



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Terveyspalveluiden järjestäminen osana sote-rakennemuutosta

Miettinen, Jani-Jukka

2016 Hyvinkää



Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Terveyspalveluiden järjestäminen osana sote- rakenneuudistusta

Miettinen, Jani-Jukka
Yrittäjyyden ja liiketoimintaosaami-
sen koulutus (YAMK)
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2016

Jani-Jukka Miettinen

Terveyspalveluiden järjestäminen osana sote-rakennemuutosta

Vuosi 2016 Sivumäärä 99

Sosiaali- ja terveydenhuoltouudistus on yksi suurimmista suomalaisen yhteiskunnan haasteista 2010-luvulla. Uudistusta on suunniteltu useita vuosia, mutta lopullista mallia tai lainsäädäntömuutoksia ei ole vielä saatu aikaiseksi. Nykyinen hallitus on määritellyt uudistuksen suunta-
viivat antamassaan ratkaisussa 7.11.2015. Parhaillaan kirjoitetaan uutta lakiesitystä järjestä-
mislaista ja muista lainsäädännön muutostarpeista.

Sote-uudistuksella on merkittäviä vaikutuksia koko suomalaisen julkisen sektorin rakentee-
seen, rahoitukseen ja johtamiseen. Uudistuksella tavoitellaan suoraan julkisen talouden kes-
tävyysvajeen vähentämistä kolmella miljardilla eurolla. Lisäksi uudistuksella pyritään mahdol-
listamaan kansalaisten riittävät ja oikeudenmukaiset sosiaali- ja terveyspalvelut myös tulevai-
suudessa. Uudistuksen yhteydessä on tarkoitus toteuttaa sosiaali- ja terveyspalveluiden ra-
kenne- ja rahoitusuudistus sekä aluehallintouudistus. Tässä opinnäytetyössä keskitytään ter-
veyspalveluiden rakennemuutokseen.

Uudistuksen yhteydessä kunnan tehtävät tulevat muuttumaan merkittävästi. Sosiaali- ja ter-
veyspalvelut siirtyvät kunnan vastuulta uusille sote-alueille. Samalla kunnalle jää kuitenkin
vastuu asukkaidensa hyvinvoinnin ja terveyden ennaltaehkäisystä. Muutos tarkoittaa myös
uutta organisoitumista ja vallanjakoa kuntien sekä uusien sote-alueiden kesken. Alueet vas-
taavat jatkossa sosiaalihuollon lisäksi sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidos-
ta. Perustuslain vaatimuksien mukaisesti on olennaista, että uusilla alueilla toteutuu demo-
kraattinen päätöksenteko ja malli tarjoaa jokaiselle kansalaiselle riittävät sosiaali- ja terve-
yspalvelut.

Opinnäytetyössä on pohdittu terveydenhuollon rakennemuutoksen kriittisiä menestystekijöi-
tä. Näiden tarkoituksena on mahdollistaa valtavan uudistuksen toteutumisen onnistuminen.
Samalla on pohdittu kriittisesti kannattaisiko iso kokonaisuudistus toteuttaa pienempinä ko-
konaisuuksina. Työssä on esitetty vaihtoehtoinen malli Sipilän hallituksen esittämälle 15 uu-
delle sote-alueelle. Työn oikeudellisina kysymyksinä on käsitelty riittävien sosiaali- ja terve-
yspalveluiden määritelmää ja ratkaisuehdotuksena esitetty terveydenhuollon ”kirjastoauto-
jen” hyödyntämistä. Kuntien asemaa on käsitelty sekä kansalaisten hyvinvoinnin ja terveyden
ennaltaehkäisyn että jäljelle jäävien velvoitteiden osalta. Demokratian toteutuminen on
huomioitu vertaamalla mahdollista uutta tilannetta voimassa olevaan kuntalain mukaiseen
hallintomalliin.

Uudistuksen onnistumisen yksi suurimmista mahdollistajista on tietotekniikan hyödyntäminen.
Työn johtopäätöksissä on pohdittu, miten tietotekniikkaa voitaisiin hyödyntää innovatiivisin
menetelmin esimerkiksi osana eri sukupolvien välistä kanssakäymistä. Hoitotyössä tietotekni-
kan hyödyntämisessä on olennaista tietojen ajantasaisuus, oikeellisuus ja saaminen yhdestä
paikasta. Tämä vaatii sekä lainsäädännön muutoksia mahdollistamaan tietojen sujuva jakami-
nen eri osapuolien kesken että tietoturvallisuuden ja yksityisyydensuojan vaatimuksien huo-
mioimisen.

Asiasanat: perusoikeus, kunnan tehtävät, sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä, demokra-
tia, kestävyysvaje

Jani-Jukka Miettinen

Health services as part of the new social welfare and health care reform

Year	2016	Pages	99
------	------	-------	----

The social welfare and health care reform is one of the biggest challenges in Finnish society in the 2010s. This reform has been planned for several years, but the final model or the legislation changes haven't been made. The Finnish government has defined the guidelines for the reform on 7th November 2015. The new legislative proposal is under way at the moment. This will have an effect on social welfare and health care legislation and also several other laws.

The social welfare and health care reform has significant effects on the Finnish public sector's structure, finance and governance. One of the main goals is to reduce the public sector's sustainability gap with three billion euros. It is also important to enable sufficient social welfare and health care services for the future generations. The purpose of this new reform is to implement organizational and financial renovations in social welfare and health care services but also execute a regional administration reform at the same time. This thesis concentrates on the health care service reform.

Municipal functions will change significantly after the reform. Local councils are no longer responsible for social welfare and health care services in their area, the new social welfare and health care areas are. Local councils are still responsible for the promotion of citizens' welfare and health. This change means also new organization and the separation of power between local councils and social welfare and health care areas. The new areas are responsible for social care, but also primary health care and specialized health care. By the constitutional it is important that there will be democratic decision-making in these new areas. Also every citizen must be guaranteed sufficient social welfare and health care services.

In this thesis I have considered which are the critical success factors in the upcoming health care reform. These factors should enable this new huge change. I have also considered critically whether it is more reasonable to make three smaller renovation than one big reform. I have also described an alternative model instead of Prime Minister Sipilä's government's 15 new areas model in this thesis. Legal issues in this thesis are sufficient social welfare and health care services, municipal status and democracy. One conclusion to ensure sufficient health care services for all citizens in the future is to establish health care "mobile libraries". Democracy in the new health care areas is possible to implement by using the same kind of legislation as in the Local Government Act.

Information technology is one of the major enablers in this reform. I have considered how information technology can benefit as an innovative method for example communicating between different generations. In health care it is very important that patient information is up-to-date, correct and available in one place. To ensure that, it is required that the new legislation allows the divisions of information between different parties. It is also important to ensure that information security and privacy policies are observed.

Keywords: Fundamental right, municipal functions, social welfare and health care system, democracy, the sustainability gap

Säädösluettelo

Asetus taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen voimaansaattamisesta, 6/1976.
Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.
Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa 2011/24/EU (9.3.2011)
Hallintolaki 434/2003.
Kansanterveyslaki 66/1972.
Kuntalaki 410/2015.
Laki alueiden kehittämisestä ja rakennerahastotoiminnan hallinnoinnista 7/2014.
Laki Kainuun hallintokokeilusta 343/2003.
Laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta 1704/2009.
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992.
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992.
Oikeudenkäymiskaari 4/1734.
Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.
Suomen perustuslaki 731/1999.
Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
Työaikalaki 605/1996.
Valtionavustuslaki 688/2001.
Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista 812/2012.
Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014.

Ruotsin lainsäädäntö
Lag om valfrihetssystem 2008:962.

Lyhenneluettelo

AsiakasmaksuL	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista
BKT	Bruttokansantuote
Eksote	Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta
Erva	Erityisvastuualue
HaVL	Hallintovaliokunnan lausunto
HE	Hallituksen esitys
HUS	Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
HYKS	Helsingin yliopistollinen keskussairaala
KD	Suomen Kristillisdemokraatit
Kela	Kansaneläkelaitos
Keskusta, KESK	Suomen Keskusta
KKV	Kilpailu- ja kuluttajavirasto
Kokoomus, KOK	Kansallinen Kokoomus
KuntaL	Kuntalaki
KYS	Kuopion yliopistollinen sairaala
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö)
OYS	Oulun yliopistollinen sairaala
PeVL	Perustuslakivaliokunnan lausunto
PL	Perustuslaki
PotL	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista
Potilasliikkuvuusdirektiivi	Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa
PS	Perussuomalaiset
RKP	Ruotsalainen kansanpuolue
SDP	Suomen Sosialidemokraattinen Puolue
SHL	Sosiaalihuoltolaki
Sote	Sosiaali- ja terveys
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
STVOL	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta
TaVL	Talousvaliokunnan lausunto
TAYS	Tampereen yliopistollinen sairaala
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
TYKS	Turun yliopistollinen sairaala
VAS	Vasemmistoliitto
VaVL	Valtiovarainvaliokunnan lausunto
Vihreät	Vihreä liitto
vp	Valtiopäivät
VTT	Teknologian tutkimuskeskus Oy
WHO	Maailman terveysjärjestö
YhdenvertaisuusL	Yhdenvertaisuuslaki
YK	Yhdistyneet kansakunnat
YTHS	Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö

Sisällys

1	Johdanto.....	10
1.1	Opinnäytetyön avainkäsitteet.....	10
1.1.1	Perusoikeus.....	11
1.1.2	Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä	11
1.1.3	Kunnan tehtävät.....	12
1.1.4	Demokratia	13
1.1.5	Kestävyysvaje	13
1.2	Oikeustieteellisestä tutkimuksesta	14
1.3	Tutkimusmenetelmä.....	15
1.4	Opinnäytetyön tavoitteet.....	16
1.5	Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus	17
2	Oikeudellinen viitekehys.....	18
2.1	Oikeussäätöjen hierarkia	18
2.2	Perusoikeudet sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta	22
2.3	Kunnan tehtävät ja vastuut	22
2.4	Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu ja valtionavustus	24
2.5	Terveydenhuolto	26
2.5.1	Kansanterveystyö.....	27
2.5.2	Erikoissairaanhoido	28
2.5.3	Potilaan asema, oikeudet ja hoitotakuu	29
2.5.4	Potilasliikkuvuusdirektiivi.....	31
2.6	Sosiaalipalvelut	31
2.7	Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut.....	32
3	Terveydenhuollon historia ja hyvinvointipolitiikka	32
3.1	Suomen terveydenhuollon historiaa	32
3.2	Hyvinvointipolitiikka Suomessa ja Euroopan unionissa	34
3.3	Sote-uudistus pääministeri Kataisen, Stubbin ja Sipilän hallitusohjelmissa ...	36
3.4	Eduskunnan ja valtioneuvoston puoluerakenne 2000-luvulla.....	38
3.5	Eduskuntapuolueiden kannanotto sote-uudistukseen.....	40
4	Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus	43
4.1	Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen vertailua.....	43
4.2	Hallituksen esitys laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä.....	45
4.3	Valiokuntalausunnat hallituksen esityksestä	45
4.3.1	Valtiovarainvaliokunta	46
4.3.2	Talousvaliokunta	46
4.3.3	Hallintovaliokunta.....	46
4.3.4	Perustuslakivaliokunta	47
4.4	Sote-uudistuksen selvitysryhmä	49

4.5	Pääministeri Sipilän johtaman hallituksen päätös uudeksi sote- ja aluehallintorakenteeksi	51
5	Erlaisia käytännön malleja sote-palveluiden tuottamisesta Suomessa	52
5.1	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS	52
5.2	Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos Eksote	55
5.3	Kainuun hallintokokeilu	56
5.4	Muita vaihtoehtoisia ajatuksia tulevaisuuden sote-malliksi	58
5.5	Erva-alueiden tietoteknisten valmiuksien koordinointi ja nykytilanne	62
6	Sosiaali- ja terveyspalvelut muissa Pohjoismaissa	63
6.1	Ruotsin malli	64
6.2	Ruotsin mallin arviot, haasteet ja kohtaama kritiikki	65
7	Hyvinvointipalveluiden oikeudenmukaisuus	66
7.1	Terveydenhuollon oikeudenmukaisuus	68
7.2	Sosiaalipalvelujen oikeudenmukaisuus	69
7.3	Sosiaali- ja terveyspalveluiden oikeudenmukaisuus vähemmistöjen keskuudessa	70
7.4	Palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden kehittäminen.....	71
8	Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja kustannukset	71
8.1	Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavainen rahoitus	72
8.2	Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset	74
9	Yhteenveto	75
10	Johtopäätöksiä	78
10.1	Terveydenhuollon rakenneuudistuksen kriittiset menestystekijät	79
10.1.1	Toimiva lainsäädäntö	79
10.1.2	Osaava ja motivoitunut henkilöstö	79
10.1.3	Tietotekniikka	81
10.1.4	Toimintakykyinen organisoituminen ja päätöksenteko	82
10.1.5	Tuottajien välinen keskinäinen kilpailu ja asiakkaiden valinnanvapaus.....	82
10.2	Hyvinvoinnin ja terveyden ennaltaehkäisy	83
10.3	Kunnalliset päättäjät ja sote-alueen päättäjät.....	84
10.4	Uudistuksen oikeudelliset kysymykset.....	85
10.4.1	Riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut.....	85
10.4.2	Kuntien asema	86
10.4.3	Demokratian toteutuminen	86
10.5	Sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen aluejako	87
10.5.1	Kaksi esimerkkiä uudeksi sote-aluejako	88
10.5.2	Pohdintaa uudesta sote-rakenteesta.....	91
10.6	Tietotekniikan hyödyntäminen	94

10.6.1 Vanhusten kokeman yksinäisyyden ja eriarvoisuuden helpottaminen tietotekniikkaa hyödyntämällä	94
10.6.2 Terveystieteiden ”kirjastoautot”	96
10.6.3 Potilastiedot saatavilla aikatauluriippumattomasti yhdestä paikasta..	97
10.7 Opinnäytetyön luotettavuus ja etiikka	98
10.8 Mahdollisia lisätutkimusaiheita	98
Kuviot..	108
Taulukot	109
Liitteet	110

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon (jatkossa sote) rakenteellinen uudistaminen oli pääministeri Jyrki Kataisen ja pääministeri Alexander Stubbin johtamien hallitusten hallitusohjelmissa mukana. Pääministeri Alexander Stubbin hallitus antoi esityksen eduskunnalle uudeksi laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (HE 324/2014) vuonna 2014. Hallituksen esitys sisälsi perustuslaillisia ongelmia, joiden vuoksi eduskunnan perustuslakivaliokunta ei puoltanut uutta sote-mallia. Ongelmat koskivat esityksen hallintoa ja rahoitusjärjestelmää. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistus lykkääntyi keväällä 2015 alkavalle vaalikaudelle. Pääministeri Juha Sipilän johtaman hallituksen tiedonannossa eduskunnalle 29.5.2015 sote-uudistuksen toteuttaminen on osa uuden hallituksen hallitusohjelmaa.

Opinnäytetyöni aiheena on ”Terveyspalveluiden järjestäminen osana sote-rakennemuutosta”. Työssä käsitellään erilaisia Suomessa käytössä olevia tai pohdittuja malleja sote-palveluiden järjestämiselle sekä tutustutaan Ruotsin nykyjärjestelmään. Lisäksi työssä läpikäydään eduskunnassa istuvien puolueiden tavoitteita sote-uudistukselle ja pohditaan oikeudellisia vaateita riittävien palveluiden tuottamiselle ja demokratian toteutumiselle. Työssä keskitytään sote-palveluiden järjestämisen rakenteeseen terveydenhuollon osalta. Sosiaalihuoltoa ei käsitellä tarkemmin, koska tämä tulee pitkälti noudattamaan terveydenhuollon mukaista rakennetta. Työssä käsitellään yleistasolla myös sote-rahoitusta, jotta lukijalle tulee kuva rahoituksen haasteista. Rahoituksen uudistusta ei käsitellä työssä tämän tarkemmin. Työn oikeudellisena viitekehyksenä toimii Suomen perustuslaki sekä sosiaali- ja terveydenhuollon voimassa oleva lainsäädäntö oikeudellisessa viitekehyksessä rajatuin osin.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen tulee koskemaan ja koskettamaan kaikkia suomalaisia. Aihe on ajankohtainen ja Suomen kestävyysvajeen kannalta kriittinen. Uusi lainsäädäntö tulee ohjaamaan suurelta osin julkishallinnon rakennetta tulevaisuudessa. Terveyssektori on toimialana itselleni työni puolesta tuttu ja myös siksi tutkimuskohteena mielenkiintoinen.

1.1 Opinnäytetyön avainkäsitteet

Opinnäytetyön avainkäsitteitä ovat perusoikeus, kunnan tehtävät, sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä, demokratia sekä kestävyysvaje. Kansalaisten perusoikeudet on kirjattu Suomen perustuslaissa (731/1999), samoin kunnalle kuuluvat tehtävät. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän perusta on valtion tuella toteutettu sosiaali- ja terveydenhuolto. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita toteutetaan julkisen sektorin ohella yksityisissä yrityksissä. Lisäk-

si Suomessa on laaja sosiaali- ja terveysjärjestöjen kenttä, joka tuottaa maksullisia ja maksuttomia palveluita.¹

1.1.1 Perusoikeus

Perusoikeudet ilmaisevat yhteiskunnan yleisesti hyväksymiä perusarvoja. Nämä on taattu perustuslain mukaisin säännösin. Säännösten on määrä vaikuttaa yksilön hyväksi julkisen toiminnan eri muodoissa ja yhteiskunnassa muutenkin. Perusoikeussäännökset ovat kaikkia sitovia oikeussääntöjä. Perusoikeudet ryhmitellään 1) osallistumisoikeuksiksi, 2) vapausoikeuksiksi ja oikeusturvaksi, 3) yhdenvertaisuusoikeuksiksi sekä 4) taloudellisiin, sosiaalisiin ja sivistyksellisiin oikeuksiin, joita voidaan myös nimittää hyvinvointioikeuksiksi.²

1.1.2 Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ohjauksesta. Se muun muassa valmistelee alan lainsäädännön ja ohjaa sen toteutumista, ohjaa ja johtaa sosiaaliturvan sekä sote-palveluiden kehittämistä ja toimintapolitiikkaa sekä määrittelee sosiaali- ja terveyspolitiikan suuntaviivat, valmistelee uudistukset, ohjaa ja valvoo niiden toteuttamista sekä vastaa yhteyksistä poliittiseen päätöksentekoon.³

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalaan kuuluvat Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, Säteilyturvakeskus, Työterveyslaitos sekä muut STM:n hallinnonalan virastot ja laitokset. Nämä vastaavat hallinnonalan tutkimus- ja kehittämistehtävistä. Aluehallintovirastot ohjaavat ja valvovat alueensa kunnallista ja yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä palveluiden saatavuutta ja laatua. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira ohjaa, valvoo ja hoitaa lupahallintoa soten, alkoholi-hallinnon sekä ympäristöterveydenhuollon osalta. Kunnat vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, sairaanhoitopiirit järjestävät erikoissairaanhoidon. Osa erikoissairaanhoidon palveluista järjestetään yliopistosairaaloiden erityisvastuualueiden pohjalta.⁴

Terveydenhuollon tavoitteena on edistää ja ylläpitää kansalaisten terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä, sosiaalista turvallisuutta sekä kaventaa terveyseroja. Lähtökohtana ovat ehkäisevä terveydenhuolto sekä hyvin toimivat ja kaikkien saatavilla olevat terveystalvet. Terveystalvet jakautuvat perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Kunta jär-

¹ Sosiaali- ja terveysministeriö 2015a, kohta Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut.

² Jyränki 2000, 275–276.

³ Sosiaali- ja terveysministeriö 2015b, kohta Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut.

