykyisen sairaanhoitopiirin purkaminen vaatii erityisiä järjestelyitä mm. omaisuuden jakamisen suhteen.

Olemassa olevat erityishuoltopiirit lakkautetaan ja toiminnot siirretään pääosin tuleville vahvoille peruskunnille tai sote-alueille. Vaativat sosiaalihuollon tehtävät jäävät erva-alueiden ohjaukseen. Käytännössä tämä tarkoittaa, että Pohjanmaalla Eskoon kuntayhtymän toiminnot järjestetään muodostuvien vahvojen peruskuntien tai sote-alueiden kesken ja Kärkullan kuntayhtymä lakkautetaan. Ruotsinkielisten palvelut turvataan alueellisin erityisratkaisuin. Ruotsinkielisten erityishuollon palvelujen ja sosiaalialan osaamiskeskuksen toiminnan turvaamiseksi ehdotetaan että TYKS-erva ja HYKS-ervan puitteisiin perustetaan ruotsinkielinen yksikkö näiden tehtävien turvaamiseksi. Pienten asiakas-/potilasryhmien palvelujen turvaamiseksi

esitetään, että myös palvelujen tuotanto voisi sisältyä ertain tehtäviin ellei muuta järjestämistapaa voida osoittaa.



## SATAKUNTA

### Alueen kunnat ja palvelujen järjestäminen alueella

Satakunnan 225 302 asukkaan maakunta muodostuu 20 kunnasta. Maakunnan kunnat kuuluvat Satakunnan sairaanhoitopiiriin.

Satakunnassa on Paras-hankkeen aikana toteutettu kuusi kuntien yhdistymistä, jotka kaikki ovat olleet kahden kunnan yhdistymisiä.

Maakunnan alueelle on muodostunut kolme sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueita. Yhteistoiminta-alueiden väestömäärät vaihtelevat n. 22 500 asukkaan ja n. 100 000 asukkaan välillä.

Porin perusturvan yhteistoiminta-alueeseen kuuluu kolme kuntaa, joiden yhteenlaskettu asukasmäärä on 99 991 asukasta. Yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Pori (83 133 as.), Ulvila (13 554 as.) sekä Merikarvia (3 304 as.). Yhteistoiminta-alueelle on siirretty kaikki sosiaali- ja terveystoimen tehtävät, lukuun ottamatta päivähoitoa.

Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymään kuuluu kuusi kuntaa, joiden yhteenlaskettu asukasmäärä on 30 403 asukasta. Yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Kokemäki (7 922 as.), Harjavalta (7 504 as.), Eurajoki (5 844 as.), Nakkila (5 780 as.) sekä Luvia (3 353 as.). Yhteistoiminta-alue vastaa terveydenhuollon tehtävien lisäksi sosiaalitoimesta vammais- palvelulain mukaisista tehtävistä sekä lastenvalvojan palveluista.

Pohjois-Satakunnan Peruspalvelu-Liikelaitoskuntayhtymään kuuluu kuusi kuntaa, joiden yhteenlaskettu asukasmäärä on 22 604 asukasta. Yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Kankaanpää (12 078 as.), Karvia (2 599 as.), Pomarkku (2 415 as.), Jämijärvi (2 003 as.), Honkajoki (1 848 as.) sekä Siikainen (1 661 as.). Yhteistoiminta-alueelle on siirretty kaikki sosiaali- ja terveystoimen tehtävät, lukuun ottamatta päivähoitoa.

Säkylä (4673 as.) ja Köyliö (2 804 as.) muodostavat terveydenhuollon kuntayhtymän, jonka yhteenlaskettu asukasmäärä on 7 477 asukasta. Kunnat vastaavat itse sosiaalitoimen tehtävistä. Kunnilla on myös aiesopimus yhteistoiminta-alueen muodostamisesta Huittisten kanssa, mutta yhteistoiminta-alueita ei ole toistaiseksi käynnistetty.

Lisäksi neljä kuntaa järjestää itse kaikki sosiaali- ja perusterveydenhuollonpalvelut. Nämä kunnat ovat Rauma (39 820 as.), Eura (12 424 as.), Huittinen (10 638 as.) sekä Lavia (1 945 as.). Lavian kunta ostaa vuoden 2012 ajan perusturvapalvelut – mukaan lukien sosiaalitoimen palvelut – Porin perusturvalta. Vastuun palveluiden tuottamisesta kantaa Lavia.

Kuntien perusterveydenhuoltoa toteutetaan kuntien tervekeskuksissa ja -asemilla. Satakunnan keskussairaala sijaitsee Porissa. Lisäksi Raumalla sijaitsee aluesairaala, jossa Rauman kaupunki järjestää pääosin erikoissairaanhoidon palvelut itse, osa palveluista tuotetaan edelleen Satakunnan keskussairaalassa.

Kunnat, kuntayhtymät tai yhteistoiminta-alueet järjestävät alueella sosiaalihuollon palvelut laitoshoidona vanhainkodeissa, asumispalvelut tehostetun palveluasumisen yksiköissä, palveluasunnoissa ja asumisyksiköissä sekä ryhmä- tai palvelukodeissa. Satakunnan sairaanhoitopiirin sosiaalipalvelujen toimialue järjestää kehitysvammahuollon laitoshoidon ja laitoshuollon sekä asumispalveluja asumisyksiköissä, palvelukodeissa ja tukiasumisena Antinkartanon kuntoutuskeskuksessa Ulvilassa.

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa sosiaalihuollon vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla oli vuonna 2011 yhteensä 5,3 % 75 vuotta täyttäneistä (koko maassa 4,4 %).

Kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia (0–17 v.) oli vuonna 2011 maakunnassa 1,4 % eli vastaava määrä kuin koko maassa. Eniten lasten sijoituksia oli Merikarvialla (2 %). Sijoitettuja lapsia ei ollut lainkaan Honkajoella, Karviassa, Laviassa, Luviassa, Siikaisissa ja Säkylässä. Avohuollon tukitoimissa heitä oli hieman maan keskiarvoa vähemmän eli 6,2 % (koko maassa 6,7 %). Säkylässä sai vain 1,6 % avohuollon tukitoimia ja eniten palveluja sai 13,4 % Siikai-

sisä. Toimeentulotuen asiakkaita oli 5,6 % maakunnan asukkaista ja selvästi vähemmän kuin maassa keskimäärin (6,9 %). Eniten toimeentulotukea sai Pomarkussa (9,2 % asukkaista) ja vähiten Jämijärvellä (2 % asukkaista). Toimeentulotukea sai maakunnassa 76 euroa asukasta kohden (koko maan keskiarvo 120 e/asukas).

### **Alueen väestö ja sen palvelutarpeet**

Satakunnan väestökehitys on ollut vähenevä. Joissakin kunnissa väestömäärä on vähentynyt viimeisen viidenkymmenen vuoden aikana jopa yli 40 prosenttia. Erityisesti väestömäärä on vähentynyt Pohjois-Satakunnassa. Väestö on kasvanut Porin ja Rauman lisäksi Eurajoella, Harjavallassa, Luvialla, Säkylässä ja Ulvilassa. Väestökehityksen ennustetaan jatkavan laskuun Satakunnassa.

Satakunta on huoltosuhteeltaan maan keskitasoa selvästi heikompaa aluetta, maakunnan sisäinen vaihteluväli huoltosuhteessa on tällä hetkellä 58:n ja 78:n välillä. Huoltosuhte on paras maakunnan seutukuntien keskuskaupungeissa.

Satakunnassa yli 75 vuotta täyttäneitä on selvästi maan keskiarvoa enemmän, maakunnan sisällä kuntien välinen vaihteluväli on 8,3 ja 15,7 prosentin välillä. Ennusteen mukaan yli 75-vuotiaiden osuus maakunnassa tulee vielä kasvamaan suhteessa koko maan keskiarvoon vuonna 2025. Maakunnan kuntien väliset erot ovat ennusteen mukaan 14,3 ja 23,9 prosentin välillä.

### **Muut kantokykytekijät alueella**

Satakunta oli taloudellisesti maan viidenneksi vahvin maakunta vuonna 2010. Maakunnan saamien keskimääräisten valtionosuuksien johdosta maakunnan asema oli kuitenkin hieman tätä huonompi. Maakunnan vahvuus perustuu keskiarvoa suurempaan asukaskohtaiseen verotettavaan tuloon. Asukaskohtaiset nettomenot ovat kuitenkin jo hivenen keskiarvoa suuremmat. Satakunta on kunnallisverotarkastelussa neljänneksi alhaisin verottaja. Vertailtaessa valtionosuuksien osuutta tuloista maakunta sijoittuu maakuntien keskitasolle. Satakunta on Etelä-Karjalan jälkeen toiseksi velattomin maakunta. Satakunnan kunnat ovat keskimäärin maan kolmanneksi nettovelattomimpia ja kuntakonsernit maan nettovelattomampia.

### **Erityisesti huomioitavat alueelliset tekijät**

Satakunnan maakunnassa ei ole uudistuksessa tarkoitettuja erityisiä alueellisia tekijöitä.

### **Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotus selvitysalueiksi (8.2.2012)**

Työryhmä esittää, että Satakuntaan asetettaisiin viisi erityistä kuntajakoselvitystä seuraavien uusien kuntien muodostamiseksi:

- Pori, Ulvila, Luvia, Nakkila, Harjavalta, Pomarkku, Merikarvia ja Siikainen muodostavat selvitysalueen (yht. 120 749 as.)
- Rauma, Eurajoki ja Pyhäranta muodostavat selvitysalueen (yht. 47 874 as.)
- Huittinen, Kokemäki ja Punkalaidun muodostavat selvitysalueen (yht. 21 931 as.)
- Kankaanpää, Jämijärvi, Honkajoki, Lavia ja Karvia muodostavat selvitysalueen (yht. 20 691 as.)
- Eura, Säkyliä ja Köyliö muodostavat selvitysalueen (yht. 20 034 as.)

- Kiikoinen ja Sastamala muodostavat selvitysalueen (yht. 25 764 as.) Kuntaliitos toteutui 1.1.2013.

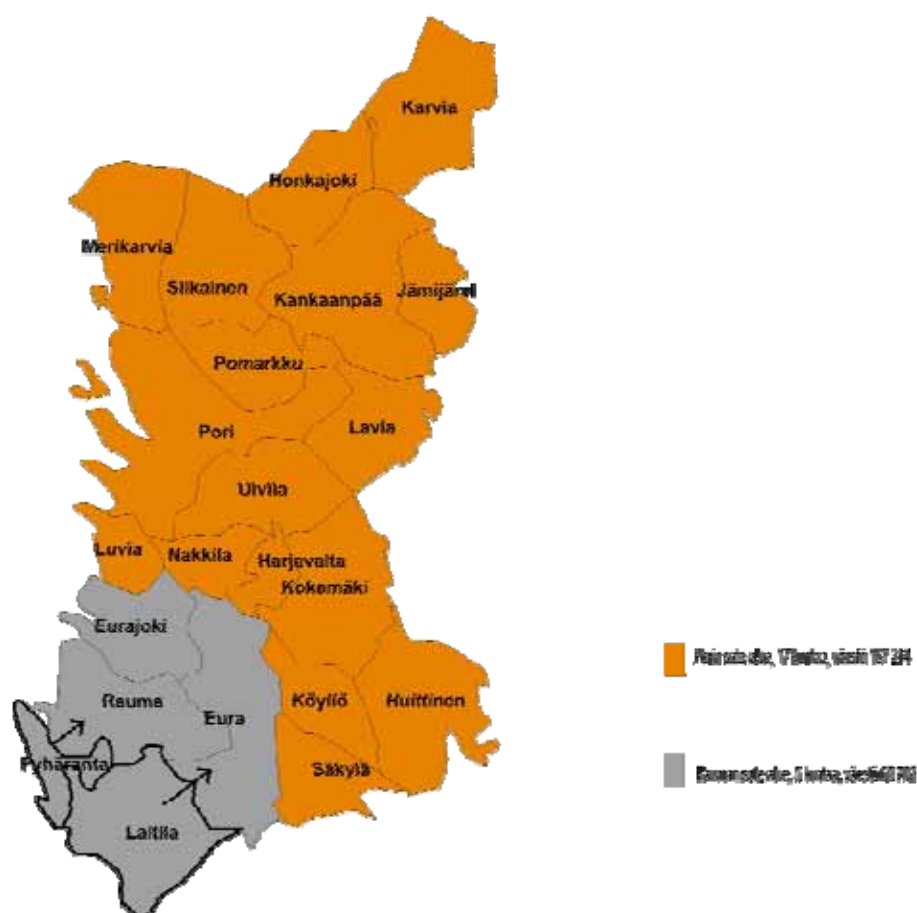
Vaihtoehtoiset kuntarakennemallit Satakunnassa:

- Rauma, Eurajoki, Pyhäranta, Eura, Uusikaupunki ja Laitila muodostavat selvitysalueen (yht. 84 704 as.)
- Huittinen, Kokemäki, Punkalaidun, Säkylä ja Köyliö muodostavat selvitysalueen (yht. 29 458 as.)

Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän työn pohjalta hallitus hyväksyi kuntarakennelakiluonnoksen, jossa määritellään mm. vahvan kunnan kriteerit. Rakennelakiluonnoksen mukainen kuntien yhdistymisselvitysvelvollisuus koskee käytännössä kaikkia Satakunnan kuntia. Selvityshenkilöt ovat huomioineet omaa ehdotusta laatiessaan kuntarakennelain selvitysvelvoitteet.

## SATAKUNTA: EHDOTUS UUDEKSI PALVELURAKENTEEDI

Selvityshenkilöt ehdottavat Satakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämismalliksi kahden sote-alueen muodostamista. Sote-alueet muodostuvat maakunnan keskuskau-punki Porin ympärille ja toinen Rauman ympärille. Sote-alueiden hallinto järjestetään vastuu-kuntamallin mukaisesti.



Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki

Kuva 23. Satakunta, ehdotus uudeksi palvelurakenteeksi

Satakunnan maakunta muodostuu 20 kunnasta, joista suurin on Pori ja pienin Siikainen. Asukasluku on yhteensä 225 302 ja kuntien väestömäärät vaihtelevat 1 661–83 133. Porin osuus koko väestöstä on noin 37 %.

Ehdotetulla Porin sote-alueella väestö on hieman keskimääräistä iäkkäämpää kuin maassa keskimäärin. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli vuonna 2011 10,3 % (koko maassa 8,2 %) ja toimeentulotuen määrä 79 € (120 €).

Ehdotetun Porin sote-alueen taloudelliset kantokykytekijät ovat hieman alle maan keskitason. Vuonna 2011 verotulot/asukas olivat 3 056 € (koko maassa 3 530 €), valtionosuudet/asukas 2 039 € (1 418 €), kuntakonsernien velat 3 352 € (4 729 €).

Ehdotetulla Rauman sote-alueella väestö on hieman keskimääräistä iäkkäämpää kuin maassa keskimäärin. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli vuonna 2011 9,9 % (koko maassa 8,2 %) ja toimeentulotuen määrä 64 € (120 €).

Ehdotetun Rauman sote-alueen taloudelliset kantokykytekijät ovat hieman maan keskitason yläpuolella. Erityisesti lainakanta on selkeästi maan keskimääräistä tilannetta parempi. Vuonna 2011 verotulot/asukas olivat 3 598 € (koko maassa 3 530 €), valtionosuudet/asukas 1 384 € (1 418 €), kuntakonsernien velat 1 550 € (4 729 €).

Selvityshenkilöt tarkastelivat maakunnan vaihtoehtoisiksi ratkaisuksi nykyisten yhteistoiminta-alueiden pohjalta muodostuvia sote-alueita. Porin perusturvan yhteistoiminta-alueita lukuun ottamatta alueiden nykyisten ratkaisujen kantokyky jää eri mittareilla tarkasteluna kuitenkin liian heikoiksi. Pohjois-Satakuntaan ei saa muodostettua kantokyyvyltään riittävän vahvaa sote-alueita. Samoin Keski-Satakunnan alueen mahdollisuudet riittävän laajaan palveluiden järjestämiseen jää vaillinaiseksi, vaikka Huittinen, Köyliö ja Säköläkin vahvistaisivat aluetta.

Rauman ympärille voidaan selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan muodostaa riittävän kantokykyinen alue, jonka muodostavat Eura, Eurajoki, Laitila, Pyhäranta ja Rauma. Laitila ja Pyhäranta kuuluvat nyt Varsinais-Suomen maakuntaan ja sairaanhoitopiiriin.

Esitetyn ratkaisun keskeisten kantokyykytekijöiden tarkastelu on esitetty alla olevassa taulukossa.

Taulukko 17. Kantokyykytekijät, Satakunta

	Nykytilanteessa		Koko maa	Erva-alue	Maakunta	Porin alue	Rauman alue
	Pienin arvo	Suurin arvo					
Väestö 2011	1 661	83 133	5 401 267	872 890	226 567	167 214	68 702
Väestöennuste 2025	1 484	85 232	5 748 548	908 135	222 455	164 661	66 817
75 v. täyttäneet(%)	8,3	15,7	8,2	9,4	10,2	10,3	9,9
75 v. % 2025	14,3	21,9	12,4	13,7	15,4	15,5	15
Huoltosuhde	58	78	56	59	62	62	62
Sairastavuusindeksi (THL)	85,9	157,2	100	102,0	102,6	104,9	97,8
Toimeentulotuki €/as.	20	132	120	85	76	79	64
Toimeentulotukea saaneet % väestöstä	2	9,2	6,9	5,6	5,6	5,8	4,8
Verotulot/as	2 220	5 194	3 530	3 351	3 221	3 056	3 598
Valtionosuudet/as	849	3 631	1 418	1 715	1 848	2 039	1 384
Sote-nettomenot/asukas	3 029	4 231	3 272	3 296	3 302	3 303	3 272
Konsemivelka/as	455	4 212	4 729	3 826	2 866	3 352	1 550

Rauman ympärille muodostuva sote-alue vaatii lisäksi erityisiä ratkaisuja, jotta Satakunnan keskussairaalan toimintaedellytykset turvataan, erityisesti vaativan erikoissairaanhoidon pätevyyksen osalta. Erillisin ratkaisuin mahdollistetaan alueen kuntalaisten mahdollisuus käyttää myös Turun yliopistollisen keskussairaalan palveluita, niiltä osin kuin Rauman ympärille muodostuva sote-alue ei palveluita pysty järjestämään.

Vaihtoehdossa sosiaalihuollosta vastaava erityishuoltopiiri lakkautetaan ja toiminnot siirretään pääosin tuleville sote-alueille tai vahvoille peruskunnille. Vaativat sosiaalihuollon tehtävät jäävät erva-alueiden ohjaukseen.

Selvityshenkilöt ovat huomioineet esityksessään joidenkin kuntien intressit hakeutua yhteistyöhön myös maakuntarajojen yli.

Muodostuvat sote-alueet ovat kantokykitekijöitä arvioitaessa riittävän vahvoja vastaamaan laajan perustason palveluiden järjestämisestä. Kantokykitekijöiden näkökulmasta ei ole suuria eroja verrattuna maakunnan kokoiseen sote-alueeseen. Laitilan ja Pyhärannan liittyminen Rauma-vetoiseen sote-alueeseen vahvistaisi aluetta varsin monellakin kantokykymittarilla.

## **VARSINAIS-SUOMI**

### **Alueen kunnat ja palvelujen järjestäminen alueella**

Varsinais-Suomen maakunta muodostuu 28 kunnasta, lisäksi Punkalaidun kuuluu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin, vaikka kuuluu Pirkanmaan maakuntaan. Varsinais-Suomi on ollut vanhastaan sekä asukasluvultaan että pinta-alaltaan pienten kuntien maakunta. Varsinais-Suomen kuntarakenne on muuttunut paljon Paras-uudistuksen myötä, alueella on valtakunnallisesti tarkasteltuna toteutettu eniten kuntien yhdistymisiä.

Ennen uudistusta maakunnan kuntamäärä oli 56. Varsinais-Suomessa on toteutunut vuosina 2005–2011 yhteensä 12 kuntien yhdistymistä. Yhdistymistä kaksi toteutui vuonna 2005, yksi vuonna 2007 ja yhdeksän vuonna 2009. Suurimmat monikuntaliitokset Varsinais-Suomessa olivat Salon ympärille rakentunut kymmenen kunnan kuntaliitos, Paraisten ympärille muodostunut ruotsinkielisen saariston viiden kunnan Länsi-Turunmaa (1.1.2012 lähtien Parainen) ja Naantalin ympärille rakentunut suomenkielisen saariston neljän kunnan liitos.

Maakunnan alueelle on muodostunut kuusi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueita, lisäksi Punkalaidun muodostaa yhteistoiminta-alueen Pirkanmaahan kuuluvan Sastamalan kanssa. Yhteistoiminta-alueiden väestömäärät vaihtelevat n. 13 500 asukkaan ja n. 30 000 asukkaan välillä.

Alueen kunnista kaksi (Laitila ja Somero) eivät ole toteuttaneet mitään Paras-hankkeen mukaista rakenteellista tai toiminnallista ratkaisua.

Raisio (24 559 as.) ja Rusko (5 870 as.) muodostavat yhteistoiminta-alueen, jonka yhteenlaskettu asukasmäärä on 30 429 asukasta. Yhteistoiminta-alueelle on siirretty kaikki sosiaali- ja terveystoimen tehtävät, lukuun ottamatta päivähoidtoa.

Perusturvakuntayhtymä Akseliin kuuluu kolme kuntaa, joiden yhteenlaskettu asukasmäärä on 22 443 asukasta. Yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Masku (9 585 as.), Mynämäki (8 044 as.) ja Nousiainen (4 814 as.). Yhteistoiminta-alueelle on siirretty kaikki sosiaali- ja terveystoimen tehtävät, lukuun ottamatta päivähoidtoa.

Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueeseen kuuluu viisi kuntaa, joiden yhteenlaskettu asukasmäärä on 22 820 asukasta. Yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Uusikaupunki (15 685 as.), Vehmaa (2 353 as.), Pyhäranta (2 206 as.), Taivassalo (1 690 as.) sekä Kustavi (886 as.). Yhteistoiminta-alueelle on siirretty terveydenhuollon palvelut sekä yksittäisiä sosiaalitoimen tehtäviä.

Loimaa (16 848 as.) ja Oripää (1 442 as.) muodostavat yhteistoiminta-alueen, jonka yhteenlaskettu asukasmäärä on 18 270 asukasta. Yhteistoiminta-alueelle on siirretty terveydenhuollon palvelut sekä yksittäisiä sosiaalitoimen tehtäviä.

Härkätien yhteistoiminta-alueeseen kuuluu neljä kuntaa, joiden yhteenlaskettu asukasmäärä on 23 073 asukasta. Yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Lieto (16 690 as.), Koski Tl (2 441 as.), Marttila (1 998 as.) sekä Tarvasjoki (1 944 as.). Yhteistoiminta-alueelle on siirretty terveydenhuollon palvelut sekä yksittäisiä sosiaalitoimen tehtäviä.

Paimio (10 471 as.) ja Sauvo (3 043 as.) muodostavat kansanterveystyön kuntayhtymän, jonka yhteenlaskettu asukasmäärä on 13 514 asukasta. Yhteistoiminta-alueelle on siirretty terveystoimen tehtävät.

Pöytyä (8 474 as.) ja Aura (3 975 as.) muodostavat kansanterveystyön kuntayhtymän, jonka yhteenlaskettu asukasmäärä on 12 449 asukasta. Yhteistoiminta-alueelle on siirretty terveystoimen tehtävät.

Kahdeksan kuntaa järjestää itse kaikki sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut. Nämä kunnat ovat: Turku (178 630 as.), Salo (55 283 as.), Kaarina (31 081 as.), Naantali (18 871 as.), Parainen (15 505 as.), Somero (9 268 as.), Laitila (8 408 as.) sekä Kemiönsaari (7 173 as.).

Kuntien perusterveydenhuoltoa toteutetaan kuntien tervekeskuksissa ja -asemilla. Maakunnan alueella sijaitsee yliopistollinen keskussairaala Turussa sekä aluesairaalat Salossa, Loimaalla ja Uudessakaupungissa. Lisäksi erityisesti ruotsinkielisiä palvelee Turunmaan sairaala, joka sijaitsee Turussa.

Kunnat, kuntayhtymät tai yhteistoiminta-alueet järjestävät alueella sosiaalihuollon palvelut laitoshoidon vanhainkodeissa, asumispalveluina tehostetun palveluasumisen yksiköissä, palveluasunnoissa ja asumisyksiköissä, ryhmä- tai palvelukodeissa sekä tukiasumisena. Erityishuoltopiiri järjestää kehitysvammahuollon laitoshoidon ja laitoshuollon ja asumispalveluja Varsinais-Suomen erityishuoltopiirissä Paimiossa. Lisäksi ruotsinkieliselle väestölle on järjestetty koko maan kattava erityishuolto Paraisilla (Kårkulla samkommun).

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa sosiaalihuollon vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla oli vuonna 2011 yhteensä 4,9 % 75 vuotta täyttäneistä (koko maassa 4,4 %).

Kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia (0–17 v.) oli vuonna 2011 maakunnassa 1,3 % eli hieman vähemmän kuin koko maassa keskimäärin. Eniten lasten sijoituksia oli Turussa, Taivassalossa ja Vehmaalla (2 %). Sijoitettuja lapsia ei ollut lainkaan pienissä kunnissa; Aurassa, Kustavissa, Marttilassa, Oripäässä, Pyhärannassa ja Tarvasjoella. Avohuollon tukitoimissa heitä oli hieman maan keskiarvoa enemmän eli 6,8 % (koko maassa 6,7 %). Oripäässä ei ollut avohuollon tukitoimien piirissä yhtään lasta ja eniten palveluja sai Vehmaalla (14 % lapsista). Toimeentulotuen asiakkaita oli 5,9 % maakunnan asukkaista eli selvästi vähemmän kuin maassa keskimäärin (6,9 %). Eniten toimeentulotukea sai Raisiossa (7,7 % asukkaista) ja vähiten Maskussa (1,6 % asukkaista). Toimeentulotukea sai maakunnassa 93 euroa asukasta kohden (koko maan keskiarvo 120 e/asukas).

## **Alueen väestö ja sen palvelutarpeet**

Varsinais-Suomen maakunta on väestökehitykseltään kasvava maakunta, jonka kasvu perustuu muuttoliikkeeseen. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan väestön määrä kasvaa vuoteen 2030 mennessä 21 kunnassa ja vähenee seitsemässä kunnassa. Yli kymmenen prosenttia väestö kasvaa 13 kunnassa, jotka pääasiassa ovat Turun naapurikuntia.

Huoltosuhteeltaan Varsinais-Suomi on tällä hetkellä maan keskitasoa, maakunnan sisäinen vaihteluväli huoltosuhteessa on tällä hetkellä 48:n ja 75:n välillä. Huoltosuhte on paras Turussa ja Turun lähikunnissa.

75 vuotta täyttäneitä on Varsinais-Suomessa hieman maan keskiarvoa enemmän, maakunnan sisäinen kuntien välinen vaihteluväli on 5,2 ja 14,1 prosentin välillä. Yli 75-vuotiaiden osuus on pienintä Turun ympäryskunnissa. Ennusteen yli 75-vuotiaiden osuus maakunnassa tulee hieman kasvamaan suhteessa koko maan keskiarvoon vuonna 2025. Maakunnan kuntien väliset erot ovat ennusteen mukaan 9,2 ja 23,1 prosentin välillä.

## Muut kantokykytekijät alueella

Varsinais-Suomi on maakuntavertailussa taloudellisesti kolmanneksi vahvin maakunta. Vahvuus perustuu toiseksi suurimpaan asukaskohtaiseen verotettavaan tuloon ja siihen, että Varsinais-Suomen kunnat järjestävät kuntalaisten palvelut viidenneksi pienimmillä asukaskohtaisilla nettomenoilla. Varsinais-Suomi on kunnallisverotarkastelussa alhaisin verottaja (18,69 %) ja valtionosuudet tuloista ovat suhteellisesti kolmanneksi pienimmät. Maakunnan suhteellinen velkaantuneisuus (43,2 %) on matala. Maakunnan lainakanta on kasvussa. Maakuntavertailussa Varsinais-Suomi on kohtalaisesti velkaantunut, sen kunnat ovat keskimäärin 6:nneksi velkaisimpia ja kuntakonsernit 5:nneksi nettovelattomimpia. Maakunnassa on tapahtunut voimakasta rakennemuutosta, joka heijastuu erityisesti Salon taloudelliseen kantokykyyn.

## Erityisesti huomioitavat alueelliset tekijät

Varsinais-Suomessa sijaitsevista kunnista Parainen ja Kemiönsaari ovat kaksikielisiä siten, että enemmistökielenä on ruotsi. Lisäksi Turku on kaksikielinen kunta, jossa enemmistökieli on suomi.

Maakunnan kunnista Kemiönsaaria ja Parainen ovat saaristokuntia, joka tuo lisäksi haasteita palveluiden järjestämisen näkökulmasta.

Varsinaisten saaristokuntien lisäksi maakunnan kunnista Kaarina, Masku, Naantali, Salo, Taivassalo ja Uusikaupunki ovat saaristo-osakuntia.

## Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän ehdotus selvitysalueiksi (8.2.2012)

Työryhmä esittää, että Varsinais-Suomeen asetettaisiin viisi erityistä kuntajakoselvitystä seuraavien uusien kuntien muodostamiseksi:

- Turku, Kaarina, Raisio, Naantali, Lieto, Tarvasjoki, Aura, Rusko, Masku, Nousiainen sekä Mynämäki sekä mahdollisesti Sauvo, Paimio, Marttila (yhteensä 312 166–317 205 as.)
- Salo sekä mahdollisesti Sauvo, Paimio, Marttila, Koski Tl ja Somero (yht. 55 235–82 442 as.)
- Loimaa, Oripää ja Pöytyä sekä mahdollisesti Koski Tl, (yht. 26 824–29 260 as.)
- Uusikaupunki, Laitila, Kustavi, Taivassalo ja Vehmaa sekä mahdollisesti Pyhärannan eteläisistä osista (29 225 as.)
- Parainen ja Kemiönsaari (yht. 22 692 as.)

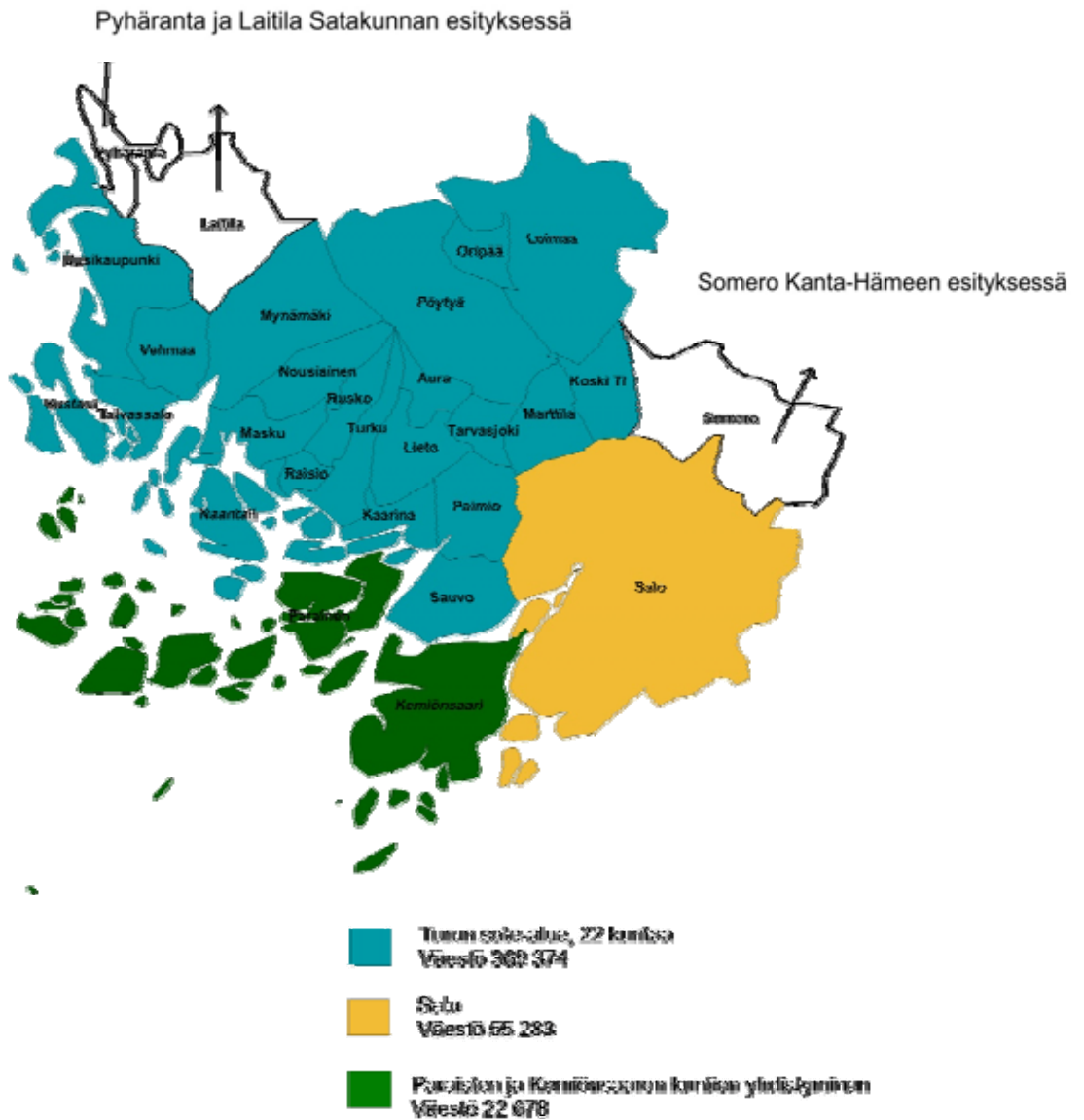
Vaihtoehtoiset kuntarakennemallit Varsinais-Suomessa:

- Rauma, Eurajoki, Pyhäranta, Eura, Uusikaupunki ja Laitila muodostavat selvitysalueen (yht. 84 704 as.)
- Turku, Raisio, Kaarina, Naantali, Masku, Rusko, Lieto, Aura, Nousiainen, Mynämäki, Tarvasjoki, Taivassalo, Kustavi, Vehmaa sekä mahdollisesti myös Marttila, Paimio ja Sauvo muodostavat selvitysalueen (yht. n. 325 000 asukasta)

Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän työn pohjalta hallitus hyväksyi kuntarakennelakiluonnoksen, jossa määritellään mm. vahvan kunnan kriteerit. Rakennelakiluonnoksen mukainen kuntien yhdistymisselvitysvelvollisuus koskee käytännössä, Saloa lukuun ottamatta, kaikkia Varsinais-Suomen kuntia. Selvityshenkilöt ovat huomioineet omaa ehdotusta laatiessaan kuntarakennelain selvitysvelvoitteet.

## VARSINAIS-SUOMI: EHDOTUS UUDEKSI PALVELU- RAKENTEEDIKSI

Selvityshenkilöt ehdottavat Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämismalliksi yhden sote-alueen, yhden vahvan peruskunnan sekä yhden erillisratkaisun muodostamista. Sote-alue muodostuu maakunnan keskuskaupunki Turun ympärille, Salo järjestää laajennetun perustason palvelut itse ja Parainen sekä Kemiönsaari muodostavat kuntaliitoksen kautta erityisratkaisun. Sote-alueen hallinto järjestetään vastuukuntamallin mukaisesti.



Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Helsinki

Kuva 24. Varsinais-Suomi ehdotus uudeksi palvelurakenteeksi

Mallissa muodostuu myös kielellisistä ja saaristoisuuteen liittyvistä erityisolosuhteista johtuen ruotsinkielinen kunta. Kunnan muodostavat Parainen ja Kemiönsaari. Uudelle kunnalle annetaan perustason järjestämisvastuu kunnan itse valitsemassa laajuudessa. Muilta osin alue kuului Turun ympärille muodostuvaan sote-alueeseen, jossa erityisjärjestelyin turvataan kuntalaisten oikeudet saada palveluaan omalla äidinkielellään.



Varsinais-Suomen maakunta muodostuu 28 kunnasta, joista suurin on Turku ja pienin Kustavi. Asukasluku on yhteensä 467 217 ja kuntien väestömäärät vaihtelevat 886–178 630. Turun osuus koko väestöstä on noin 38 %.

Ehdotetulla Turun sote-alueella väestö on lähellä maan keskitasoa. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli vuonna 2011 8.6 % (koko maassa 8.2 %) ja toimeentulotuen määrä 101 € (120 €).

Ehdotetun Turun sote-alueen taloudelliset kantokykytekijät ovat lähellä maan keskitasoa. Vuonna 2011 verotulot/asukas olivat 3 414 € (koko maassa 3 530 €), valtionosuudet/asukas 1 585 € (1 418 €), kuntakonsernien velat 4 724 € (4 729 €).

Ehdotetulla Salon kaupungin väestö on hieman keskimääräistä iäkkäämpää kuin maassa keskimäärin. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli vuonna 2011 9.1 % (koko maassa 8.2 %) ja toimeentulotuen määrä 74 € (120 €).

Salon kaupungin taloudelliset kantokykytekijät ovat hieman maan keskitason yläpuolella. Erityisesti lainakanta on selkeästi maan keskimääräistä tilannetta parempi. Vuonna 2011 verotulot/asukas olivat 3 451 € (koko maassa 3 530 €), valtionosuudet/asukas 1 218 € (1 418 €), kuntakonsernien velat 3 054 € (4 729 €). Salon kaupungin kohdalla on huomioitava rakennemuutoksen vaikutukset taloudelliseen kantokykyyn, joka ei näy vielä näissä mittareissa.

Ehdotetun Paraisten kaupungin väestö on iäkkäämpää kuin maassa keskimäärin. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli vuonna 2011 10.9 % (koko maassa 8.2 %) ja toimeentulotuen määrä 46 € (120 €).

Ehdotetun Paraisten kaupungin taloudelliset kantokykytekijät ovat maan keskitasoa, tosin valtionosuuksia kaupunki saa selvästi maan keskiarvoa enemmän. Tämä johtuu mm. saaristo-olosuhteista. Vuonna 2011 verotulot/asukas olivat 3 445 € (koko maassa 3 530 €), valtionosuudet/asukas 2 087 € (1 418 €), kuntakonsernien velat 3 737 € (4 729 €).

Laitila ja Pyhäranta ehdotetaan osaksi Rauman ympärille muodostuvaa sote-aluetta. Tämän alueen väestö on hieman keskimääräistä iäkkäämpää kuin maassa keskimäärin. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli vuonna 2011 9.9 % (koko maassa 8.2 %) ja toimeentulotuen määrä 64€ (120€).

Ehdotetun Rauman sote-alueen taloudelliset kantokykytekijät ovat hieman maan keskitason yläpuolella. Erityisesti lainakanta on selkeästi maan keskimääräistä tilannetta parempi. Vuonna 2011 verotulot/asukas olivat 3 598 € (koko maassa 3 530€), valtionosuudet/asukas 1 384 € (1418€), kuntakonsernien velat 1 550 € (4729€).

Selvityshenkilöt tarkastelivat maakunnan vaihtoehtoisiksi malleiksi myös muita mahdollisia ratkaisuja. Näistä alueista luonnollisimmat toiminnalliset kokonaisuudet muodostuisivat Vakka-Suomen ja toisaalta Loimaan seutukuntien ympärille. Molemmilla alueilla olisi myös aluesairaala. Kantokykyä tarkasteltaessa ei alueille ole kuitenkaan mahdollista muodostaa riittävän vahvaa sote-aluetta. Selvityshenkilöt ovat myös huomioineet, että Loimaan, Forssan ja Someron välillä on myös käyty keskusteluita mahdollisen sote-alueen muodostamisesta, mutta eivät tässä tilanteessa suosittelle kyseisen sote-alueen jatkokehittämistä.

Lisäksi selvityshenkilöt tarkastelivat erityisesti Turun kaupunkiseudun ratkaisuja. Ehdotetun ratkaisun perusteena ja toimeksiannon reunaehtojen perusteella on tärkeää yhtenäisen palvelurakenteen aikaansaaminen koko kaupunkiseudulle. Vaikka teoriassa sekä Turun länsipuolelle Raision ja Naantalin ympärille sekä Turun itäpuolelle Kaarinan ja Liedon ympärille voisi muodostua väestöpohjaltaan riittävän suuret sote-alueet, olisivat alueiden tosiasialliset mahdollisuudet laajennetun perustason palveluiden järjestämiseksi heikot. Lisäksi nämä ratkaisut heikentäisivät yhtenäisen palvelurakenteen aikaansaamista koko kaupunkiseudulle.

Someron kaupungin osalta selvityshenkilöt ehdottavat kaupungin kuulumista Forssan ympärille muodostettavaan sote-alueeseen. Someron liittyminen sote-alueeseen vahvistaa alueen elinvoimaisuutta ja kantokykyä. Someron kaupungin liittyessä Forssan sote-alueeseen kunnan väestö voi kuitenkin edelleen käyttää Turun yliopistollisen keskussairaalan palveluja. Forssan

alueen tulevaisuudennäkymät ovat kantokykymittareilla tarkasteltuna heikkenevät ja on mahdollista, että alueen tilannetta joudutaan tarkastelemaan uudestaan tulevaisuudessa.

Esitetysssä ratkaisussa sote-alueet ylittävät maakuntarajan Laitilan ja Pyhärannan osalta sekä Someron osalta. Erillisin ratkaisuin mahdollistetaan näiden alueiden kuntalaisten mahdollisuus käyttää myös Turun yliopistollisen keskussairaalan palveluita, niiltä osin kuin sote-alueet, joihin kunnat kuuluvat ei palveluita pysty järjestämään.

Lisäksi selvityshenkilöt toteavat, että nykyisin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin kuuluva Punkalaidun suuntautuisi jatkossa hallinnollisesti Pirkanmaan alueen suuntaan, johon sillä jo nyt on vahvat yhteistyösiteet esim. sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueen muodossa.

Esitetyn ratkaisun keskeisten kantokykYTEKIJÖIDEN tarkastelu on esitetty alla olevassa taulukossa.

Taulukko 18. KantokykYTEKIJÄT, Varsinais-Suomi

	Nykytilanteessa							
	Pienin arvo	Suurin arvo	Koko maa	Erva-alue	Maakunta	Turun alue	Salo	Parainen
Väestö 2011	886	178 630	5 401 267	872 890	467 217	369 374	55 283	22 678
Väestöennuste 2025	860	188 426	5 748 548	908 135	492 623	393 434	57 581	22 663
75 v. täyttäneet(%)	5,2	14,1	8,2	9,4	8,9	8,6	9,4	10,9
75 v. % 2025	9,2	23,1	12,4	13,7	13,3	12,8	14,2	16,4
Huoltosuhte	48	75	56	59	56	54	62	67
Sairastavuusindeksi (THL)	83,8	136,3	100	102,0	106,7	106,8	102,4	104,9
Toimeentulotuki €/v	19	157	120	85	93	101	73	46
Toimeentulotukea saaneet % väestöstä	1,6	7,7	6,9	5,6	5,9	6,2	5,2	3,6
Verotulot/as	2 450	3 926	3 530	3 351	3 400	3 414	3 509	3 445
Valtionosuudet/as	859	2 730	1 418	1 715	1 586	1 585	1 180	2 087
Sote-nettomenot/as	2 690	4 282	3 272	3 296	3 262	3 237	3 393	3 410
Konsemivelka/as	785	6 277	4 729	3 826	4 326	4 724	2 847	3 737

Vaihtoehdossa sosiaalihuollosta vastaavat, olemassa olevat erityishuoltopiirit lakkautetaan ja toiminnot siirretään pääosin tuleville vahvoille peruskunnille tai sote-alueille. Vaativat sosiaalihuollon tehtävät jäävät erva-alueiden ohjaukseen. Ruotsinkielisten palvelut turvataan alueellisin erityisratkaisuin. Tämä tarkoittaa, että Varsinais-Suomessa Turunmaan sairaalaan yhdistetään sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palvelut. Ruotsinkielisten erityishuollon palvelujen ja sosiaalialan osaamiskeskuksen toiminnan turvaamiseksi ehdotetaan että TYKS-erva ja HYKS-ervan puitteisiin perustetaan ruotsinkielinen yksikkö näiden tehtävien turvaamiseksi. Pienten asiakas-/potilasryhmien palvelujen turvaamiseksi esitetään että myös palvelujen tuotanto voisi sisältyä ervan tehtäviin ellei muuta tarjontaa löydy.

Muodostuvat sote-alueet ovat kantokykYTEKIJÖIHIN perustuen arvioitu riittävän vahvoiksi, huomioiden erityisolosuhteet muodostuvan ruotsinkielisen kunnan osalta. Muodostuva Forsan sote-alue on kuitenkin kantokykYTEKIJÖILTÄÄN tarkastelun alarajalla.

## 3.2 EHDOTUKSEN VAIKUTUKSET TYKS-ALUEELLA

Ehdotetut ratkaisut vahvistavat alueen kuntien mahdollisuuksia järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut.

Ehdotetuilla ratkaisuilla turvataan kielellisten oikeuksien toteutuminen Pohjanmaalla sekä Varsinais-Suomessa. Varsinais-Suomessa kyetään ruotsinkieliset palvelut turvaamaan perustamalla muodostamalla uusi kunta, vaativamman palvelun osalta palvelurakenne on vielä ratkaisematta, joten lopullisia vaikutuksia kantokykYTEKIJÖIHIN on tässä vaiheessa mahdotonta arvioida. Varsinais-Suomen muissa kunnissa asuvien ruotsinkielisten kuntalaisten osalta tilanne

on vielä ratkaisematta ja vaatii jatkojärjestelyitä, sillä vähemmistöjen kielellinen palvelu on vaikeampi turvata suuressa organisaatiossa. HYKS- ja TYKS-erva toteuttavat ruotsinkielisen erityishuollon ja vaativan sosiaalihuollon järjestämisvastuun yhdessä.

Satakunnan maakunnan alueella ei ole kielellisiä tai muita erityispiirteitä.

Varsinais-Suomen saaristo-olosuhteet luovat erillisen ongelman palveluiden järjestämisen näkökulmasta, jota on pyritty huomioimaan esitetyissä vaihtoehdoissa.

Esitetyt vaihtoehdot luovat edellytyksiä palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden parantamiseen. Laajemmilla alueilla on realistisemmat mahdollisuudet yhdenmukaistaa palveluiden järjestämisen periaatteita ja hyödyntää palveluiden saatavuutta tukevia elementtejä.

Palvelujen keskimääräistä parempi saavutettavuuspotentiaali mahdollistaa myös tarpeenmukaisten lähipalveluiden tarjoamisen kuntalaisille.

Ehdotetuilla laajemmilla alueilla on paremmat ja joustavammat mahdollisuudet hyödyntää työvoiman käyttöä. Samalla voidaan vähentää toiminnan haavoittuvuutta, tukea moniammatillisuutta ja tarjota haluttavampi työyhteisö ja monin paikoin nykyistä laajempi kollegiaalinen tuki.

Esitetyillä vaihtoehdoilla luodaan potentiaalia tehostaa hallintaa, ohjausta ja valvontaa. Hallinnon ollessa keskitetympää on mahdollista luoda laajempia alueita kattavia yhdenmukaisia palvelupaketteja kuntalaisten tarpeisiin, samalla kun sekä ohjaus että valvonta tehostuvat.

Laajemmat kokonaisuudet vaativat kiinnittämään erityistä huomiota demokratian toteutumiseen ja asukkaiden vaikuttamismahdollisuuksien parantamiseen. Suuremmat yksiköt muodostuvat helposti etäisemmiksi ja kokemus vaikuttamismahdollisuuksista saattaa heiketä. Tulevien ratkaisujen organisoinnilla on suurta merkitystä hallinnan toteutumisen suhteen.

Kuntien näkökulmasta laajojen sote-alueiden omistajaohjauksen varmistaminen on haasteellista ja voi muodostua ongelmalliseksi. Uudistuksen toteutuksessa tulee kiinnittää huomiota omistajaohjauksen kehittämiseen.

Esitetyt vaihtoehdot muodostavat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta riskin. Integraatio kunnan muuhun toimintaan vaarantuu, sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien siirtyessä kuntien väliselle yhteistyöorganisaatiolle. Ratkaisu on selkeästi haitallinen, jos hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen irrotetaan peruskunnasta ja kunnan muusta toiminnasta, eikä näiden vuoropuhelua turvaamaan pystytä luomaan toimivia toimintamalleja. Tosin on huomioitava, että monella yhteistoiminta-alueella hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kohdalla muutos on jo toteutunut.

Selvityshenkilöiden ehdottamat alueet luovat mahdollisuuden parantaa kuntalaisten palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta. Samalla selvityshenkilöt haluavat korostaa, että muutoksen toteutukseen tulee kiinnittää erityistä huomiota ja muutosprosesseja tulee tukea valtakunnan taholta erityisin toimenpitein, jotka tarkentuvat uudistuksen edetessä.

Esitettyjen vaihtoehtojen toteutuksiin liittyy monia riskejä, joita tulisi pyrkiä torjumaan jo heti muutosprosessin alkuvaiheessa. Kokemus on opettanut, että laaja kuntien välinen yhteistyö vaatii osallistujakunnilta sitoutumista ja oikeanlaista tahtotilaa. Jos kuntia ei saada muutokseen mukaan tulee riskien määrä kasvamaan ja uudistuksesta odotettavissa olevat hyödyt tulevat vähenemään.

Selvityshenkilöt pohtivat myös, että ovatko nyt esitetyt vaihtoehdot riittäviä. Huomioiden kuntien kuulemisissa esittämät valmiudet uudistuksen läpimenoa, selvityshenkilöt toteavat esitetyt vaihtoehdot riittäviksi parantamaan kuntien tarjoamien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tilaa laaja-alaisesti. Esitetyt vaihtoehdot vahvistavat ja tasaavat kantokykyä alueellisesti ja siten parantavat kuntalaisten yhdenvertaisuutta palveluiden näkökulmasta.

### 3.3 ALUEELLISTEN EHDOTUSTEN VAIKUTUKSET RUOTSIN- JA SAAMENKIELISTEN PALVELUJEN SAATAVUUTEEN JA KIELELLISTEN OIKEUKSIEN TOTEUTUMISEEN PALVELUJEN JÄRJESTÄMISESTÄ PÄÄTETTÄESSÄ

Selvityshenkilö Göran Honga tarkasteli osana selvitystyötä sote-selvityshenkilöiden alueellisia esityksiä kielellisten oikeuksien toteutumisen kannalta seuraavasti:

Sote-selvityshenkilöiden alueellisten esitysten vaikutukset kielellisten oikeuksien toteutumisen kannalta voidaan arvioida vain yleisten vaikutusten osalta. Koska esitykset ovat alustavia ja tarkemmat linjaukset myös alueellisista organisointimalleista puuttuvat eikä mahdollisia asiaan liittyviä lakimuutoksia ole linjattu käsittelen asiaa vain maantieteelliseltä kannalta.

Kielellisten oikeuksien toteutumisen kannalta on ehdotuksissa käytetty nykylainsäädännön mukaista termiä ”vähemmistökielen lautakunta” sekä termiä ”laajennetuin valtuuksin”. Sekä tehtävät että valtuudet tulevat tarkemmin määritellä jatkotyössä ja mahdollisessa lainsäädäntötyössä.

#### **Yleistä**

Yleisesti voidaan todeta, että muutettaessa alueellista jakoa suurempiin kokonaisuuksiin on vaarana, että kielellisten vähemmistöjen mahdollisuus vaikuttaa palvelujen määrään ja laatuun heikkenee kun suhteellinen äänivalta pienenee. Valtion aluehallinnon uudistuksissa on pyritty ratkaisuihin, jossa toimivia kielialueita ja -ratkaisuja ei pilkota ilman erityisiä perusteita tai heikennetä kielivähemmistön asemaa.

Ruotsin kielen osalta ongelmallisia alueita ovat osa Varsinais-Suomen rannikon kunnista ja Uudenmaan kaikki kaksikieliset kunnat sekä Keski-Pohjanmaan kunnista Kokkola ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluva Kruunupyyn kunta Pohjanmaan maakunnan alueelta. Pohjanmaan maakunnan muiden kuntien osalta löytyy toimiva kaksikielinen ratkaisu.

Saamen kielen osalta esiintyy ongelmia palvelujen järjestämisen kannalta saamelaisten kotiseutukunnissa jo täällä hetkellä. Siirtyminen suuralueisiin heikentäisi edelleen saamen kielen asemaa vaikutusmahdollisuuksien osalta kotiseutukunnissa. Kotiseutualueen ulkopuolella asuvien saamelaisten kielelliset palvelut ovat heikot eivätkä esitetyt muutokset vaikuta niihin.

#### **Alueellinen tarkastelu ruotsinkielisten palveluiden osalta**

##### *Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alue*

Selvityshenkilöiden ehdotuksessa esitetään, että Kruunupyyn kunta sote-ratkaisussa edelleen kuuluisi Keski-Pohjanmaan alueeseen. Näin ollen ratkaisu on nykytilanteen mukainen. Ruotsinkielisen väestön suhteellinen osuus pienenee suuralueella jolloin vaikutusmahdollisuudet heikkenevät. Mikäli Kokkolan kaupunki ottaa koko maakunnan sote-sektorin hoitoonsa vastuukuntaperiaatteella muodostavat Kokkolan ja Kruunupyyn ruotsinkieliset määrältään sellaisen vähemmistön että Kokkola kaksikielisenä kuntana voi järjestää palvelut järkevällä ja kustannustehokkaalla tavalla.

*Pohjanmaa*

Esitetty koko maakunnan kattava sote-alue (lukuun ottamatta Kruunupyyn ja Isokyrön kuntia) antavat mahdollisuudet kattaviin kaksikielisiin palveluihin.

*Varsinais-Suomi*

Selvityshenkilöt ehdottavat Turun kaupungin ympärille muodostuvaa sote-suuraluetta, Salon kaupungin kattavaa kuntaratkaisua sekä kieliperustein tehtävää erilliskattaisua Kemiönsaaren ja Paraisten yhdistymisestä, jotta sote-peruspalveluiden järjestämisvastuu voidaan säilyttää. Avoimeksi ehdotuksessa jäävät Turun kaupungin ruotsinkielisten asukkaiden mahdollisuudet vaikuttaa omiin palveluihinsa.

Yhdistettäväksi esitetyt Kemiönsaari – Parainen jäävät väestöpohjaltaan heikoksi joten peruspalveluiden järjestämisvastuu jää vain osittaiseksi mutta mahdollistavat palvelurakennetkaisuut myös Turun ruotsinkielisille. Vaativampien palveluiden osalta Turun kaupungin on huomioitava kaksikieliset palvelut myös Kemiönsaari – Parainen väestölle.

*Uusimaa*

Selvityshenkilöt ehdottavat Länsi-Uudellemaalle sote-alueita Espoo-Kirkkonummen rajalta Hankoon. Kielellisillä perusteilla olisi vaihtoehtoinen malli esittää pienempiä alueita, jolloin Hanko – Raasepori – (Inkoo) yhdistelmällä voitaisiin paremmin turvata kaksikieliset peruspalvelut. Ratkaisulla mahdollistettaisiin myös ruotsinkieliset perustason erikoissairaanhoidon palvelut (kuten polikliininen toiminta, sisätaudit, geriatritia) Raaseporissa. Länsi-Uudenmaan sote-alueella tulee sekä Inkoon että Siuntion asemaa tarkastella myös kieliperusteilla. Kirkkonummi voisi kieliperusteilla suuntautua myös Länsi-Uudenmaan sote-alueelle. Esitettyssä laajemmassa aluemallissa ruotsinkieliset palvelut tulee turvata hallinnollisin keinoin. Väestöpohjan laajuuden vuoksi tämä on mahdollista järjestää.

Kirkkonummen osalta kuntarakenteen metropolitarkastelu ja sote-ratkaisun kielellisten palveluiden järjestäminen ovat ristiriitaisia joten päätöksessä on valittava kumpi kriteeri on tärkeämpi.

Sipoon osalta esitetty sote-ratkaisu on hyvin samankaltainen Kirkkonummen kanssa. Mikäli Sipoo sijoitetaan sote-päätöksessä Porvoon alueeseen mahdollistaa se laajan perustason kaksikieliset palvelut Porvoossa. Mikäli Sipoo päätetään sijoittaa Helsingin vaikutuspiiriin metropolitarkastelussa, heikentää se Porvoon alueen mahdollisuuksia järjestää kattavat palvelut ruotsinkielellä.

Metropolialueella ruotsinkielisten palvelujen järjestäminen ontuu nykyäänkin vaikka ruotsinkielisten määrä on riittävä kaikkiin palvelumuotoihin. Harkittavaksi esitetään laajennetuin valtuuksin toimivaa vähemmistökielen lautakuntaa, joka valvoo kielellisiä oikeuksia sekä mahdollisuutta hankkia ostopalveluin sellaisia palveluja, joita ei julkisen toimijan ole järkevää tai taloudellista järjestää vakioratkaisuin.

**Alueellinen tarkastelu saamenkielisten palveluiden osalta**

Selvityshenkilöt esittävät koko Lapin sairaanhoitopiirin alueen kattavaa sote-alueita. Esitys heikentää merkittävästi saamenkielisten suhteellisia vaikutusmahdollisuuksia kotiseutualueillaan. Vastapainona palvelujen järjestämisen taloudellisten mahdollisuuksien tulisi lisääntyä rakennemuutosten tavoitteiden mukaisesti.

Saamelaiskäräjät voisivat sote-asioissa toimia myös vähemmistökielen lautakuntana laajennetuin valtuuksin.

## 4 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ERITYISVASTUUALUE

Ervan tehtävien tarkemman määrittelyn ja ervan hallintomallin tulee työryhmän näkemyksen mukaan olla valtakunnallisesti yhtenäisiä. Uudella sote-ervalla on tärkeä tehtävä palveluverkon kokonaisuuden hallinnassa. Sille tulee taata riittävä päätösvalta, jotta erityisosaamisen tasapainoinen jakautuminen ja kehittäminen toteutuvat koko alueella, kilpavarustelu kyetään aidosti hallitsemaan ja estämään palvelukatkeiden syntyminen. Yhdenvertaisuus ervojen välillä ja ervojen välinen työnjako vaativat kansallista ohjausta ja seurantaa. Ervan ohjausvalta sovittaa alueellaan yhteen valtion keskusohjauksen sekä alueelliset tarpeet ja olosuhteet.

Sosiaalihuoltolain ja sosiaalihuollon erityislakien määrittelemien palveluiden järjestäminen on kuntien tehtävä, ja niistä valtaosa on ollut peruskuntien sosiaalitoimen vastuulla. Sosiaalihuollon erityispalvelujen tuottamista, toiminnan alueellista koordinoitua sekä tutkimuksen ja koulutuksen kiinteää yliopistoyhteyttä varten ei ole luotu terveydenhuollon sairaanhoitopiirejä ja yliopistosairaaloita vastaavia rakenteita ja rahoitusta. Kuntien voimavarojen heikentyessä on sosiaalihuollon erityisen vaativaa osaamista edellyttävien palvelujen saatavuus heikentynyt, ja vaikeuksia on myös erityisosaamisen kehittämisen sekä tarvittavan tutkimuksen resursoinnissa. Sosiaalialan erityisosaamista ja monialaista asiantuntijuutta tarvitaan vaikeiden lastensuojelun, päihdeongelmien, väkivallan, yhteiskunnallisen eriarvoistumisen ja syrjäytymisen ratkaisemisessa.

Sosiaalihuollon erityisen vaativien palvelujen järjestämistä voidaan ohjata keskitetysti. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että sosiaalihuollon erityisen vaativien palvelujen tuotanto on keskitettynä vain yhteen paikkaan. Osa palveluista on niin erikoistunutta, että ne voidaan turvata vain erityisvastuualue- tai valtakunnallisella tasolla. Tämän vuoksi on kiinnitettävä erityistä huomiota ervojen yhteistyöhön kuntien järjestämisvastuun piiriin kuuluvien, sosiaalihuollon erityisen vaativaa palvelua tuottavien yksiköiden kanssa riippumatta siitä, mikä organisaatio on palvelujen tuottaja. Jatkotyössä on luotava perustasolle kuuluvien sosiaalihuollon palvelujen ja erva-tason palvelujen määrittelemiseksi yhtenäiset palvelutarpeiden arvioinnin ja palvelujen myöntämisen kriteerit ja turvattu toimintaedellytykset erityisen vaativille ja/tai harvoin tarvittaville palveluille.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksen, opetuksen ja valtakunnallisen/alueellisen kehittämistyön on oltava kiinteässä yhteydessä palvelutuotantoon. Näiden toimintojen suunnitelmalliseen toteuttamiseen on panostettava riittävästi ja pitkäjänteisesti. Kaikille järjestämisvastuullisille tahoille tulisi säätää velvoite kehittää aktiivisesti omaa toimintaansa ja osallistua alueelliseen ja kansalliseen kehittämissyhteistyöhön. Lisäksi on vahvistettava sosiaalihuollon kehittämisen ja tutkimustoiminnan edellytyksiä sekä sosiaalityön koulutuksen kehittämistä kiinteässä yhteydessä teoriaopetuksen, tieteellisen tutkimuksen ja käytännössä tapahtuva opetuksen kesken. Systemaattisesti tuotetulla tutkimustiedolla kehitetään sosiaalihuoltoon näytöön perustuvaa palvelutoimintaa ja parannetaan palveluprosessien ja menetelmien vaikuttavuutta. Jatkovalmistelussa tulee pohtia, millaiset rakenteet tarvitaan erityisvastuualueen opetus- ja tutkimustoiminnan sekä kehittämistoiminnan koordinaatiota varten ja yhteistyön kehittämiseen yliopistojen ja korkeakoulujen kanssa. Sosiaalihuoltoa koskevaan tutkimukseen tulee osoittaa tarvittava lisärahoitus nykyiseen valtion tutkimusrahoitukseen.

## **Ervan hallinto**

Työryhmä ehdottaa ervan hallintomalliksi kuntayhtymää, jonka jäseninä ovat kaikki järjestämisvastuussa olevat kunnat ja sote-alueet. Ehdotusta perustellaan ervan oikeushenkilöluonteella: kyseessä on merkittävän julkisen vallan käyttö ja viranomaistehtävien hoito. Kaikilla järjestämisvastuisilla kunnilla ja sote-alueilla tulee olla lakisääteinen velvoite kuulua ervan kuntayhtymään. Työryhmä ei ota tässä vaiheessa kantaa ervan maantieteellisiin rajoihin tulevassa palvelurakenteessa, vaan ne tulee määritellä myöhemmin erikseen päätettäessä sote-alueista lainsäädännön tasolla.

Ervan ylimpänä päättävänä toimielimenä on yhtymäkokous. Ylintä toimeenpanovaltaa käyttää hallitus, jonka kokoonpanossa turvataan poliittisen edustavuuden ohella riittävä sosiaali- ja terveydenhuollon sisältöosaaminen. Tästä tulisi säätää tarkemmin sotejärjestämislaissa samoin kuin siitä, missä määrin ervan päätöksenteko, kuten kysymys äänivaltasuhteista, voidaan jättää kunkin ervan omaan päätösvaltaan.

Koska ervat toteuttavat osaltaan kunnallista järjestämisvastuuta, niiden rahoituksen tulee olla kuntapohjaista. Mahdollinen suora valtion korvaus rajataan julkisen vallan käyttöön ja viranomaistehtäviin (esim. oikeuspsykiatria, valtakunnallisen valmiuden ylläpito, hätäkeskusten viranomaisyhteistyö). Työryhmällä ei ole ollut käytettävissä olevan ajan puitteissa mahdollisuutta muilta osin tarkastella ervan rahoituksen periaatteita.

## **Ervan tehtävät**

Sote-järjestämislaissa olisi määriteltävä ne erva-alueen sisäiseen työnjakoon, koordinaatioon ja ohjaukseen, viranomaistehtäviin, tutkimukseen, kehittämiseen ja koulutukseen liittyvät tehtävät, joiden järjestämisestä kunkin erityisvastuualueen on sovittava ja päätettävä. Samoin tulee määritellä asetustasoisesti ne vaativan erityistason palvelut, joiden järjestämisestä tulee sopia varmistuen niiden saatavuus.

Sote-erva päättää sitovasti sille määritellyin toimivaltuuksin tarkoituksenmukaisesta, kattavasta ja päällekkäisyyksiä välttävästä keskeisestä palveluverkosta. Tämän toteuttamiseksi sillä tulee olla lakiin perustuvaa päätösvaltaa. Erityisvastuualueella tulee olla valtuudet päättää 24/7 toimivista päivystyksyksiköistä, joiden edellytyksiä ja toimintaa ohjataan ensihoitoa, päivystystä ja kiireellistä hoitoa koskevilla asetuksilla. Ervan päätökset tulee valmistella yhteistoiminnassa järjestämisvastuussa olevien kuntien ja sote-alueiden kanssa.

Ervan tulee voida päättää miten sen vastuulle määritellyt vaativan erityistason palvelut toteutetaan. Päätöksiä tehtäessä tulee ottaa huomioon alueelliset näkökohdat ja osaamiskeskittymät ja se, että jotkut vaativat erityispalvelut ovat nyt saatavissa vain järjestöjen tuottamina.

Jatkotyössä on selvitettävä, miten uudessa palvelurakenteessa päätetään kansallisesti harvempaan kuin viiteen erityisvastuualueeseen keskitettävistä vaativan erityistason palveluista ja muusta erojen välisestä yhteistyöstä. Sote-järjestämislain sääntely ja asetuksenantovaltuutus mahdollistaisivat tarkoituksenmukaisen työnjaon ja keskittämisen kansallisella tasolla. Samoin tulevassa lainsäädännössä on tarvittaessa mahdollista luoda lainsäädännölliset puitteet ns. SGEI-määrittelylle (yleisiin taloudellisiin tarkoituksiin liittyvät palvelut) ja julkisen palvelun veloitteen antamiselle jollekin määrittelylle toimijalle, jotta voidaan turvata vaativaa osamista edellyttävien sosiaalipalvelujen saatavuus.



## 5 YLIOPISTOSAIRAALOIDEN OMISTUS JA HALLINTO

Nykyisessä järjestelmässä yliopistosairaalat ovat sijaintinsa mukaisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallinnossa ja omistuksessa. Yliopistosairaaloilla on kuitenkin rooli myös erityistason sairaanhoidon järjestämisessä koko erva-alueellaan.

Yliopistosairaaloiden hallinnon osalta työryhmän työssä oli esillä neljä vaihtoehtoa: 1) sijaintikunnan hallinto, 2) sijaintinsa mukaisen sote-alueen hallinto, 3) nykyisten yliopistosairaanhoitopiirin alueelle ehdotettujen järjestämisvastuussa olevien kuntien ja sote-alueiden hallinto ja 4) ervan hallinto.

Yliopistosairaalan hallintoratkaisu tulee työryhmän näkemyksen mukaan olla sellainen, joka ei pilko yliopistosairaalan toiminnallista kokonaisuutta. Samalla on huolehdittava siitä, että yliopistosairaalan omistuspohja on riittävän kantokykyinen.

Yliopistollisten sairaaloiden sijaintikuntien näkemykset sairaaloiden siirtymisestä sijaintikuntansa omistukseen vaihtelevat jossain määrin. Työryhmän käsityksen mukaan sijaintipaikkakunnilla ei ole vahvaa halukkuutta ottaa vastuuta koko yliopistollisesta sairaalasta. Omistuspohjan nähdään pääsääntöisesti jäävän liian kapeaksi. Toisaalta, jos yliopistosairaala olisi ervan omistuksessa oleva tuotantoyksikkö, se vahvistaisi ervan palveluroolia toisin kuin hallitus on linjannut.

Työryhmä ehdottaa, että yliopistollisten sairaaloiden tulee olla sijaintinsa mukaisten nykyisten sairaanhoitopiirien alueelle ehdotettujen järjestämisvastuussa olevien kuntien tai sote-alueiden hallinnassa ja omistuksessa. Nämä järjestämisvastuussa olevat kunnat tai sote-alueet muodostavat kuntayhtymän, jonka korkein päättävä toimielin on yhtymäkokous. Poikkeuksen kuntayhtymämallista muodostaa KYS, jota on ehdotettu osaksi Pohjois-Savon sote-aluetta, jonka vastuukunta on Kuopio. Hallinnollisesta rakenteesta tulee säätää erikseen, koska nykyinen kuntalaki ei mahdollista kuntayhtymän jäsenyyttä kuntayhtymässä. Vaihtoehtoisesti yliopistosairaalan hallintomalli voi olla myös liikelaitoskuntayhtymä. Kun yliopistosairaaloiden omistus pohjautuu pääsääntöisesti nykyisten yliopistollisten sairaanhoitopiirien kuntien muodostamalle kokonaisuudelle, omaisuusjärjestelyt muutosprosessissa olisivat mahdollisimman vähäiset. Ehdotetussa mallissa myös omistajaohjaus vahvistuu, kun yliopistosairaalan omistajien määrä vähenee nykyisestä.

Koska yliopistosairaaloilla on muita sairaaloita laajempi vastuu erityisen vaativista palveluista, niiden toteuttamista ei tule hajauttaa muihin sairaaloihin. Kaikilla järjestämisvastuisilla kunnilla ja sote-alueilla on vastuu myös erityisen vaativista tehtävistä, jolloin näiden erityisen vaativien tehtävien osalta myös erva-alueen muiden järjestämisvastuussa olevien kuntien ja sote-alueiden osallistuminen yliopistollisen sairaalan hallintoon tulee mahdollistua.

Sote-järjestämislain valmistelussa tulee erikseen vielä täsmentää yliopistosairaaloiden sekä yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen yhteistyön muodot ja yhteistyötä tukevat hallintorakenteet.

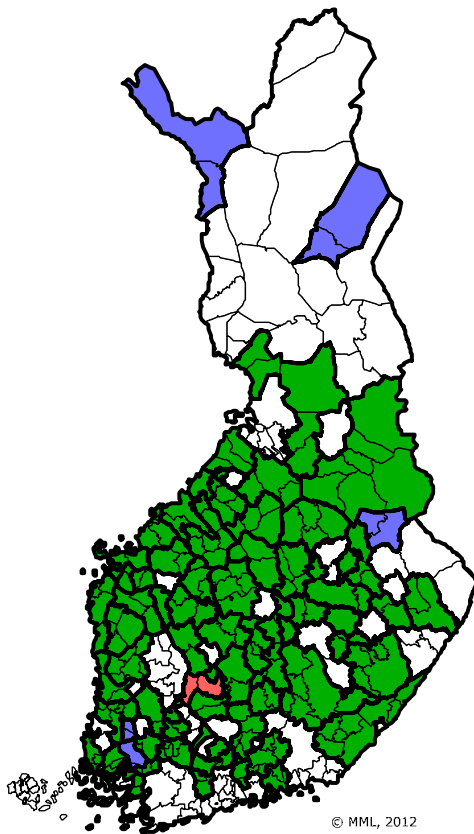
Sote-järjestämislain yhteydessä tulee tarkemmin määritellä myös se, mitkä ovat yliopistosairaalan keskeiset tehtävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä.

## 6 EHDOTUKSEN VAIKUTUKSET VALTAKUNNALLISESTI

### Nykytila

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta kantavia tahoja on tällä hetkellä yhteensä noin 140 (kuva 25). Näistä yksittäisiä kuntia noin 80 ja Paras-puitelain mukaisia yhteistoiminta-alueita 60. Yhteistoiminta-alueissa on mukana noin 230 kuntaa. Erikoissairaanhoidosta vastaavia sairaanhoitopiirejä on tällä hetkellä 20 ja kunnilla on velvollisuus kuulua johonkin sairaanhoitopiirin kuntayhtymään. Erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu viiteen erityisvastuualueeseen, jokaisella alueella toimii myös yliopistosairaala. Edellisten lisäksi kehitysvammaisten erityishuollossa toimii 17 erityishuoltopiiriä.

Kuva 25: Sosiaali- ja terveydenhuollon perustason järjestämisvastuualueet



Kuva 26: Sairaanhoitopiirit

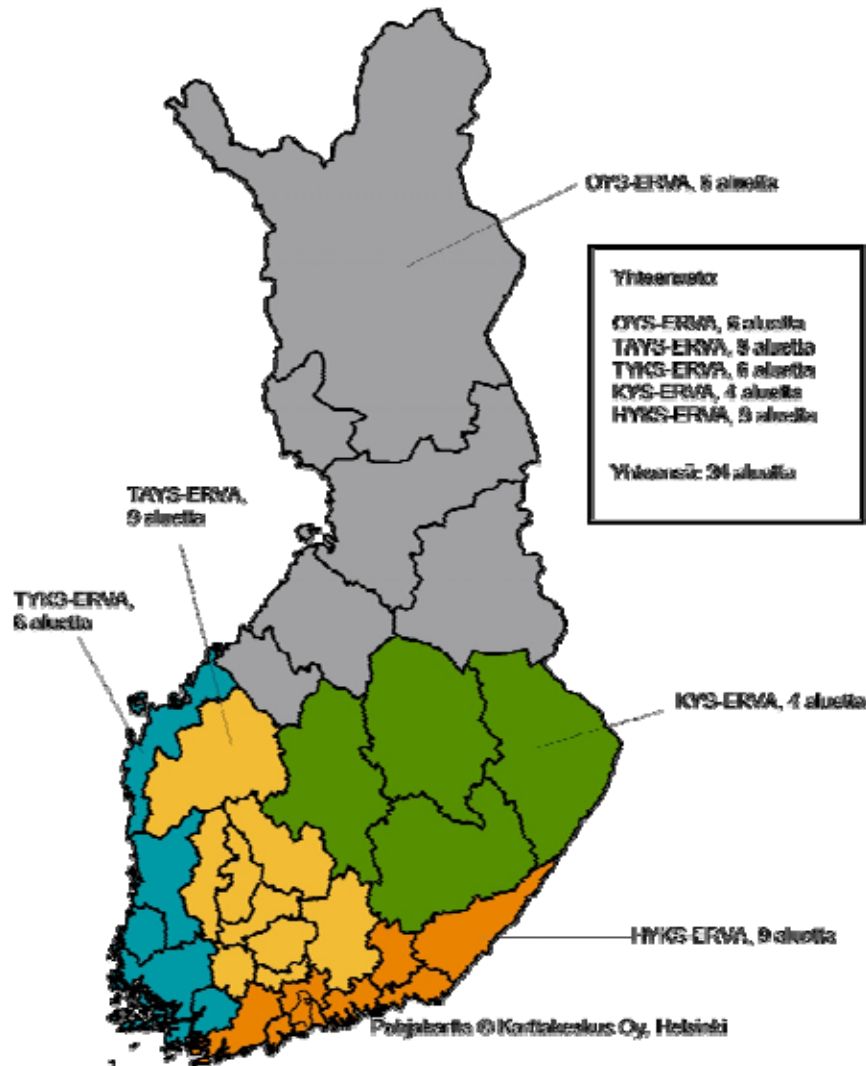


### Selvityshenkilöiden ehdotus

Selvityshenkilöt ovat toimeksiantonsa mukaisesti etsineet alueellisesti parhaita sosiaali- ja terveydenhuollon ratkaisuja, jotka perustuvat hallitusohjelmaan ja sosiaali- ja terveyspoliittisen ministerityöryhmän tekemiin linjauksiin. Näissä erityisvastuualueittain tehdyissä ehdotuk-

sissa selvityshenkilöt päätyivät yhteensä 34 sosiaali- ja terveydenhuollon perustason järjestäjään. Laajan perustason sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastaavia tahoja olisi jatkossa aikaisemman noin 140 tahon sijasta 34. Kaksi järjestäjästä olisi yksittäisiä kuntia ja muut sote-alueita. Vastuukuntamalli on otettu hallitusohjelman linjauksen mukaisesti lähtökohdaksi sote-alueen hallintomallina, mutta osaan on ehdotettu kuntayhtymää paremmin soveltuvaksi.