⁴ Sosiaali- ja terveysministeriö 2015b, kohta Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut.

jestää perusterveydenhuollon terveyskeskuksissa, joissa seurataan väestön terveydentilaa, huolehditaan terveyden edistämisestä sekä tuotetaan erilaisia palveluita. Erikoissairaanhoito tarkoittaa erikoisalojen mukaisia hoito- ja tutkimustehtäviä. Valtaosa näistä palveluista järjestetään sairaaloissa. Työssä käyvien henkilöiden ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta sekä mahdollisuuksien mukaan sairaanhoidosta vastaavat työnantajat työterveyshuollon kautta. Yksityiset terveyspalvelut ja kolmannen sektorin palvelut täydentävät kunnallisia palveluita. Kunta tai kuntayhtymä voi ostaa terveyspalvelun tuottamisen myös yksityiseltä palveluntuottajalta.⁵ Kolmannella sektorilla tarkoitetaan kansalaisjärjestöjä ja vapaaehtoista kansalaistoimintaa.⁶

Sosiaalihuollolla tarkoitetaan sosiaalihuollon ammattihenkilöstön yksilön, perheen tai yhteisön toimintakykyä, turvallisuutta, sosiaalista hyvinvointia sekä osallisuutta edistäviä ja ylläpitäviä toimia, sosiaalipalveluja sekä näiden tukipalveluja. Sosiaalihuoltolain mukaisiin yleisiin sosiaalipalveluihin kuuluvat sosiaalityö ja sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus, perhetyö, kotipalvelu ja kotihoito, omaishoidon tuki, asumispalvelut, laitoshoido, liikkumista tukevat palvelut, päihde- ja mielenterveystyö, kasvatus- ja perheneuvonta sekä lapsen ja vanhemman välisen tapaamisten valvonta. Erityislainsäädännön perusteella kunnallisia sosiaalipalveluita ovat muun muassa vammaispalvelut ja kehitysvammaisten erityishuolto, lastensuojelu, lapsen huoltoon ja tapaamisoikeuteen liittyvä suojelu, perhehoito, toimeentulotuki, kuntouttava työtoiminta, omaishoidon tuki ja kotouttamiseen liittyvät tehtävät.⁷

1.1.3 Kunnan tehtävät

Kunnan tehtävänä on järjestää ja tuottaa asukkailleen palveluja. Tehtävät voidaan jakaa lakisääteisiin ja kunnan itselleen ottamiin. Pääosa tehtävistä perustuu lakiin, jolloin niiden järjestäminen on säädetty kunnan velvollisuudeksi erityislainsäädännössä. Kunnat voivat tuottaa palveluita yksin tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa. Kunnan tehtäviä ovat sosiaali- ja terveyspalvelut, opetus- ja kulttuuripalvelut, tekninen toimi sekä muut tehtävät. Kunnan vastuulla on perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja hammashoito. Kunnat vastaavat lisäksi lasten päivähoidosta, vanhustenhuollosta, vammaispalveluista ja muista sosiaalihuollon tehtävistä.⁸

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden järjestäminen kuuluu kunnille ja tämä on kunnan suurin toimiala. Tämä on keskeinen osa Suomen hyvinvointijärjestelmää. Vaikka järjestelmä on

⁵ Sosiaali- ja terveysministeriö 2015c, kohta Terveyspalvelut.

⁶ Jyväskylän yliopisto 2015, kohta Kolmas sektori.

⁷ Sosiaali- ja terveysministeriö 2015d, kohta Sosiaalipalvelut.

⁸ Virtuaalikunta.net 2015, kohta Kuntien tehtävät ja yhteistoiminta.

ollut laadukas, niin julkisen talouden kestävyysvaje ja väestörakennemuutos aiheuttavat nykyjärjestelmälle uudistuspainetta sekä rakenteen että toimintatapojen suhteen.⁹

1.1.4 Demokratia

Demokratia tarkoittaa kansanvaltaa.¹⁰ Suomen perustuslaki ilmentää demokraattisen oikeusvaltion mallia. Tämän tärkeimmät osat ovat perusoikeudet sekä kansanvallan periaate. Kansanvaltaan sisältyy yksilön oikeus osallistua ja vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristön kehittämiseen.¹¹

Nykyisin demokratia merkitsee erityisesti päätöksentekojärjestelmää, jonka hallinto mielletään puolueettomaksi toimeenpanijaksi. Edustuksellisen demokratian tärkein instituutio on vaalit. Siinä kansalaiset käyttävät ennakoivaa valtaa valitessaan päättäjiksi mielestään parhaat ehdokkaat. Tämä antaa ehdokkaille ja vallassa oleville päätöksentekijöille kannustimen kuunnella kansalaisten mielipiteitä ja toimia näiden mukaisesti. Useiden puolueiden ja vaalien yhteiskunnassa toimiva demokratia vaatii, että kansalaisten poliittisten mielipiteiden on oltava itsenäisiä. Riippumattomuuden vaatimukset kohdistuvat esimerkiksi kansalaisten poliittiseen harkintaan, saatavilla olevaan informaatioon, poliittiseen järjestäytymiseen sekä kansalaisten väliseen informaatioon.¹²

1.1.5 Kestävyysvaje

Kestävyysvajeella tarkoitetaan julkisen talouden ennakoitujen tulojen ja menojen tasapainoa. Tämän rinnakkainen termi on velkakestävyys, jolla tarkoitetaan julkisen talouden kykyä suoriutua veloistaan. Rahoituksellisen kestävyuden arvioinnin tulisi kattaa myös verotuksen tason arvioinnin, mutta erityisesti kansainvälisessä vertailussa tätä on hyvin vaikea arvioida.¹³

Suureen julkiseen velkaantumiseen liittyy monia ongelmia. Nämä koskevat talouden vakautta ja tehokkuutta sekä sukupolvien välistä tulonjakoa ja oikeudenmukaisuutta. Iso julkinen velkaantuneisuus murentaa edellytyksiä talouskasvulle. Velan tasosta riippumatta hyvin suuret budjettialijäämät voivat aiheuttaa ongelmia horjuttamalla finanssimarkkinoiden luottamusta. Iso velkaantuneisuus voimistaa verotuksen haittavaikutuksia, aiheuttaen paineita veroasteen nostamiselle. Velka siirtyy myös perintönä seuraaville sukupolville. Tämä voi olla epäreilua, mikäli velka heijastaa aiempien sukupolvien omia etuuksia kasvattavia päätöksiä. Iso julkinen velkaantuneisuus lisää myös kansantalouden kriisiherkkyyttä. Tämä on nähty myös euroalueel-

⁹ Kunnat.net 2015a, kohta Sosiaali ja terveys.

¹⁰ Nurmi ym. 2001, 80.

¹¹ Tuori 2011, 535.

¹² Setälä 2003, 18, 27, 28.

¹³ Oksanen & Niskakangas & Pönkä 2007, 43.

la, jossa julkisen rahoituksen kestävyydeltä heikot maat ovat menettäneet rahoitusmarkkinoiden luottamuksen ja ajautuneet syvään kriisiin.¹⁴

1.2 Oikeustieteellisestä tutkimuksesta

Oikeustieteen tiedemalli poikkeaa radikaalisti luonnontieteiden mallista ja on pohjimmiltaan argumentaatiota eli punnittujen väitteiden sekä perusteluiden esittämistä. Oikeustieteestä puuttuu objektiivinen totuus, ja kyse on pitkälti sanojen muodossa tapahtuvasta vakuuttelusta. Mitä parempaa oikeudellinen kirjoittaminen on, sitä vakuuttavampia ovat myös käytetyt argumentit. Argumentaatio voi perustua, kuten tässäkin opinnäytetyössä, monenlaisen lähdetekstin varaan esimerkiksi lakitekstiin, lainvalmisteluaineistoon, oikeushistoriaan tai vertaileviin näkökohtiin.¹⁵

Oikeustieteellisessä tutkimuksessa tutkimusmenetelmien ja tarkastelutapojen rajanveto ei ole yksiselitteinen ja erilaiset näkökulmat eivät ole toisiaan poissulkevia. Useimmat oikeustieteelliset työt sijoittuvat lähelle tiettyä osa-aluetta, mutta näihin saattaa sisältyä myös muita ulottuvuuksia. Oikeustieteen tärkeimmät osa-alueet ovat lainoppi eli oikeusdogmatiikka, oikeushistoria, oikeussosiologia, oikeusfilosofia, oikeuspolitiikka sekä vertaileva oikeustiede.¹⁶

Suurin osa oikeustieteellisestä tutkimuksesta on lainoppia eli oikeusdogmatiikkaa. Tämä rakentuu oikeuslähteiden varaan, joita käytetään etusija- ja käyttöjärjestyssääntöjen osoittamassa järjestyksessä. Lainopin keskeisimpänä tutkimusongelmana on selvittää, mikä on voimassa olevan oikeuden sisältö käsiteltävässä oikeusongelmassa. Lainoppi on keskeisiltä osiltaan oikeusjärjestykseen kuuluvien sääntöjen tutkimusta ja aivan erityisesti sisällön tulkittamista. Toinen keskeinen lainopin tehtävä on voimassa olevan oikeuden jäsentäminen eli tutkimuskohteen systematisointi. Tämän avulla lainoppi pyrkii luomaan ja kehittämään oikeutta tulkitsevaa oikeudellista käsitejärjestelmää.¹⁷

Oikeuspoliittisessa tutkimuksessa tutkitaan yhteiskunnallista tavoitteenasettelua ja suunnitella oikeudellisesta näkökulmasta. Tällaista tutkimusta on esimerkiksi lainsäädännön vaikutusten arviointi. Vertaileva oikeustiede tarkastelee useamman maan oikeussääntöjä ja oikeudellisia ilmiöitä keskenään. Oikeusvertailua käytetään usein lainopillisen tutkimuksen avustavana tukielementtinä.¹⁸

¹⁴ Korkman 2012, 163–165.

¹⁵ Husa & Mutanen & Pohjolainen 2008, 13.

¹⁶ Husa & Mutanen & Pohjolainen 2008, 19–20; Aarnio 1988, 48–51.

¹⁷ Husa & Mutanen & Pohjolainen 2008, 20.

¹⁸ Husa & Mutanen & Pohjolainen 2008, 19, 23.

1.3 Tutkimusmenetelmä

Oikeustieteellisen tutkimuksen keskeisin metodi on sisällönerittely eli tekstianalyysi. Myös empiirisiä tutkimusmenetelmiä käytetään. Tekstianalyysissa lakitekstissä esiintyvälle epämääräiselle sanalle annetaan merkityssisältö. Tulkitsija etsii ensin käsitteen kaikki oikeudellisesti mahdolliset tulkinnat ja valitsee näistä yhden, jonka puolesta tai jota vastaan hän pyrkii etsimään perusteluja. Perustelu voi löytyä oikeusjärjestyksestä, oikeussäännön tarkoituksesta tai esimerkiksi kohtuudesta ja oikeudenmukaisuudesta. Normin tulkinnassa joudutaan käyttämään usein apuna muita oikeuslähteitä, joita ovat pääosin lainvalmisteluasiakirjat, tuomioistuinnratkaisut ja vertailevat näkökohdat. Lainopin metodit ovat lähellä laadullisia menetelmiä silloin kun tutkimuksen perusaineiston muodostava havaintojoukko on suppea. Määrällinen menetelmä on käyttökelpoisempi, jos havaintojoukon koko on suuri ja laadullisen menetelmän ei saada tutkimuksen kannalta mielenkiintoista tietoa. Oikeustieteessä empiiriset menetelmät ovat usein tutkimuksen apumenetelmiä.¹⁹

Siviilioikeuden apulaisprofessori Urpo Kangas kirjoittaa, että ”metodi on tapa ajatella oikeudesta ja yhteiskunnasta. Yhteiskunta on valintojen ja ratkaisujen totaliteetti. Vain osa valinnoista ja ratkaisuista on syntynyt parlamentaarisen päätöksenteon tuloksina ja niistäkin ratkaisuista vain pieni osa on johtanut sellaiseen lopputulokseen, johon päätöstä tehtäessä pyrittiin. Kuitenkin juuri nämä valinnat ja ratkaisut ovat oikeutta luovia ratkaisuja.” Kankaan oma metodologia tähtää oikeuden roolin ymmärtämiseen ja tämä merkitsee oikeuden alojen ylittämistä ja asettumista erilaisiin tarkkailuasemiin. Tällöin oikeustieteen tutkimuksen laadun mitta on ymmärrettävyys. Oikeustieteen palvelutehtävänä on tuottaa tietoa yhteiskunnallista päätöksentekoa varten yhteiskunnasta itsestään. Mutta oikeustieteen tulee tutkia myös itseään, omia rajoituksiaan sekä sitoumuksiaan.²⁰

Kaarlo Tuori pohtii kriittistä positivismia, jota hän on ehdottanut normatiivisen oikeustieteen eri lohkojen yhteiseksi ohjelmaksi. Tiivistäen Tuori näkee, että oikeudella on kahdet kasvot. Oikeutta voidaan lähestyä oikeusjärjestyksenä. Oikeus on myös yhteiskunnallisia, oikeudellisia käytäntöjä, jossa oikeusammattilaiset tuottavat ja uudistavat oikeutta normatiivisena ilmiönä. Näitä käytäntöjä ovat erityisesti tuomioistuinten ratkaisutoiminta ja oikeustiede.²¹

Systemaattisella tekstianalyysilla tarkoitetaan tekstien sisällön ja muodon tutkimiseen käytettyjen menetelmien joukkoa, joiden tarkoituksena on muun muassa tavoittaa tekstin keskeisiä ajatuksia ja kokonaisnäkemystä. Tämä on siis ensisijaisesti tekstin sisällön analyysia. Vaikka menetelmässä etsitään tekstin ydintä, on tässä kiinnitettävä huomiota myös tekstin muotoon.

¹⁹ Husa & Mutanen & Pohjolainen 2008, 25–26.

²⁰ Kangas 1997, 91–92.

²¹ Tuori 1997, 311–312, 317.

Muodon muuttuessa myös tekstin sisältö voi muuttua oleellisesti. Tutkimusongelman näkökulmasta tekstianalyysi voidaan jakaa johdanto-oppiin, selitysooppiin, tulkintahistoriaan ja hermeneutiikkaan. Johdanto-opilla tarkoitetaan esimerkiksi tekstin syntyyn, ilmiasuun ja käännöksiin kohdistuvaa tutkimusta. Selitysopillä tarkoitetaan tekstin alkuperäisiin sosiaalisiin konteksteihin kytkeytyneiden merkitysten tutkimista ja tulkintahistorialla tekstin tulkinnan muuttumisen, käyttöyhteyksien, muutosten edellytysten ja seuraamusten tutkimusta. Hermeneutiikka on tekstin nykyisten merkitysten tutkimista.²² Juridinen hermeneutiikka käsittelee oikeudellisten tekstien tulkintaa ja oikeaa ymmärtämistä. Sen kohteena ovat juridiset tekstit. Hermeneutiikka voidaan ymmärtää neljästä eri näkökulmasta. Se voidaan kokea metodioppina, juridista menetelmää täydentävänä metodina, pelkkänä tulkintataitona tai ymmärtämisen filosofiana.²³

Opinnäytetyössä hyödynnetään oikeudellisena menetelmänä lainoppia eli oikeusdogmatiikkaa. Lainopin näkökulmasta tavoitteena on selvittää erityisesti, mitä tarkoitetaan riittäväillä sosiaali- ja terveyspalveluilla. Lainopin teoreettisena viitekehyksenä toimivat Suomen perustuslain lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö, lain esityöt sekä lainsäädännön aikaiset komiteamietinnöt.

Opinnäytetyössä lainoppia tukevinä menetelminä käytetään oikeuspoliittista näkökulmaa sekä oikeusvertailua. Oikeuspoliittisesta näkökulmasta on tarkoitus selvittää eduskuntapuolueiden näkemyksiä sote-uudistuksen rakenteiden ja rahoituksen tavoitteista sekä vertailla näitä keskenään. Oikeusvertailua hyödynnetään tarkastelemalla Ruotsin sosiaali- ja terveyslainsäädännön nykytilannetta. Vertailun näkökulmana on huomioida Ruotsin sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenne ja lainsäädännön mahdollisesti saama kritiikki.

1.4 Opinnäytetyön tavoitteet

Opinnäytetyössä on tavoitteena selvittää sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen rakennetta terveydenhuollon osalta. Uuden rakenteen tulee turvata kansalaisten perusoikeudet. Perusoikeuksien osalta tavoitteena on pohtia erityisesti riittävien terveys- ja sosiaalipalvelujen määrää sekä tämän toteutumista. Uudistuksella on vaikutusta muun muassa kunnan tehtäviin, jotka on määritelty perustuslaissa. Tavoitteena on selvittää, miten uudistus vaikuttaa kunnan tehtäviin sekä kuinka demokraattinen päätöksen teko tulisi toteuttaa uudessa sote-mallissa.

Opinnäytetyössä on lisäksi tavoitteena selvittää aiempien hallintokokeilujen ja olemassa olevien mallien hyödynnettävyyttä uudessa sote-organisaatiossa sekä peilata muiden Pohjoismaiden tilannetta, erityisesti Ruotsissa käytössä olevaa mallia. Lisäksi työssä kartoitetaan edus-

²² Nurmi 2004, kohta Mitä tekstianalyysillä tarkoitetaan?

²³ Aarnio 1988, 141–142.

kuntapuolueiden näkemys sote-kehityksen tavoitteista. Työn tavoitteena on myös selvittää muutamia sote-uudistuksen onnistumisen kannalta kriittisiä menestystekijöitä, jotka on hyvä huomioida uudistuksen valmistelussa ja toimeenpanossa.

Työn johtopäätöksissä esitetään käytännön keinoja, joilla esimerkiksi tietotekniikkaa hyödyntämällä voidaan parantaa sote-palveluiden saatavuutta eri puolilla Suomea. Työssä tullaan käsittelemään lyhyesti myös nykyistä rahoitusmallia sekä sote-kustannuksia. Vaikka taloudellinen näkökulma ja sote-uudistuksella tavoiteltavat kustannussäästöt ovat koko uudistuksen pääasiallinen syy, ei sote-palveluiden rahoitus ja taloudellinen rakenne ole tämän työn varsinainen tutkimuskohde. Rahoitusta ja taloutta käsitellään vain päätasolla, jotta lukijalle tulee kokonaiskuva talouden haasteista ja merkityksestä osana uudistusta.

Opinnäytetyö keskittyy terveydenhuollon järjestämiseen, koska tämä on sote-kokonaisuuden isoin yksittäinen tekijä. Sosiaalipuoli tulee käytännössä mukautumaan terveydenhuollon ratkaisuihin, ja tämän takia sosiaalihuoltoa ei käsitellä erikseen opinnäytetyössä. Sote-uudistuksen yhteydessä ollaan valmistelemassa ja toteuttamassa myös aluehallintouudistusta. Tässä työssä ei käsitellä tarkemmin aluehallintouudistukseen liittyviä asioita.

1.5 Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus

Tutkimusprosessin aikana tutkija joutuu pohtimaan ja päättämään, mihin suuntaan tutkimustaan vie. Esimerkiksi tutkimuksen tekemiseen liittyvät eettiset kysymykset sekä tutkijan asema suhteessa tutkittaviin, suureen yleisöön tai tutkimuksen rahoittajiin ovat tärkeitä ja joskus myös ongelmallisia. Tutkijan on pyrittävä miettimään tekemisiään ja tutkimuksen luotettavuutta läpi tutkimusprosessin. Tutkimuseettiset ongelmat voidaan jakaa kahteen luokkaan. Näitä ovat tutkimuksen tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaan liittyvät kysymykset sekä tutkijan vastuu tutkimustulosten soveltamisesta.²⁴

Lähdekritiikissä arvioidaan tiedon luotettavuutta. Kriittisyys ei koske pelkästään tietolähteiden arviointia, vaan kriittinen asenne tulee kohdistaa myös tutkijan omaan työhön. Lähdekritiikissä tulee arvioida muun muassa lähteen aitoutta, riippumattomuutta, alkuperäisyyttä ja puolueettomuutta.²⁵

Opinnäytetyössä hyödynnetään tekstianalyysia, pohjautuen laajasti voimassa olevaan lainsäädäntöön eli virallislähteisiin. Työhön ei saada ulkopuolista rahoitusta tai muuta tukea. Aineistona on tarkoitus käyttää suomalaisten viranomaisten tuottamaa materiaalia. Opinnäytetyössä lainsäädännön lisäksi hyödynnettävää lähdeaineistoa tulee kuitenkin pohtia työn edetessä ja

²⁴ Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 20.

²⁵ Mäkinen 2005, 85–86.

työn luotettavuutta arvioitaessa kriittisesti. Opinnäytetyön tekijän tulee myös pohtia työn eri vaiheissa omaa osaamistaan työn tekijänä ja oikeudellisen tutkielmatekstin tuottajana.

2 Oikeudellinen viitekehys

Opinnäytetyön oikeudellisessa viitekehyksessä käsitellään oikeussäännösten yleistä hierarkiaa sekä kansainvälisten sopimusten ja Euroopan unionin lainsäädännön velvoittavuutta. Luvussa esitellään opinnäytetyön kannalta olennaiset kansalaisten perusoikeuksiin, kunnan asemaan sekä sote-järjestämiseen vaikuttavat perustuslain, kuntalain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön kohdat.

2.1 Oikeussääntöjen hierarkia

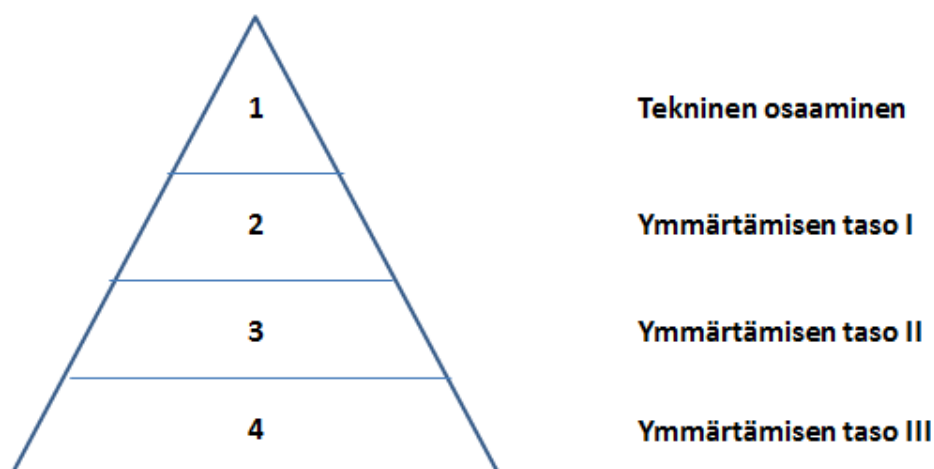
Oikeusjärjestys sisältää säännöt oikeussääntöjen tuottamisesta. Oikeusjärjestys kuvataan hierarkkisesti: tuottamista määrävä normi on ylempi ja määräyksen mukaan tuotettu normi on alempi. Oikeusjärjestyksessä minkä tahansa normin tuottaminen ja normin voimassaolo on aina palautettavissa toiseen eli ylempään normiin, viime kädessä perustuslaissa oleviin toimivaltasäännöksiin. Ylempi normi määrää alemmasta ja alemman tulee olla ylempään normin mukainen. Käytännössä sen tulee olla tuotettu ylempään normin edellyttämällä tavalla ja vastata tämän asettamia sisällöllisiä vaatimuksia.²⁶

Aarnio määrittää oikeusjärjestyksen ymmärtämisen tasot neljään osaan. Nämä on kuvattuna kuviossa 1. Tekninen osaaminen on säännöstaso. Tähän kuuluvat lakikirjoihin kirjoitetut lait, asetukset ja alemmanasteiset normit. Hallitsemalla säädöstason, hallitaan oikeusjärjestystä tai sen erityisaluetta teknisesti. Kysymys on säädösten osaamisesta, ei ymmärtämisestä. Kolmion seuraavasta kerroksesta löytyy säännösten systematiikka. Yksittäiset normit ja niiden tarkoittamat asiat alkavat jäsentyä kokonaisuudeksi. Säännösten ymmärtäminen suhteessa toisiin säännöksiin ja kokonaisuuteen alkaa hahmottua. Säännösten sisältö ei kuitenkaan avaudu pelkästään lakikirjasta, vaan säännösten ymmärtämisessä auttavat oikeuslähdemateriaali, kuten lain esityöt, ennakkotapaukset ja käytännön syyt. Näitä kuvaa kolmion kolmas taso. Lainoppinut ei tyydy pelkästään tekniseen osaamiseen tai systematiikan hallintaan. Hänen pyrkimyksenä on saada kuva koko oikeudellisesta materiaalista (taso 4). Tämä taso vastaa kysymykseen miksi.²⁷

²⁶ Jyränki 2000, 178–179.

²⁷ Aarnio 1988, 48–49.

Kuvio 1: Oikeusjärjestyksen ymmärtämisen tasot²⁸



Oikeussäännöt ovat löydettävissä oikeuslähteistä. Osa oikeuslähteistä on kansallisia ja osa kansainvälisiä. Oikeuslähde voi olla kirjoitettu tai kirjoittamaton. Kansallisista oikeuslähteistä keskeisin on kirjoitettu laki. Lainsäädännön sisäinen hierarkia on 1) perustuslaki, 2) tavalliset eli eduskuntalait, 3) tasavallan presidentin, valtioneuvoston ja ministeriön asetukset sekä 4) alempien viranomaisten antamat oikeussäännöt. Asetukset ja alempien viranomaisten oikeussäännöt vaativat perustuslain tai tavallisen lain valtuutuksen ja näiden osalta on pääsääntöisesti yksilöity normien antamiseen oikeutettu viranomainen tai valtioelin.²⁹ Mikäli säädettyä lakia ei ole, tulee tuomarin noudattaa oikeudenkäymiskaaren (4/1737) 1 luvun 11 §:n mukaan maan tapaa, mikäli se ei ole kohtuuton.

Muita oikeuslähteitä ovat tuomioistuinratkaisut ja lainvalmistelutyöt. Tuomioistuinratkaisuista tärkeimpiä ovat korkeimman oikeuden ja korkeimman hallinto-oikeuden ratkaisut. Näistä käytetään nimitystä ennakkopäätös. Ennakkopäätös ei ole oikeudellisesti sitova, mutta sillä on tosiasiaa varsin suuri merkitys. Lainvalmistelutyöt selventävät lainsäätäjän tarkoitusta ja lain esitöitä käytetään hyväksi lakien tulkinnassa. Kansallisiin oikeuslähteisiin kuuluvat myös oikeustiede, yleiset oikeusperiaatteet ja reaaliset argumentit.³⁰

Kansainvälisiin oikeuslähteisiin kuuluvat valtiosopimukset ja muut kansainväliset velvoitteet, joihin Suomi on sitoutunut, esimerkiksi Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimus. Nämä ovat velvoittavia oikeuslähteitä. Suomi on Euroopan unionin jäsen, joten Suomea velvoittaa myös unionin oikeus. Näistä merkittävimpiä ovat direktiivit ja asetukset. Asetukset ovat sellaise-

²⁸ Aarnio 1988, 48.

²⁹ Euroopan oikeudellinen verkosto 2004, kohta Oikeusjärjestys – Suomi.

³⁰ Euroopan oikeudellinen verkosto 2004, kohta Oikeusjärjestys – Suomi.

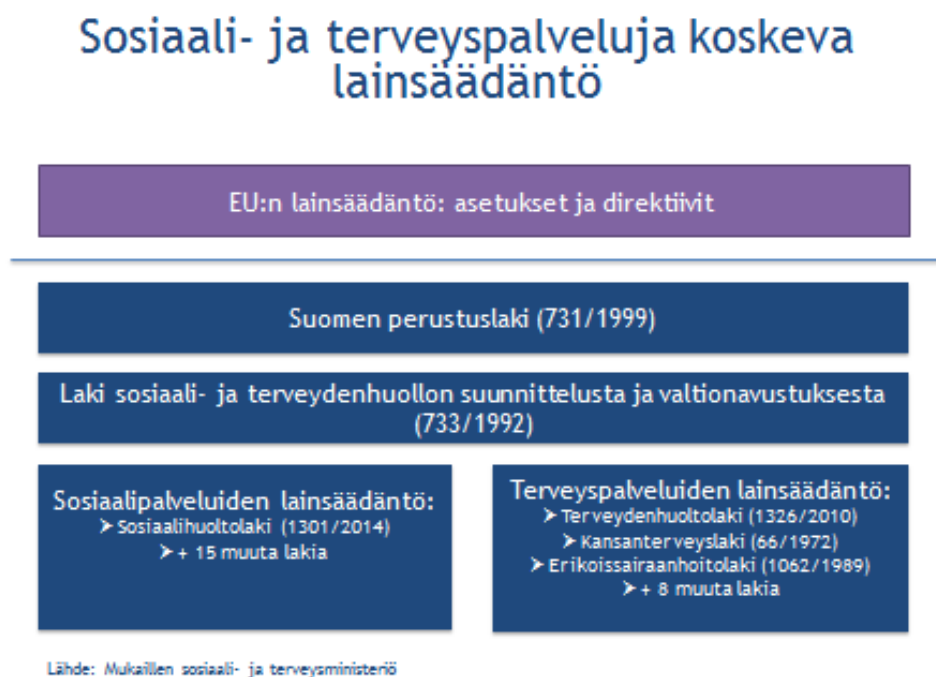
naan sovellettavissa jäsenmaassa, direktiivit pannaan jäsenmaittain täytäntöön. Unionin oikeuden osalta Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen ratkaisulla on merkitystä oikeuslähteenä.³¹

Euroopan unionin oikeudella on ensisijaisuutta koskevan opin mukaisesti etusija kansalliseen oikeuteen nähden. Mikäli unionin sitova sääntö on ristiriidassa kansallisen säännöksen kanssa, on unionin säännös etusijalla, jopa perustuslakiin nähden. Kansallisista oikeuslähteistä vahvasti velvoittavia ovat lainsäädäntö ja maan tapa. Näiden soveltaminen on lakia soveltavalle viranomaiselle virkavelvollisuus. Heikosti velvoittavia oikeuslähteitä ovat lainvalmistelutyöt ja tuomioistuinratkaisut. Sallitut oikeuslähteet eli oikeustiede, yleiset oikeusperiaatteet ja reaaliset argumentit eivät ole velvoittavia, mutta niiden käyttö on sallittua ja ne voivat vahvistaa ratkaisun perusteluja. Kansainväliset sopimukset ovat Suomessa voimassa sen tasoissa, kuin ne on oikeusjärjestyksessä saatettu voimaan. Jos sopimus on saatettu voimaan lailla, ovat määräykset voimassa lain tasoissa ja vastaavasti saatettu voimaan asetuksena, ovat nämä voimassa asetuksen tasoissa.³²

Opinnäytetyössäni on tarkoitus käyttää kuviossa 2 nimeltä esitettyjä lakeja, muuta lainsäädäntöä hyödynnetään tarvittaessa. Työhön ei ole tarkoitus sisällyttää oikeustapaustutkimusta, koska uudesta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaista ei ole vielä toteutuneita oikeustapauksia. Sosiaali- ja terveysalaan liittyvä lainsäädännön rakenne on kuvattu kuviossa 2.

³¹ Euroopan oikeudellinen verkosto 2004, kohta Oikeusjärjestys – Suomi.

³² Euroopan oikeudellinen verkosto 2004, kohta Oikeusjärjestys – Suomi.

Kuvio 2: Sosiaali- ja terveystalveluja koskeva lainsäädäntö³³

Sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen yhteydessä esimerkiksi kuntaa koskevissa lainsäädäntömuutoksissa tulee huomioida, ettei lakiehdotus ole ristiriidassa perustuslain säännösten kanssa. Jos normiristiriitoja syntyy, tulee nämä purkaa perustuslain ja lain tai alemmantason normin väliltä. Lainvalmisteluun on myös ryhdyttävä, mikäli perustuslaki asettaa lainsäätäjään kohdistuvat positiivisen toimintaveloitteen perustuslaillisen oikeuden edistämiseksi tai turvaamiseksi. Lisäksi kaikessa lainsäädännössä tulee huomioida mahdollisimman hyvin perusoikeuksien toteutuminen.³⁴

Oikeuskansleri voi kiinnittää huomiota hallituksen esityksen antamisvaiheessa lakiehdotuksen säätämisyjärjestystä koskevaan kysymykseen. Lakiehdotuksen perustuslainmukaisuuden valvonta on perustuslakivaliokunnan erityistehtävä. Eduskunnan sisällä myös eduskunnan puhemies on keskeinen lakiehdotuksien perustuslainmukaisuuden valvoja. Lainsäädännön jälkivalvontaa tekee perustuslain 106 §:n mukaisesti tuomioistuin. Tuomioistuimen tehtävä on viime kädessä antaa perustuslaille etusija ja huolehtia, ettei lopputulos yksittäisessä oikeustapauksessa ole ilmeisesti perustuslain vastainen. Voimassa olevien lakien perustuslailliset ongelmat voivat tulla esille myös ylimpien laillisuusvalvojien eli eduskunnan oikeusasiamiehen ja valtioneuvoston oikeuskanslerin käytännössä.³⁵

³³ Sosiaali- ja terveysministeriö 2015e, kohta Sosiaali- ja terveystalveluja koskeva lainsäädäntö.

³⁴ Viljanen 2011, 836.

³⁵ Viljanen 2011, 836, 838, 844, 847, 848.

2.2 Perusoikeudet sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta

Suomen perustuslain 2 luvussa säädetään perusoikeuksista. 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. 7 §:ssä säädetään, että jokaisella on oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen sekä turvallisuuteen. 19 §:n mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Tällä taataan jokaiselle oikeus perusturvaan esimerkiksi työttömyyden, sairauden tai vanhuuden aikana. Julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät terveys- ja sosiaalipalvelut sekä oikeus asuntoon ja tukea omatoimisen asumisen järjestämiseen. Julkisen vallan on turvattava 22 §:n perusteella perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen.

2.3 Kunnan tehtävät ja vastuut

Perustuslain 11 luvussa säädetään hallinnon järjestämisestä ja itsehallinnosta. Lain 121 §:n mukaan Suomi jakaantuu kuntiin, joiden hallinto perustuu kunnan asukkaiden itsehallintoon. Kunnan hallinnon yleisistä perusteista ja kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla. Kunnilla on käytössä verotusoikeus. Verovelvollisuuden ja veron määräytymisen perusteista sekä verovelvollisen oikeusturvasta säädetään lailla. Myös itsehallinnosta kuntia suuremmilla hallintoalueilla säädetään lailla.

Perustuslain 11 luvun 122 § määrittelee, että kuntajaon perusteista säädetään lailla. Julkinen hallintotehtävä voidaan antaa vain lailla tai lain nojalla muulle kuin viranomaiselle. Tämän tulee olla tarpeen tehtävän tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi eikä se saa vaarantaa perusoikeuksia, oikeusturvaa tai muita hyvän hallintotavan vaatimuksia. Merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä tehtäviä voidaan antaa vain viranomaiselle.

Kansanvaltaisuuden periaate on vahvistettu perustuslain 2 luvun 22 §:ssä. Vaikka tämä koskee valtiovallan kansanvaltaista järjestämistä, niin kaikella julkisen vallan käytöllä tulee olla demokraattinen perusta. Näin ollen olennainen osa kansanvallan toteuttamisessa on kunnallisella itsehallinnolla. Osana julkista valtaa kunnilla on velvollisuuksia perus- ja ihmisoikeuksien toteuttamisessa. Julkisen vallan käytön tulee perustua lakiin. Kunta on valtiosta erillinen oikeushenkilö, joten lähtökohtaisena edellytyksenä on, että kunnalle asetettavat velvoitteet säädetään laille, ei alemmanasteisilla säännöksillä.³⁶

Kuntalaki (410/2015) määrittelee, että kunnan tehtävänä on hoitaa itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa tehtävät ja järjestää laissa sille erikseen määritellyt tehtävät. Laissa säädetään myös lakisääteisestä yhteistoiminnasta. Kunta voi ottaa itselleen sopimuksella hoidetta-

³⁶ Harjula & Prättälä 2012, 32–33.

vaksi myös muita kuin itsehallintoon kuuluvia julkisia tehtäviä (Kuntal 2 luku 7 §). Kunta voi 8 §:n mukaisesti järjestää laissa säädetyt tehtävät itsenäisesti tai sopia järjestämismääräyksiin siirtämisestä toiselle kunnalle tai kuntayhtymälle. Järjestettävien palveluiden osalta tulee huolehtia muun muassa palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta. Kunta vastaa tehtävien rahoituksesta, vaikka järjestämismääräyksiä olisi siirretty toiselle kunnalle tai kuntayhtymälle. Kuntalain 3 luku säätelee kunnan ja valtion suhteesta. 10 §:ssä on säädetty, että valtiovarainministeriö seuraa yleisesti kuntien toimintaa ja taloutta sekä huolehtii kuntien itsehallinnon huomioon otosta kuntia koskevan lainsäädännön valmistelussa.

Tasavallan presidentti on ratifioinut Yhdistyneiden Kansakuntien taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen sopimuksen vuonna 1975. Tämä astui voimaan tammikuussa 1976. Sopimuksesta käytetään TSS-lyhennettä. Sopimuksella muun muassa määritellään kaikkien ihmiskunnan jäsenten synnynnäinen arvo sekä yhtäläisten ja luovuttamattomien oikeuksien tunnustaminen (Asetus taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen voimaansaattamisesta, 6/1976).

TSS-oikeuksien toteuttamisen ensisijainen vastuu on valtiolla. Kunnille on vahvistettu perustuslain 121 §:ssä itsehallinto. Tästä seuraavat sosiaalisten oikeussäännösten oikeusvaikutukset edellyttävät, että kunnille on erityisillä laeilla annettu säännösten toteuttamisen kannalta merkityksellisiä tehtäviä. Kuntien koskevien sosiaalisten perusoikeusvelvoitteiden riippuvuus täydentävästä lainsäädännöstä on riidaton, jos perustuslain säännös on muotoiltu lainsäätäjään kohdistetuksi toimeksiannoksi. Tällainen säätelymalli koskee esimerkiksi perustuslain 19 §:n sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaa säännöstä. Yksityisen henkilön kannalta hänen oikeutensa välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon ei riipu täydentävästä lainsäädännöstä. Sen sijaan kuntien velvollisuus oikeuden toteuttamiseen edellyttää tehtävästä säätävää lainsäädäntöä.³⁷

Kunnille kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien hoidon määrittelee laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta. Kunnallisen itsehallinnon perustuslainsuoja takaa, ettei kunnille voida tavallisilla laeilla rajoituksitta säätää uusia tehtäviä. Tällä on merkitystä erityisesti kunnan talouden näkökulmasta. Kun uusista tehtävistä säädetään, on huolehdittava että kunnalla on tosiasiallinen mahdollisuus selvittää niistä.³⁸

Sosiaalisten perusoikeuksien toimeksianto- ja heikennyskieltovaikutuksilla on merkitystä kuntien toimintapolitiikassa. Tällä kunnat täsmentävät pakollisten sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien kohdennettuja voimavaroja. Päätöksiä ovat talousarvio sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kunnalliset soveltamisohjeet. Näissä on huolehdittava, että jokaisella turvataan sään-

³⁷ Tuori 2011, 722–723.