Tämän lisäksi ehdotetaan viittä sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualuetta, joilla on laajaa perustasoa tukevia ja koordinoivia tehtäviä. Sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueista ehdotetaan oikeushenkilöitä.



Kuva 27. Valtakunnallinen sote-alue kartta selvitysalueiden mukaisesti

Tässä luvussa tarkastellaan ehdotusten kansallisia vaikutuksia erityisesti työlle annettujen tavoitteiden kannalta.

## **Ehdotukset lisäävät yhdenvertaisuutta**

Ehdotetut perustason järjestäjät ovat pääsääntöisesti nykyisiä kuntia ja yhteistoiminta-alueita laajempia kokonaisuuksia. Koska sote-alueen sisällä väestöä tulee kohdella yhdenmukaisesti, vähenevät variaatiomahdollisuudet kansallisesti. Perustason järjestäjät vaihtelevat kuitenkin kantokykynsä osalta siinä määrin, että kansallisen yhdenvertaisuuden toteuttaminen vaatii lisäksi normitusta ja valvontaa.

### **Peruspalvelut vahvistuvat**

Integroimalla hallinnollisesti nykyinen perustaso (perusterveydenhuolto, sosiaalihuolto) ja erityistaso (erikoissairaanhoito, erityishuolto), luodaan järjestäjälle mahdollisuus kohdentaa käytettävissä olevia voimavaroja niin, että väestö saa niistä parhaan hyödyn. Tällöin palvelujen rahoitus on kokonaisuus ja perustasolle on ohjattavissa lisää voimavaroja. Myös osaamistasoa on mahdollisuus vahvistaa palvelukokonaisuuden eri toiminnoissa. Voimavarojen kokonaisuuden hallinta ei rakenneuudistuksen myötä kuitenkaan sellaisenaan vahvista perustasoa, mutta mahdollistaa valtakunnallisesti nykyistä yhdenvertaisemmat lähtökohdat toimintamallien ja prosessien kehittämiseksi väestön tarpeiden mukaisesti. Rakenneuudistuksen lisäksi tarvitaan siten myös toiminnallista uudistusta.

### **Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien kantokyky vahvistuu**

Peruspalvelujen järjestäjien kantokyky vahvistuu talouden, henkilöstön ja infrastruktuurin osalta merkittävästi. Järjestäjien kantokykyjen erot vähenevät merkittävästi koko maan tilannetta arvioitaessa. Ehdotuksessa erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun jakautuminen nykyistä useammille tahoille merkitsee tarvetta erityisvastuualueen riittävän voimakkaalle ohjaustoimivallalle. Palvelukatveilta tulee välttyä eikä rajallisia voimavaroja saa tuhata kilpavarusteluun.

### **Alueiden erityispiirteet on ehdotuksissa huomioitu nykyistä paremmin**

Pitkät etäisyydet, harva asutus, saaristoisuus ja kielellisten oikeuksien toteuttamiseen liittyvät edellytykset lisäävät järjestäjän kantokyvyn vaatimuksia. Kantokyvyltään vahvemmat järjestäjät pystyvät erityisolosuhteissa kehittämään uusia ratkaisuja palvelujen saavutettavuuteen.

### **Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus paranevat**

Palvelujen saatavuus yhtenäistyy kansallisesti ja on yhdenmukainen järjestäjän vastuulla olevalla alueella. Nykyistä vahvemmat järjestäjät pystyvät huolehtimaan paremmin lähipalveluista ja niitä voidaan kehittää monimuotoisemmiksi ja käyttää erilaisia tuotantotapoja niiden toteuttamiseen. Koska palvelujen saavutettavuus ei voi olla samanlainen koko maassa ja järjestäjä on vastuussa saavutettavuuden ratkaisuisista, on lähipalveluita tarpeen jossain määrin normittaa.

## **Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet on varmistettava sote-alueella**

Esitetyt palvelurakenteet muodostavat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta riskin. Integraatio muuhun kunnan toimintaan vaarantuu sote-toimintojen siirtyessä peruskunnasta sote-alueille. Vaikka terveyden edistämisen terveystyöt on jo nykytilanteessa siirretty yhteistoiminta-alueille yli puolessa kuntia, suurin osa suomalaisista asuu yhden kunnan järjestämien sosiaali- ja terveystyöjen piirissä. Nykyisiä yhteistoiminta-alueita ja kuntia vahvemmat ehdotuksen mukaiset järjestäjätahot pystyvät jatkossa kehittämään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamista alueellaan ja tukemaan asiantuntemuksellaan jäsenkuntiaan asiaan liittyvässä päätöksenteossa. Tämä edellyttää pysyviä yhteistoimintarakenteita kuntien ja sote-alueiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöhön.

## **Henkilöstön saatavuus ja osaamisen kehittäminen paranevat**

Vahvemmat ja laajemmat järjestäjät pystyvät keskitetysti huolehtimaan alueensa henkilöstön tarvearvioinnista sekä käytön ja kehittämisen periaatteista. Ratkaisulla voidaan jossain määrin hillitä näköpiirissä olevaa epätarkoituksenmukaista palvelutuottajien välistä kilpailua ammattilaisista. Järjestäjällä on mahdollisuus myös ohjata omassa tuotannossaan henkilöstöä tarpeen mukaisesti eri tehtäviin ja palveluyksiköihin sekä huomioida nykyistä paremmin henkilöstökysymykset myös hankkiessaan palveluja muilta tuottajilta. Vahvemmat ja laajemmat järjestäjät ovat työnantajana houkuttelevampia. Monipuolinen toiminta saman organisaation sisällä mahdollistaa osaamisen ylläpitämisen ja kehittämisen sekä työkierron ja urakehityksen. Lisäksi järjestäjällä on mahdollisuus paremmin vastata eläköitymisestä aiheutuvaan kasvavaan henkilöstötarpeeseen.

## **Palvelukokonaisuuden hallinnan vuoksi erityisvastuualueiden toimivallan tulee olla riittävä**

Valtaosa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjistä pystyy itse tuottamaan pääosan väestön tarvitsemista palveluista alueellaan. Kuitenkin osa ehdotetuista järjestäjistä on liian pieniä ja kantokyvyltään heikkoja pääosin omalla tuotannollaan tehtävästä selviämään.

Kokonaisuutta voidaan hallita erityisvastuualueittain palvelujen järjestämissopimuksilla, mutta palvelukatveiden ja kilpavarustelun ehkäisemiseksi erivan toimivallan tulee olla merkittävä. Lisäksi tarvitaan jatkossakin normitusta mm. kansallisesti keskitettävistä tehtävistä sekä erityisvastuualueiden toimivallasta. Myös sosiaalihuollon vaativaa erityisosaamista edellyttävien palvelujen saatavuus paranee.

## **Vastuu tietohallinnosta ja tietojärjestelmistä siirtyy laajemmille kokonaisuuksille**

Asiakas- ja potilastietojen käsittelyyn liittyvä tietohallinto toteutetaan siten, että palveluista järjestämisvastuussa oleva taho (kunta, sote-alue, erva) vastaa itse omaa toimintaansa koskevista tietohallinnosta ja käyttämistään tietojärjestelmistä. Asiakas- ja potilastietojen valtakunnallinen saatavuus toteutetaan kansallisen terveystietojärjestelmän (KanTa) avulla. Tällöin erva-rajoilla ei ole vaikutusta tietojen saatavuuteen.

Alueellinen tietohallintoyhteistyö toteutetaan erva-alueittain siten, että kunnat, sote-alueet ja erva sopivat yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisesta kokonaisarkkitehtuurista.

Ervat toimivat myös alueellisesti sovittujen organisaatorajat ylittävien tehtävien vastuunorganisointina - esimerkiksi organisoimalla tietojärjestelmien alueellisia yhteishankintoja.

### **Selvityshenkilöiden ehdotukset tukevat kuntauudistusta**

Sote-alueissa kunnat rakentavat yhdessä tulevaisuuttaan. Yhteisen järjestämisvastuun ja sitä tukevan rahoitusratkaisun myötä kunnat saavat taloutensa vakautettua ja voivat keskittyä enemmän yhdyskuntarakenteen, elinkeinotoiminnan ja muiden palvelujen toteuttamiseen. Ajan myötä kuntien yhteistoiminta on kanava kuntien välisen luottamuksen vahvistamiseen ja kuntarakenteen uudistamiseen. Selvityshenkilöiden ehdotuksissa on huomioitu työssäkäyntialueet.

### **Sote-alueratkaisu tukee kuntien talouden kestävyyttä**

Kuntien talouden kestävyttä sote-alueratkaisu tukee yhdistämällä nykyisin kuntien rahoitusvastuulla olevia palveluja (esh-pti-sos) yhdeksi kokonaisuudeksi. Johdon vastuulla on huolehtia voimavarojen kohdentamisen lisäksi myös prosessien johtamisesta asiakaskeskeisesti ja tehokkaasti. Yhden vastuunkantajan palvelukokonaisuudessa asiakkaan tipahtaminen organisaatioiden vastuiden väliin ei ole mahdollista ja palvelut toteutetaan siellä missä ne on tarkoituksenmukaisinta toteuttaa.

### **Vastuukuntamalli hallitusohjelman mukaisesti lähtökohtana**

Vastuukuntamalli on ehdotuksissa ollut hallitusohjelman mukaisesti lähtökohtana sote-alueiden hallintomalliksi. Kuntayhtymäehdotuksiin on päädytty erityisesti tilanteissa, joissa kuntien kokoerot ovat vähäisemmät eikä ole selkeästi sellaista suurempaa kuntaa, jolla olisi riittävä kantokyky ottaa vastuukunnan asema.

Vastuukuntamalliin liittyy tällä hetkellä ongelmia erityisesti perustuslain edellyttämän kansanvaltaisuusperiaatteen toteutumisessa, muiden kuntien kuin vastuukunnan näkökulmasta. Perustuslainmukaisuuden arvio on tärkeää, jos vastuukuntamallista tulee kunnille pakollinen yhteistoiminnan organisoimistapa. Vastuukuntamalli sisältää lisäksi vastuukunnan kannalta merkittäviä taloudellisia riskejä. Vastuukuntamallin toteuttaminen turvallisesti ja kestävästi laajan perustason sote-rakenteessa, vaatii mallin merkittävää kehittämistä ja riskien ehkäisemistä erityisesti kuntalain valmistelussa. Vastuukuntamallissa muiden kuin vastuukuntana toimivan kuntien osalta ongelmallisena voidaan nähdä valtuuston rooli ja siihen liittyvä budjettivalta sekä asukkaiden vaikuttamis- ja osallistumismahdollisuudet sekä muutoksenhakuoikeuksien toteutuminen. Vastuukuntamallin käyttö sote-alueiden organisoinnissa edellyttää yhteistoimintamallia koskevan lainsäädännön täsmentämistä ja kehittämistä. Nykyisin sitä koskeva sääntely kuntalaissa on hyvin niukkaa eikä sellaisenaan ole riittävää sote-alueiden hallinnon normiohjaukseksi. Vastuukuntamallia koskevan sääntelyn uudistamista arvioidaan parhaillaan osana kuntalainsäädännön uudistamista.

Sekä vastuukuntamalli että kuntayhtymä sote -alueen organisointimallina edellyttää useimpien kuntien kuulemistilaisuuksissa esittämien näkemysten mukaan sitä, että jäsenyhteisöjen äänivalta määräytyisi asukasluvun mukaisesti eikä äänileikkureita käytettäisi.

## 7 JATKOTYÖSSÄ HUOMIOITAVAA

### **Muutoksen johtaminen, henkilöstö ja osaamisen kehittäminen**

Palvelurakenneuudistus on vuosikymmeniin merkittävin uudistus sosiaali- ja terveydenhuollossa ja vaatii sosiaali- ja terveydenhuollon johdolta kykyä ja osaamista johtaa muutosprosesseja ja henkilöstöltä merkittävää panosta sekä ammattiosaamisen että sitoutumisen puolesta. Uudistuksen toimeenpanon onnistumisen kannalta on välttämätöntä, että henkilöstö on vahvasti mukana alusta alkaen uudistuksen toteutuksessa ja ammattihenkilöstön osaamista, ideoita ja kokemuksia hyödynnetään muutosprosesseissa. Muutoksen valmistelussa ja johtamisessa on kiinnitettävä erityisesti huomiota työhyvinvoinnin seurantaan ja kehittämiseen sekä eri henkilöstöryhmien välisen dialogin ja vuorovaikutuksen toimivuuteen ja luottamuksen edistämiseen työyhteisöissä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio parantaa henkilöstön saatavuutta ja tarjoaa mahdollisuuden kohdentaa moniammatillista osaamista nykyistä paremmin väestön palvelutarpeisiin. Palvelurakenteen uudistuksen myötä johtamis- ja toimintakulttuurin tulee mahdollistaa nykyistä paremmin jatkuva oppiminen ja uudistuminen yksilö-, ryhmä- ja organisaatiotasolla. Asiakasymmärrys organisaatioiden palvelutuotannon ohjaajana on otettava entistä paremmin huomioon hyödyntäen käyttäjien kokemuksia, asiantuntemusta ja voimavaroja toiminnan uudistamisessa.

### **Muutosprosessin tuki**

Raporttiin sisältyvien ehdotusten toteuttaminen edellyttää tulevan säädösvalmistelun rinnalla ja jatkona vahvaa tukea kunnille muutosprosessin toteuttamiseksi. Toimeenpanossa on turvattava katkeamaton sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta. Toimeenpano on myös sovitettava yhteen kuntauudistuksen kanssa siten, että kunnat ja tulevat sote-alueet pystyvät uudistusten eri vaiheissa vastaamaan niille kuuluvista tehtävistä hallitusti. Myös valtion erillisrahoitusta pidetään tärkeänä, jotta valtakunnallinen muutosprosessi voidaan toteuttaa.

### **Lähidemokratia ja asiakasosallisuuden vahvistaminen**

Valtiovarainministeriön ja oikeusministeriön hankkeissa on arvioitu lähidemokratian alueellisia toimintamalleja niin kunnan kuin sen asukkaidenkin näkökulmasta. Lähidemokratian kehitystarvetta lisäävät kuntauudistuksen ohella viimeisten vuosikymmenten aikana tapahtuneet muutokset kansalaisten osallistumistavoissa ja kunnallisten luottamushenkilöiden asemassa. Selvitysten tuottama tieto toimii kuntalain kokonaisuudistuksen valmisteluaineistona. Kuntauudistuksen yhtenä tavoitteena on vahvistaa lähidemokratiaa ja paikallista osallistumista.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakasosallisuuden muotoja on viime vuosina kehitetty. Asiakasosallisuus käsittää asiakkaan mahdollisuuden osallistua ja vaikuttaa omassa asiassaan mutta myös osallistumisen laajemmin palvelujen kehittämiseen ja suunnitteluun. Kunnan asukkaiden ja palvelunkäyttäjien osallistumista palvelujen suunnittelussa, arvioinnissa ja toteuttamisessa voidaan edistää useista lähtökohdista paikallisten tarpeiden mukaan. Viimeiseksi asiakasosallisuuden kehittämistä koskevia ehdotuksia on tehnyt sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamista pohtinut työryhmä, muun muassa palvelujärjestelmän kehittämiseen ja palvelujen myöntämiskriteerien laadintaan liittyen. Lisäksi valinnanvapautta on kehitetty terveydenhuollon hoitopaikan valinnanvapauden, potilasdirektiivin ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelin myötä. Rakenneuudistuksen jatkovalmistelussa tulisi ottaa huomioon lähidemokrati-

aan ja asiakasosallisuuden kehittämiseen liittyen jo tehty työ, varmistaa kuntalaisten mahdollisuus osallisuuteen rakenneuudistuksen edetessä sekä vahvistaa asiakasosallisuuden kehittymistä myös uusissa rakenteissa.

### **Äänivallan jakautuminen**

Äänivallan jakautumisen osalta sellaisten keskuskuntien, joilla on selkeästi suurempi väestöpohja ja jotka usein ovat elinvoimaltaan sekä osaamiseltaan muita alueensa kuntia kantokykyisempiä, on vaikea hyväksyä tilannetta, jossa muiden kuntien määräsvalta voisi muodostaa äänienemmistön erityisesti silloin kun keskuskunta on yli puolet alueensa väestöstä. Jotta valmiudet siirtyä sote-alueisiin olisivat myös keskuskunnilla olemassa, tulee työryhmän näkemyksen mukaan tavoitteena olla väestöosuuteen perustuva äänivalta ilman äänileikkuria.

Perustuslakivaliokunta on aiemmassa tulkintakäytännössään kiinnittänyt huomiota erityisesti yhden kunnan mahdolliseen määräämisvaltaa katsoen sen olevan ristiriidassa perustuslain kunnallisen itsehallinnon kanssa. Tämä tulkintakäytäntö perustuu kuitenkin aikaisempaan kuntarakenteeseen, jossa Helsinkiä lukuun ottamatta kuntien kokoerot olivat pieniä. Kuntien kokoerot ovat kasvaneet tulkintakäytännön jälkeen huomattavasti eikä perustuslakivaliokunta ole ottanut kantaa äänivallan jakautumiseen muuttuneessa tilanteessa. Palvelurakenneuudistuksessa on monissa tapauksissa kyse tilanteesta, jossa suurilla kunnilla olisi yhteistoimintavelvoite siitä huolimatta, että niillä olisi kykyä yksin järjestää palveluja samalla kun se myös kantaisi monella alueella valtaosan taloudellisesta vastuusta. Muut kunnat tukeutuvat suurelta osin keskuskuntiin myös muiden kantokykytekijöiden osalta. Äänivaltaleikkuri tulisi voida siten kyseenalaistaa ison kunnan asukkaiden demokraattisten oikeuksien näkökulmasta.

Sote-alueen pienempien kuntien oikeudenmukaisen kohtelun turvaamiseksi tarvitaan mahdollisesti säännöksiä lainsäädäntöön sekä kansallisesta valvontaa riippumatta siitä onko sote-alue hallinnollisesti kuntayhtymä vai vastuukunta.

Äänivaltaa koskevaa sääntelyä tulee uudistaa sekä meneillään olevan kuntalain kokonaisuudistuksen yhteydessä ja tarvittaessa täydentää sote-järjestämislainsäädännössä.

### **Sote-alueen rahoitus**

Selvityshenkilöt katsovat, että rahoituksen osalta peruslähtökohtana on kuntaperusteinen rahoitus. Sote-alueen rahoitusratkaisun tulee tukea yhdenvertaisten palvelujen toteutumista kansallisesti ja sote-alueella. Rahoitusratkaisun tulee tukea kuntien talouden vakautta esimerkiksi perustumalla jossain määrin väestöpohjaan kustannusten jakoperusteena. Kuntien rahoitusosuuksista päätettäessä tulee pyrkiä harmonisoimaan palvelukriteerejä ja periaatteita, jotta kuntien välinen kustannusten jako voidaan toteuttaa oikeudenmukaisella tavalla. Sote-alueen palvelujen valmiuden ylläpito on huomioitava rahoitusratkaisussa. Kuntien talouden kestävyuden tukeminen on sote-aleratkaisuissakin valtiosuusjärjestelmän tehtävä. Rahoitusratkaisun tulee olla myös tehokkaaseen palvelutuotantoon kannustava ja jossain määrin palkita hyvästä hoitotoon pääsystä.

Työryhmän aikataulu ei mahdollistanut rahoitusvaihtoehtojen yksityiskohtaisempaa tarkastelua eikä rahoitus kuulunut selvityshenkilötyöryhmän toimeksiantoon. Rakenneuudistukseen liittyvän rahoituksen kokonaisuus on ratkaistava järjestämislain valmistelun yhteydessä.



## **Palvelurakenteen yksityiskohdat ja sen ohjauskeinot tarvitsevat tarkennusta**

Erityisvastuualueiden hallintoon ja omistajaohjaukseen tarvitaan keinoja, joilla pystytään varmistamaan alueen kokonaisuuden tarkoituksenmukaiset ratkaisut ja välttämään eturistiriitosten ja aluepolitiikoinnin aiheuttamat riskit toimivan ja tehokkaan järjestelmän ylläpidossa. Erityisvastuualueen tehtävään tarvittavan erityisosaamisen turvaamiseen on kiinnitettävä ratkaisussa erityisesti huomiota. Sote-alueiden palvelujen rahoitusperiaatteita ja hallinnon periaatteita tulee tarkentaa jatkotyössä niin, että niillä tuetaan asetettuja tavoitteita ja jaetaan vastuuta oikeudenmukaisesti.

### **Lähipalvelut**

Suuremmissa kokonaisuuksissa lähipalvelujen pelätään keskittyvän järjestämisalueiden keskuksiin. Lähipalveluista tulee säätää tavalla, joka turvaa ihmisten usein tarvitsemien palvelujen hyvän saavutettavuuden. Säättämistä ei voi kuitenkaan tehdä kiinteistöihin tai henkilöstön sijoittumiseen perustuen. Se tulee mahdollisuuksien mukaan säätää väestön, ei yksilöiden, palvelujen saavutettavuuden suhteen siten, että järjestäjillä on mahdollisuus kehittää palvelujen toteuttamistapoja mm. liikkuviin, kotiin vietäviin ja sähköisiin palveluihin. Palvelujen saavutettavuudessa eräänä tekijänä voidaan ottaa huomioon huomioitava palvelujen etäisyys väestöstä sekä odotusaika niihin. Esimerkiksi lähipalveluna voidaan toteuttaa pienellä paikkakunnalla lääkärivastaanotto kerran viikossa silloin kun jokapäiväiselle vastaanotolle ei ole tarvetta.

## LIITTEET

### 1 PALVELURAKENNEUUDISTUKSEN VALMISTELUA TUKEVAN SELVITYSHENKILÖTYÖRYHMÄN TUEKSI ASETETUN LAKIJAOKSEN ARVIOMUISTIOT

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 21.12.2012 palvelurakenneuudistuksen valmistelua tukevalle selvityshenkilötyöryhmälle taustatukiryhmiksi sihteeristön, lakijaoksen sekä projekti-ryhmän, joiden tarkoituksena oli osaltaan valmistella esiselvitystä tulevaa lainsäädäntötyötä varten.

Taustatukiryhmien toimikausi oli 21.12.2012–28.2.2013. Toimikautta pidennettiin ministeriön 28.2.2013 tekemällä päätöksellä 19.3.2013 saakka.

Lakijaoksen tehtävänä oli tukea selvitystyöryhmää sen työhön liittyvissä juridisissa kysymyksissä ja reunaehdoissa sekä tehdä esivalmistelua sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaa säädösvalmistelua varten mm. seuraavien osakokonaisuuksien osalta:

- tulevan lainsäädännön rakenne ja suhde muuhun lainsäädäntöön
- perustuslailliset kysymykset
- ohjaus, valvonta ja johtaminen
- tutkimus ja kehittäminen
- rahoitus; sekä
- potilas- ja asiakastietojen käsittely.

Lakijaosto organisoitiin kuudeksi alatyöryhmäksi, joiden tehtävänä oli

- 1) koota alatyöryhmän aihepiiristä olemassa olevia selvityksiä, muistioita, raportteja ja muuta tausta-aineistoa sekä tuottaa nykytilan kuvausta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä, rahoitusta ja valvontaa koskevan hallituksen esityksen perusvalmistelua varten; sekä
- 2) tuottaa alatyöryhmän aihepiirin osalta arviomuistio nykytilasta ja sen muutostarpeista sekä uutta sääntelyä edellyttävistä asiakokonaisuuksista. Asiantuntijoita pyydettiin ilmoittautumaan alatyöryhmien työhön kunkin oman asiantuntemuksen ja kiinnostuksen pohjalta.