³⁸ Tuori 2011, 724.

nösten edellyttävät riittävät palvelut. Myöskään jo saavutettua palvelutasoa ei saa laskea riittävyysminimin alle.³⁹

2.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu ja valtionavustus

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992) määrittää, että kunnan on osoitettava 1 luvun 3 §:n mukaisesti voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät 1) itsenäisesti, 2) sopimuksin muun kunnan tai kuntien kanssa, 3) palvelua tarjoavan kuntayhtymän jäsenenä, 4) hankkimalla palveluita valtiolta, toiselta kunnalta tai kuntayhtymältä, muulta julkiselta tai yksityiseltä palveluntarjoajalta tai 5) antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin. Muualta hankittavan palvelun tulee vastata kunnalliselta toimittajalta vaadittavan palvelun tasoa (STVOL 1 luku 4 §).

Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää kuntayhtymälle tai kunnalle hankeavustusta. Tämä edellyttää, että hankkeella toteutetaan kansallisessa kehittämissuunnitelmassa asetettuja sosiaali- ja terveyspoliittisia tavoitteita ja hankkeessa huomioidaan alueelliset kehittämistarpeet. Valtionavustus voi olla enintään 75 prosenttia ja kunnan tai kuntayhtymän omarahoitussuos vähintään 25 prosenttia valtionavustukseen oikeuttavista kustannuksista (STVOL 2 luku 5b §). Aluevirastot jakavat ministeriön kohdentamat perustamishankkeiden valtionavustukset oman toimialueensa kunnille tai kuntayhtymille (STVOL 2 luku 8 §). Perustamishanke tulee olla välttämätön kunnan tai kuntayhtymän sote-palveluiden turvaamiseksi ja sen on kustannettava vähintään 300 000 euroa (STVOL 4 luku 20 §). Perustamishanke voi olla esimerkiksi tilojen rakentaminen tai peruskorjaus, ei kuitenkaan maa-alueen hankkiminen (STVOL 4 luku 21 §). Perustamishankkeen valtionavustuksen suuruus, maksatus ja mahdollinen takaisinmaksu sekä muutoksenhaku määritetään laissa.

Valtionavustuslaki (688/2001) määrittelee avustuksen myöntämisen yleiset edellytykset. Lain 2 luvun 7 § määrittää, että avustusta voidaan myöntää, jos 1) haettavan valtionavustuksen kohde on yhteiskunnallisesti hyväksyttävä, 2) myöntäminen on perusteltua valtionavustuksen käytölle asetettujen tavoitteiden kannalta, 3) avustuksen myöntäminen on tarpeellinen huomioiden hakijan saama muu julkinen tuki sekä avustuksen kohteena olevan hankkeen tai toiminnan laajuus ja laatu, sekä 4) avustuksen myöntäminen ei aiheuta vähäistä enempää kilpailua tai markkinoiden toimintaa vääristävää vaikutusta muussa Euroopan talousalueeseen kuuluvassa valtiossa. Valtionavustusta saa käyttää vain valtionavustuspäätöksen mukaiseen tarkoitukseen (valtionavustuslaki 4 luku 13 §).

³⁹ Tuori 2011, 725.

Laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta (1704/2009) määrittää kunnan peruspalveluiden valtionosuuden laskennalliset kustannukset. Nämä saadaan laskemalla yhteen tulot, jotka lasketaan huomioimalla ikäluokittain asukkaiden lukumäärä. Tähän lisätään lain 3 luvun 6 §:n mukaisesti kunnan sairastavuuden, työttömyyden, vieraskielisyyden, kaksikielisyyden, saaristolaisuuden, asukastiheyden sekä koulutustaustan perusteella arvioidut kustannukset. Kunnalle voidaan myöntää verotuloihin perustuvaa valtionosuuden lisäystä tai vähennystä sen mukaisesti, onko kunnan laskennallinen verotulo asukasta kohden pienempi vai suurempi kuin euromäärä, jolla lasketaan kuntien tasausraja (7 luku 29 §). Ongelmakunnan valtionosuutta voidaan korottaa, jos kunta on poikkeuksellisten tai tilapäisten talousvaikeuksien vuoksi korotetun tuen tarpeessa ja kunta on hyväksynyt suunnitelman talouden tasapainottamisen toimenpiteistä (7 luku 30 §).

Valtion rahoituksen tarkoituksena on huolehtia, että kaikilla kunnilla on mahdollisuus järjestää laissa säädetyt palvelut kaikille kansalaisille kohtuullisella veroasteella. Valtionavut voidaan jakaa valtionosuuksiin ja valtionavustuksiin. Valtionosuuden osalta kunta voi itse päättää rahoituksen tarkoituksenmukaisimmasta käytöstä. Valtionavustukset tulee puolestaan käyttää tietyn hakumenettelyllä haetun palvelun järjestämiseen.⁴⁰

Valtionosuusjärjestelmä tasaa kuntien välisiä eroja. Kustannuserot kuntien välillä tasataan täysimääräisesti. Tasauksen perusajatuksena on, että valtionosuuskriteereiksi valitaan kuntien välisiä kustannuseroja kuvaavia, kunnan ominaisuuksiin ja palvelutarpeeseen liittyviä tekijöitä, joihin kunta ei voi itse vaikuttaa. Kunnan peruspalveluiden sisältyvää tulotasausta kutsutaan verotuloihin perustuvaksi valtionosuuden tasaukseksi. Tämä perustuu kunnan laskennalliseen verotuloon, ei kunnan todelliseen verotuloon. Yksittäisen kunnan veroprosentin muutoksella ei ole vaikutusta kunnan tasauslisään tai vähennykseen. Valtionosuusjärjestelmä kannustaa kuntia taloudelliseen, tuottavaan ja tehokkaaseen toimintaan. Osuus ei kata kaikkia kunnan menoja, joten osa menoista on katettava kunnan omilla verotuloilla. Kunta ei voi omalla toiminnallaan vaikuttaa osuuden määrään, esimerkiksi lisäämällä kustannuksiaan. Kunta hyötyy, jos se tuottaa palvelut valtionosuuden perusteena käytettävää laskennallista kustannusta edullisemmin.⁴¹

Valtionosuusuudistuksesta sovittiin hallinnon ja aluekehityksen ministeriryöryssä 10.4.2014. Uudistuksen tarkoituksena on yksinkertaistaa ja selkeyttää aiempaa järjestelmää. Laskentakriteerejä vähennetään huomattavasti (esityksessä 50:stä 11:een) ja poistetaan päällekkäisyyksiä.⁴² Uudistuksen osalta lakiin on kirjattu, että kuntien valtionosuus on 25,44 prosenttia ja kuntien omarahoitusosuus 74,56 prosenttia. Uusissa ja laajentuissa valtionosuus-

⁴⁰ Lehtonen 2015, 2-3.

⁴¹ Lehtonen 2015, 5, 6, 8.

⁴² Valtiovarainministeriö 2014, kohta Valtionosuusuudistuksen sisällöstä sovittu.

tehtävissä valtionosuus on 100 prosenttia uusien ja laajentuvien tehtävien laskennallisista kustannuksista ellei valtionosuustehtäviin tehdä vastaavan suuruisia vähennyksiä (Laki kunnan peruspalveluiden valtionosuudesta 10 luku 55 §).

2.5 Terveydenhuolto

Terveydenhuoltoon sisältyvät terveydenhuoltolain (1326/2010) 1 luvun 1 §:n mukaisesti terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito. Lain 4 § määrittää, että kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin. Palveluiden käyttöön on kunnalla tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä oltava myös riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöstöä. Henkilöstöä on myös täydennyskoulutettava (1 luku 5 §). Mikäli kunta tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on kaksikielinen, tulee lain 6 §:n mukaisesti palvelu järjestää myös suomen- ja ruotsinkielisinä. Pohjoismaiden kansalaisille on tarjottava mahdollisuuksien mukaan tarpeellinen tulkkaus- ja käännösapu.

Sosiaali- ja terveysministeriö laatii yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhteiset hoidon perusteet. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on yhteistyössä seurattava näiden toteutumista. Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitos arvioi hoidon perusteiden toteutumista terveydenhuoltolain 1 luvun 7 §:n velvoittamana. Terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvat 7 a §:n mukaisesti ensisijaisesti lääketieteellinen ja hammaslääketieteellinen perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävä tutkimustoiminta, taudinmääritys sekä hoito ja kuntoutus. Kunnan perusterveydenhuolto vastaa potilaan kokonaisuuden yhteensovittamisesta, ellei toisin sovita. Terveydenhuollon toiminnan on oltava terveydenhuoltolain 1 luvun 8 §:n mukaan turvallista, asianmukaisesti toteutettua ja laadukasta. Terveydenhuollon palveluiden tulee vastata sisällöltään ja laajuudeltaan kunnan tai sairaanhoitopiirin asukkaiden hyvinvoinnin, potilasturvallisuuden, terveydentilan ja sosiaalisen turvallisuuden sekä näihin vaikuttavien muun muassa lääketieteellisten tekijöiden seurannan perusteella tarpeellisia edellytyksiä. Palveluiden järjestäminen ja saatavuus tulee olla yhdenvertainen koko kunnan tai sairaanhoitopiirin alueella. Lisäksi palvelut tulee tuottaa lähellä asiakasta, ellei näiden alueellinen keskittäminen oli perusteltua palvelun laadun turvaamiseksi (1 luku 10 §).

Kunnan on seurattava ja edistettävä asukkaidensa hyvinvointia sekä terveyttä terveydenhuoltolain 12 §:n mukaisesti. Tähän liittyvää terveysneuvontaa on sisällytettävä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin. Kunta vastaa myös alueen terveystarkastuksien, kuten seulontojen järjestämisestä (2 luku 13 §). Sosiaali- ja terveydenhuollon on tehtävä yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi terveydenhuoltolain 32 §:n mukaisesti. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tarjoaa erikoissairaanhoidon palveluita ja nämä tulee suunnitella yhteistyössä pe-

rusterveidenhuoltoa tarjoavan kunnan kanssa niin, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden (4 luku 33 §). Toiminnan kehittämiseksi, alueellisesta valmiudesta sekä ensihoitopalveluiden järjestämisestä säädetään tarkemmin laissa.

Terveydenhuoltolain 5 luvussa säädetään erityisvastuualueista (Erva). Näiden tehtävänä on lain 42 §:n mukaisesti järjestää alueensa erikoissairaanhoidon sairaanhoitopiirien kesken. Erva-alueen yliopistollinen sairaala vastaa erityistason vaativasta sairaanhoidosta. Alueen sairaanhoitopiirit suunnittelevat ja sovittavat yhteen alueen erikoissairaanhoidon palvelutuotannon, tietojärjestelmäratkaisut, lääkinnällisen kuntoutuksen, hankinnat ja erilaiset henkilöstökoulutukset sekä maakuntien liittojen kanssa yhdessä työvoiman kysynnän sekä koulutustarjonnan. Erikoissairaanhoidon yhteensovittamisesta on tehtävä erva-alueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien kesken kunnallisvaltuustokausittain erikoissairaanhoidon järjestämissopimus. Tässä sovitaan sairaanhoitopiirien työnjaosta, toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien menetelmien käyttöönottoperiaatteista. Työnjaon tulee edistää palvelun laatua, potilasturvallisuutta, tuottavuutta, tehokkuutta sekä vaikuttavuutta. Tämän tulee lisäksi varmistaa, että toimintayksiköissä on riittävät henkilöstöresurssit ja osaaminen sekä taloudelliset voimavarat (5 luku 43 §). Erityistason sairaanhoidon tehtäviä voidaan myös keskittää valtakunnallisesti jollekin erityisvastuualueelle 45 §:n mukaisesti. Valtion sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle maksamasta koulutuskorvauksesta ja terveyden tutkimuksen rahoituksesta säädetään tarkemmin terveydenhuoltolaissa.

2.5.1 Kansanterveystyö

Kansanterveyslaki (66/1972) määrittelee kansanterveystyön käsitteen lain 1 luvun 1 §:ssä. Tämän mukaisesti kansanterveystyö eli perusterveydenhuolto on yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa yksilön sairaanhoitoa sekä terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ennaltaehkäisy huomioiden. Kunnan on huolehdittava kansanterveystyöstä lainsäädännön mukaisesti (2 luku 5 §). Tämä voidaan tehdä joko yksin, yhdessä toisen kunnan kanssa tai osana kuntayhtymää. Jos lain mukainen tehtävä on annettu kuntayhtymälle, on kuntayhtymälle annettava myös muiden kansanterveystyötä koskevien lakien mukaiset tehtävät. Poikkeuksena jäsenkunta voi hoitaa työterveyshuollon tai ympäristöterveydenhuollon itsenäisesti, toisen kunnan tai kuntayhtymän kanssa.

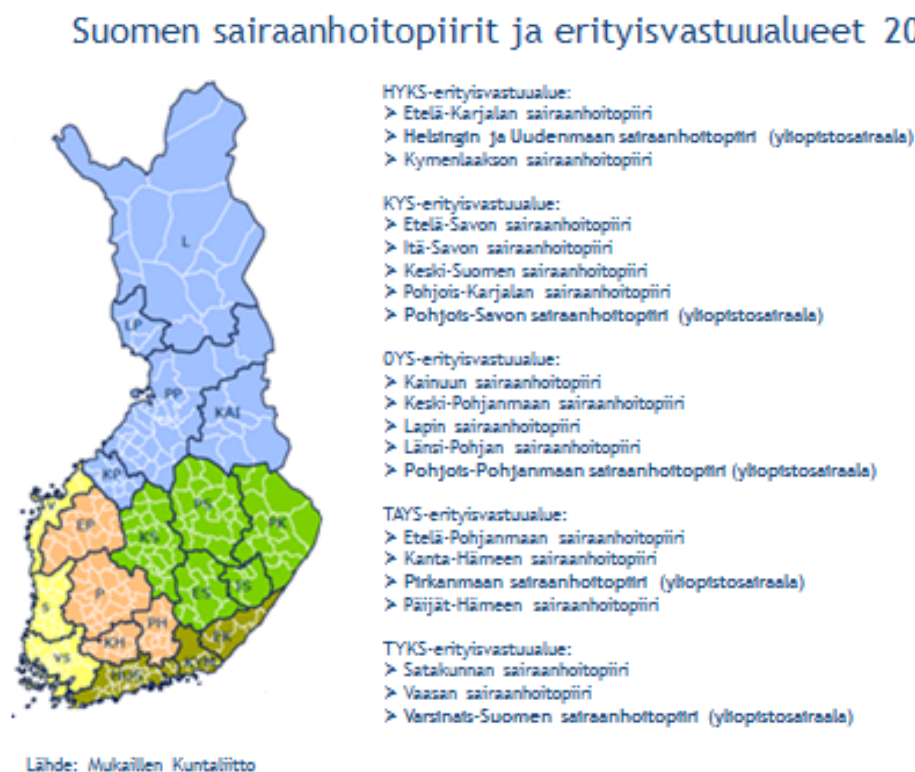
Kansanterveyslain 15 § säättää, että kunnalla tulee olla terveydenhuoltolain määrittelemiä toimintoja varten terveyskeskus. Näitä toimintoja ovat terveydenhuoltolain 13–22 §:ien (poislukien 20 §) sekä 24–29 §:ien mukaisesti terveysneuvonta ja terveystarkastukset, seulonnat, neuvolapalvelut, kouluterveydenhuolto, opiskeluterveydenhuolto, työterveyshuolto, merenkulkijoiden terveydenhuolto, ympäristöterveydenhuolto ja terveydentilaa koskevat todistuk-

set, sairaanhoito, kotisairaanhoito, suun terveydenhuolto, mielenterveystyö, päihdetyö ja lääkinällinen kuntoutus. Kunta voi sopia oppilaitoksen kanssa koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon järjestämisestä (kansanterveyslaki 4 luku 15 §) sekä kotisairaanhoidon järjestämisestä palveluseteleitä hyödyntäen (kansanterveyslaki 4 luku 20 §).

Kansanterveystyön toteutusta ohjataan ja valvotaan. Mikäli osoittautuu, että kunta tai kuntayhtymä on menetellyt virheellisesti tai puutteellisesti kansanterveislain tai terveydenhuoltolain tehtäviä järjestäessään, voi valvova viranomais antaa toiminnasta huomautuksen vastuussa olevalle viran- tai toimenhaltijalle. Mikäli puute ei anna aiheutta huomautukseen tai muihin toimenpiteisiin, voidaan valvottavan huomiota kiinnittää hyvän hallintotavan noudattamiseen sekä toiminnan asianmukaiseen järjestämiseen kansanterveislain 5 luvun 44 §:n mukaisesti.

2.5.2 Erikoissairaanhoito

Jokaisen kunnan on erikoissairaanhoitolain 3 §:n mukaisesti kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Suomessa on 20 sairaanhoitopiiriä, nämä on listattu lain 7 §:ssä. Erityistason sairaanhoidon osalta maa on jaettu viiteen erä-alueeseen. Sairaanhoitopiirit ja erä-alueet on esitetty kuviossa 3.

Kuvio 3: Suomen sairaanhoitopiirit ja erityisvastuualueet 2015⁴³

Sairaanhoitopiirien hallinto on määritelty erikoissairaanhoitolain 5 luvussa. Jäsenkuntien valtuustot valitsevat 16 §:n mukaisesti sairaanhoitopiirien kuntayhtymien liittovaltuuston jäsenet kunnan asukaslukuun perustuen. Kunnan valitsemilla jäsenillä on käytössään yksi ääni jokaista alkavaa 1000 asukasta kohden. Kokonaisuäänimäärä voi olla kuitenkin maksimissaan viidennes kaikkien jäsenkuntien jäsenten yhteenlasketusta rajattomasta äänimäärästä. Kunnan edustajien äänimäärä jakautuu tasaisesti osallistujien kesken (5 luku 17 §). Käytännössä asukasluvultaan isojen kuntien päätösvalta liittovaltuustossa on korostettu. Sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevalla lääkäriskoulutusta antavalla yliopistolla on lisäksi oikeus nimetä sairaanhoitopiirin liittovaltuustoon ja -hallitukseen kaksi jäsentä. Yliopiston edustajien äänimäärä on 10 prosenttia kuntien liittovaltuustojen valitsemien edustajien yhteenlasketusta äänimäärästä. Heillä ei kuitenkaan ole erikoissairaanhoitolain 6 luvun 25 §:n mukaisesti äänioikeutta liittohallitusta valittaessa.

2.5.3 Potilaan asema, oikeudet ja hoitotakuu

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 2 luku määrittää potilaan oikeudet. Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon terveydenhuollon käytettävissä olevien voimavarojen ra-

⁴³ Kuntaliitto 2015, kohta Sairaanhoidon erityisvastuualueet ja sairaanhoitopiirit 2015.

joissa. Potilaalla on oikeus lain 3 §:n mukaisesti laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon.

Terveydenhuollon hoidon yhdenvertaisuus ja saatavuus turvataan lailla. Vuoden 2005 lainsäädäntöuudistuksessa kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoitolakiin kirjattiin säännökset potilaan hoidon ja tutkimuksen aikarajoista julkisessa terveydenhuollossa. Nämä säännökset on sisällytetty vuonna 2011 voimaan tulleeseen terveydenhuoltolakiin.⁴⁴ Terveydenhuoltolain 6 luvun 50 §:n mukaan muun muassa kiireellinen sairaanhoito on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Tätä varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys.

Perusterveydenhuollon ammattihenkilökunnan on tehtävä potilaan hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta terveyskeskukseen, jos arviota ei voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavasta erikoissairaanhoidosta on tarpeen arviointi aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta toimintayksikköön. Tarpeellinen hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitava kehitys huomioiden kohtuullisessa ajassa, kuitenkin pääsääntöisesti kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista (Terveydenhuoltolaki 6 luku 51 §).

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa terveydenhuoltolain 6 luvun 52 §:n mukaan siitä, että sekä kiireellisen että lähetteeseen perustuva hoito arvioidaan ja järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin perustein. Kiireettömässä sairaanhoidossa hoidon järjestäminen edellyttää tutkimukseen perustuvaa lähetettä. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Jos tämä vaatii erikoislääkärin arviointia tai tarkempia tutkimuksia, niin arviointi ja tutkimukset on toteutettava kolmen kuukauden kuluessa lähetteen saapumisesta sairaanhoitopiirin sairaalaan tai erikoissairaanhoitoa toimittavaan yksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito tai neuvonta on aloitettava ja järjestettävä hoidon kiireellisyys huomioiden kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa hoidon tarpeen toteutamisesta.

Terveydenhuoltolain 6 luvussa säädetään hoitoon pääsystä. Tämän mukaisesti henkilöllä on oikeus valita hoidon tarjoaja. Potilaan valinnanvapaudella tarkoitetaan henkilön oikeutta valita hoitopaikkansa sekä häntä hoitava terveydenhuollon ammattilainen. Valinnanvapaus koskee tällä hetkellä julkista terveydenhuoltoa. Mikäli kunta käyttää palveluseteliä, voidaan tätä hyödyntää myös muunkin kuin julkisen palveluntarjoajan palveluissa. Potilas voi valita asuinkunnan terveyskeskuksien välillä ja erityisvastuualueiden hoitopaikkojen välillä. Erikoissairaan-

⁴⁴ Kotisaari & Kukkola 2012, 15.

hoidon yksikkö päätetään yhdessä lähettävän lääkärin kanssa. Potilaalla on oikeus valita hoitopaikka koko Suomen alueelta.⁴⁵

2.5.4 Potilasliikkuvuusdirektiivi

Potilasliikkuvuusdirektiivi (2011/24/EU) mahdollistaa potilaalle oikeudet rajat ylittävään terveydenhuoltoon. Jäsenvaltioilla on edelleen vastuu turvallisen, laadukkaan, tehokkaan ja määrällisesti asianmukaisen terveydenhuoltopalvelun tuottamisesta kansalaisilleen alueellaan. Direktiiviä sovelletaan potilaisiin, jotka hakeutuvat hoitoon muussa jäsenvaltiossa kuin vakuutusjäsenvaltiossa. Rajat ylittävään terveydenhuoltoon on sovellettava sääntöjä, joista säädetään jäsenvaltion lainsäädännössä. Direktiivin mukaan esimerkiksi Suomen kansalainen voi valita hoidon EU-maiden alueelta ja saada hoidostaan Suomen hoitoa vastaavan korvauksen.

2.6 Sosiaalipalvelut

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) määrittää, että kunnan asukkaan saatavissa on oltava sosiaalihuollon ohjausta ja neuvontaa. Sosiaalihuollon on tarvittaessa toimittava yhteistyössä terveysneuvontaa järjestävän perusterveydenhuollon ja muiden toimialueiden kanssa (SHL 2 luku 6 §). Lain 3 luvun 12 §:n mukaan kiireellisessä tapauksessa jokaisella kunnassa oleskelevalla henkilöllä on oikeus saada yksilölliseen tarpeeseen perustuvat sosiaalipalvelut niin, ettei hänen oikeutensa välttämättömään toimeentuloon tai huolenpitoon vaarannu. Ei-kiireellisessä tapauksessa jokaisella on oikeus saada riittävät sosiaalihuollon palvelut omalta kotikunnalta tai kuntayhtymältä, johon kotikunta kuuluu, mikäli laissa ei toisin säädetä. Lapsilla ja lasten perheillä on oikeus saada viipymättä lapsen kehityksen ja terveyden kannalta välttämättömät sosiaalipalvelut riittävässä laajuudessa ja tarvittavina vuorokaudenaikoina (SHL 3 luku 13 §).

Sosiaalihuoltolain 4 §:n ja 5 §:n mukaan sosiaalihuollon toteuttamisessa on ensisijaisesti huomioitava asiakkaan ja erityisesti lapsen etu. Asiakkaalla on oikeus saada laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja kohtelua ilman syrjintää (SHL 4 luku 30 §). Yleiset kunnalliset sosiaalipalvelut tulee soveltua kaikille asiakkaille. Tarvittaessa henkilö voidaan ohjata erityispalvelun piiriin. Palvelut tulee toteuttaa siten, että niihin on mahdollista hakeutua oma-aloitteisesti riittävän aikaisessa vaiheessa. Palvelut on pyrittävä järjestämään eri hallinnonalan palveluiden yhteydessä, mikäli tämä edistää parempaa kokonaispalvelua (SHL 4 luku 33 §). Sosiaalihuoltoa toteutetaan yhteistyössä eri toimijoiden kanssa niin, että sosiaalihuollon ja muiden hallinnonalojen palvelut muodostavat asiakkaan edun mukaisen kokonaisuuden (SHL 4 luku 41 §).

⁴⁵ Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2015, kohta Potilaan valinnanvapaus.

Asiakkaalla on oikeus saada päätös sosiaalipalveluiden järjestämisestä, kiireellisessä tapauksessa asia on käsiteltävä ja päätös tehtävä käytettävissä olevien tietojen perusteella viipymättä siten, ettei asiakkaan oikeus välttämättömään toimeentuloon tai huolenpitoon vaarannu. Ei-kiireellisissä asioissa päätös on tehtävä ilman aiheetonta viivytystä, kun asia on tullut vireille. Kiireellisissä tapauksissa päätös on toimeenpantava välittömästi ja muissa tapauksissa ilman aiheetonta viivytystä, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa asian vireilletulosta (SHL 4 luku 45 §).

2.7 Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut

Asiakasmaksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992). Lain 1 §:n mukaan kunnallisista sosiaali- ja terveystalv palveluista voidaan periä maksu, ellei laki toisin määrää. Maksu voidaan periä henkilön maksukyvyyn mukaisesti. Tämän enimmäismäärä saa olla 2 §:n mukaan palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannuksien mukainen. Maksu voidaan periä myös, mikäli henkilö ei ole saapunut varattuna aikana vastaanotolle ilman hyväksyttävää syytä (1 luku 3 §). Maksuttomat sosiaali- ja terveystalv palvelut on listattu laissa, samoin tarkemmat tiedot eri palveluiden, esimerkiksi lasten päivähoidon, maksuista. Kohtuuttoman korkeiden maksujen osalta on säädetty maksukatto lain 6a §:ssä. Käyttäjakohtainen kalenterivuotuinen asiakasmaksujen enimmäismäärä on 590 euroa. Alle 18-vuotiaan henkilön käyttämien palveluiden maksu huomioidaan yhdessä hänen vanhempansa tai muun huoltajansa maksujen kanssa.

3 Terveydenhuollon historia ja hyvinvointipolitiikka

Terveydenhuollon historia ja hyvinvointipolitiikka -kokonaisuuden tavoitteena on käsitellä Suomen terveydenhuollon historiaa ja hyvinvointipolitiikkaa. Luvussa perehdytään Kataisen, Stubbin ja Similän hallitusten hallitusohjelmiin sote-uudistuksen osalta sekä Suomen eduskunnassa toimivien puolueiden puolueohjelmiin erityisesti hyvinvointipolitiikan näkökulmasta.

3.1 Suomen terveydenhuollon historiaa

Yrjö Mattila on kuvannut Suomen terveydenhuollon kehitystä tutkimuksessaan ”Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista”. Suomen terveydenhuollon muodostumiseen vaikuttivat ennen itsenäisyyden ajan alkua erityisesti valtiopäivien koolle kutsuminen 1860-luvulla ja tämän seurauksena toteutettu kunnallishallinnon uudistaminen. Tällöin uusille kunnille tuli vastuulle myös asukkaiden terveydenhuollon järjestäminen. Tätä aiemmin terveydenhuollon keskeisenä toimeenpanija oli toiminut valtiovalta, jota edustivat kenraalikuvernööri sekä senaatti. 1800-luvulla luotiin myös pohja nykyiselle

valtioapujärjestelmälle. Ennen itsenäisyyden alkua terveydenhuollon edistämisen esteinä olivat erityisesti elinkeinorakenteen yksipuolisuus ja tästä seurannut varojen puute.⁴⁶

Suomen itsenäisyyden alkuaikoina oli terveydenhuollossa voimassa autonomian aikainen malli. 1920-luvun lopulla tilanne alkoi muuttua, kun eduskunnan käsittelyssä oli esitys sairausvakuutuksesta. Uusi köyhäinhoitolaki hyväksyttiin vuonna 1922. Tämä velvoitti kunnat perustamaan kunnalliskoteja ja työlaitoksia joko yksin tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa. Kehitystä hidasti 1930-luvun lama-aika ja toinen maailmansota. Kuitenkin vuonna 1937 kansaneläkejärjestelmä synnytetettiin ja säädettiin laki äitiysavustuksista. Äitiysavustuksen tärkein muoto oli vuodesta 1941 lähtien jaettu äitiyspakkaus.⁴⁷

Niin sanottu tammikuun kihlaus solmittiin vuonna 1940. Tällä on ollut myöhemmin merkittäviä vaikutuksia muun muassa terveydenhuoltoon ja sen kehittymiseen. Tammikuun kihlauksessa työmarkkinaosapuolet tunnustivat toisensa neuvottelukumppaneina. Toisen maailmansodan päätyttyä terveydenhuollon rakenteita alettiin uudistaa aloittamalla keskussairaala verkoston rakentaminen sekä avosairaanhoidon kehittäminen. Sodan jälkeen myös työehtosopimustoiminta lisääntyi. 1960-luvulla työmarkkinaosapuolet alkoivat edistää työterveyshuoltoa, samoin sosiaalipoliittisia uudistuksia, joita tehtiin 1960–1980-luvuilla keskitettyjen ratkaisujen sosiaalipaketeissa.⁴⁸

Huoltohallinto uudistettiin lailla sosiaalihuollon hallinnosta vuonna 1950. Tämän seurauksena kuntiin perustettiin sosiaalilautakunnat. Vuoden 1956 huoltoapulaki velvoitti kunnan antamaan muun muassa tarpeenmukaisen elatuksen jokaiselle sitä tarvitsevalle. 1960-luvulla Suomi sai useiden tuloksettomien yrityksien jälkeen aikaiseksi sairausvakuutusjärjestelmän (1964). Samanaikaisesti valmistelussa oli kunnanlääkärijärjestelmän korvaaminen kansanterveysjärjestelmällä (kansanterveyslaki 1972). Vuonna 1991 voimaan tullut erikoissairaanhoidon laki erotteli aiempaa täsmällisemmin terveydenhuollon perus- ja erikoispalvelut.⁴⁹

Sairausvakuutusjärjestelmän perustaminen vuonna 1963 loi monikanavaisen rahoituksen mallin. Tästä alkaen terveystalouksia ovat rahoittaneet yhdessä valtio, kunnat, työnantajat, sairausvakuutus sekä palveluiden käyttäjät. Mallin tehokkuuteen on vaikuttanut erityisesti vuonna 1993 tehty valtionosuusuudistus, jonka jälkeen erityisesti kuntien kustannustietoisuus lisääntyi ja samalla se siirsi kuntien kannusteet ja kiinnostuksen palvelujen kehittämisestä kustannuskehityksen hallintaan.⁵⁰

⁴⁶ Mattila 2011, 45.

⁴⁷ Mattila 2011, 59, 65, 67.

⁴⁸ Mattila 2011, 68.

⁴⁹ Mattila 2011, 68, 108, 123, 155.

⁵⁰ Pekurinen ym. 2011, 22–23.

1980-luku oli sosiaali- ja terveydenhuollon osalta kehittymisen aikaa. Tällöin suomalainen sosiaali- ja terveysturva lähestyivät muiden Pohjoismaiden tasoa. 1990-luvun lama-aikana sosiaali- ja terveysturvan kehittäminen muuttui erilaisten etuuksien leikkaamiseksi. Sama kehitys heijastui vielä 2000-luvun puolellekin. Vuoden 1993 valtiosuus uudistus muutti myös paradigman terveystalouden maksuttomuudesta. Uudistus lisäsi enenevässä määrin kansalaisten omaa vastuuta terveydenhuollon kustannuksista. Perusoikeusuudistus vuonna 1995 takasi muun muassa henkilöille oikeuden välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Hoitotakuun valmistelu alkoi vuonna 2001, kun valtioneuvosto päätti toteuttaa kansallisen hankkeen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Tämän hankkeen tavoitteiksi asetettiin väestön terveystarpeet huomioivan hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen koko Suomessa asukkaiden maksukyvyistä riippumatta. Hoitotakuuta koskeva laki tuli voimaan vuonna 2005.⁵¹

Vuonna 2007 käynnistetty Paras-hanke osana kunta- ja palvelurakenteen uudistusta on edistänyt kuntien välistä yhteistyötä terveydenhuollon toteuttamiseksi. Hankkeen tavoitteena oli luoda vähintään 20 000 asukkaan väestöpohja sosiaali- ja terveystalouden järjestämiseen. Paras-kokeilulaki päättyi vuoden 2012 lopussa. Hallitus antoi vuonna 2010 esityksen, jonka mukaisesti kuntien velvollisuus on saavuttaa tavoiteltu väestöpohja joko muodostamalla kuntayhtymiä tai yhteistoiminta-alueita vuoteen 2013 mennessä.⁵² Tämä ei kuitenkaan kaikilta osin ole toteutunut. Uusi terveydenhuoltolaki tuli voimaan vuonna 2011. Hallitus antoi esityksen uudeksi laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuonna 2014. Lakiesitys kaatui perustuslaillisiin ongelmiin ja Juha Sipilän johtaman hallituksen on tarkoitus jatkaa uudistustyötä osana Sipilän hallituksen hallitusohjelmaa.

3.2 Hyvinvointipolitiikka Suomessa ja Euroopan unionissa

Hyvinvointipolitiikalla tarkoitetaan yhteiskunnan toimintaa, jonka tavoitteena on väestön hyvinvointi, sen ylläpitäminen ja parantaminen. Hyvinvointipolitiikka sisältää myös suunnittelu- ja hallintojärjestelmän, joka toimeenpanee hyvinvointitiedot ja -palvelut. Yleensä hyvinvointipolitiikkaa tuottaa valtio. Hyvinvointipolitiikan avulla ohjataan erityisesti yhteiskunnallisen toimeentuloturvan järjestämistä sekä laaja-alaisesti ymmärrettävien hyvinvointipalvelujen tuottamista. Hyvinvointipolitiikka koskee erityisesti kuntatason palvelujärjestelmää.

YK määrittelee hyvinvoinnin ihmisen tarpeiden tyydytyksen tilaksi tai virraksi.⁵³ YK:ssa luotu elintasoluokitus sisältää listan tekijöistä, jotka ihmisen tulee tyydyttää voidakseen hyvin. Näitä ovat terveys, ruoankulutus ja ravitsemus, koulutus, työllisyys ja työolot, asuminen, sosiaa-

⁵¹ Mattila 2011, 192, 218, 225, 232, 238.

⁵² Mattila 2011, 214–242.

⁵³ Niemelä 2010, 16–17.

liturva, vaatetus, virkistys sekä ihmisoikeudet.⁵⁴ Hyvinvointipolitiikan eri osa-alueiden tavoitteena on turvata inhimillisen elämän hyviä asioita. Sosiaalipolitiikan professori Pauli Niemelä jäsentelee hyvinvointipolitiikan taulukon 1 mukaisesti.⁵⁵

Taulukko 1: Hyvinvointipolitiikan osa-alueet toimintateoreettisessa kehyksessä.⁵⁶

Hyvinvointipolitiikan tasot	Hyvinvointipolitiikan ulottuvuudet		
	Aineellinen	Sosiaalinen	Henkinen
Resurssipolitiikka	Tulopolitiikka	Sosiaaliturvapolitiikka ja sosiaalipalvelut	Kulttuuripolitiikka
Osallisuuspolitiikka	Työpolitiikka	Kansalaistoimintapolitiikka	Koulutuspolitiikka
Tarpeentyydytyksen politiikka	Terveyspolitiikka Asuntopolitiikka	Perhepolitiikka	Kasvatuspolitiikka
Hyvinvoinnin ympäristö	Ympäristöpolitiikka (luontoympäristön elinkelpoisuus)	Aluepolitiikka (yhdyskuntarakenne)	Kulttuuriympäristö (ihmisarvo ja suvaitsevaisuus)

Kaarlo Tuori käsittelee hyvinvointivaltion tunnusmerkkejä teoksessaan ”Sosiaalioikeus”. Hyvinvointivaltion tunnusmerkeiksi voidaan asettaa sosiaaliturvan ja terveydenhuollon menojen eli sosiaalimenojen tietty osuus julkisten menojen kokonaisuudesta tai kansantuotteesta. Tätä mallia voidaan kritisoida, sillä se sivuuttaa sosiaalipoliittisten järjestelmien rakenteelliset piirteet. Tämän vuoksi hyvinvointivaltion tunnusmerkit tulee kiinnittää julkiselle vallalle tyypillisiin tehtäviin. Hyvinvointivaltiolla ominaisia tehtäviä ovat sosiaali- ja koulutuspolitiikka. Lisäksi hyvinvointivaltiossa julkisen vallan päivittäisiä tehtäviä eivät hallitse perinteinen järjestyksenpito, vaan yksilöiden ja perheiden hyvinvointiin liittyvät tehtävät. Hyvinvointivaltio ei ole sama asia kuin tietyn vauraudellisen tason saavuttanut yhteiskunta. Hyvinvointivaltiossa julkinen valta kantaa vastuun perustavan hyvinvoinnin takaamisesta yhteiskunnan jäsenille. Julkinen valta rahoittaa, tuottaa pääosin sekä jakelee perushyvinvoinnin turvaavat etuudet.⁵⁷

Euroopan unioni ei ole saanut sovittua yhteisestä eurooppalaisesta hyvinvointimallista. Erilaisien hyvinvointimallien yhteistä nimittäjää on kutsuttu Euroopan sosiaaliseksi malliksi.⁵⁸ Barcelonan Eurooppa-neuvosto määritteli sosiaalisen mallin vuonna 2002 seuraavasti: ”Euroopan sosiaalinen malli perustuu hyvään taloudelliseen suorituskykyyn sekä sosiaalisen suojelun, koulutuksen ja työmarkkinaosapuolten välisen vuoropuhelun korkeaan tasoon. Aktiivisen hy-

⁵⁴ Yhdistyneet Kansakunnat 1961, 4.

⁵⁵ Niemelä 2010, 35.

⁵⁶ Niemelä 2010, 35.

⁵⁷ Tuori 2004, 67–68.