Aihepiirit käsiteltiin alatyöryhmittäin seuraavasti:

- 1) Tulevan lainsäädännön rakenne ja suhde muuhun lainsäädäntöön sekä perustuslailliset kysymykset; pj. Riitta-Maija Jouttimäki
- 2) Ohjaus ja valvonta; pj. Aino-Inkeri Hansson
- 3) Toiminnallinen ohjaus, kehittäminen ja tutkimus; pj. Liisa-Maria Voipio-Pulkki
- 4) Rahoitus; pj. Olli Kerola
- 5) Potilas- ja asiakastiedot, tietojärjestelmät; pj. Pekka Järvinen
- 6) Hallinnolliset kysymykset; pj. Sami Uotinen

Ensi vaiheen tehtävänä alatyöryhmiä 1 ja 6 pyydettiin valmistelemaan selvityshenkilötyön tueksi muistiot perustuslaissa säädetyn kunnallisen itsehallinnon asettamista edellytyksistä ja reunaehdoista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudestaan organisoimiselle erityisesti vastuukuntamallilla, kielilainsäädännön asettamista vaatimuksista palvelujen organisoimille sekä julkisista hankinnoista annetun lain vaatimusten huomioon ottamisesta (tältä osin liite raportissa, ks. liite 2). Lisäksi selvityshenkilötyöryhmälle valmisteltiin muistio viran-

omaistoiminnan julkisuudesta annetun lain säännösten soveltamisesta selvityshenkilötyössä syntyvään valmisteluaineistoon.

Lakijaos piti laajalla kokoonpanolla 4 kokousta. Alatyöryhmät kokoontuivat keskimäärin 3-5 kertaa kukin.

Lakijaos päätti viimeisessä kokouksessaan 28.2.2013, että alatyöryhmien arviomuistioista ei kirjoiteta yhteistä raporttia, vaan muistiot mahdollisine liitteineen kootaan yksiin kansiin. Alatyöryhmien kokoama muu tausta-aineisto kootaan selvityshenkilötyöryhmän ja sen tukiryhmien käytettävissä olevan extranet-alustan Lakijaos-kansioon.

Helsingissä, 19 päivänä maaliskuuta 2013

Lakijaoston puheenjohtaja,  
osastopäällikkö

Aino-Inkeri Hansson

## 2 LAINSÄÄDÄNNÖLLISET REUNAEDOT

### Perusoikeudet ja kunnallinen itsehallinto

Palvelurakennemuutostukseen liittyy useampia perustuslain tulkintaan liittyviä kysymyksiä. Kuntakentässä sekä väestörakenteessa tapahtuneiden muutosten vuoksi ollaan kuitenkin perustuslain tulkintakysymysten osalta uudenaikaisessa tilanteessa, jossa aiemmasta perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännöstä ei aina suoraan voida vetää kovin suoraviivaisia linjoja nykytilanteeseen. Ainakin seuraavat näkökohdat tulisi nykytilanteessa ottaa huomioon perustuslain asettamia reunaehtoja punnittaessa.

### SOTE-alueiden ylikunnallinen luonne

Kunnan lakisäateisten sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien siirtymisessä sote-alueelle on kyse pakollisesta yhteistoiminnan järjestelystä, ylikunnallisesta toiminnasta, joka voidaan toteuttaa esimerkiksi vastuukunta- tai kuntayhtymämallin mukaisesti.

Kuntien velvoittaminen kuntayhtymiin ja muuhun kuntien pakolliseen yhteistoimintaan on perustuslakivaliokunnan tulkinnan mukaan lähtökohtaisesti mahdollista. Siirtoa voidaan puoltaa muun muassa tehtävien ylikunnallisella luonteella ja hallinnon tarkoituksenmukaisella järjestämisellä. Näin ollen ylikunnallisten toimijoiden muodostamista tilanteessa, jossa kunnat eivät ole riittävän vahvoja, puoltaa lähtökohtaisesti palvelunjärjestäjän kantokyky perusoikeuksien, erityisesti yhdenvertaisten ja riittävien palvelujen järjestämiseksi. Esimerkiksi heikko taloudellinen tilanne tai voimavaroihin suhteutettuna poikkeuksellinen palvelutarpeiden määrä puoltavat tehtävien siirtoa vahvemmalle toimijalle perusoikeuksien toteuttamiseksi. Toisaalta perustuslakivaliokunnan tulkinnan mukaan painoarvoa on annettava myös sille, että palvelurakenteen tulee olla hallinnon osalta tarkoituksenmukaisesti järjestetty.<sup>1</sup>

Velvollisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon lakisäateisten tehtävien siirtämiseen ylikunnalliselle toimijalle on arvioitava ennen kaikkea suhteessa perusoikeuksien toteutumiseen riittäviin ja yhdenvertaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamiseksi. Perustuslain 19 §:n tulkinnaissa ratkaisevassa asemassa on muun muassa se, kuinka riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut pystytään toteuttamaan koko maassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatua ja riittävyttä tulee tarkastella koko perusoikeusjärjestelmän kannalta, kuten esimerkiksi yhdenvertaisuuden ja syrjinnän kiellon näkökulmasta (HE 309/1993 vp). Perustuslakivaliokunta on kiinnittänyt perusoikeusuudistusta säädettäessä erityistä huomiota kuntien tosiasiallisiin edellytyksiin suoriutua uudistuksesta aiheutuvista uusista tehtävistä ja velvoitteista (PeVM 25/1993 vp, s. 3/II, ks. myös PeVL 41/2002 vp, s. 3/II).

Nykyinen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne on pirstaleinen, sen kokonaisuuden johdettavuus ja ohjattavuus on heikko ja se aiheuttaa osaltaan väestön eriarvoisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen nykyisellä hajanaisella kuntarakenteella on aiheuttanut palvelujen eritasoista kehittymistä. Erikoiset kunnat ovat olleet vastuussa perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluista suoraan ja erikoissairaanhoidon palveluista yhdessä osana kuntayhtymää. Erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen osalta nykyisessä palvelujärjestelmässä on perusoikeuksien toteutumisen kannalta yhtäältä valtakunnallisesti peruspalvelujen riittämättömyysongelma sekä toisaalta alueellisista eroista johtuva ja ihmisten sosioekonomiseen asemaan liittyvä yhdenvertaisuusongelma.

<sup>1</sup> PeVL 11/1984 vp, 42/1996 vp, 42/1998 vp, PeVL 32/2001 vp, s. 2/II, PeVL 65/2002 vp, s. 2—3, PeVL 22/2006 vp, s. 2/II ja s. 3—4, PeVL 37/2006 vp, PeVL 11/1984 vp, s. 2/II, PeVL 65/2002 vp, s. 3/II

Muun muassa perusterveydenhuollon hoitoon pääsy vaihtelee alueittain merkittävästi ja lääkärutilanne vaihtelee olennaisesti. Lähes koko maassa terveyskeskukset on alimiehitty lääkäreiden osalta. Kuntien riittämätön resursointi perusterveydenhuoltoon näkyy monissa vertailutiedoissa sairaanhoidon lisäksi mm. ennaltaehkäisevien palvelujen toteutuksessa. Seuraukset näkyvät myös väestön terveydessä. Kunnallisen perusterveydenhuollon säästöt näkyvät siis myös erityisesti pienituloisimpien väestöryhmien terveydessä. Palvelujen epätasa-arvoinen kohdentuminen sosiaaliryhmien välillä näkyy myös kansainvälisissä vertailuissa. OECD:n tekemissä tutkimuksissa Suomi sijoittuu yleislääkäreiden vastaanottopalvelujen osalta eniten hyvätuloisia suosivien joukkoon.

Sosiaalihuollon palveluissa kuntakohtaiset erot muun muassa päihdehuollossa ja sen resursoinnissa ovat merkittävät. Lisäksi työntekijäkohtaiset asiakasmäärät vaihtelevat sosiaalihuollossa erittäin paljon kunnasta riippuen. Jo lähitulevaisuudessa ikärakenteen muutos tulee erityisesti vanhuspalvelujen osalta lisäämään epätasa-arvoa edelleen, mikäli tilanteen annetaan jatkua ennallaan.<sup>2</sup>

Erityisesti väestörakenteen kehitys on johtanut siihen, ettei nykyisellä kunta- ja palvelurakenteella kyetä enää vastaamaan väestön tarpeisiin riittävillä ja yhdenvertaisilla sosiaali- ja terveyspalveluilla. Erityisesti nykyinen sosiaali- ja terveyspalvelujen kahtiajakautuminen kuntien / yhteistoiminta-alueiden ja toisaalta sairaanhoitopiirien ja kehitysvammaisten erityishuoltopiirien vastuulle on johtanut siihen, että peruspalvelutasoa ei enää kyetä tosiasiallisesti yhdenvertaisesti ja riittävästi toteuttamaan koko maassa. Palvelurakennemuutoksen valmisteluun liittyvissä selvityksissä tärkeimpinä korjauskeinoina palvelujen riittämättömyyteen sekä eriarvoisuusongelmiin on yhtäältä järjestämisvastuussa olevien toimijoiden kantokyvyn lisääminen sekä toisaalta pirstaleisen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuun integroiminen mahdollisimman laajasti samaan kokonaisuuteen sekä peruspalvelujen että erikoistason palvelujen osalta.<sup>3</sup>

### *Kantokyvyn kasvattaminen*

Erikoissairaanhoidon ja erityishuollon järjestämisessä kunnilla on lainsäädännön perusteella velvollisuus kuulua sairaanhoitopiiriin ja kehitysvammahuoltoja järjestävään kuntayhtymään. Erikoissairaanhoidon siirto kuntayhtymiin on perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännössä tulkittu olevan mahdollista ylikunnallisena tehtävänä. Kunnat voivat kuitenkin myös järjestää erikoissairaanhoidon ainakin osittain itse tai muun muassa ostopalveluina. Erityisesti suurimmat kaupungit ovatkin järjestäneet em. palveluja itse. Nyt palvelujärjestelmän perustuslaillisten ongelmien korjaamiseksi punnittavaksi tulee myös perustason sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen osalta voidaanko ne katsoa sellaisiksi ylikunnallisiksi tehtäviksi, jotka voidaan siirtää velvoittavalla sääntelyllä ylikunnalliseen organisaatioon. Näin nykyinen kahtiajako purettaisiin ja palvelut muodostettaisiin mahdollisimman laajasti yhdeksi vastuukokonaisuudeksi, jotta luotaisiin yhdenvertaiset edellytykset riittävien palvelujen järjestämiselle tarkoituksenmukaisella tavalla.

Perustuslakivaliokunta on katsonut Paras-lain käsittelyn yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon perustason tehtävissä olleen kyseen siten rajatuista tehtäväkokonaisuuksista, ettei

<sup>2</sup> Sosiaali- ja terveyspalvelujen riittämättömyyttä sekä siihen liittyvää yhdenvertaisuuden puutetta on kuvattu tarkemmin muun muassa kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvityksessä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen valmistelussa eri työryhmien selvityksissä.

<sup>3</sup> Myös näiden korjauskeinojen merkitystä on kuvattu aiemmassa valmisteluaineistossa yksityiskohtaisemmin, joten tähän muistioon ei ole liitetty tältä erikseen tarkempia perusteluja siitä, miksi nämä korjauskeinot ovat välttämättömiä.

sääntely muodostunut ongelmalliseksi. Paras-lain säätämisessä oli kyse hyvin pienten, alla 20 000 väestöpohjan kuntien velvoittamisesta yhteistoimintaan.<sup>4</sup>

Jos perustuslakivalokunnan edellä mainittua lausuntoa tulkitaan Paras-lain kontekstissa siten, että siinä otettiin kantaa erityisesti pienten kuntien kantokyvyn kasvattamiseen, on suurten kuntien asemaa arvioitava erikseen suhteessa tehtävän ylikunnalliseen luonteeseen. Näin ollen on punnittava, millä perusteilla sellainen suuri kunta, jolla sinänsä voidaan katsoa olevan riittävä kantokyky tehtävän hoitamiseksi, voidaan velvoittaa kuntien yhteistoimintaan. Punninnassa on siten arvioitava mitä eri ratkaisuvaihtoehtoja on yhdenvertaisten ja riittävien palvelujen järjestämisen rakenteen luomiseksi ja mikä niiden vaihtoehtojen merkitys on suurten kuntien itsehallinnon kannalta. Alueiden kokonaisuutta arvioitaessa suuria kuntia ei välttämättä voida jättää sote-alueen ulkopuolelle, jos alueen muista kunnista ei muutoin muodostu riittävän kantokykyistä palvelujen järjestäjää.

Tulevaa palvelurakennetta muodostettaessa tulee arvioida esitysten osalta aluekohtaisesti sitä, onko alueilla löydettävissä sellaisia ratkaisuja, joilla voidaan saavuttaa kantokykyiset palvelujen järjestäjät, jotka kykenevät turvaamaan perusoikeuksien mukaiset yhdenvertaiset ja riittävät palvelut rajoittamatta tarpeettomasti suurempien kuntien itsehallintoa.

### *Integraatiotarpeen laajuus*

Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon mahdollisimman laajan integraation tarvetta on perusteltu erityisesti asiakkaiden ja potilaiden palvelujen saamiseen liittyvien oikeuksien turvaamisella siten, ettei hallinnon eri toimijoilla ole nykyiseen järjestelmään sisällään pitämää insentiiviä siirtää vastuuta asiakkaita ja potilaita vastuutaholta toiselle siten, että ihmiset voivat lopulta jäädä kokonaan ilman tarvitsemiaan palveluja.

Tarve laajaan (vertikaaliseen) integraatioon on nähty myös siinä, että erikoissairaanhoidon ja peruspalvelujen erilaisuus suhteessa kuntien päätöksentekoon on johtanut kuntayhtymissä toimivan erikoissairaanhoidon peruspalveluja vahvempaan resursointiin ja kuntien säästötoimenpiteiden johdosta perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon rapautumiseen. Sosiaali- ja terveyspalvelujen sijoituessa laajasti samaan vastuuorganisaatioon, ohjaa rakenneratkaisu siihen, että vastuunkantajalla on ihmisten ”poisohjaamisen” intressin sijaan myös taloudellinen intressi kehittää palvelukokonaisuuden kaikkia osia sekä toiminnallisesti että resursoinnin osalta tasapuolisesti siten, että niistä muodostuisi toimiva ja tasapainoinen kokonaisuus, jossa ihmiset saisivat tarvitsemansa palvelut oikea-aikaisesti ja laadukkaasti.

Laaja integraatio turvaa siten perusoikeuksien näkökulmasta riittävien palvelujen saavuutta. Toisaalta se nostaa kantokykyvaatimuksen korkealle, jolloin vaatimus integraation laajuudesta on pohdittava suhteessa kunnalliseen itsehallintoon. Mitä pidemmälle vaatimus erikoistason integroimisesta palvelukokonaisuuteen katsotaan tarpeelliseksi sitä suurempi kantokyky palvelujen järjestäjältä vaaditaan ja sitä harvempi suurikaan kunta tästä tehtävästä kykenee itsenäisesti suoriutumaan. Jos taas erikoistason palveluja ei integroida kovin laajasti, voidaan useampi suuri kunta katsoa kykeneväksi itsenäisesti kantamaan vastuun laajasta palvelukokonaisuudesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien ylikunnallista luonnetta arvioitaessa tuleekin punnita myös sitä, miltä osin voidaan tai on tarkoituksenmukaista jättää jotain palveluja kuntien hoidettavaksi. Palvelurakennemuutoksen valmistelun yhteydessä on erityisesti sosiaalihuollon tehtävien jättäminen kuntiin usein nostettu esiin. Paras-uudistuksessa tehtiin aikanaan ratkaisu, jossa mahdollistettiin kunnille jättää osa sosiaalihuollon palveluja kunnan vastuulle. Koska ratkaisu todettiin käytännössä toimimattomaksi, muutettiin Paras-lakia myöhemmin

---

<sup>4</sup> PeVL 37/2006 vp

siten, että yhteistoiminta-alueen vastuulle tulee siirtää perusterveydenhuollon lisäksi myös kaikki sosiaalihuollon palvelut.

Integraatiota ei ole tarkoituksenmukaista toteuttaa pelkästään terveydenhuollon osalta, koska merkittävä osa kansalaisista, erityisesti hyvinvointinsa tukemiseksi palveluja tarvitsevista ihmisistä, on nimenomaan sekä sosiaalipalvelujen että terveyspalvelujen tarpeessa. Tällaisia asiakas- ja potilasryhmiä ovat monet erityisesti heikossa asemassa olevat ryhmät kuten ikään-tyneet palvelujen tarvitsijat, päihde- ja mielenterveyspalveluja tarvitsevat, vammaiset sekä lapset ja perheet. Tämän vuoksi sosiaalihuollon ja terveydenhuollon (horisontaalinen ja vertikaalinen) integraatio tulee varmistaa yhteistoiminnan lisäksi yhteisellä palvelurakenteella.

Palvelujen integroinnin laajuutta (toisaalta suhteessa kuntiin, mutta myös suhteessa ervaan) arvioitaessa tulisi perusoikeuksien turvaamisen näkökulmasta arvioida paitsi ihmisten palvelukokonaisuuksien tarkoituksenmukaista toteutusta myös sitä, että laajan vastuukokonaisuuden ulkopuolelle jätettävien palvelukokonaisuuden osien voitaisiin arvioida olevan luonteeltaan sekä toiminnallisesti että resursoinnin puolesta sellaisia, ettei niiden osalta ole vaaraa vastaavasta rapautumiskehityksestä kuin mitä hallinnon pirstaleisuudesta johtuen on käynyt nykyisille perustason palveluille.

### *Kansanvaltaisuusperiaate*

Lisäksi velvoitetta ylikunnallisiin sote-organisaatioihin tulee perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännön mukaan arvioida suhteessa siihen, onko sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkokonaisuus siten rajattu, että se ei vaikuta oleellisesti kuntien hallintoon ja kansanvaltaisuusperiaatteeseen. Tarkastelussa on huomioitava, että tähänastiset perustuslakivaliokunnan kannanotot ovat koskeneet rajatumpia kokonaisuuksia ja kokeiluja.<sup>5</sup>

Kainuun maakuntakokeilun osalta valiokunta piti siirrettävien tehtävien piiriä huomattavan laajana ja muodostavan keskeisen osan kuntien nykyisistä tehtävistä ja siten kokeilun kaventavan kansanvaltaisuusperiaatetta. Valiokunta arvioi näin siitä huolimatta, että Kainuun maakuntahallinnolla oli omat vaalit. Toisaalta Kainuun maakuntakokeilu koski sosiaali- ja terveydenhuollon ohella myös eräitä muita kunnan toimialoja.

Kainuun maakuntakokeilua koskeva valiokunnan lausunto on kuitenkin annettu ennen Paras-lain mukaista lausuntoa, jossa valiokunta edellä esitetyn mukaisesti totesi, että sosiaali- ja terveydenhuollon perustason palveluja voidaan pitää siinä määrin rajattuna kokonaisuutena, että alla 20 000 kuntia voitiin Paras-uudistuksessa velvoittaa siirtämään tehtävät ylikunnalliselle toimijalle. Näin ollen Paras-uudistuksessa pieniltä kunnilta voitiin jo siirretyn erikoissairaanhoidon lisäksi siirtää pois myös perustason sosiaali- ja terveyspalvelut loukkaamatta kunnallista itsehallintoa.

Kun arvioidaan sitä, onko sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkokonaisuus siten rajattu, että se ei vaikuta oleellisesti kuntien hallintoon ja kansanvaltaisuusperiaatteeseen, voidaan tarkastella sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan suhdetta kunnan yleiseen toimialaan.

Sosiaali- ja terveydenhuolto on suurin kuntien toimialasta. Vielä lähivuosina sosiaali- ja terveydenhuollon menojen osuus on ollut noin 60 prosenttia, kun vastaava luku vuonna 2011 oli keskimäärin enää 51 prosenttia. Kun siitä vähennetään vielä sosiaalihuollon tehtävistä sivistystoimen puolelle siirretyn päivähoidon osuus, jää kokonaismenojen osuudeksi vuoden 2011 tiedoilla laskettuna enää 46 prosenttia. Lisäksi arvioinnissa voidaan antaa merkitystä sille, että näistä sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenoista on jo siirretty ylikunnalliseksi tehtäväksi erikoissairaanhoido, jonka osuus edellä mainituista sosiaali- ja terveydenhuollon menoista on keskimäärin kolmannes, jolloin nyt siirrettävien palvelujen osuus kuntien kokonaismenoista jää noin 30 prosenttiin.

<sup>5</sup> PeVL 11/1984 vp, s. 2/II, PeVL 11a/2002 vp, s. 2/I, PeVL 65/2002 vp, s. 3, PeVL 8/2003 vp

## SOTE-alueiden äänivalta/päätösvalta kysymykset - demokratiaulottuvuus

Eräs erityiskysymys sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien siirron osalta on se, kuinka äänivallan käytöstä ylikunnallisessa hallinnossa voidaan lailla säätää. Perustuslakivaliokunta on kiinnittänyt käytännössään huomiota yksipuolisen määräämisvallan estämiseen, millä on merkitystä ylikunnallisen toiminnan organisointitapaa ja sote-alueen rajoja arvioitaessa. Tehtävien siirron tulisi olla myös siten rajattua, että kunnalla on mahdollisuus ottaa hoidettavakseen muitakin kuin lakisääteisiä tehtäviä (yleinen toimiala).

Siirrettäessä tehtäviä ylikunnalliselle organille yhden kunnan asukasmäärään sidottu äänivalta saattaa muodostaa yksinkertaisen enemmistön, jolloin muiden yhteistoimintakuntien äänimäärä on alle puolet. Perustuslakivaliokunta on katsonut sen olevan ristiriidassa perustuslain suojaaman kunnallisen itsehallinnon kanssa. Siten selvitystyössä alueita muodostettaessa huomiota tulisi kiinnittää alueeseen liittyvien kuntien väestöpohjien jakautumiseen.

Suomen väestörakenne on kuitenkin muuttunut viime vuosina ja vuosikymmeninä merkittävästi muun muassa väestön ikääntymisen ja muuttoliikkeen myötä siten, että väestö keskittyy yhä voimakkaammin kasvukeskuksiin harvaan asuttujen alueiden väestön yhä harventuessa. Tämä kehityskulku tulee jatkossa edelleen jatkumaan. Näin ollen yhdenvertaisen ja tarkoituksenmukaisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen aikaansaamiseksi on kantokykisten alueiden muodostamiseksi tukeuduttava nykytilanteessa voimakkaasti näihin kantokykisiin kasvukeskuksiin. Näin ollen monilla alueilla ratkaisut voivat olla väistämättä sellaisia, jotka nostavat esiin vahvan keskuskunnan äänivaltakysymyksen.

Periaatteessa olisi mahdollista välttää näiden keskuskuntien yksipuolinen määräämisvalta säätämällä esimerkiksi tietynlaisesta äänileikkurista. Toisaalta tässä uudessa tilanteessa, jossa kuntarakenne ei muodostu enää niin tasavahvoista kunnista kuin mitä kuntakenttä on aiemmin ollut, on äänivaltakysymystä tarpeen arvioida perustuslain valossa uudelleen.

Arvioinnissa on nostettava aiemmin arvioinnin keskiössä olleen pienten kuntien asukkaiden itsehallinnon suojan rinnalle aiempaa voimakkaammin myös muita merkittävästi suuremman kunnan asukkaiden itsehallinnon suoja. Loukkaako muita kuntia merkittävästi suuremman kunnan asukkaiden itsehallintoa se, ettei sillä ole väestönsä painoarvon mukaista päätäntävaltaa ylikunnaallisesta tehtävästä, jos se kuitenkin samalla kantaa merkittävimmän vastuun sekä palvelujen järjestämisestä että niiden rahoituksesta. Erityisesti palvelujen järjestämiseen liittyvän talouden vakauden osalta suuren kunnan mukanaan tuoma kantokyky on aivan olennainen myös pienten kuntien palvelujen rahoitukselle.

Uudelleenarvioinnin tarvetta tukee myös se, että kuntalain kokonaisuudistuksessa vuonna 1995 laista poistettiin säännökset äänivallan rajoituksista. Kuntalain 78 §:n 3 momentin 2 kohdan mukaan äänivallan perusteista voidaan sopia. Tämä koskee myös äänivallan rajoitusta. Vaikka erikoissairaanhoidon lain 17 §:ssä on edelleen säännökset äänivallan rajoituksesta, on tästä säännöksestä mainitun kuntalain uudistuksen myötä katsottu voitavan poiketa, koska erikoissairaanhoidon lain säännös on annettu ennen kyseistä kuntalain uudistusta. Myös Paraslakia koskevassa hallituksen esityksessä vielä mukana ollut äänivallan rajoitusta koskenut säännös, joka liittyi sekä erikoissairaanhoidon että kehitysvammaisten erityishuoltoon, poistettiin hallintovaliokunnan lausunnon perusteella lopullisesta Paras-laista.

### *Hallintomallin merkitys*

Kansanvaltaisuusperiaatetta pohdittaessa nousee eräänä erityiskysymyksenä esiin se, miten ylikunnallisen toimijan organisointitapa vaikuttaa kansanvaltaisuusperiaatteeseen.

Vastuukuntamallia on muun muassa kuntarakennemuutoksen yhteydessä järjestettyjen perusoikeusasiantuntijoiden kuulemisten yhteydessä pidetty perustuslain demokratiaulottuvuuden näkökulmasta ongelmallisempänä ylikunnallisen toiminnan organisointitapana verrattuna



kuntayhtymämalliin. Vastuukuntamallissa muiden kuin vastuukuntana toimivan kuntien osalta ongelmallisena voidaan nähdä erityisesti valtuuston rooli ja siihen liittyvä budjettivalta sekä asukkaiden vaikuttamis- ja osallistumismahdollisuudet sekä muutoksenhakuoikeuksien toteuttaminen.

Vastuukuntamallia yhteistoiminnan järjestämismallina korostetaan ilmeisesti sen vuoksi, että omistajaohjaus olisi tällöin vahvemmin palvelut vastuukuntana järjestävän vahvan peruskunnan käsissä. Vastuukuntamalli on nykyisessä kuntalaissa niukasti säännelty, koska se tarkoitettiin taloudelliselta ja muulta merkitykseltään vähäisten tehtävien hoitamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon siirtäminen kokonaisuudessaan vastuukuntamallilla hoidettavaksi edellyttää huomattavasti nykyistä yksityiskohtaisempaa sääntelyä. Erityisesti huomiota on jo perustuslain asettamien vaatimusten täyttämiseksi kiinnitettävä siihen, että muiden kuntien kuin vastuukunnan oikeudet ja vaikutusmahdollisuudet tulevat järjestelyssä huomioonotetuiksi.

Kysymys hallintomallin valinnasta liittyy kuitenkin kiinteästi edellä mainittuun tilanteeseen, jossa väestö- ja ikärakenteen muutokset ovat muuttaneet kuntakenttää siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaista ja tarkoituksenmukaista palvelurakennetta muodostettaessa on tukeuduttava vahvasti myös niihin kuntiin, joilla sinänsä voisi olla riittävä kantokyky tämän palvelukokonaisuuden itsenäisestä hoitamisesta. Myös sellaiset kunnat on voitava velvoittaa mukaan ylikunnalliseen organisointiin, silloin kun se on välttämätöntä, jotta kyetään muodostamaan kestävä palvelurakenne koko maahan. Tällöin vastuukuntamalli voisi toimia tarkoituksenmukaisena hallintomallina, kun myös itsenäisinä kuntina kantokykyiset kunnat on velvoitettava luovuttamaan sosiaali- ja terveyspalvelut ylikunnalliseksi tehtäväksi samalla kun ne joutuvat kantamaan myös alueen muiden kuntien puolesta selkeästi suurimman vastuun näiden palvelujen järjestämisestä ja niiden rahoituksesta. Vastuukunnan osalta sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteko säilyisi vastuukunnan muiden toimialojen päätöksenteon kokonaisuudessa.

Tulevan kuntalain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lain valmistelussa olisi tärkeää pohtia myös sitä, millä tavoin myös pienien kuntien mahdollisuutta tulla riittävästi edustetuksi ylipäätään ylikunnallisessa päätöksenteossa sekä erityisesti vastuukuntamallissa voitaisiin lain-säädännöllä tukea?

Hallintomallin valinnan suhteen jatkovalmistelussa tulee arvioida perustuslain valossa myös ervalte valittavaa hallintomallia. Äänivaltakysymyksiin sekä demokratiaulottuvuuteen liittyen tulee punnita mikä merkitys on sillä, edustaako sote-alueeseen kuuluvia kuntia ervan hallinnossa sote-alue vaiko kyseiset sote-alueeseen kuuluvat kunnat.

Myös käyttäjädemokratiaan ja sen uusien muotojen kehittämistarpeeseen liittyvät kysymykset on syytä nostaa jatkovalmistelussa esiin.

## **Kielelliset oikeudet - kansalliskielet**

Perustuslakivaliokunta on kiinnittänyt huomiota mm. aluehallinto- sekä kunta- ja palvelurakennemuutoksia käsitellessään suomen- ja ruotsinkielisen väestön tarpeista huolehtimiseen samanlaisten perusteiden mukaan ja tosiasiallisten mahdollisuuksien turvaamiseen palvelujen saantiin omalla kielellään.<sup>6</sup>

Perustuslakivaliokunta on käytännössään korostanut, että aluejaotuksista on valittava se, joka parhaiten turvaa kielelliset oikeudet. Myös kielellisten oikeuksien turvaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa edellyttää kuitenkin, että järjestämisvastuussa olevalla taholla on tosiasialliset edellytykset järjestää toiminta perustuslain 6 ja 19 §:n tasoisena ja laajuudessa.

Jo nykyisessä palvelurakenteessa kunnat ovat siirtäneet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ylikunnallisille toimijoille. Ylikunnalliseen toimijaan voi kuulua pelkästään suomen-

<sup>6</sup> PeVL 21/2009 vp, PeVL 37/2006 vp

kielisiä tai ruotsinkielisiä kuntia, kaksikielisiä kuntia tai sekä suomen- että ruotsinkielisiä kuntia. Viimeksi mainituissa tilanteissa nykysääntelynkin mukaan ylikunnallisen toimijan sosiaali- ja terveydenhuolto tulee järjestää siten, että asiakas saa palveluja valitsemallaan kielellään, joko suomeksi tai ruotsiksi, eli asiakkaiden kielelliset oikeudet on tältä osin turvattu. Sen sijaan vastuukuntamallissa vastuukunnalla ei ole velvollisuutta kaksikielisyyden tunnustamiseen, jolloin kunta toimii yksikielisenä viranomaisena. Paras-laissa säädetyistä yhteistointa-alueen sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevista edellytyksistä on voitu poiketa kielellisten oikeuksien ja saamelaisten aseman turvaamiseksi.

Perustuslakivaliokunta on katsonut aluehallinnon jakoa muutettaessa perustuslain 17 §:n kannalta muodostuvan ongelmalliseksi, jos muutoksessa kielivähemmistö jää pieneksi reuna-alueen ryhmäksi. Edellä selostettuun tukeutuen tulee arvioida, voitaisiinko toisenlaisella rakennevaihtoehdolla välttää kyseinen tilanne. Jos toisenlaista perustuslain 6 ja 19 §:n edellytykset turvaavaa rakennevaihtoehtoa ei ole löydettävissä, on arvioitava, miten reuna-alueelle jäävän vähemmistön oikeus yhdenvertaisiin ja riittäviin palveluihin sekä kielelliset oikeudet tulisivat turvatuksi alueen jäädessä itsenäiseksi toimijaksi tai tilanteessa, jossa kyseinen kunta liitettäisiin sote-alueeseen. Palvelurakennemuutoksen lähtökohtana on vahvempien toimijoiden muodostaminen yhdenvertaisten ja riittävien palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden turvaamiseksi. Siten taloudellisesti ja osaamiseltaan vahvemmalla toimijalla on tosiasiasa paremmat mahdollisuudet turvata myös vähemmistön omankielisten palvelujen ja siten kielellisten oikeuksien toteutuminen. Jos yksittäisellä kunnalla ei ole riittävää väestöpohjaa tai sen kantokyky ei ole riittävä, jotta se kykenisi turvaamaan väestölleen maanlaajuisesti yhdenvertaiset, riittävät ja laadukkaat sosiaali- ja terveystyöpalvelut ja kehittämään niitä, ei kielellisten oikeuksien turvaaminen yksinään ole peruste kunnan jäännille alueen ulkopuolelle.

Lähtökohtana kielellisiä oikeuksia turvatessakin palveluissa on normaaliusperiaate, toiminta toteutetaan ensisijassa yleisin palveluin. Perustuslaki mahdollistaa myös palvelujen antamisen ns. positiivisena erityiskohteluna eri kieliryhmille (eri kielellisin perusteisten eri palvelupisteistä). Kielellisen vähemmistön muodostuessa hyvin pieneksi, jäädessä reuna-alueelle tai tarvitessa erityispalveluja jatkovalmistelussa tulee kuitenkin arvioida lisäksi minkälaisin lainsäädäntöratkaisuin, esimerkiksi positiivisena erityiskohteluna pidettyjen kielellisten erillisyyksikköjen lisäksi, voitaisiin vahvistaa kielivähemmistön oikeuksia.

## Saamelaisten asema

Saamen kieli ei ole perustuslaissa tarkoitettu kansalliskieli, joten sen perustuslaillinen asema poikkeaa suomen ja ruotsin kielen perustuslaillisesta asemasta. Perustuslain säännöksen mukaan saamelaisten oikeus alkuperäiskansana ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan sekä käyttää saamen kieltä taataan viranomaisissa siten, kuin laissa säädetään. Perustuslain 17 §:n 3 momentin säännös ei rajoitu pelkästään vähemmistöjen kielellisten oikeuksien turvaamiseen, vaan se ulottuu laajemmin turvaamaan vähemmistöjen kulttuurimuotoja.<sup>7</sup>

Saamelaisten itsehallinnon tarkemmasta toteuttamisesta säädetään saamelaiskäräjistä annetussa laissa (974/1995), jossa on muun muassa säännökset saamelaisten kielellisen ja kulttuurisen itsehallinnon toteuttamisesta. Saamelaisten kielellisiä oikeuksia on vahvistettu saamen kielilailla (1086/2003), jonka tavoitteena on yhdessä perustuslain 17 §:n 3 momentin kanssa turvata saamelaisten oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan.

Tulevissa rakenteissa on arvioitava tarvetta erityissääntelylle perustuslaissa turvattujen saamen kielellisten, kulttuuristen ja kulttuuri-itsehallinnon edellytysten turvaamiseksi.

<sup>7</sup> HE 309/1993 vp s. 65–66, PeVM 17/1994 vp ja PeVM 25/1994 vp

## Hankintalainsäädäntö

Kuntien yhteistoiminnan uudelleenjärjestelyissä on huomioitava hankintalainsäädännön asettamat reunaehdot. Valtion ja kuntien viranomaisten sekä muiden hankintayksiköiden on kilpailutettava hankintansa julkisista hankinnoista annetun lain (348/2007) mukaisesti. Hankintalain mukaan hankintayksiköiden on käytettävä hyväksi olemassa olevat kilpailuosuhteet, kohdeltava hankintamenettelyyn osallistujia tasapuolisesti ja syrjimättä sekä toimittava avoimesti ja suhteellisuuden vaatimukset huomioiden. Hankintalakia sovelletaan vain EU-kynnysarvot ja kansalliset kynnysarvot ylittäviin hankintoihin.

Hankintalainsäädäntö koskee vain hankintasopimusten tekemistä. Muina kuin hankintasopimuksina toteutettavat hankintayksiköiden yhteisjärjestelyt eivät ole hankintalain soveltamisalan piirissä. Hankintayksiköiden välillä hankintalainsäädäntö tulee sovellettavaksi, mikäli sopimusjärjestelyssä on kysymys hankintalain ja hankintadirektiivin tarkoittamasta hankintasopimuksesta. Hankintalainsäädännön ulkopuolella ovat hankinnat, joita hankintayksikkö toteuttaa omana työnään eli käyttämällä omaa organisaatiotaan hyväkseen.

Kuntalain 76 §:n perusteella tehty kuntien välinen sopimusjärjestely voi olla tapauksesta riippuen hankintalain tarkoittama hankinta tai sen ulkopuolelle jäävä yhteistoimintajärjestely. Hankintalain soveltamisalan ulkopuolelle jäävät julkisen vallan käyttöä sisältävät tehtävät sekä laissa erikseen mainitut soveltamisalaan kuulumattomat hankinnat. Hankintalain soveltamisalan ulkopuolelle voi jäädä myös toiminnan tai hallinnon organisointia koskeva järjestely, jossa osapuolten välillä ei tehdä sopimusta palvelun tuottamisesta. Siltä osin kun on kyseessä lakiin perustuvan velvollisuuden toteuttaminen, on peruteltua katsoa, että sopimus koskee kuntien yhteistoimintaa.

Tulkintaongelma hankintalainsäädännön soveltamisesta kuntalain mukaiseen yhteistoimintaan liittyy erityisesti kuntien vapaaehtoiisiin yhteistoimintajärjestelyihin. Vapaaehtoisen yhteistoiminnan taustalla on aina kuntien välinen sopimus jonkin tehtävän hoitamisesta sekä kustannusten jaosta tai korvaamisesta.

Kotimaisessa oikeuskäytännössä on erityisesti korostettu sidosyksikkösuhteen olemassa oloa. Kunnat voivat esimerkiksi, edellytysten täytyessä, hankkia omistamaltaan yhtiöltä palveluja kilpailuttamatta. Sidosyksikkösuhteen olemassaolo on todettavissa tarkastelemalla omistussuhteita ja mahdollisuutta valvontavallan käyttöön.

Yhteisön tuomioistuimen oikeuskäytännössä (C-480/06 Hamburger Stadtreinigung) on todettu, että yleisen edun mukaisen tehtävän hoitaminen voi jäädä hankintalainsäädännön ulkopuolelle myös muilla perusteilla. Unionin oikeus ei edellytä viranomaisten yhteistyön tapahtuvan tiettyssä oikeudellisessa muodossa, niiden suorittaessa yhdessä julkisen palvelun tehtäviä. Yhteistyön tulee kuitenkin perustua yleisen edun päämäärien tavoittelulle eikä yksityisille yrityksille saa antaa etua niiden kilpailijoihin nähden.

Yksittäisessä sopimusjärjestelyssä esimerkiksi kunnan tai yhteistoiminta-alueen kesken tulisi aina varmistaa, että kyse ei ole hankintasopimuksesta. Jatkovalmistelussa on huomioitava hankintalainsäädännön kuntien väliselle sopimusjärjestelylle asettamat reunaehdot ja tarpeet yhteistoimintaa koskevalle sääntelylle. Ottaen huomioon erilaisten sopimusjärjestelyjen mahdollinen taloudellinen merkitys, sopimusten määrä ja tapauskohtaiset piirteet, terveyden- ja sosiaalihuollon järjestämisestä vastaavien organisaatioiden välisestä yhteistoiminnasta tulisi säätää tulevassa laissa.

Voimassa olevassa lainsäädännössä on eräitä esimerkkejä, joissa ongelma on ratkaistu erityissäännöksin mm. säätämällä yhteistoiminnan tavoista tai muodoista. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon mukaisten sairaanhoitopiirien kuntayhtymien asema ja tehtävät ovat selkeästi lakiin perustuvia. Paras-lain 5 §:ssä säädettiin velvollisuudesta kuulua yhteistoiminta-alueeseen sekä yhteistoiminta-alueen organisointimallista. Hankintalainsäädännön soveltamiseen liittyvä ongelma on ratkaistu erikseen lainsäädännössä myös ensihoidon osalta. Ensihoi-

dosta vastaavan sairaanhoitopiirin ja pelastuslaitoksen välisistä sopimuksista on erikseen säädetty terveydenhuoltolain 39 §:ssä.

Kuntien perustama yhteisö voi olla myös yhteishankintayksikkö. Hankintayksikön, joka tekee hankintoja yhteishankintayksiköltä, ei tarvitse kilpailuttaa hankintaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ohjaavassa laissa tulee myös arvioida, voiko syntyä tilanteita, joissa uusien organisaatioiden toiminnalla olisi kilpailua vääristävä vaikutus. Kuntalain voimaantuloon liittyvä siirtymäsäännös mahdollistaa kuntien ja kuntayhtymien ennen lain voimaantuloa kilpailutilanteessa markkinoilla harjoittaman toiminnan jatkamisen siirtymäaikana. Uudessa laissa tulisi siten tarvittaessa tehdä ne muutokset, joissa halutaan varmistaa palvelujen saatavuus esim. markkinoiden puuttuessa tai kunnan mahdollisuus osallistua tarjouskilpailuun.

Sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä koskevassa lainsäädännössä on mahdollista luoda lainsäädännölliset puitteet SGEI-määrittelylle sosiaalipalveluissa. SGEI-määrittely ja julkisen palvelun veloitteen antamisen edellytyksenä tietyille toimijalle on se, että palvelun saatavuutta ei voida muuten turvata, tuottajia on yksi tai muutama, menettely on syrjimätön muiden palveluntuottajien kannalta, se tapahtuu määräajaksi ja korvauksen maksamisessa ei tapahdu ylikompensaatiota. Osan sosiaalihuollon erityispalvelujen saatavuuden turvaamiseksi em. menettely on yksi perusteltu vaihtoehto.

### 3 KUNTAKOHTAISET INDIKAATTORIT MAAKUNNITTAIN

#### UUDENMAAN KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väes- töstä	75-v. osuus vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote netto- menot €/asukas	ESH netto- menot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprosentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulko- puolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vammais- etuuksia saavien osuus
Askola	4 911	6,3	9,9	45	3025	1056	81,5	3021	1272	3134	19,00	3,5	0,7	4,2	1,5
Espoo	252 439	4,5	8,6	158	2963	834	65,1	4878	122	5525	17,75	6,1	1,2	6,5	1,4
Hanko	9 417	8,5	18,5	81	3801	1182	107,6	4181	1286	6386	20,75	8,9	2,2	5,0	2,8
Helsinki	595 384	6,8	9,8	217	3452	957	79,3	4602	436	7055	18,50	8,6	2,1	9,2	1,7
Hyvinkää	45 527	7,6	12,2	120	3247	1090	87,5	3722	1050	3693	19,25	9,5	1,5	6,7	2,4
Inkoo	5 561	7,6	12,7	36	3032	1089	89,8	4269	956	3357	20,75	3,3	0,0	2,4	1,7
Järvenpää	38 966	4,9	10,5	147	2960	953	77,1	3903	671	3558	19,00	7,1	1,3	6,5	1,9
Karkkila	9 190	9,2	13,6	126	3405	1144	108,5	3260	1657	4261	20,25	5,2	0,9	6,4	2,9
Kauniainen	8 807	8,8	13,0	51	3109	762	59,1	5942	344	2180	16,50	0,3	0,3	2,4	1,6
Kerava	34 549	5,1	11,2	144	2864	987	83,5	4034	549	3895	18,75	7,6	1,3	7,2	1,6
Kirkkonummi	37 192	4,0	8,7	156	2956	802	66,0	4281	672	3593	19,00	5,0	0,9	6,5	1,6
Lapinjärvi	2 848	11,0	15,4	74	3600	1039	105,0	2649	2400	4197	19,00	7,6	0,0	4,9	2,5
Lohja	47 374	7,4	12,7	77	3216	1071	96,8	3511	1253	2425	19,62	5,5	0,9	5,1	2,3
Loviisa	15 552	10,6	15,9	98	3423	1040	99,1	3932	1538	2434	19,75	6,0	1,0	6,2	2,8
Myrskylä	2 008	10,4	14,9	68	2985	912	102,3	2653	2282	533	20,00	6,6	1,5	5,1	2,8
Mäntsälä	20 131	6,1	9,7	46	3005	950	76,0	3273	1257	3789	19,75	4,9	0,8	3,2	1,9
Nurmijärvi	40 349	4,3	8,9	61	2973	870	69,8	3718	705	3087	19,00	6,1	0,7	3,4	1,6
Pornainen	5 122	4,7	8,2	20	2606	850	72,9	3228	1300	2185	19,50	4,0	0,8	2,3	1,6
Porvoo	48 833	6,8	11,9	86	3066	1011	87,4	3994	1015	5576	19,25	6,3	1,0	5,7	2,2
Pukkila	2 016	8,5	14,0	47	2978	911	93,6	2905	1966	2312	19,50	5,4	0,0	3,6	2,6
Raasepori	28 959	10,0	14,5	93	3542	1179	92,4	3566	1689	3922	21,00	6,1	0,7	5,7	2,5
Sipoo	18 526	6,3	9,5	49	3025	946	74,3	4075	856	3229	19,25	5,6	0,5	3,3	1,6
Siuntio	6 148	4,7	9,3	59	2906	942	76,9	4071	861	2565	21,00	4,1	0,5	3,1	1,7
Tuusula	37 667	4,5	9,2	57	2896	920	74,0	3873	643	1822	18,25	5,5	1,2	3,5	1,7
Vantaa	203 001	4,6	9,0	194	3064	911	74,8	4116	673	8551	19,00	10,7	1,6	9,5	1,7
Vihti	28 581	5,0	9,6	112	2994	913	82,3	3699	835	2688	19,50	4,8	0,9	4,8	1,8
MAAKUNTA	1 549 058	6,0	9,9	165	3206	939	77,5	4336	590	5841	18,63	7,5	1,4	7,5	1,8
Pienin	2 008	4,0	8,2	20	2606	762	59,1	2649	122	533	16,50	0,3	0,0	2,3	1,4
Suurin	595 384	11,0	18,5	217	3801	1182	108,5	5942	2400	8551	21,00	10,7	2,2	9,5	2,9
KOKO MAA	5 401 267	0,1	0,1	120	3272	1011	100,0	3530	1418	4729	19,16	6,7	1,4	6,9	2,8

## VARSINAIS-SUOMEN KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väes- töstä	75-v. osuus vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote netto- menot €/asukas	ESH netto- menot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprosentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulko- puolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vammais- etuuksia saavien osuus
Aura	3 975	6,1	9,7	60	2940	1023	99,0	3123	1278	3713	20,25	3,8	0	5,4	2,3
Kaarina	31 081	6,6	12,1	80	3015	973	94,7	3627	859	2957	18,5	7,3	1	4,6	2,3
Kemiönsaari	7 173	13,4	18,8	48	3418	1050	109,4	2994	2643	4293	19,75	5,2	0,9	4,0	3,2
Koski TI	2 441	13,5	18,2	43	3317	1120	109,9	2519	2730	1266	19	4,7	1,3	3,7	3,6
Kustavi	886	13,2	23,1	85	4282	1295	117,2	3926	2475	1435	19,25	10,2	0	5,2	3,4
Laitila	8 408	10,3	15,1	55	3183	1127	114,3	2995	2023	2401	19,75	4,7	1,3	4,3	3,2
Lieto	16 690	6,3	10,3	45	2798	885	84,9	3337	1067	3000	18,5	4,5	0,6	3,2	2,4
Loimaa	16 848	12,4	17,4	97	3744	1226	113,5	2998	2369	3199	20,5	7,6	1,9	5,8	3,9
Marttila	1 998	11,5	16,1	33	3384	1071	112,9	2702	2178	1438	19,25	8,3	0	4,5	4,1
Masku	9 585	5,2	9,2	19	2765	888	83,8	3107	945	3615	17,5	4,5	0,8	1,6	2,2
Mynämäki	8 044	10,1	14,2	52	3179	1042	102,3	2742	1991	1717	19	5,0	0,7	5,1	3,1
Naantali	18 871	7,8	15,1	104	3179	991	105,3	3605	898	5009	17,25	4,4	1,3	5,8	2,6
Nousiainen	4 814	7,1	9,8	60	3161	1054	98,3	3031	1822	2857	19,5	3,8	0,6	3,8	2,5
Oripää	1 422	11,7	12,5	51	3224	1142	111,4	2565	2103	910	19	0,0	0	3,9	3,2
Paimio	10 471	7,4	12,4	84	2867	979	89,1	3298	1233	4130	19,5	3,6	0,6	5,2	2,6
Parainen	15 505	9,8	15,3	46	3406	1105	102,8	3653	1830	3479	19,25	5,9	0,6	3,4	2,5
Pyhäranta	2 206	9,2	15,4	25	2856	1181	94,0	3264	1336	785	19,5	2,5	0	2,7	2,6
Pöytyä	8 474	10,4	13,5	49	3240	1073	103,8	2663	2332	1910	19,5	6,4	0,4	3,6	4,1
Raisio	24 559	7,9	12,7	157	2974	942	105,1	3369	1000	3337	17,5	7,0	1,3	7,7	2,5
Rusko	5 870	5,9	11,4	30	2690	929	86,5	3105	1064	1357	18,25	5,6	1	2,1	2,2
Salo	55 283	9,4	14,2	73	3393	1071	102,4	3509	1180	2847	18,75	6,7	1,3	5,3	3,1
Sauvo	3 043	9,0	13,1	58	2911	1034	94,1	2932	1847	3109	19,5	4,6	0,9	4,3	3,2
Somero	9 268	13,1	18,9	72	3263	1130	128,0	2450	2481	1305	18,5	6,4	1,1	4,9	3,9
Taivassalo	1 690	14,1	19,2	46	3236	1116	131,3	3134	2155	2603	20	6,3	2	2,1	2,8
Tarvasjoki	1 944	9,4	12,2	38	3349	977	85,7	3061	2059	5187	21	1,7	0	2,8	2,6
Turku	178 630	8,9	12,3	122	3355	1138	113,2	3571	1819	6277	18,75	8,9	2	7,6	2,9
Uusikaupunki	15 685	9,5	18,5	87	3509	1204	115,7	3449	1384	4328	20,25	5,0	1,1	5,5	3,5
Vehmaa	2 353	11,3	16,8	103	3558	1096	136,3	2766	2416	2778	20,5	14,0	2	5,5	3,6
MAAKUNTA	467 217	8,9	13,3	93	3262	1079	106,7	3400	1586	4326	18,77	6,8	1,3	5,9	2,9

Pienin	886	5,2	9,2	19	2690	885	83,8	2450	859	785	17,25	1,7	0	1,6	2,2
Suurin	178 630	14,1	23,1	157	4282	1295	136,3	3926	2730	6277	21	14,0	2	7,7	4,1
KOKO MAA	5 401 267	8,2	12,4	120	3272	1011	100	3530	1418	4729	19,16	6,7	1,4	6,9	2,8