⁵⁸ Saari 2010, 420.

vinovointivaltion olisi rohkaistava ihmisiä työntekoon, sillä työ on paras sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisemisen tae.”⁵⁹

Euroopan sosiaalisen mallin käsitteestä voidaan nimetä kymmenen erilaista piirrettä: arvot, yhteinen identiteetti, syrjimättömyys, kumppanuus, yhteiset haasteet, yhteiset instituutiot, yhteiset prosessit, yhteinen sosiaalinen tila, sitoutuminen hyvinvointivaltioon ja eurooppalainen ulottuvuus. Eurooppalaiset jakavat yhteiset arvot. Näiden kattava listaus on Nizzan sopimuksen yhteydessä hyväksytyssä perusoikeuskirjassa. Eurooppalaisilla on myös yhteinen identiteetti suhteessa Kiinaan, Intiaan, Yhdysvaltoihin ja Japaniin.⁶⁰

EU:n jäsenvaltiot ovat sitoutuneet yksiköiden syrjimättömyyteen esimerkiksi sukupuolesta, kansalaisuudesta, uskonnollisesti suuntautumisesta ja rodusta riippumatta. Unionin jäsenmaita yhdistää vahva sosiaalisen vuoropuhelun ja kumppanuuden perinne ja periaate sekä työnantajien ja työntekijöiden että hallitusten välillä. Jäsenvaltioilla on yhteisiä rakenteellisia haasteita, kuten väestön ikääntyminen, työmarkkinoiden muutos ja työttömyys sekä elinkeinoelämän rakennemuutos. Unionin jäseniä yhdistävät myös yhteiset instituutiot, kuten jäsenyyden unionissa, yhteisön organisaatiot, lainsäädäntö sekä talous- ja rahaliitto.⁶¹

Euroopan unionin yhteisistä prosesseista tärkeimpiä ovat talouspolitiikan laajat suuntaviivat, Euroopan työllisyysstrategia sekä sisämarkkinoiden toimeenpanoon keskittyvä rakennusprosessi. Jäsenvaltiot ovat sitoutuneet yhteisen sosiaalisen tilan rakentamiseen, jossa jäsenvaltioiden kansalaisilla on yhtäläisiä oikeuksia. Euroopan julkisen sektorin ytimen muodostavat hyvinvointivaltiot. Näiden julkisella sektorilla on merkittävä rooli kansallisten järjestelmien organisoinnissa, rahoituksessa ja yleishyödyllisten palveluiden tuottamisessa. Eurooppalainen ulottuvuus tukee ja vahvistaa erilaisia kansallisia järjestelmiä. Vuorovaikutus nähdään kaksisuuntaisena, toimivallan luovuttaminen EU-tasolle ei välttämättä tarkoita kansallisen liikumavaran pienenemistä, vaan kyseessä voi olla myös sen mahdollistaminen.⁶²

3.3 Sote-uudistus pääministeri Kataisen, Stubbin ja Sipilän hallitusohjelmissa

Eduskuntavaalien jälkeen pääministerin valinta aloitetaan eduskuntaryhmien neuvotteluilla hallitusohjelmasta ja tulevan hallituksen kokoonpanosta. Neuvotteluja vetää eduskuntavaalit voittaneen puolueen puheenjohtaja. Tasavallan presidentti antaa eduskunnalle tiedon pääministeriehdokkaasta neuvottelutuloksen perusteella kuultuaan ensin eduskunnan puhemiestä. Eduskunta valitsee pääministerin ja tehtävään hänet nimittää tasavallan presidentti. Hallitusohjelma on hallituspuolueiden hyväksymä hallituksen toimintasuunnitelma. Siinä sovitaan hal-

⁵⁹ Eurooppa-neuvosto 2002, 8.

⁶⁰ Raunio & Saari 2009, 71.

⁶¹ Raunio & Saari 2009, 72–73.

⁶² Raunio & Saari 2009, 73–75.

lituksen tärkeimmistä tehtäväalueista ja uuden hallituksen tulee antaa tämä viivytyksettä eduskunnalle tiedoksi. Hallitusohjelman toimeenpanoa valvoo pääministeri.⁶³

Pääministeri Jyrki Kataisen hallitus julkaisi hallitusohjelmansa 22.6.2011. Hallitukseen kuului tuolloin kuusi puoluetta: Kokoomus, SDP, RKP, Vasemmistoliitto, Vihreät ja Kristillisdemokraatit.⁶⁴ Kataisen johtaman hallituksen hallitusohjelman mukaisesti sosiaali- ja terveystalouden keskeinen tavoite on väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen korostaen peruspalveluita sekä ennaltaehkäisevää työtä. Sosiaali- ja terveystalouden rakenteita uudistetaan osana kuntarakenteen uudistamista. Hallitusohjelmassa soten järjestämis- ja rahoitusvastuu säilytetään kunnilla. Laadukkaiden palveluiden takaamiseksi tulee muodostaa järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä vahvoja peruskuntia. Poikkeusmenettelyin myös kunnat yhdessä voivat muodostaa järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä, väestöpohjaltaan riittävän suuria sosiaali- ja terveydenhuoltoalueita. Palvelurakennemuutostutkimus selvitetään osana kunta- ja palvelurakenneselvitystä.⁶⁵

Pääministeri Kataisen hallitusohjelman mukaisesti kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuoltoalueet vastaavat peruspalveluista, osasta erikoissairaanhoidon tehtäviä sekä sosiaalihuollon tehtävistä tavoitteena mahdollisimman laaja palvelukokonaisuus. Kunnat ja sote-alueet vastaavat erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon tehtävistä tarkoituksenmukaisella työnjaolla yhdessä. Tätä varten on viisi erityisvastuualuetta. Erva-alue hoitaa vaativat ja keskitettävät terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut sekä hoitaa oman alueensa tutkimus-, kehittämis- ja koulutustehtäviä. Palvelurakennemuutostutkimuksen toteuttamiseksi säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, rahoitusta, kehittämistä ja valvontaa koskeva laki. Kunta voi tuottaa järjestämisvastuullaan olevat palvelut itse, yhdessä toisten kuntien kanssa tai ostaa ne toiselta kunnalta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmiä kehitetään, järjestelmät saatetaan yhteensopiviksi ja mahdollistetaan tietojenvaihto.⁶⁶

Pääministeri Alexander Stubbin hallitusohjelma annettiin tiedoksi eduskunnalle 24.6.2014. Stubbin hallitukseen kuului tuolloin viisi puoluetta: Kokoomus, SDP, RKP, Vihreät ja Kristillisdemokraatit.⁶⁷ Pääministeri Stubbin hallitusohjelmassa sitouduttiin pääministeri Kataisen hallituksen ja opposition tekemään sote-linjaukseen, jonka mukaisesti keskeiset hyvinvointipalvelut turvataan sosiaali- ja terveystalouden uudistuksella. Kansallisella ja sote-alueiden ohja-

⁶³ Valtioneuvosto 2015a, kohta Valtioneuvoston nimittäminen ja järjestäytyminen.

⁶⁴ Valtioneuvosto 2015b, kohta Hallituksen tiedot ja kokoonpanot.

⁶⁵ Valtioneuvoston kanslia 2011, 56.

⁶⁶ Valtioneuvoston kanslia 2011, 56–57.

⁶⁷ Valtioneuvosto 2015b, kohta Hallituksen tiedot ja kokoonpanot.

uksella huolehditaan, että uudistuksen tavoite kestävyysvajeen supistumisesta saavutetaan. Lisäksi sote-rahoitusjärjestelmän uudistamisen parlamentaarista selvitystyötä jatketaan.⁶⁸

Pääministeri Juha Sipilän hallitus julkaisi hallitusohjelmansa 29.5.2015. Sipilän hallitukseen kuuluu kolme puoluetta: Keskusta, Perussuomalaiset ja Kokoomus. Ohjelmassa hallitus määrittelee hyvinvoinnin ja terveyden osalta tavoitteet seuraavalle kymmenelle vuodelle. Tämän mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa keskitytään ennaltaehkäisyyn, hoitoketjujen sujuvuuteen, henkilöstön hyvinvointiin ja tietojärjestelmien toimivuuteen. Uudistuksien kautta tavoitellaan yhteisillä varoilla enemmän terveyttä ja hyvinvointia. Hyvinvoinnin ja terveyden kärkihankkeina hallitusohjelma listaa palveluiden asiakaslähtöisyyden, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä eriarvoisuuden vähentämisen, lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelman toteuttamisen, ikäihmisten kotihoidon kehittämisen, kaiken ikäisten omaishoidon vahvistamisen sekä osatyökykyisille työnteon mahdollistamisen.⁶⁹

Sipilän hallitusohjelmassa sosiaali- ja terveystalouden uudistamisen tavoitteena on ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden kannalta tärkeä palveluketjujen saumaton kokonaisuus, kustannusten hallinta ja terveyserojen kaventaminen. Hallitus valmistelee uuden järjestämiskäytännön kuntaa suurempien itsehallintoalueiden pohjalta, alueita tulee maksimissaan 19 kappaletta. Alueen vastuulla on sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen. Kansanvaltaisuuden turvaamiseksi sote-alueiden johtamisesta vastaavat vaaleilla valitut valtuustot.⁷⁰

Sote-ratkaisun eteneminen on jaettu hallitusohjelmassa kolmeen osaan: 1) julkisten sosiaali- ja terveystalouden integraatio ja rakenneuudistus, 2) siirtyminen yksikanavaiseen rahoitukseen ja 3) valinnanvapauden sekä tuotannon monipuolistuminen. Sote-alueet voivat tuottaa palvelut itsenäisesti tai ostaa palveluita yksityisiltä ja kolmannen sektorin palveluntarjoajilta. Uudistuksen tavoitteena on turvata ihmisille nopea hoitoonpääsy sekä vahvistaa perustason palveluita. Lainvalmistelun ensimmäisen vaiheen rahoitusvaihtoehtona selvitetään kuntien ja/tai valtion rahoitusmallit huomioiden perustuslain vaatimukset. Toisessa vaiheessa siirrytään yksikanavaiseen rahoitusmalliin työterveyshuollon asema huomioiden.⁷¹

3.4 Eduskunnan ja valtioneuvoston puoluerakenne 2000-luvulla

Suomessa järjestetään eduskuntavaalit neljän vuoden välein. Vaalien tuloksen perusteella valitaan hallitusneuvottelija, jonka neuvottelutyö päättyy uuden valtioneuvoston eli hallituksen nimeämiseen. 2000-luvulla eduskuntavaalit on järjestetty vuosina 2003, 2007, 2011 ja 2015. Vaalikauden ajan politiikka ja lainsäädäntö ovat hyvin pitkälti vallassa olevien ja valtio-

⁶⁸ Valtioneuvoston kanslia 2014, 2.

⁶⁹ Valtioneuvoston kanslia 2015a, 18–20.

⁷⁰ Valtioneuvoston kanslia 2015a, 26.

⁷¹ Valtioneuvoston kanslia 2015a, 26–27.

neuvostossa istuvien puolueiden hallinnassa. Tämän takia voidaan sanoa, että lainsäädäntö on kulloinkin valtaapitävien oikeutta. Taulukossa 2 on kuvattu eduskunnan paikkajako puolueittain 2000-luvun eduskuntavaalien yhteydessä.

Taulukko 2: Eduskunnan paikkajako puolueittain vuosien 2003–2015 eduskuntavaaleissa.

Puolue	Vuosi 2003 paikat ⁷²	Vuosi 2007 paikat ⁷³	Vuosi 2011 paikat ⁷⁴	Vuosi 2015 paikat ⁷⁵
Kansallinen Kokoomus	40	50	44	37
Perussuomalaiset	3	5	39	38
Ruotsalainen kansanpuolue	8	9	9	9
Suomen Keskusta	55	51	35	49
Suomen Kristillisdemokraatit	7	7	6	5
Suomen Sosiaalidemokraattinen Puolue	53	45	42	34
Vasemmistoliitto	19	17	14	12
Vihreä liitto	14	15	10	15
Muut ryhmät	1	1	1	1

Anneli Jäätteenmäen (Keskusta) johtama hallitus työskenteli ajalla 17.4.2003–24.6.2003. Hallitukseen kuului kolme puoluetta: Keskusta, SDP ja RKP. Hallitukselle kertyi yhteensä 69 hallituspäivää.⁷⁶ Matti Vanhasen (Keskusta) johtama ensimmäinen hallitus työskenteli ajalla 24.6.2003–19.4.2007. Hallitukseen kuului kolme puoluetta: Keskusta, SDP ja RKP. Hallitukselle kertyi yhteensä 1396 hallituspäivää.⁷⁷ Matti Vanhasen johtama toinen hallitus työskenteli ajalla 19.4.2007–22.6.2010. Hallitukseen kuului neljä puoluetta: Keskusta, Kokoomus, RKP ja Vihreät. Hallitukselle kertyi yhteensä 1161 hallituspäivää.⁷⁸ Mari Kiviniemen (Keskusta) johtama hallitus työskenteli ajalla 22.6.2010–22.6.2011. Hallitukseen kuului neljä puoluetta: Keskusta, Kokoomus, RKP ja Vihreät. Hallitukselle kertyi yhteensä 366 hallituspäivää.⁷⁹ Jyrki Kataisen (Kokoomus) johtama hallitus työskenteli ajalla 22.6.2011–24.6.2014. Hallitukseen kuului kuusi puoluetta: Kokoomus, SDP, RKP, Vasemmistoliitto, Vihreät ja Kristillisdemokraatit. Hallitukselle kertyi yhteensä 1099 hallituspäivää.⁸⁰ Alexander Stubbin (Kokoomus) johtama hallitus työskenteli ajalla 24.6.2014–29.5.2015. Hallitukseen kuului viisi puoluetta: Kokoomus, SDP, RKP, Vihreät ja Kristillisdemokraatit. Hallitukselle kertyi yhteensä 340 hallituspäivää.⁸¹

⁷² Oikeusministeriö 2003, kohta Eduskuntavaalit 16.3.2003, tulos, koko maa.

⁷³ Oikeusministeriö 2007, kohta Eduskuntavaalit 18.3.2007, tulos, koko maa.

⁷⁴ Oikeusministeriö 2011, kohta Eduskuntavaalit 17.4.2011, tulos, koko maa.

⁷⁵ Oikeusministeriö 2015, kohta Eduskuntavaalit 2015, tulos, koko maa.

⁷⁶ Valtioneuvosto 2015c, kohta Hallituksen tiedot ja kokoonpano Jäätteenmäki.

⁷⁷ Valtioneuvosto 2015d, kohta Hallituksen tiedot ja kokoonpano Vanhanen.

⁷⁸ Valtioneuvosto 2015e, kohta Hallituksen tiedot ja kokoonpano Vanhanen II.

⁷⁹ Valtioneuvosto 2015f, kohta Hallituksen tiedot ja kokoonpano Kiviniemi.

⁸⁰ Valtioneuvosto 2015g, kohta Hallituksen tiedot ja kokoonpano Katainen.

⁸¹ Valtioneuvosto 2015h, kohta Hallituksen tiedot ja kokoonpano Stubb.

Juha Sipilän (Keskusta) hallitus aloitti työnsä 29.5.2015. Hallitukseen kuuluu kolme puoluetta: Keskusta, Kokoomus ja Perussuomalaiset.⁸²

3.5 Eduskuntapuolueiden kannanotto sote-uudistukseen

Yksi vuoden 2015 eduskuntavaalien vaaliteemoista oli sote-uudistus. Tulevat eduskuntapuolueet kuvasivat omia uudistustavoitteitaan vaaliohjelmissa. Seuraavassa on kuvattu puolueiden kommentteja sote-uudistukseen liittyen. Puolueet on listattu eduskuntavaalien mukaisessa paikkajärjestyksessä. Vaaliteemojen käsittelyssä ei ole huomioitu Ahvenanmaan edustajaa. Liitteessä 1 on kuvattu tarkemmin nykyisten eduskuntapuolueiden periaate- ja puolueohjelmissa listattuja puolueen tavoitteita (poislukien Ahvenanmaa).

Keskustan vuoden 2015 eduskuntavaalien vaaliohjelmassa puolustetaan kuntien itsehallintoa. Mahdolliset kuntaliitokset tulee perustua vapaaehtoisuuteen, ei paktoon. Tavoitteena on kansanvaltainen aluehallinto ja aiempaa huomattavasti kevyempi keskushallinto. Alueelliset kehittämisasiat tulee keskittää kansanvaltaisen maakuntahallinnon vastuulle. Sote-uudistus pitää saada maaliin, tärkeää on että sosiaali- ja terveystalvet toimivat hyvin yhdessä, ja painopistettä siirretään perustason palveluihin, terveyden edistämiseen sekä ongelmien ennaltaehkäisyyn. Sote-rahoitusta pitää selkiyttää ja viedä kohti yksikanavaisuutta. Lisäksi sote-palveluiden asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia tulee lisätä.⁸³

Perussuomalaisten sosiaali- ja terveystalvittinen ohjelma on vuodelta 2015. Tämän mukaisesti yhteiskunnan on lähtökohtaisesti huolehdittava oman maan kansalaisten riittävästä hyvinvoinnista. Sote-palveluiden sujuvuus on olennaista, siksi perussuomalaiset kannattavat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon yhdistämistä toimivaksi kokonaisuudeksi. Verovaroin rahoitettava järjestelmä tulee olla läpinäkyvä ja kestävälle pohjalle rakennettu. On tärkeää, että pienet ja keskisuuret yritykset sekä kolmas sektori ovat mukana sote-palveluiden tuottamisessa, mutta suuret monikansalliset toimijat eivät saa saada vapaata markkinataloutta. Sote-palveluista tulee luoda kaikkialle Suomeen oikeudenmukainen ja tasarvoinen järjestelmä, jossa palvelujen laatu, saatavuus ja saavutettavuus ovat lähellä ihmistä, tulotasosta riippumatta. Lähipalveluiden turvaamiseksi on tarvittaessa säädettävä erillinen lähipalvelulaki. Rahoituksen osalta puolue kannattaa monikanavaisen rahoituksen asteittaista purkamista ja siirtymistä yksikanavaiseen rahoitukseen. Sote-palveluiden tuottamisen osalta on olennaista, että Suomessa on jatkossakin vahva julkinen sektori, jota yksityiset toimijat ja järjestöt täydentävät.⁸⁴

⁸² Valtioneuvosto 2015i, kohta Hallituksen tiedot ja kokoonpano Sipilä.

⁸³ Suomen Keskusta 2015, 6.

⁸⁴ Perussuomalaiset 2015, 3–4.

Kokoomuksen vuoden 2015 eduskuntavaalien strategisessa hallitusohjelmassa korostetaan ihmisen valinnanvapautta terveydenhuollon osalta. Sote-uudistuksen tavoitteena on nykyistä tasa-arvoisempi palvelujärjestelmä, palveluiden saatavuuden parantaminen ja toimiva palvelukokonaisuus. Tavoitteena on saavuttaa tasa-arvoiset ja laadukkaat palvelut siten, että ne ovat mahdollisimman tehokkaasti järjestettävissä. Asiakas voisi itse valita, millä hyväksytyllä palveluntuottajalla hän asioi ja raha seuraa hänen perässään kyseiselle palveluntuottajalle. Rahoitusjärjestelmän uudistuksessa siirrytään aitoon monituottajamalliin, jossa kaikki sote-palveluita tuottavat tahot toimivat samoilla säännöillä. Palveluiden kehittämisessä eri viranomaisten yhteistyö tulee rakentaa saumattomaksi. Lisäksi yhteistyötä kuntien ja kolmannen sektorin kanssa lisätään, jotta tuen tarvitsijat ja antajat löytävät toisensa tehokkaasti sekä nopeasti.⁸⁵

SDP:n vuoden 2015 eduskuntavaalien vaaliohjelmassa korostetaan sote-uudistuksen osalta yhteisten palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantamista sekä sujuvia palveluketjuja. Uudistuksen tavoitteena on vahva ja toimintakykyinen sekä laadukas julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto. Palveluita täydentävät yksityisen sektorin ja järjestöjen palvelutuotanto. Monikanavarahoitus tulee purkaa ja voittoa tavoittelemattomien toimijoiden asemaa palveluiden tuottajana vahvistaa.⁸⁶

Vihreiden vuoden 2015 eduskuntavaalien vaaliohjelman neljä kärkiteemaa olivat ympäristö, köyhyys, koulutus ja työ. Sosiaaliturva on uudistettava perustuloksi, jotta ihmiset pääsevät työhön ja sosiaaliturva nostaa ihmistä köyhyydestä. Julkisten palveluiden leikkaaminen johtaa kurjistumisen kierteseen. Puolueen tavoitteena on tuoda yhdenvertainen terveydenhuolto kaikille. Tämä toteutuu vahvistamalla julkista perusterveydenhuoltoa. Tämä varmistetaan sote-uudistuksen loppuunviemisellä, jossa tärkeää on raja-aitojen purkaminen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon että sosiaali- ja terveydenhuollon väliltä. Tärkeää on myös lisätä matalan kynnyksen ennaltaehkäiseviä palveluita, jotta ongelmat havaittaisiin alkuvaiheessa. Palvelut tuodaan lähelle ihmistä uusia ratkaisuja kehittämällä. Näitä voivat olla esimerkiksi terveystioskit ja -bussit sekä sähköiset palvelut.⁸⁷

Vasemmistoliiton vuoden 2015 eduskuntavaalien vaaliohjelmassa todetaan, että terveystalouden tulee olla julkisesti tuotettuja, verovaroin rahoitettuja sekä tasa-arvoisia. Puolueen tavoite byrokraattisten raja-aitojen poistamisesta palveluiden integraatiolla on toteutumassa sote-ratkaisun myötä. Tärkeintä sote-uudistuksessa on, että palveluiden järjestämis- ja tuot-

⁸⁵ Kansallinen Kokoomus 2015, 8–9.