## SATAKUNNAN KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väes- töstä	75-v. osuus vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote netto- menot €/asukas	ESH netto- menot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprosentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulko- puolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vammas- etuuksia saavien osuus
Eura	12 424	11,0	16,3	63	3404	1097	101,6	3122	1904	2232	19,50	7,2	1,7	4,6	3,0
Eurajoki	5 844	8,4	14,3	74	3192	1109	99,8	5194	849	1296	18,00	3,2	0,4	5,0	3,0
Harjavalta	7 504	11,0	19,3	121	3422	1178	111,9	3498	1132	455	18,75	6,4	1,3	8,0	3,3
Honkajoki	1 848	12,2	16,2	47	3760	1222	118,6	2723	2673	2801	20,25	4,4	0,0	4,2	4,7
Huittinen	10 638	11,4	16,4	66	3271	1018	102,2	2769	2288	1497	19,75	8,0	0,7	5,6	3,9
Jämijärvi	2 003	12,8	17,4	20	3465	1151	95,8	2396	2995	2353	19,75	4,8	1,3	2,0	3,8
Kankaanpää	12 078	9,3	15,4	52	3277	1174	107,0	2897	1988	3766	20,00	5,6	1,1	4,4	3,7
Karvia	2 599	14,0	20,1	26	3323	1048	132,8	2220	3035	2382	19,00	2,6	0,0	3,0	4,4
Kokemäki	7 922	12,0	17,0	74	3613	1210	117,9	3035	2151	3108	19,75	5,9	1,4	5,5	3,8
Köyliö	2 804	11,4	16,9	50	3405	1080	108,5	2935	1863	2306	20,00	4,2	1,7	3,6	3,3
Lavia	1 945	15,4	18,9	56	4231	1122	157,2	2605	3631	2258	21,00	4,1	0,0	4,8	5,1
Luvia	3 353	8,4	14,5	42	3029	978	85,9	3041	1297	1890	19,00	4,0	0,0	3,3	2,0
Merikarvia	3 304	15,7	20,0	61	3682	1052	131,4	2544	3377	1041	19,50	6,1	2,0	5,3	4,1
Nakkila	5 780	9,8	16,3	111	3075	1139	101,4	2974	1823	1695	19,75	2,7	0,8	8,2	2,6
Pomarkku	2 415	13,5	17,2	132	3827	1192	133,8	2459	3202	1670	19,75	6,9	1,8	9,2	4,3
Pori	83 133	9,7	14,4	90	3249	1087	100,1	3167	2053	4149	18,75	6,7	1,8	6,3	3,0
Rauma	39 820	9,7	14,8	66	3283	1040	93,0	3658	1168	1238	18,00	7,1	1,6	5,1	2,8
Siikainen	1 661	14,4	21,9	49	3850	1202	138,8	2281	3078	829	20,00	13,4	0,0	5,7	4,3
Säkylä	4 673	11,2	17,2	42	3245	1060	111,4	3690	1282	4212	20,00	1,6	0,0	2,9	2,8
Ulvila	13 554	8,3	14,6	64	3088	1097	95,1	3129	1426	4203	19,50	5,2	0,6	4,9	2,7
MAAKUNTA	225 302	10,2	15,4	76	3300	1091	102,4	3226	1842	2874	18,91	6,2	1,4	5,6	3,1
Pienin	1 265	8,3	14,3	20	3029	978	85,9	2202	849	455	18,00	1,6	0,0	2,0	2,0
Suurin	83 133	15,7	21,9	132	4231	1222	157,2	5194	3631	4212	21,00	13,4	2,0	9,2	5,1
KOKO MAA	5 401 267	8,2	12,4	120	3272	1011	100,0	3530	1418	4729	19,16	6,7	1,4	6,9	2,8



## KANTA-HÄMEEN KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väes- töstä	75-v. osuus vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote netto- menot €/asukas	ESH netto- menot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprosentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulko- puolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vammais- etuuksia saavien osuus
Forssa	17833	11,0	17,7	125	3155	1103	118,2	3059	1899	3796	19,50	6,2	2,2	7,9	3,4
Hattula	9682	7,0	11,7	58	2680	898	79,2	3274	1091	3071	19,25	8,7	0,5	4,4	2,0
Hausjärvi	8807	7,7	11,0	51	3010	983	96,1	3155	1499	2885	20,00	7,9	0,9	3,9	2,3
Humppila	2503	10,9	13,8	89	3428	1408	110,4	2550	2350	3504	20,50	5,5	0,0	6,5	4,0
Hämeenlinna	67270	10,0	14,0	112	3403	1020	95,4	3350	1365	5219	19,00	8,6	1,5	6,7	2,9
Janakkala	16960	8,2	12,3	72	2987	880	89,3	3159	1373	3574	19,50	5,5	1,2	4,5	2,6
Jokioinen	5676	9,2	13,9	60	2977	1032	91,8	3119	1568	2480	20,50	4,6	1,1	6,0	2,7
Loppi	8377	8,2	12,6	35	2845	946	95,3	2911	1770	3728	20,00	5,1	1,1	4,0	2,6
Riihimäki	29018	7,8	11,3	98	3297	1098	93,4	3575	1249	5003	19,75	6,2	1,9	6,9	2,6
Tammela	6554	10,4	13,2	55	2828	975	95,4	2766	1767	1341	18,50	2,6	0,0	5,0	2,9
Ypäjä	2550	11,4	14,3	62	2904	1120	116,1	2478	2211	2197	19,50	1,5	1,7	5,8	3,1
MAAKUNTA	175230	9,2	13,3	93	3191	1021	96,4	3251	1460	4270	19,38	6,9	1,4	6,1	2,8
Pienin	2 503	7,0	11,0	35	2680	880	79,2	2478	1091	1341	18,50	1,5	0,0	3,9	2,0
Suurin	67 270	11,4	17,7	125	3428	1408	118,2	3575	2350	5219	20,50	8,7	2,2	7,9	4,0
KOKO MAA	5 401 267	8,2	12,4	120	3272	1011	100,0	3530	1418	4729	19,16	6,7	1,4	6,9	2,8

## PIRKANMAAN KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väes- töstä	75-v. osuus vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote netto- menot €/asukas	ESH netto- menot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprosentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulko- puolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vammais- etuuksia saavien osuus
Akaa	17 091	8,7	12,1	133	3190	989	99,4	2977	1688	2662	19,75	5,1	1,1	7,7	3,1
Hämeenkyrö	10 533	9,2	12,4	56	3177	1003	108,6	2931	1940	2104	20,00	4,9	1,0	4,2	3,3
Ikaalinen	7 375	11,1	17,3	70	3391	1180	112,6	2913	2132	3274	19,75	6,1	1,1	6,0	3,4
Juupajoki	2 046	11,8	18,0	72	3460	1192	104,0	2861	2251	2866	19,00	2,3	0,0	5,4	4,0
Kangasala	29 891	6,9	11,0	66	2879	915	87,1	3471	1118	3431	20,00	6,0	0,8	4,1	2,8
Kihniö	2 179	13,1	17,2	85	3506	1140	130,5	2567	2502	1163	19,75	11,7	0,0	7,8	4,2
Lempäälä	20 888	5,7	8,8	73	2819	870	74,9	3497	1153	2986	20,00	6,0	0,6	5,1	2,3
Mänttä-Vilppula	11 308	12,8	19,6	111	3746	1213	122,1	3310	1831	3456	20,50	3,7	1,4	7,5	4,5
Nokia	32 056	7,0	10,9	87	2961	1070	98,0	3449	1108	2450	19,75	4,5	1,1	5,2	2,7
Orivesi	9 590	11,6	16,8	123	3312	972	100,4	2833	2249	2320	20,00	5,1	1,9	7,7	3,1
Parkano	6 982	11,5	18,6	56	3088	1088	127,1	2936	2083	2576	20,50	3,0	0,8	4,1	3,8
Pirkkala	17 763	4,9	9,7	60	2730	784	76,5	3823	779	2102	20,00	3,9	0,3	3,7	1,8
Punkalaidun	3 236	15,9	17,4	90	3799	1231	124,9	2374	3122	1896	19,50	3,0	0,0	5,8	3,8
Pälkäne	6 882	11,5	16,3	77	3532	1159	112,4	2841	2195	1274	20,00	4,3	0,7	5,2	3,8
Ruovesi	4 940	14,9	20,3	51	4294	1319	119,9	3106	2682	2499	20,50	0,7	0,0	3,8	4,2
Sastamala	25 763	11,3	15,3	87	3398	1172	110,3	2779	2264	2529	19,96	5,6	0,9	5,2	3,7
Tampere	215 168	7,7	11,1	153	3274	1125	87,4	3558	1037	3669	19,00	9,2	1,7	9,1	2,4
Urjala	5 246	13,0	17,6	154	3594	1165	113,7	2952	2292	2419	21,00	12,3	1,3	9,1	4,2
Valkeakoski	21 022	9,4	14,0	85	3140	1088	109,1	3207	1374	2838	18,75	6,9	1,4	5,0	3,2
Vesilahti	4 383	7,9	9,3	65	3136	922	80,8	2925	2016	2851	20,50	5,9	1,0	4,2	2,7
Virrat	7 453	13,8	20,7	96	3391	1081	119,9	2671	2524	2092	19,75	4,1	1,0	6,9	4,0
Ylöjärvi	30 942	5,8	9,6	86	2819	926	88,4	3383	1199	2324	19,75	4,5	1,1	5,8	2,1
MAAKUNTA	492 737	8,3	12,0	115	3192	1067	93,8	3359	1348	3074	19,46	6,6	1,2	7,0	2,8
															0,0
Pienin	2 046	4,9	8,8	51	2730	784	74,9	2374	779	1163	18,75	0,7	0,0	3,7	1,8
Suurin	215 168	15,9	20,7	154	4294	1319	130,5	3823	3122	3669	21,00	12,3	1,9	9,1	4,5
KOKO MAA	5 401 267	8,2	12,4	120	3272	1011	100,0	3530	1418	4729	19,16	6,7	1,4	6,9	2,8

## PÄIJÄT-HÄMEEN KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väes- töstä	75-v. osuus vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote netto- menot €/asukas	ESH netto- menot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprosentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulko- puolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vammais- etuuksia saavien osuus
Asikkala	8498	10,9	18,6	57	3426	917	111,9	3113	1868	2358	20,00	6,3	1,4	4,3	3,1
Hartola	3292	13,9	20,5	72	3646	991	149,4	2949	2356	8614	20,50	9,3	2,9	5,0	4,0
Heinola	20164	10,9	19,2	100	3296	981	133,0	3428	1618	3238	20,50	11,6	2,8	7,0	2,6
Hollola	22020	6,5	12,4	76	2886	892	95,3	3312	1212	1957	19,75	6,5	1,2	4,6	2,1
Hämeenkoski	2130	11,6	16,8	38	3433	1020	110,2	2754	2093	5159	20,50	4,3	0,0	2,6	2,9
Kärkölä	4798	8,2	14,8	75	3308	975	109,2	2958	1988	2426	20,25	8,5	2,0	5,3	2,6
Lahti	102308	8,6	13,9	152	3159	895	108,6	3341	1374	6352	19,50	4,1	1,7	8,4	2,5
Nastola	15027	6,2	13,5	100	2668	782	104,7	3301	1218	2368	20,50	5,1	1,5	5,9	2,1
Orimattila	16369	8,9	13,6	114	3165	931	104,0	2869	2017	3046	19,75	7,1	1,5	6,1	2,7
Padasjoki	3369	14,5	23,6	36	3513	984	149,7	2736	2636	3927	19,75	7,5	0,0	3,3	4,2
Sysmä	4261	16,2	23,7	56	3452	1017	152,6	2656	2878	1632	19,00	8,1	0,9	4,2	3,6
MAAKUNTA	202236	8,9	14,8	120	3144	908	111,4	3250	1533	4623	19,77	5,9	1,7	6,9	2,6
Pienin	2 130	6,2	12,4	36	2668	782	95,3	2656	1212	1632	19,00	4,1	0,0	2,6	2,1
Suurin	102 308	16,2	23,7	152	3646	1020	152,6	3428	2878	8614	20,50	11,6	2,9	8,4	4,2
KOKO MAA	5 401 267	8,2	12,4	120	3272	1011	100,0	3530	1418	4729	19,16	6,7	1,4	6,9	2,8

## KYMENLAAKSON KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väes- töstä	75-v. osuus vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote netto- menot €/asukas	ESH netto- menot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprosentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulko- puolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vammais- etuuksia saavien osuus
Hamina	21403	10,6	16,6	117	3361	1090	118,1	3404	1456	6863	20,00	6,2	1,1	7,5	3,2
liitti	7002	11,2	17,2	64	3238	1031	105,3	2832	1947	2876	18,50	5,5	1,0	4,4	3,5
Kotka	54831	9,9	14,5	179	3623	1219	131,4	3480	1476	10447	19,50	9,0	1,7	10,1	3,2
Kouvola	87567	10,0	15,8	80	3379	1021	102,0	3507	1715	3255	20,00	6,3	1,6	5,1	3,5
Miehikkälä	2169	15,5	19,5	91	3387	1065	157,1	2393	3129	1136	19,50	3,4	0,0	7,1	5,1
Pyhtää	5372	9,4	13,4	46	3165	1198	111,1	3281	1533	2728	19,75	0,0	1,2	3,0	2,7
Virolahti	3485	11,9	15,7	108	3178	1119	130,9	2858	3144	6108	20,00	3,8	0,0	6,8	3,3
<b>MAAKUNTA</b>	<b>181829</b>	<b>10,2</b>	<b>15,5</b>	<b>114</b>	<b>3435</b>	<b>1097</b>	<b>114,3</b>	<b>3428</b>	<b>1660</b>	<b>5848</b>	<b>19,78</b>	<b>6,8</b>	<b>1,5</b>	<b>6,9</b>	<b>3,4</b>
Pienin	2 169	9,4	13,4	46	3165	1021	102,0	2393	1456	1136	18,50	0,0	0,0	3,0	2,7
Suurin	87 567	15,5	19,5	179	3623	1219	157,1	3507	3144	10447	20,00	9,0	1,7	10,1	5,1
<b>KOKO MAA</b>	<b>5 401 267</b>	<b>8,2</b>	<b>12,4</b>	<b>120</b>	<b>3272</b>	<b>1011</b>	<b>100,0</b>	<b>3530</b>	<b>1418</b>	<b>4729</b>	<b>19,16</b>	<b>6,7</b>	<b>1,4</b>	<b>6,9</b>	<b>2,8</b>

## ETELÄ-KARJALAN KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väes- töstä	75-v. osuus vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote netto- menot €/asukas	ESH netto- menot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprosentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulko- puolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vammais- etuuksia saavien osuus
Imatra	28472	11,0	17,3	86	3058	1075	119,7	3463	1575	5276	19,50	9,2	2,3	6,5	3,7
Lappeenranta	72133	9,1	13,5	134	3197	1092	95,1	3339	1316	6362	19,50	4,4	1,6	7,0	3,1
Lemi	3068	9,6	14,5	44	2931	1034	93,5	2875	1813	1713	19,50	5,4	0,0	3,1	2,7
Luumäki	5119	13,4	18,9	45	3151	1077	113,7	2685	2069	2216	18,00	3,7	0,0	3,2	3,0
Parikkala	5664	14,7	21,3	54	3940	1326	132,9	2536	2740	514	18,50	6,5	1,3	4,2	3,2
Rautjärvi	3832	14,6	22,0	49	3367	1169	152,2	2919	2508	2782	19,00	6,3	1,1	3,5	4,1
Ruokolahti	5595	13,4	19,5	40	3416	1032	128,3	3112	1750	2542	18,50	3,6	0,0	3,4	3,6
Savitaipale	3789	16,9	24,6	54	3978	1339	116,2	2864	2757	3488	20,00	5,0	1,0	4,5	4,1
Taipalsaari	4855	8,1	14,8	87	2704	880	77,4	3349	1304	2171	19,75	5,1	0,7	4,1	2,7
MAAKUNTA	132527	10,5	15,6	104	3209	1096	105,8	3260	1567	5111	19,38	5,5	1,6	6,1	3,3
Pienin	784	8,1	13,5	32	2704	880	77,4	2536	1304	514	18,00	3,6	0,0	3,1	2,7
Suurin	72 133	16,9	24,6	134	4172	1339	152,2	3463	2757	6362	20,00	9,2	2,3	7,0	4,1
KOKO MAA	5 401 267	8,2	12,4	120	3272	1011	100,0	3530	1418	4729	19,16	6,7	1,4	6,9	2,8

## ETELÄ-SAVON KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä	75-v. osuus vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote net- tomenot €/asukas	ESH net- tomenot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprosentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulkopuolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vammas- etuuksia saavien osuus
Enonkoski	1566	15,1	22,6	57	3603	1355	157,1	2633	2966	1610	19,75	2,0	0,0	4,1	4,4
Heinävesi	3827	14,5	21,6	145	4392	1297	175,1	2857	3096	3390	20,50	5,4	0,0	10,4	5,5
Hirvensalmi	2389	15,1	20,4	97	3443	1211	139,0	2876	2694	3923	19,50	0,0	1,3	6,3	2,6
Joroinen	5342	10,5	17,0	80	3389	1136	137,7	2794	2111	3649	19,25	5,7	1,1	6,3	3,6
Juva	6902	13,4	20,5	62	3643	1238	130,9	2612	2485	3573	19,75	3,6	1,9	5,0	4,0
Kangasniemi	5865	14,3	21,8	74	3759	1194	133,7	2670	3115	3420	19,50	5,8	1,7	6,0	4,3
Mikkeli	54530	9,4	15,0	88	3310	1100	109,0	3172	1692	7047	19,54	4,1	1,3	6,2	3,2
Mäntyharju	6393	13,1	20,7	65	3727	1256	148,7	2852	2440	4406	19,00	9,9	2,6	5,1	3,4
Pertunmaa	1910	14,6	21,2	58	3352	1024	149,6	2573	2941	3449	20,00	0,0	0,0	5,5	3,4
Pieksämäki	19700	12,2	18,4	92	3848	1180	136,9	2970	2154	3847	19,75	11,1	1,7	6,3	3,8
Puumala	2419	15,5	25,6	74	4314	1326	168,2	3405	3151	2432	21,00	2,8	0,0	5,0	4,9
Rantasalmi	3949	14,3	19,7	80	3876	1411	134,2	2527	3060	2220	19,50	8,3	1,4	5,7	3,9
Savonlinna	36854	11,5	17,5	89	3801	1426	115,6	3162	1996	5406	20,54	4,5	1,6	5,8	3,4
Sulkava	2876	15,6	23,2	97	3889	1335	144,3	2745	3142	2717	20,50	0,0	0,0	5,5	2,4
MAAKUNTA	154522	11,5	17,5	86	3621	1229	124,0	3027	2122	5213	19,85	5,4	1,4	6,0	3,5
Pienin	1 566	9,4	15,0	57	3310	1024	109,0	2527	1692	1610	19,00	0,0	0,0	4,1	2,4
Suurin	54 530	15,6	25,6	145	4392	1426	175,1	3405	3151	7047	21,00	11,1	2,6	10,4	5,5
KOKO MAA	5 401 267	8,2	12,4	120	3272	1011	100,0	3530	1418	4729	19,16	6,7	1,4	6,9	2,8

## POHJOIS-SAVON KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väes- töstä	75-v. osuus vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote netto- menot €/asukas	ESH netto- menot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprocentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulko- puolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vammas- etuuksia saavien osuus
Ilalmi	22147	10,0	14,2	123	3447	1111	133,5	3039	1897	3280	19,50	3,5	1,3	8,8	4,3
Juankoski	5146	11,7	18,0	101	4056	1222	162,4	2754	2783	5207	21,00	1,8	1,1	6,1	4,8
Kaavi	3385	13,3	18,5	89	4100	1143	188,6	2379	3349	2791	20,00	4,7	2,5	6,6	4,9
Keitele	2524	13,5	18,5	80	3828	1125	161,6	2647	2783	4995	18,50	9,9	0,0	6,5	4,0
Kiuruvesi	9063	13,1	16,7	67	3796	1207	156,5	2526	3103	4294	19,75	7,2	1,0	5,6	4,8
Kuopio	103932	7,9	11,8	191	3378	1198	118,7	3299	1408	6206	19,52	10,3	2,0	9,8	2,9
Lapinlahti	10386	11,0	14,5	102	3590	1121	142,8	2427	2741	3390	18,50	6,1	1,3	7,4	4,2
Leppävirta	10405	11,2	16,8	92	3293	1113	147,0	2868	2184	1864	19,00	3,3	1,2	6,1	4,0
Maaninka	3841	10,0	13,3	54	3709	1094	147,3	2503	2666	2738	19,50	12,3	1,4	4,3	3,9
Pielavesi	5006	15,3	20,8	99	4141	1141	176,3	2453	3479	1795	19,75	9,3	0,5	7,9	5,3
Rautalampi	3481	14,6	19,7	75	3896	1123	157,0	2498	3199	3288	20,50	15,8	0,0	6,8	5,1
Rautavaara	1848	15,6	22,2	81	4371	1142	199,4	2650	4138	3522	20,00	5,4	4,6	7,7	5,5
Siilinjärvi	21311	5,9	11,7	67	2904	975	107,7	3274	1283	3282	19,50	10,7	1,5	4,5	2,3
Sonkajärvi	4600	12,7	17,8	65	3777	1220	153,0	2627	2813	3030	19,75	6,4	0,7	5,8	4,4
Suonenjoki	7577	12,8	17,7	105	4073	1230	156,4	2653	2936	5607	19,50	5,5	1,6	7,1	4,6
Tervo	1700	15,7	20,8	68	3968	1231	174,2	2222	3020	2440	19,75	8,4	3,1	4,0	4,1
Tuusniemi	2820	13,5	19,5	77	3763	1241	190,0	2506	3099	901	19,75	7,2	0,0	6,7	4,9
Varkaus	22606	10,9	16,9	128	3460	1320	140,2	3197	1761	6551	20,00	11,5	2,0	8,4	4,0
Vesanto	2390	16,9	22,2	68	4314	1198	168,2	2346	3905	2267	20,00	9,1	0,0	5,7	6,1
Vieremä	3962	11,4	14,2	55	3364	1164	133,0	2856	2280	6531	19,75	4,3	1,0	5,4	4,3
MAAKUNTA	248130	9,7	14,0	135	3481	1172	133,2	3041	1940	4876	19,57	8,7	1,7	8,1	3,6
Pienin	1 700	5,9	11,7	54	2904	975	107,7	2222	1283	901	18,50	1,8	0,0	4,0	2,3
Suurin	103 932	16,9	22,2	191	4371	1320	199,4	3299	4138	6551	21,00	15,8	4,6	9,8	6,1
KOKO MAA	5 401 267	8,2	12,4	120	3272	1011	100,0	3530	1418	4729	19,16	6,7	1,4	6,9	2,8

## POHJOIS-KARJALAN KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väes- töstä	75-v. osuus vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote netto- menot €/asukas	ESH netto- menot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprosentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulko- puolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vammas- etuuksia saavien osuus
Iломанси	5834	15,5	21,1	119	4379	1263	181,8	2824	3630	2894	19,75	14,5	3,0	6,6	5,4
Joensuu	73758	8,2	12,7	186	3133	1098	115,7	3030	1907	4061	19,50	3,7	2,1	10,9	2,8
Juuka	5453	13,5	21,1	117	4469	1253	161,2	2458	3392	1243	19,75	0,6	0,9	7,8	6,0
Kitee	11515	12,3	20,6	82	3645	1188	142,9	2853	2544	3894	21,20	9,3	0,6	6,4	4,6
Kontiolahti	14000	5,1	8,7	79	2544	844	90,8	2846	1608	3761	19,25	3,6	0,5	5,3	1,9
Lieksa	12585	13,1	20,4	252	3641	1066	157,0	2834	2653	3826	19,50	5,8	2,6	10,2	4,8
Liperi	12286	7,5	10,9	109	3244	1029	121,6	2699	2049	3686	20,00	5,7	1,4	6,4	2,9
Nurmes	8359	13,2	20,5	98	3627	928	160,2	2628	2907	2670	20,00	4,0	1,9	6,9	5,4
Outokumpu	7377	11,4	17,8	160	3775	1194	165,0	2775	2333	6459	20,50	8,6	2,6	10,5	4,2
Polvijärvi	4778	11,4	16,0	88	3242	1139	156,0	2058	3064	1697	19,00	0,7	1,7	7,9	4,0
Rääkkylä	2532	13,9	19,7	94	4024	1278	164,5	2217	3587	2445	21,00	1,3	0,0	7,9	4,7
Tohmajärvi	4992	11,1	18,2	113	3833	1157	140,2	2648	3075	2717	21,50	13,2	2,5	7,8	4,5
Valtimo	2437	14,2	19,9	67	4183	1032	167,2	2342	3661	643	18,25	0,0	0,0	4,3	4,8
MAAKUNTA	165906	9,7	14,6	151	3360	1086	131,0	2843	2292	3698	19,75	4,9	1,7	8,9	3,6
Pienin	2 437	5,1	8,7	67	2544	844	90,8	2058	1608	643	18,25	0,0	0,0	4,3	1,9
Suurin	73 758	15,5	21,1	252	4469	1278	181,8	3030	3661	6459	21,50	14,5	3,0	10,9	6,0
KOKO MAA	5 401 267	8,2	12,4	120	3272	1011	100,0	3530	1418	4729	19,16	6,7	1,4	6,9	2,8



## KESKI-SUOMEN KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väes- töstä	75-v. osuus vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote netto- menot €/asukas	ESH netto- menot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprosentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulko- puolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vammais- etuuksia saavien osuus
Hankasalmi	5491	12,8	15,6	144	3813	1160	147,4	2385	2922	2250	20,00	4,3	1,9	9,9	4,5
Joutsa	4958	14,0	22,2	80	3797	1090	150,5	2695	2710	3964	19,50	6,7	1,7	6,2	3,8
Jyväskylä	132062	6,5	10,3	143	3047	956	94,7	3237	996	7228	19,00	10,3	1,9	8,8	2,8
Jämsä	22507	11,1	18,0	116	3612	960	113,8	3430	1714	3479	21,00	5,5	1,8	7,0	4,0
Kannonkoski	1544	16,0	20,8	51	4189	1010	162,3	2501	3646	5786	19,50	16,1	1,8	5,1	5,2
Karstula	4462	12,5	19,1	40	3604	958	136,3	2410	3093	4366	18,50	12,0	1,3	4,4	4,5
Keuruu	10574	12,3	18,5	86	3430	1105	127,1	2960	2346	5292	19,75	8,4	0,9	7,6	4,3
Kinnula	1816	11,9	18,2	59	3901	1021	142,5	2236	3786	3736	19,50	3,8	0,0	7,0	4,5
Kivijärvi	1334	13,8	24,4	94	4603	1239	181,0	2394	3834	2645	19,50	11,7	3,4	7,6	4,6
Konnevesi	2924	13,9	19,3	52	3326	1076	116,0	2504	2826	2281	19,50	8,1	1,0	4,9	3,0
Kuhmoinen	2505	17,9	26,3	111	3806	1097	139,3	2959	3241	2101	19,75	2,8	0,0	6,1	4,2
Kyyjärvi	1503	12,7	17,0	45	3725	1009	169,0	2673	2965	5806	19,00	12,5	2,4	4,5	4,8
Laukaa	18286	6,8	10,1	72	2920	937	94,1	2939	1692	3465	20,00	3,5	0,6	5,7	3,0
Luhanka	802	19,6	26,8	52	4414	1218	147,1	2495	3714	2682	19,00	7,7	0,0	4,5	4,5
Multia	1847	18,5	20,1	104	4341	894	140,6	2708	3223	2475	19,75	0,0	0,0	8,3	5,6
Muurame	9438	4,8	9,3	62	2632	825	84,5	3386	1050	5044	19,50	7,0	0,8	4,8	2,0
Petäjävesi	4065	9,3	10,8	94	2985	898	123,2	2583	2379	4226	20,00	0,0	0,0	6,7	3,1
Pihtipudas	4500	11,8	17,2	93	3961	1099	151,4	2365	3364	4052	19,50	6,5	2,3	7,8	4,4
Saarjärvi	10380	12,4	17,6	54	3532	940	122,0	2620	2681	4607	20,00	12,3	1,7	4,8	4,0
Toivakka	2475	9,8	13,6	59	2959	930	92,7	2642	2017	1556	20,50	1,9	0,0	5,3	3,2
Urainen	3507	7,0	8,8	41	2805	965	115,6	2423	2315	3908	19,50	11,3	0,7	5,5	2,8
Viitasaari	7065	13,7	20,7	92	3802	1095	159,6	2721	2927	5339	19,50	9,3	1,7	6,3	4,4
Äänekoski	20334	9,2	14,6	125	3332	977	118,7	3084	1745	4252	20,50	8,4	1,6	9,1	3,4
MAAKUNTA	274379	8,7	12,8	115	3238	974	108,7	3065	1634	5550	19,51	8,4	1,6	7,7	3,3
Pienin	802	4,8	8,8	40	2632	825	84,5	2236	996	1556	18,50	1,9	0,6	4,4	2,0
Suurin	132 062	19,6	26,8	144	4603	1239	181,0	3430	3834	7228	21,00	16,1	3,4	9,9	5,6
KOKO MAA	5 401 267	8,2	12,4	120	3272	1011	100,0	3530	1418	4729	19,16	6,7	1,4	6,9	2,8

## POHJANMAAN KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väes- töstä	75-v. osuus vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote netto- menot €/asukas	ESH netto- menot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprosentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulkopuolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vam- mais-etuuksia saavien osuus
Isokyrö	4936	10,9	14,9	71	3212	1245	106,5	2727	2388	2669	20,25	6,0	1,0	6,6	3,9
Kaskinen	1404	9,9	24,2	36	3054	1021	107,0	3595	132	2995	20,00	3,0	0,0	3,8	3,1
Korsnäs	2249	13,3	14,9	39	3607	1203	94,2	2931	2695	550	19,75	0,0	0,0	4,2	3,2
Kristiinankaupunki	7096	13,8	21,0	31	3193	1127	99,5	2862	2377	2663	20,00	2,6	0,9	3,8	3,0
Kruunupyö	6681	11,0	14,2	15	3581	1049	90,2	2778	2483	1939	19,50	2,4	0,5	1,4	3,5
Laihia	7933	8,9	12,0	69	3241	1197	97,0	2986	1646	1978	19,50	1,3	0,3	5,5	3,5
Luoto	4921	5,5	7,9	15	2734	904	69,0	2363	2210	3651	18,50	1,3	0,0	3,0	2,2
Maalahti	5614	12,6	14,9	40	3577	1147	84,0	2852	2745	2099	19,75	1,4	0,5	3,0	3,6
Mustasaari	18868	8,4	12,3	21	3067	1062	74,6	3414	1360	1999	19,75	2,7	0,2	1,9	2,4
Närpiö	9412	14,1	16,4	34	3329	1039	89,1	2891	2482	2759	20,00	1,9	0,4	3,8	2,9
Pedersören kunta	10937	6,9	10,4	13	2984	1092	75,7	2666	2331	2044	19,50	3,2	0,3	1,6	2,4
Pietarsaari	19623	10,3	15,5	69	3569	1119	98,7	3494	1817	6983	20,25	3,8	1,3	4,8	3,5
Uusikaarlepyy	7516	10,7	13,2	17	3240	1105	80,9	2988	2168	2526	19,75	3,1	0,0	2,0	2,7
Vaasa	65173	8,2	11,0	140	3564	1143	91,3	3996	1577	4963	19,60	4,4	0,8	7,6	3,0
Vöyri	6743	12,0	13,5	46	3399	1104	85,9	2858	2605	1151	19,00	0,0	0,7	3,3	2,8
MAAKUNTA	179106	9,5	12,8	75	3381	1115	88,8	3388	1885	3736	19,69	3,2	0,6	4,9	3,0
Pienin	1 404	5,5	7,9	13	2734	904	69,0	2363	132	550	18,50	0,0	0,0	1,4	2,2
Suurin	65 173	14,1	24,2	140	3607	1245	107,0	3996	2745	6983	20,25	6,0	1,3	7,6	3,9
KOKO MAA	5 401 267	8,2	12,4	120	3272	1011	100,0	3530	1418	4729	19,16	6,7	1,4	6,9	2,8

## KESKI-POHJANMAAN KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väes- töstä	75-v. osuus vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote netto- menot €/asukas	ESH netto- menot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprosentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulko- puolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vammais- etuuksia saavien osuus
Halsua	1275	13,4	19,5	36	3565	1050	102,0	2804	2802	5293	20,50	2,6	0,0	4,2	4,7
Kannus	5697	8,9	13,6	56	3378	1095	119,4	2747	2262	2782	19,50	4,5	0,4	5,3	3,4
Kaustinen	4280	9,4	12,7	57	3308	1089	89,6	2981	2319	6787	20,50	6,9	0,8	5,3	3,9
Kokkola	46585	7,9	12,2	53	3395	1143	105,1	3332	1465	7140	19,75	5,0	1,1	4,7	3,5
Lestijärvi	847	12,9	17,5	64	3591	952	161,6	2628	3525	3893	20,00	4,0	0,0	5,1	4,6
Perho	2910	8,6	13,1	51	3580	1108	122,2	2310	3654	2393	20,00	10,6	0,0	5,3	4,9
Toholampi	3485	9,8	14,9	46	3505	1176	98,8	2656	2525	8452	20,00	3,9	0,0	3,8	4,4
Veteli	3405	11,7	15,7	40	3683	1140	127,4	2802	2753	4594	20,75	5,9	0,0	3,5	4,8
MAAKUNTA	68484	8,6	12,8	52	3421	1131	107,4	3139	1846	6420	19,85	5,3	0,9	4,7	3,8
Pienin	847	7,9	12,2	36	3308	952	89,6	2310	1465	2393	19,50	2,6	0,0	3,5	3,4
Suurin	46 585	13,4	19,5	64	3683	1176	161,6	3332	3654	8452	20,75	10,6	1,1	5,3	4,9
KOKO MAA	5 401 267	8,2	12,4	120	3272	1011	100,0	3530	1418	4729	19,16	6,7	1,4	6,9	2,8

## ETELÄ-POHJANMAAN KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väes- töstä	75-v. osuus vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote netto- menot €/asukas	ESH netto- menot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprosentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulko- puolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vammais- etuuksia saavien osuus
Alajärvi	10 327	10,9	15,0	89	3515	1113	119,0	2574	3013	3143	20,50	7,3	1,0	8,8	4,7
Alavus	12 385	11,3	15,9	79	3409	956	124,6	2457	2717	4385	19,87	7,6	0,9	7,6	4,7
Evijärvi	2 747	11,9	15,6	43	3850	1226	114,8	2687	3009	1840	21,00	10,5	1,7	4,0	4,3
Ilmajoki	11 898	9,2	10,9	47	3085	1054	100,3	2689	2048	4834	19,50	5,6	0,9	4,2	3,6
Isojoki	2 354	16,0	19,4	81	4384	1102	122,0	2471	3430	675	20,50	9,2	0,0	5,6	6,8
Jalasjärvi	8 130	11,1	15,9	65	3473	1226	129,8	2706	3875	1756	20,50	7,5	0,8	5,7	4,6
Karjajoki	1 527	15,1	19,2	83	3466	1079	103,5	2369	2714	1138	20,00	8,2	0,0	6,1	3,9
Kauhajoki	14 191	9,6	15,0	115	3628	1088	119,0	2821	2462	5290	21,00	8,7	1,2	7,3	4,3
Kauhava	17 265	11,7	16,1	78	3413	1116	106,9	2771	2474	3882	19,75	6,3	0,8	5,4	4,3
Kuortane	3 906	14,1	18,3	21	3475	906	123,4	2482	2812	2061	19,50	5,4	0,0	2,5	5,0
Kurikka	14 495	10,8	15,9	72	3469	1168	116,9	2503	2347	2486	18,00	5,9	0,7	6,3	4,2
Lappajärvi	3 436	14,0	18,5	36	3519	1180	118,8	2485	2695	2346	20,00	6,7	1,4	3,3	5,3
Lapua	14 530	10,0	12,5	68	3121	1069	108,1	2837	2171	4263	19,50	6,1	0,7	5,6	3,6
Seinäjoki	58 703	7,2	10,7	112	2936	1035	89,6	3419	1220	5421	19,25	3,5	1,1	6,9	3,0
Soini	2 360	12,8	16,9	39	3713	1321	122,7	2305	3101	5890	20,75	1,9	0,0	4,8	4,5
Teuva	5 847	14,3	19,1	72	3833	1114	112,8	2642	2711	1090	20,50	9,2	0,0	6,0	5,1
Vimpeli	3 222	11,6	14,4	79	3663	1184	128,0	2982	2101	3671	19,75	9,3	1,4	7,4	5,0
Ähtäri	6 412	11,5	17,7	54	3583	1089	121,1	2954	2537	5694	20,75	5,2	1,0	5,6	4,3
MAAKUNTA	193 735	10,0	13,6	84	3302	1081	107,8	2899	2180	4181	19,65	5,8	1,0	6,3	4,0
Pienin	1 527	7,2	10,7	21	2936	906	89,6	2305	1220	675	18,00	1,9	0,0	2,5	3,0
Suurin	58 703	16,0	19,4	115	4384	1321	129,8	3419	3875	5890	21,00	10,5	1,7	8,8	6,8
KOKO MAA	5 401 267	8,2	12,4	120	3272	1011	100,0	3530	1418	4729	19,16	6,7	1,4	6,9	2,8

## POHJOIS-POHJANMAAN KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väes- töstä	75-v. vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote netto- menot €/asukas	ESH netto- menot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprocentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulko- puolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vammas- etuuksia saavien osuus
Alavieska	2750	10,7	12,8	64	3793	987	127,5	2428	2948	3169	21,00	10,6	0,7	5,3	4,0
Haapajärvi	7609	9,0	13,4	77	3466	956	148,5	2737	3027	4964	21,00	7,9	1,2	6,4	4,4
Haapavesi	7384	8,7	11,9	93	3474	1055	135,7	2622	2833	3359	20,75	5,4	0,8	6,3	3,9
Hailuoto	1004	10,8	22,8	38	3680	1010	173,9	2776	3149	3705	19,25	0,0	0,0	3,4	3,8
li	9499	7,9	10,6	48	3219	958	121,1	2787	2541	3740	20,50	4,7	0,5	4,9	3,8
Kalajoki	12616	9,3	13,7	44	2847	1015	100,1	2647	2203	3719	19,00	1,8	0,6	4,7	3,7
Kempele	16182	3,8	8,9	33	2690	875	89,9	3280	1099	2522	19,50	4,8	0,6	3,3	2,1
Kuusamo	16373	9,1	14,7	120	3684	1062	134,7	2914	2452	3657	19,50	4,6	1,3	7,9	4,3
Kärsämäki	2819	9,8	15,9	52	3801	1149	141,1	2291	3825	6475	20,75	12,1	1,1	4,7	3,9
Liminka	9164	3,7	4,8	41	2883	759	75,0	2575	2490	3006	19,50	2,5	0,5	4,3	2,3
Lumijoki	2037	7,7	8,9	39	3051	942	112,8	2288	2561	3189	20,50	4,3	0,0	3,8	3,3
Merijärvi	1199	10,1	12,2	26	3136	1127	104,3	2074	3299	3088	20,00	2,1	0,0	6,8	4,3
Muhos	8909	7,1	8,7	104	3246	1093	118,2	2926	2364	3253	20,00	6,6	0,7	6,4	3,5
Nivala	11051	8,7	11,6	89	3572	1046	122,0	2441	2767	7825	20,50	7,3	0,8	6,6	4,1
Oulainen	7916	10,0	15,5	50	3642	1101	131,4	2791	2592	4278	21,00	6,1	1,2	5,2	4,5
Oulu	188114	5,5	8,8	94	3043	1002	100,5	3401	1102	3668	19,22	7,4	1,3	6,6	2,8
Pudasjärvi	8695	11,6	17,6	116	3969	1234	163,7	2508	3935	3840	20,50	5,2	0,9	7,1	4,8
Pyhäjoki	3361	10,4	15,3	24	3024	1119	128,1	2686	2569	4859	19,75	2,6	0,0	4,3	2,9
Pyhäjärvi	5887	13,1	19,4	67	3903	1194	170,9	3081	2715	1867	19,75	7,2	1,5	6,2	5,1
Pyhäntä	1584	7,9	14,5	16	3622	993	117,0	2741	3348	4311	19,75	1,9	0,0	3,2	4,4
Raahe	25652	6,9	13,6	91	3330	1194	125,3	3639	1422	8779	20,15	5,6	1,1	7,1	3,2
Reisjärvi	2996	9,5	13,9	35	3911	1135	134,3	2399	3476	4671	21,00	4,7	1,7	4,4	4,5
Sievi	5285	7,6	10,3	74	3452	892	117,8	2677	3042	6493	21,00	5,9	0,6	7,5	3,9
Siikajoki	5639	8,4	11,0	35	3613	1315	149,3	2577	2937	3906	20,00	3,5	0,6	4,2	4,7
Siikalatva	6061	12,1	16,6	48	4222	1198	141,0	2656	3422	4472	21,00	4,2	1,8	4,6	5,1
Taivalkoski	4422	8,9	15,7	172	3680	1275	133,0	2436	3894	1413	19,75	3,9	1,5	12,0	4,1
Tyrnävä	6462	5,3	6,5	29	3046	831	94,3	2459	2547	3263	20,50	3,5	0,5	4,7	3,0
Utajärvi	2951	11,8	15,6	65	3614	947	154,2	3266	3754	4317	19,50	10,3	1,9	6,2	4,5

Ylivieska	14266	7,1	10,4	80	3133	878	116,7	3215	1870	4632	21,00	8,8	0,9	7,2	3,2
MAAKUNTA	397887	6,9	10,5	82	3215	1023	112,8	3125	1817	4146	19,65	6,3	1,0	6,2	3,3
Pienin	1 004	3,7	4,8	16	2690	759	75,0	2074	1099	1413	19,00	0,0	0,0	3,2	2,1
Suurin	188 114	13,1	22,8	172	4222	1315	173,9	3639	3935	8779	21,00	12,1	1,9	12,0	5,1
KOKO MAA	5 401 267	8,2	12,4	120	3272	1011	100,0	3530	1418	4729	19,16	6,7	1,4	6,9	2,8

## KAINUUN KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väes- töstä	75-v. osuus vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote netto- menot €/asukas	ESH netto- menot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprosentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulko- puolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vammais- etuuksia saavien osuus
Hyrnsalmi	2672	14,0	21,8	97	299		168,2	2654	3727	3853	20,25	18,2	1,9	7,5	6,8
Kajaani	38045	8,4	12,6	115	426		106,9	3202	1867	4311	20,00	6,4	1,7	7,7	3,7
Kuhmo	9334	12,1	21,0	78	428		130,5	2800	2844	2845	20,25	7,6	1,0	6,3	4,7
Paltamo	3807	11,6	16,9	100	382		144,0	2677	2802	4554	20,50	8,9	2,1	8,3	5,7
Puolanka	2997	13,2	20,6	114	397		175,3	2700	4274	2070	20,00	14,8	2,2	9,6	6,6
Ristijärvi	1489	17,9	20,4	77	265		159,2	2676	3775	3183	19,75	14,5	0,0	6,0	6,5
Sotkamo	10697	10,1	13,9	69	450		125,3	3074	1925	2041	19,75	4,0	1,4	5,7	3,8
Suomussalmi	8943	13,1	20,1	109	395		132,8	2821	3348	2321	19,50	8,4	1,6	7,2	5,7
Vaala	3314	13,2	18,6	124	4158	1429	158,4	3214	3478	5117	21,00	11,4	1,5	10,2	5,2
MAAKUNTA	81298	10,4	15,4	103	568		124,4	3027	2444	3551	20,00	7,4	1,6	7,4	4,5
Pienin	1 489	8,4	12,6	69	265		106,9	2654	1867	2041	19,50	4,0	0,0	5,7	3,7
Suurin	38 045	17,9	21,8	124	4158		175,3	3214	4274	5117	21,00	18,2	2,2	10,2	6,8
KOKO MAA	5 401 267	8,2	12,4	120	3272	1011	100,0	3530	1418	4729	19,16	6,7	1,4	6,9	2,8

## LAPIN KUNNAT 2013

	Väkiluku 31.12.2011	75 vuotta täyttäneiden osuus väes- töstä	75-v. osuus vuonna 2025	Toimeen- tulotuki €/asukas	Sote netto- menot €/asukas	ESH netto- menot €/asukas	Sairas- tavuus- indeksi	Verotulot €/asukas	Valtion- osuudet €/asukas	Konserni- velka €/asukas	Kunnallis- veroprosentti 2011	Lastensuojelun avohuollon tukitoimissa, % 0-17-v.	Kodin ulko- puolelle sijoitetut, % 0-17-v.	Toimeen- tulotukea saaneiden osuus	Ylimpiä vammais- etuuksia saavien osuus
Enontekiö	1893	8,2	16,3	114	4085	1120	104,8	2587	4199	4358	20,50	0,0	0,0	7,9	3,9
Inari	6754	8,5	15,8	72	3499	1020	121,9	3365	2955	6597	19,00	4,1	1,2	5,6	3,4
Kemi	22399	9,9	14,0	182	3496	1284	156,3	3478	1806	5945	20,75	3,8	1,8	11,6	3,9
Kemijärvi	8295	13,6	22,2	106	4044	1033	126,7	3177	3391	8265	20,00	4,8	2,1	7,6	4,5
Keminmaa	8572	8,0	14,1	95	3312	1063	113,4	3645	1582	3506	20,50	5,9	1,1	6,7	3,1
Kittilä	6279	8,8	10,0	57	3770	938	108,7	3371	2654	9526	19,00	3,4	0,7	5,1	3,6
Kolari	3836	9,2	14,3	76	3723	961	114,0	3371	2606	3640	20,00	8,0	1,8	8,0	4,0
Muonio	2369	8,2	14,2	15	3714	1156	83,0	3139	2981	3624	20,50	2,2	0,0	2,7	2,8
Pelkosenniemi	973	12,6	20,2	71	5017	1325	159,3	4399	3455	7370	20,50	7,4	0,0	8,1	4,7
Pello	3912	14,5	23,7	82	4046	1036	159,3	2753	3695	2149	20,25	3,9	2,8	6,8	5,6
Posio	3818	11,6	22,3	75	4371	1127	162,7	2529	3729	3409	20,50	9,4	2,3	6,9	5,3
Ranua	4262	10,0	16,1	108	3954	963	134,7	2057	4893	1996	19,25	5,8	0,7	8,4	4,8
Rovaniemi	60637	7,1	10,4	130	3261	1016	98,3	3371	1402	2282	20,00	6,0	1,4	8,4	3,0
Salla	4052	16,1	22,2	75	4577	1429	141,2	2591	4465	4611	19,50	7,1	0,9	5,0	5,4
Savukoski	1156	11,6	18,6	58	4434	1358	111,7	3356	3422	2761	20,25	0,0	0,0	5,6	4,5
Simo	3441	10,1	17,4	17	3198	1029	149,6	2950	2541	2879	20,75	9,3	1,8	3,5	4,4
Sodankylä	8806	9,4	17,0	144	3861	1062	128,8	3293	2664	5267	19,50	4,1	1,0	7,8	4,1
Tervola	3387	13,7	18,4	38	3417	1247	110,2	3064	3242	3363	19,50	1,2	0,0	3,3	4,5
Tornio	22545	7,6	12,0	127	2941	1030	102,6	3307	1441	4432	20,00	3,6	1,4	8,6	2,9
Utsjoki	1294	10,0	17,7	75	4487	1100	128,1	3049	4612	4512	20,75	10,6	0,0	6,3	2,4
Ylitornio	4650	14,8	22,1	64	3774	1105	131,0	2489	3518	1461	19,25	4,6	1,9	6,1	4,5
MAAKUNTA	183330	9,1	13,7	116	3492	1077	117,8	3254	2191	4061	20,04	5,1	1,4	7,9	3,6
Pienin	973	7,1	10,0	15	2941	938	83,0	2057	1402	1461	19,00	0,0	0,0	2,7	2,4
Suurin	60 637	16,1	23,7	182	5017	1429	162,7	4399	4893	9526	20,75	10,6	2,8	11,6	5,6
KOKO MAA	5 401 267	8,2	12,4	120	3272	1011	100,0	3530	1418	4729	19,16	6,7	1,4	6,9	2,8





<b>KYS</b>											
10	<b>Etelä-Savo</b>	6394	1088	17 %	2178	34 %	3196	50 %			
11	<b>Pohjois-Savo</b>	10610	1698	16 %	3470	33 %	5062	48 %			
12	<b>Pohjois-Karjala</b>	6566	996	15 %	2120	32 %	3187	49 %			
13	<b>Keski-Suomi</b>	10403	1503	14 %	3181	31 %	4691	45 %			
<b>OYS</b>											
16	<b>Keski-Pohjanmaa</b>	3137	456	15 %	955	30 %	1408	45 %			
17	<b>Pohj.- Pohjanmaa</b>	15706	2281	15 %	4781	30 %	7126	45 %			
18	<b>Kainuu</b>	3265	523	16 %	1097	34 %	1581	48 %			
19	<b>Lappi</b>	7435	1278	17 %	2658	36 %	3836	52 %			
<b>KOKO MAA</b>		199746	28559	14 %	59060	30 %	87312	44 %			

### Eläkepoistumaennusteet

kuvaavat kunta-alalta vanhuus- ja työkyvyttömyyseläkkeille siirtyviä. Ennuste on laskettu vakinaisista että määräaikaisista kuntatyöntekijöistä, jotka ovat olleet KuEL- tai VaEL-vakuutettuna ei vastaa välttämättä virkojen/toimien määrää. Eläkepoistumaennuste perustuu oletukseen, että kaikki työntekijät siirtyvät vanhuuseläkkeelle henkilökohtaisessa vanhuuseläkeiässä tai 65 vuoden iässä. Ennusteet työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvistä ovat laskennallisia ja perustuvat aiempien vuosien toteutuneeseen työkyvyttömyyseläkötymiseen alueellisesti.

Vuosittaiset henkilömäärät ovat ennustemallin tuottamia desimaalilukuja.