⁸⁶ Suomen Sosialidemokraattinen Puolue 2015, 23.

⁸⁷ Vihreä liitto 2015, 2, 3, 4, 15.

tamisivastuuta vahvistetaan julkisen sektorin tehtävänä ja vahvoilla väestö- ja rahoituspohjilla taataan voimavarat erikokoisten kuntien asukkaiden laadukkaisiin palveluihin.⁸⁸

Ruotsalaisen kansanpuolueen vuoden 2015 eduskuntavaalien vaaliohjelma listaa, ettei Suomi voi jatkaa velaksi elämistään. Tämän takia tulee julkisen sektorin toimintoja uudistaa ja priorisoida. Tärkeintä on kuitenkin luoda uusia työpaikkoja, jotka rahoittavat hyvinvointiamme. Suomi ei saa enää velkaantua tulevilta sukupolvilta lainaamalla. Hoitoa ja palveluiden tuottamista rajoittavia normeja tulee purkaa, kehitystä ja aloitekykyä rohkaista sekä tukea. Palveluiden tuottamisessa ratkaisevinta ovat laatu ja saatavuus, eivät näiden tuottajat. RKP uskoo palveluiden tuottamisessa toimialarajat ylittävään, kumppanuuteen perustuvaan yhteistyöhön julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin välillä. Julkisen sektorin talouden tasapainottamiseen tarvitaan asioiden priorisointia siten, että hyvinvoinnin ydinalueet voidaan varmistaa. Täsmällisesti suunnatut panokset tulee kohdentaa niitä eniten tarvitseville eli lapsille, nuorille ja vanhuksille. Puolue uskoo enemmän elinvoimaisiin kuntiin, joissa lähidemokratia toimii, kuin keskitettyihin palveluryhmittymiin. Valtio ei saa säästää siirtämällä tehtäviään kunnille. Palveluiden mallit rakennetaan yhteistyöllä. Julkinen sektori takaa palvelun saatavuuden, asettaa palveluille laatuvaatimukset ja myöntää luvat. Palvelun tuottaja voi olla myös muu kuin julkinen sektori. Henkilön valinnanvapaus on tärkeää, samoin kaikenlainen ennaltaehkäisevä työ.⁸⁹

Kristillisdemokraattien vuoden 2015 eduskuntavaaliohjelman painopistealueita ovat muun muassa perhepolitiikka, yrittäminen, julkisen talouden remontti, inhimillisuus ja turvallisuus. Puolueen tahtona on luoda perheystävällinen yhteiskunta. Yrittämisessä on tuettava erityisesti pieniä ja keskisuuria yrityksiä, ja mahdollistettava joustavuuden kautta yritysten työllistämismahdollisuuksien parantaminen. Valtion ja kuntien ylivelkaantuminen on lopettava. Talouden tasapainottuminen onnistuu tehostamalla toimintoja, muuttamalla verotuksen rakennetta sekä antamalla kasvumahdollisuuksia yrityksille, joka samalla mahdollistaa työllisyyden parantamisen. Hyvinvoinnin luomisessa Kristillisdemokraatit korostavat yhteisöllisyyttä, perheiden ja yhteisöjen vastuuta sekä kansalaisyhteiskunnan merkitystä. Ihmisten syrjäytymistä tulee ehkäistä sekä vähentää sosiaalista eriarvoisuutta ja kaventaa terveyseroja. Puolue kokee, että sote-uudistus tulee saattaa loppuun huolehtien, että lähipalvelut, laadukas hoito ja parhaan asiantuntemuksen hyödyt asiakkaalle turvataan koko maassa. Sote-uudistuksessa puolueen kolme tärkeintä tavoitetta ovat: 1) integraation avulla saavutettavat toimivat hoitoketjut ja laadukas hoito, 2) lähipalveluiden ja perusterveydenhuollon laadun takaaminen sekä 3) STM:n antaman ohjauksen vahvistaminen ja tämän myötä mahdollisuus levittää parhaat käytännöt kaikille sote-alueille koko maahan.⁹⁰

⁸⁸ Vasemmistoliitto 2015, 8–9.

⁸⁹ Ruotsalainen kansanpuolue 2015, 1, 2, 5.

⁹⁰ Kristillisdemokraatit 2015, 4, 5, 6, 21.

Taulukossa 3 on kooste eri puolueiden sote-uudistuksen tavoitteista. Taulukkoon on tehty merkintä kyseisen tavoitteen kohdalle, mikäli tämä on mainittu puolueen vuoden 2015 vaaliohjelmassa. Sipilän johtaman hallituksen hallitusohjelman tavoitteet sote-uudistukselle on kuvattu kappaleessa 3.2.1.

Taulukko 3: Kooste eduskuntapuolueiden sote-uudistuksen vaalitavoitteista (Tiedot on poimittu puolueiden kevään 2015 vaaliohjelmista, Perussuomalaisten osalta puolueen sosiaali- ja terveystieteellisestä ohjelmasta vuodelta 2015).

Tavoite / Puolue	KESK	PS	KOK	SDP	VIHR	VAS	RKP	KD
Lähipalveluiden turvaaminen		x			x		x	x
Julkinen toimija		x	x	x	x	x	x	
Yksityinen toimija		x	x	x			x	
Kolmannen sektorin toimija		x	x	x			x	
Yksikanavainen rahoitus	x	x		x				
Monikanavainen rahoitus								
Ennaltaehkäisyn korkea prioriteetti	x				x			
Laadukkaat palvelut			x	x		x	x	x
Valinnanmahdollisuuksien lisääminen	x		x				x	

4 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus -kokonaisuus vertailee sote-palveluiden järjestämistä Suomessa ja valituissa Euroopan unionin maissa. Luvussa käsitellään pääministeri Stubbin hallituksen järjestämislakiehdotus ja valiokuntien lausunnot hallituksen esityksestä, selvitysryhmän ehdotukset sote-uudistuksen jatkovalmistelulle sekä Sipilän johtaman hallituksen päätös sote-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista.

4.1 Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen vertailua

Suomessa vastuu sote-palveluiden järjestämisestä on kunnilla, jotka ovat muihin EU-maihin verrattuna väestöpohjaltaan pieniä toimijoita. Taulukossa 4 on vertailtu valittujen EU-maiden terveyspalveluiden julkisen järjestäjien ja rahoittajien lukumääriä. Taulukossa on listattuna EU-maista Suomen lisäksi Viro, Pohjoismaista Ruotsi ja Tanska sekä vertailuna EU-maiden eniten asukkaita/terveyspalveluiden julkinen järjestäjä listauksessa kärjessä olevat Ranska ja Puola. Terveystieteellisenä suuntauksena on siirtyminen kohti suurempia järjestäjä- ja rahoittajatahoja. Tämä mahdollistaa paremmat mahdollisuudet turvata yhdenvertainen palveluiden saatavuus, hallinnollinen tehokkuus ja rahoituksen kestävyys.⁹¹

⁹¹ Erhola ym. 2014, 21.

Taulukko 4: Terveyspalveluiden julkiset järjestäjät ja rahoittajat Suomessa ja viidessä muussa Euroopan unionin maassa.⁹²

Maa	Järjestäjiä		Rahoittajia	
	Lukumäärä	Asukkaita/ järjestäjä	Lukumäärä	Asukkaita/ rahoittaja
Suomi (Suomessa oli vertailuhetkellä 336 kuntaa)	336	15 795	336	15 795
Viro	4	335 000	1	1 340 000
Ruotsi	21	439 000	21	439 000
Tanska	5	1 098 000	5	1 098 000
Ranska	3	20 613 000	1	61 840 000
Puola	1	38 116 000	1	38 116 000

Manner-Suomessa oli 304 kuntaa vuonna 2013. Näistä 248 kunnassa oli alle 20 000 asukasta ja 20 kunnassa yli 50 000 asukasta. Sosiaali- ja terveyspalveluita järjestettiin kolmella eri mallilla taulukon 5 mukaisesti: kunta itsenäisesti, kuntayhtymällä tai vastuukunnalla. Itsenäisesti perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelut järjestivät 89 kuntaa. 31 kuntayhtymää järjesti palvelut 130 kunnalle ja vastuukuntamallilla toimivalla 31 yhteistyöalueella palvelut järjestettiin 85 kunnalle. Erikoissairaanhoidosta vastasi Manner-Suomessa 20 sairaanhoitopiiriä.⁹³

Taulukko 5: Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäjät Suomessa vuonna 2013.⁹⁴

Palvelun järjestäjä	Asukasmäärä				Yhteensä
	Alle 20 000	20 000- 50 000	50 000- 100 000	Yli 100 000	
Perusterveydenhuolto ja sosiaalihuolto					
Kunta itsenäisesti	55	22	5	7	89
Kuntayhtymä	9	20	1	1	31
Vastuukunta	9	14	5	3	31
Yhteensä	73	56	11	11	151
Erikoissairaanhoido					
Kuntayhtymä			4	16	20
Kaikki yhteensä	73	56	15	27	171

⁹² Mukaillen Erhola ym. 2014, 22.

⁹³ Erhola ym. 2014, 24–25.

⁹⁴ Erhola ym. 2014, 25.

Seuraavaksi tarkastellaan erilaisia esitettyjä tai nykyisin voimassa olevia terveydenhuollon rakenteellisia kokonaisuuksia Suomessa. Tarkastelussa ovat Stubbin johtaman hallituksen esitys laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimialue Eksote sekä Kainuun hallintokokeilumalli. Lisäksi käsitellään professori Heikki Hiilamon ajatuksia tulevaisuuden sote-rakenteesta.

4.2 Hallituksen esitys laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä

Pääministeri Alexander Stubbin johtama hallitus antoi esityksen eduskunnalle uudeksi laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuonna 2014. Esitetyllä lailla oli tarkoitus uudistaa kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, tuottamista, hallintoa, suunnitella, rahoitusta ja valvontaa koskevat säännökset. Uudistuksessa esitettiin usealle eri kunnalliselle organisaatiolle kuuluvien palveluiden kattavan järjestämisvastuun kokoamista viidelle sosiaali- ja terveysalueelle.⁹⁵ Nämä viisi aluetta ovat yksittäisiä poikkeuksia lukuun ottamatta nykyisten erityisvastuualueiden mukaisesti Eteläinen (HUS-erva), Itäinen (KYS-erva), Keskinen (TAYS-erva), Läntinen (TYKS-erva) sekä Pohjoinen (OYS-erva).⁹⁶

Esityksessä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen säilytettäisiin kuntapohjaisena, mutta riittävän kantokyvyn turvaamiseksi esitettiin perustettavaksi viisi sosiaali- ja terveysaluetta. Nämä olisivat kuntayhtymiä. Alkuperäisessä esityksessä palveluiden tuottaminen ja järjestäminen erotettaisiin siten, että sosiaali- ja terveysalue ei lähtökohtaisesti itse tuota palvelua, vaan tuottamisvastuu on alueen kuntayhtymillä. Sosiaali- ja terveysalueen oma tuotanto on esityksessä rajattu vain tukipalveluihin ja poikkeustapauksessa sellaisiin sote-palveluihin, joita alueella ei ole voitu muuten tuottaa.⁹⁷ Esityksessä koko maahan voi syntyä enimmillään 19 tuottamisvastuualuetta. Mallissa sosiaali- ja terveysalue tekee palveluiden järjestämispäätöksen, jota tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän tulee noudattaa. Sosiaali- ja terveysalue käyttää järjestämisvastuuseen liittyvää päätäntävaltaa muun muassa yhdenvertaisten palveluiden turvaamiseksi koko alueellaan.⁹⁸

4.3 Valiokuntalausunnot hallituksen esityksestä

Hallituksen esityksestä on annettu lausunnot valtionvarainvaliokunnasta ja talousvaliokunnasta 17.2.2015, hallintovaliokunnasta 20.2.2015 sekä kahdesti perustuslakivaliokunnasta 19.2. ja 5.3.2015. Seuraavassa läpikäydään kyseisten valiokuntien antamat kommentit hallituksen esityksestä erityisesti kuntien aseman ja taloudellisen näkökulman osalta sekä perustuslakivaliokunnan lausunnoissa rakenteellisten uudistusten osalta.

⁹⁵ HE 324/2014 vp, 1.

⁹⁶ HE 324/2014 vp, 60.

⁹⁷ HE 324/2014 vp, 52–53.

⁹⁸ HE 324/2014 vp, 143.

4.3.1 Valtiovarainvaliokunta

Valtiovarainvaliokunnan lausunnon 10/2014 vp johtopäätöksissä valiokunta pitää nykyisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen tehostamista välttämättömänä. Uudistuksen taloudellisten vaikutuksien luotettava arviointi on koettu käytettävissä olevan aineiston pohjalta mahdottomaksi, jolloin uudistuksen taloudellisten tavoitteiden toteutumista ei voi arvioida.⁹⁹

Valiokunta kuitenkin toteaa, että esityksen parhaita käytäntöjä hyödyntäen on mahdollista saavuttaa potentiaalisten kustannuksien kasvun hillitsemistä edellyttäen että uudistuksen toimeenpanossa tehdään kustannustehokkaita ratkaisuja. Lisäksi normiohjauksen tulee mahdollistaa tehokkuus uusia innovaatioita ja toimintatapoja kehittämällä. Erityisen tärkeää on kuntien tehokas ja ennalta ehkäisevä toiminta, osaava johtaminen ja kyky tehdä hankaliakin päätöksiä. Lisäksi talouden seurannasta tulee tehdä läpinäkyvää ja kannustavaa kustannustehokkaiden ratkaisujen toteuttamiseksi. Kustannuksien hillitseminen edellyttää myös valtion taloudellista ohjausta, sisältäen kiinteän sote-budjettikehysjärjestelmän sekä julkisen talouden suunnitelman.¹⁰⁰

4.3.2 Talousvaliokunta

Talousvaliokunnan lausunnossa 53/2014 vp on kommentoitu sote-alueen järjestämisvastuun ja niiden alaisuudessa toimivien kuntayhtymien tuottamisvastuun jäävän roolijaon osalta osittain epäselväksi, koska kummallakin hallintoportaalla on nähtävissä sekä tuottamis- että järjestämisvastuun piiriin kuuluvia tehtäviä. Lisäksi päätöksentekijöinä molemmissa hallintoportaissa ovat kunnat.¹⁰¹

Lakiehdotus on hallinnollisia rakenteita uudistava, mutta palveluiden tilaaminen ja tuottaminen on eriytettävä toisistaan selkeästi ja läpinäkyvästi. Pelkkä uudelleenorganisointumien ei riitä, vaan myös organisaation tehokkuutta lisäävä paine on löydettävä. Tämä vaatii sisäisen ja ulkoisen kilpailun kautta tulevaa painetta. Tarvetta on laadultaan, saatavuudeltaan ja kustannuksiltaan tehokkaille palveluille, riippumatta tuotetaanko nämä kunnallisesti, yksityisesti vai näiden yhdistelminä. Uudistus vaatii hyvää johtamista sekä kykyä arvioida rakenteita kriittisesti. Organisaatorajoista ei saa olla jatkossa haittaa ja yksityinen sektori tulee nähdä toimintaa tukevana kumppanina ja sparraajana.¹⁰²

4.3.3 Hallintovaliokunta

⁹⁹ VaVL 10/2014 vp, kohta Johtopäätökset.

¹⁰⁰ VaVL 10/2014 vp, kohta Johtopäätökset.

¹⁰¹ TaVL 53/2014 vp, kohta Hallintorakenne ja rahoitusmalli.

¹⁰² TaVL 53/2014 vp, kohta Lopuksi.

Hallintovaliokunnan lausunnossa 35/2014 vp pidetään kannatettavana sote-uudistuksen tavoitetta palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta asiakaslähtöisesti yhdenvertaisesti laadukkaalla tavalla. Uudistus merkitsee, että sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen ja hallinto siirtyvät pois yksittäisten kuntien ja olemassa olevien sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien itsenäisestä päätöksenteosta.¹⁰³

Uuden sosiaali- ja terveysalueen ylin päättävä elin on yhtymävaltuusto. Tämä aiheuttaa, että suurissa kuntayhtymissä pienten kuntien osuus äänimäärästä jää matalaksi ja näin ollen kuntien sekä niiden asukkaiden vaikutusmahdollisuudet jäävät hyvin pieniksi. Lisäksi ehdotetut säännökset, joissa tulee huomioida yhtymävaltuustojen kokoonpanossa poliittiset voimasuhteet, muodostavat hallintomallista monimutkaisen. Jäsenkunnan osalta tämä tarkoittaa, ettei kuntien omilla toimielimillä ole päätösvaltaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen sisältöön, ainoastaan valta nimetä edustajainkokouksessa yhtymävaltuuston jäsenet. Vaihtoehtoinen malli ylimmäksi toimielimeksi olisi yhtymäkokous, jossa kunta valitsee ja ohjeistaa edustajansa kokouskohtaisesti. Tällöin alueellinen poliittinen edustavuus ei toteudu esitetyn mallin mukaisesti.¹⁰⁴

Toinen vaihtoehto olisi antaa sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän jäsenkuntien päättää, kumpaa mallia ylimpänä päättävänä toimielimenä käytetään. Kuntayhtymässä demokratia on nykymallia etäämpänä kuntalaisista. Tämän takia valiokunta tähdentää lakiin kirjoitettua velvoitetta, että asukkaiden näkemykset on huomioitava sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöstä laadittaessa, tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien vuotuisissa toimintasuunnitelmissa ja palvelujen kehittämisessä.¹⁰⁵

4.3.4 Perustuslakivaliokunta

Perustuslakivaliokunnan lausunnossa 67/2014 vp on kommentoitu hallituksen esityksen sote-palveluiden rakennetta. Tämän mukaisesti sääntelyssä on edelleen kysymys kunnallisesta toiminnasta, jossa sote-palveluiden järjestämistä, tuottamisvastuu ja rahoitusvastuu eriytetään. Mallissa on kuntatason lisäksi kaksitasoinen kuntayhtymämalli: julkisten sote-palveluiden järjestämistä on viidellä sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymällä ja tuottamisvastuu enintään 19 kuntayhtymällä. Tavoitteena on, että päätösvalta käytännön toteutuksesta säilyy lähempänä paikallistasoa. Jokaisen kunnan on kuuluttava järjestämistä vastuussa olevaan sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymään sekä tuottamisvastuussa olevaan kuntayhtymään.¹⁰⁶

¹⁰³ HaVL 35/2014 vp, kohta Kunnat ja niiden asukkaat.

¹⁰⁴ HaVL 35/2014 vp, kohta Kunnat ja niiden asukkaat.

¹⁰⁵ HaVL 35/2014 vp, kohta Kunnat ja niiden asukkaat.

¹⁰⁶ PeVL 67/2014 vp, kohta Sosiaali- ja terveysjärjestelmän uudistaminen.

Perustuslakivaliokunta pitää tärkeänä, että kunta- ja palvelurakennemuutoksen yhteydessä määritellyt vaatimukset huomioidaan myös sote-uudistuksessa. Uudistuksessa tulee kiinnittää vakavaa huomiota maan eri osissa asuvien kansalaisten yhdenmukaiseen kohteluun ja mahdollisuuteen saada perusoikeuksien kannalta välttämättömiä palveluita. Sote-palveluiden uudistamiselle on olemassa perusoikeusjärjestelmään pohjautuvia painavia perusteita. Tämän takia perustuslakivaliokunta pitää lausunnossaan 67/2014 vp hallituksen esityksen ehdotettua perusratkaisua, jossa toteutetaan sote-palveluiden laaja integraatio ja toimijoiden kantokyvyn vahvistaminen, hyväksyttävänä ja pitkällä tähtäimellä taloudellisesti järkevänä sekä sosiaaliset ja yhdenvertaisuuden mukaiset perusoikeudet turvaavana ratkaisuna.¹⁰⁷

Perustuslakivaliokunta listaa lausunnossaan 67/2014 vp järjestämislakiehdotuksen ongelmaksi kansanvaltaisuusperiaatteen toteutumisen. Vaikka ehdotus perustuu kuntapohjaiseen malliin, niin erityisesti sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymät muodostuvat poikkeuksellisen suuriksi. Tällöin erityisesti pienten kuntien saamat ääniosuudet yhtymävaltuustossa jäävät hyvin pieniksi. Vaikutusmahdollisuuksien vähäisyys korostuu, kun huomioidaan että kysymys on kunnan asukkaiden keskeisistä peruspalveluista. Rahoitusvastuun säilyminen kunnilla tarkoittaa, että keskimäärin hieman alle puolet kuntien budjetista siirtyy kuntayhtymän päätösvallan alaisuuteen. Tämän vuoksi kunnallisen tason päätöksenteko ja asukkaiden vaikutusmahdollisuudet päätöksenteossa jäävät hyvin etäisiksi.¹⁰⁸

Ehdotettuun hallintomalliin ei sisälly alueen asukkaiden välittömällä vaaleilla valittua toimielintä, joka korvaisi kunnallistason asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksien kaventumista. Näin ollen perustuslakivaliokunta toteaa, ettei kysymys ole perustuslain 121 §:n 4 momentissa tarkoitettua itsehallinnosta kuntia suuremmilla hallintoalueilla. Ehdotuksen sisältö kansanvallan ja kuntalaisten vaikuttamismahdollisuuksia lisäävistä säännöksistä eivät ole valiokunnan mielestä riittäviä kompensoimaan hallintomallin kansanvaltaisuusperiaatteen näkökulmasta olevia merkittäviä puutteita. Lakiesityksen puutteiden vuoksi perustuslakivaliokunta toteaa, ettei ensimmäisen lakiesityksen mukaista lakiehdotusta voida käsitellä tavallisen lain säätämisyjärjestyksessä, mikäli siihen ei tehdä merkittäviä muutoksia.¹⁰⁹ Perustuslakivaliokunnan kommentteja kuntien rahoitusvastuun muutoksesta lakiuudistuksessa ei tässä yhteydessä käsitellä tarkemmin.

Sosiaali- ja terveysvaliokunta ehdottaa perustuslakivaliokunnan kommenttien johdosta hallituksen esityksen muuttamista siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen toteutetaan yksitasoisella kuntayhtymämallilla. Mallissa sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymillä on

¹⁰⁷ PeVL 67/2014 vp, kohta Perusoikeuksien turvaaminen.

¹⁰⁸ PeVL 67/2014 vp, kohta Ehdotuksen arviointi.

¹⁰⁹ PeVL 67/2014 vp, kohta Ehdotuksen arviointi.

sekä palveluiden järjestämistä tuottamisvastuu, rahoitusvastuu säilyisi kunnilla.¹¹⁰ Tässä yhteydessä ei käsitellä tarkemmin valiokunnan muutosehdotuksia kuntien rahoitusvastuun muuttamisesta.

Perustuslakivaliokunta kommentoi lausunnossaan 75/2014 vp muutoksia lakiesitykseen. Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan ehdotus uudeksi hallintomalliksi merkitsee huomattavaa muutosta hallituksen esitykseen verrattuna. Malli sisältää edelleen niin sanotut pakkokuntayhtymät, eikä ole kuntien vapaaehtoisuuteen perustuva järjestelmä. Vaikka uusi ehdotus täyttää vaatimuksen, jonka mukaisesti noudatettava päätöksentekojärjestelmä ei anna yksittäiselle kunnalle yksipuolista määräämisvallan mahdollistamaa asemaa, niin perustuslakivaliokunta katsoo, ettei uusi esitys anna riittävää perustaa arvioida millaiset muutokset voivat mahdollistaa ehdotuksen käsittelemisen tavallisen lain säätämisympäristössä.¹¹¹

Perustuslakivaliokunnan mielestä lain valmistelu on perustelluinta jättää valtioneuvoston ja mahdollisesti laajapohjaisen parlamentaarisen työryhmän tehtäväksi. Työssä arvioidaan perusteellisesti erilaiset hallinto- ja rahoitusmallit perustuslain sekä muutoksen vaikuttavuuden näkökulmasta. Valmistelutyössä on oltava käytettävissä kattava taloudellisten ja muiden vaikutusten arviointi. Lisäksi kunnille on varattava mahdollisuus tulla kuulluksi, kun rahoitusjärjestelmän vaikutukset on selvitetty ja perusteet ovat tiedossa.¹¹²

4.4 Sote-uudistuksen selvitysryhmä

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä valtiovarainministeriö asettivat selvitysryhmän sote-uudistuksen ja itsehallintoalueiden perustamisen sekä aluehallintouudistuksen valmistelulle. Työryhmä asetettiin 2.7.2015. Selvitysryhmään kuuluivat varsinaisina jäseninä valtioneuvoston tarkastusviraston pääjohtaja Tuomas Pöysti, Kouvolan kaupungin apulaiskaupunginjohtaja Annikki Niiranen sekä Tampereen yliopiston professori Arto Haveri. Ryhmän tehtävänä oli laatia hallituksen reformityöryhmälle ehdotukset linjauksista, kuinka sote- ja aluehallinnon uudistusta sekä itsehallintoalueiden perustamista voidaan edistää tehokkaasti ja asetetussa aikataulussa.¹¹³

Työryhmä antoi selvityksensä 14.8.2015. Tiivistelmässään ryhmä toteaa, että sote-palveluiden järjestämisestä vastaavilla itsehallintoalueilla tulee olla riittävä väestöpohja, taloudellinen kantokyky sekä infrastruktuuri. Aluejakoa olisi perusteltua hyödyntää muutenkin aluehallinnon tehtävissä. Itsehallintoalueiden hallinnosta, taloudesta ja päätöksenteosta tulee säätää erillisessä laissa. Tällöin on mahdollista uusien tehtävien antaminen perustettaville alueille.

¹¹⁰ PeVL 75/2014 vp, kohta Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan lausuntopyyntö.

¹¹¹ PeVL 75/2014 vp, kohta Ehdotuksen arviointi.

¹¹² PeVL 75/2014 vp, kohta Lopuksi.

¹¹³ Pöysti ym. 2015, 2.

Rahoituksen osalta tulee selvittää valtion rahoitus ja alueen oma verotusoikeus. Valmistelun alkuvaiheesta lähtien tulee suunnittelussa olla mukana henkilöstö-, tietohallinto- ja omaisuusasiat. Uudistukselle tarvitaan ministeriöiden yhteinen projektijohtaja sekä muutosprojekti, joka vastaa uudistuksen käynnistämisestä, koordinoinnista ja toteuttamisesta.¹¹⁴

Selvityshankkeen raportissa käsitellään muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon rakennetta. Ryhmän esityksen mukaisesti itsehallintoalueet tulee perustaa alusta alkaen monitoimilaisiksi. Alueet huolehtisivat myös muistakin kuin sote-asioista, esimerkiksi maakuntien liittojen hoitamista lakisääteisistä tehtävistä. Muiden kuin sote-tehtävien siirtäminen itsehallintoalueille tulee kuitenkin valmistella ja toteuttaa siten, ettei sote-uudistukselle asetettu aikataulu hidastu.¹¹⁵ Laki alueiden kehittämisestä ja rakennerahastotoiminnan hallinnoinnista (7/2014) listaa 17 §:ssä maakunnan liiton tehtävät. Näitä ovat muun muassa vastuu maakunnan yleisestä kehittämisestä, elinkeinoelämän toimintaedellytyksien kehittämisestä sekä alueen pitkän ja keskipitkän koulutustarpeen ennakoimisesta. Vuoden 2011 alusta Suomessa on 18 maakuntaa sekä Ahvenanmaa. Alueiden kehittämisen lisäksi maakuntien liiton päätehtävänä on maakuntakaavoitus. Jokaista liittoa johtaa maakuntavaltuusto ja maakuntahallitus. Näiden apuna toimivat liiton toimisto ja maakuntajohtaja.¹¹⁶

Pöystin vetämä selvitysryhmä listaa, että tärkeintä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen sekä erikseen päätettäväksi tulevan aluehallintouudistuksen ja maakuntien liittojen yhteensovittamisen osalta on, että sote-palveluiden järjestämiseksi perustettavat itsehallintoalueet ovat lähtökohtaisesti luontevia ja sopivia kokonaisuuksia myös niille osoitettavien alueellisten tehtävien hoitamiseksi. Itsehallintoalueilla tulee olla riittävä väestöpohja, sote-infrastruktuuri ja taloudellinen kantokyky, jotta alueet pystyvät järjestämään kattavat sote-palvelut. Alueiden tulee kyetä järjestämään ja integroimaan keskenään sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon että perustason ja vaativan sosiaalitoimen palvelut. Uudistuksessa on mahdollistettava alueiden kansanvaltaisuus sekä niiden tulee perustua mahdollisimman pitkälle toiminnallisiin ja taloudellisiin alueellisiin kokonaisuuksiin. Erityisesti nykyinen maakuntajako on tarpeen huomioida uutta aluejakoa tehtäessä. Jaossa tulee huomioida myös alueen kielelliset olosuhteet ja kielellisten oikeuksien toteutuminen. Selvityshenkilöt esittävät tämän pohjalta, että itsehallintoalueiden perusteltu lukumäärä olisi noin 9–12.¹¹⁷

¹¹⁴ Pöysti ym. 2015, 2.

¹¹⁵ Pöysti ym. 2015, 7.

¹¹⁶ Kunnat.net 2015b, kohta Maakuntien liitot. Manner-Suomen maakuntien liittoja ovat Etelä-Karjalan liitto, Etelä-Pohjanmaan liitto, Etelä-Savon maakuntaliitto, Hämeen liitto, Kainuun liitto, Keski-Pohjanmaan liitto, Keski-Suomen liitto, Kymenlaakson liitto, Lapin liitto, Pirkanmaan liitto, Pohjanmaan liitto, Pohjois-Karjalan maakuntaliitto, Pohjois-Pohjanmaan liitto, Pohjois-Savon liitto, Päijät-Hämeen liitto, Satakuntaliitto, Uudenmaan liitto ja Varsinais-Suomen liitto.

¹¹⁷ Pöysti ym. 2015, 7–8.

Selvitysryhmä esittää, että itsehallintoalueiden hallintomallissa kannattaa hyödyntää mahdollisimman pitkälle samoja periaatteita ja toimintatapoja kuin kuntien toiminnassa ja hallinnossa. Toiminnasta on kuitenkin perusteltua säätää erillisessä, kuntalaista poikkeavassa, laissa. Lainsäädännössä tulee huolehtia, että itsehallintoalueille voidaan antaa myös muita kuin sote-tehtäviä. Alueen johdossa tulee olla välittömällä vaaleilla valittu toimielin, ja alueen on perusteltua olla yksi vaalipiiri. Itsehallintoalueen tehtävät jakautuvat eri hallinnonaloille, joiden tehtävistä säädetään hallinnonaloittain omassa erityislainsäädännössä. Itsehallintoalueen ylin päättävä elin on aluevaltuusto, joka vastaa muun muassa alueen strategisen tason päätöksenteosta. Aluevaltuusto valitaan kunnallisvaalien yhteydessä joka neljäs vuosi.¹¹⁸

Uudistuksessa tulee tukea kunnan ja itsehallintoalueiden yhteistyötä. Lainsäädännössä tulisi tarkentaa kunnan roolia asukkaiden hyvinvoinnin edistäjänä. Samalla voidaan luoda kannustinjärjestelmä, jolla tuetaan ja palkitaan kuntia, jotka ovat kyenneet parantamaan ja ylläpitämään asukkaidensa terveyttä ja hyvinvointia. Lisäksi itsehallintoalueet voivat käyttää palveluiden tuottamiseen yksityisiä tai kolmannen sektorin palvelujen tuottajia. Lainsäädäntö ei aseta rajoituksia ostopalveluiden käytön laajuudelle. Itsehallintoalueen käyttäessä yksityisiä palveluita on mahdollisuuksien mukaan huomioitava paikallisten yritysten osallistuminen kilpailutukseen. Lisäksi palvelutuotannon laadun ja tehokkuuden arvioimiseksi on laadittava mittarit ja menetelmät, joiden toteutuminen on jatkossa kaikkien nähtävissä internetin kautta.¹¹⁹

4.5 Pääministeri Sipilän johtaman hallituksen päätös uudeksi sote- ja aluehallintorakenteeksi

Pääministeri Sipilän johtama hallitus pääsi pitkien ja hankalien neuvotteluiden jälkeen kompromissiratkaisuun sosiaali- ja terveysuudistuksen rakenteesta 7.11.2015. Uudistus sisältää sote-uudistuksen lisäksi myös aluehallintouudistuksen. Päätöksen mukaisesti sote-palveluiden järjestämisestä vastaavia itsehallintoalueita perustetaan 18. Sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään 15 alueella. Uudistuksen yhteydessä säädetään valinnanvapauslainsäädäntö. Tämä mahdollistaa, että käyttäjä voi itse valita julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan.¹²⁰

Uudet itsehallintoalueet muodostetaan maakuntajaon pohjalta ja vastuu sote-palveluiden järjestämisestä alkaa uusilla alueilla 1.1.2019. Itsehallintoalueet voivat tuottaa tarvittavat palvelut itse, yhdessä toisten itsehallintoalueiden kanssa tai hyödyntää yksityisen ja kolmannen sektorin palveluita. Ympäri vuorokautisia, laajan päivystyksen yksiköitä on jatkossa 12 sairaalaa.

¹¹⁸ Pöysti ym. 2015, 8–9.

¹¹⁹ Pöysti ym. 2015, 9–10.

¹²⁰ Valtioneuvosto 2015j, kohta Sotesta ja itsehallintoalueista on päästy sopuun.

lassa. Muut nykyisistä keskussairaaloista tarjoavat suppeampaa ympärivuorokautista päivystystä.¹²¹

Uudistuksella tavoitellaan julkisen talouden kestävyysvajeen vähentämistä kolmella miljardilla eurolla. Monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamista sekä valinnanvapautta koskevat lainsäädäntömuutokset on tarkoitus saada voimaan 1.1.2019. Hallituksen tekemät linjaukset ovat pohjana valmisteltaessa uutta sote-järjestämislakia sekä itsehallintoaluelakia. Järjestämissäätöksessä tullaan päättämään strategisista kehittämistavoitteista sekä julkisesta palvelulupauksesta. Valtioneuvosto päättää jatkossa valtakunnallisten sekä alueellisten erityisyksiköiden ja yliopistosairaaloiden sekä muiden osaamiskeskusten tehtävistä ja työnjaosta.¹²²

Itsehallintoalueiden tehokkaalle toiminnalle ja yhteistyölle luodaan edellytykset toimivilla tietojärjestelmillä. Näiden hankkimiseen perustetaan itsehallintoalueiden omistama valtakunnallinen yhteishankintayksikkö sekä yhteiset valtakunnalliset tukipalvelut. Uusilla alueilla ylintä päätösvaltaa tulevat käyttämään vaaleilla valitut valtuustot.¹²³

5 Erilaisia käytännön malleja sote-palveluiden tuottamisesta Suomessa

Luvussa käsitellään erilaisia nykyisiä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja kokeiluja Suomessa sekä esitellään muutamien asiantuntijoiden tai asiantuntijaryhmien malleja uudeksi sote-ratkaisuksi. Luvun lopussa vertaillaan nykyisten erä-alueiden tietoteknisiä valmiuksia keskenään.

5.1 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri on 24 kunnan muodostama kuntayhtymä.¹²⁴ HUS tuottaa jäsenkunnilleen ja niiden asukkaille erikoissairaanhoitoa ja kehitysvammahuollon palveluita. HUS:ssa toimii HYKS-yliopistosairaala, joka vastaa vaativan ja harvinaisen hoidon tuottamisesta erityisvastuualueen väestölle ja osittain koko maalle.¹²⁵ Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä muodostuu viidestä sairaanhoitoalueesta. Näitä ovat HYKS-sairaanhoitoalue sekä Hyvinkään, Lohjan, Porvoon ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueet. Ylintä päätösvaltaa sai-

¹²¹ Valtioneuvosto 2015k, kohta Hallitus päätti sote-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista.

¹²² Valtioneuvosto 2015k, kohta Asiakkaan valinnanvapaus nopeuttaa hoitoon pääsemistä.

¹²³ Valtioneuvosto 2015k, kohta Valtion ohjausta vahvistetaan.

¹²⁴ HUS:n jäsenkuntia ovat Askola, Espoo, Hanko, Helsinki, Hyvinkää, Inkoo, Järvenpää, Karkkila, Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi, Lapinjärvi, Lohja, Loviisa, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen, Porvoo, Raasepori, Sipoo, Siuntio, Tuusula, Vantaa ja Vihti.

¹²⁵ Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2015a, kohta HUS-tietoa.

raanhoitopiirissä käyttää valtuusto. Valtuusto valitsee toimikaudekseen sairaanhoitopiiriä johtavan hallituksen.¹²⁶

HUS valtuusto on hyväksynyt strategian vuosille 2012–2016 kokouksessaan 19.10.2011. Strategiassa on nostettu esille vuoden 2011 terveydenhuoltolain uudistuksessa korostuvat tavoitteet sekä potilaiden valinnanvapaus erikoissairaanhoidon tuottajan valinnasta. Sairaanhoitopiirin strategian mukaisesti uusi valinnanvapaus tarkoittaa tuottajien välistä kilpailua tietyistä potilasryhmistä, hoidettavien potilaiden lukumäärän ennustettavuuden hankaloitumista sekä taloudensuunnittelun ja laskutuksen perusteiden muuttumista markkinalähtöisemmäksi. Perusterveydenhuollon vahvistaminen on yksi merkittävä strategian painopistealue, samoin valmis- tautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaan uudistukseen.¹²⁷

HUS strategia ennakoii, että väestön ikääntyessä tietyt erikoissairaanhoidon vaativat sairaudet tulevat lisääntymään, samoin julkisen sairaanhoidon tarve väestön siirtyessä eläköitymisen myötä pois työterveyshuollon piiristä. Myös eri sosiaaliryhmien väliset terveyserot ovat kasvaneet ja edelleen kasvamassa. Erikoissairaanhoidon käyttäjät ovat entistä tietoisempia sairauksien hoitovaihtoehtoja. Merkittävä osuus julkisen erikoissairaanhoidon resursseista kohdentuu erityisen vaativaan ja kalliiseen hoitoon. Samalla hoitotakuu säätelee tarkoin erikoissairaanhoidon laajuutta. Mahdolliset palvelumäärän vähennykset tarkoittaisivat vaatimuksia uusille innovatiivisille hoitomuodoille, suuria läpimurtoja ennaltaehkäisyssä tai lainsäädännön velvoitteiden väljennyksiä. Samalla julkisen talouden kestävyysvaje aiheuttaa paineita kansantalouden nousulle, verotuksen kiristymiselle tai menojen ja sitä kautta palveluiden leikkaamiselle. Tulevaisuudessa on huomioitava erityisesti vanhuspalveluiden vaatima lisärahoitus, erikoissairaanhoidon palveluiden kasvava kysyntä ja tätä kautta vaadittava tuottavuuden lisääminen sekä rahoitustarpeiden muuttuminen.¹²⁸

HUS on Suomen suurin kaksikielinen sairaanhoidon kuntayhtymä. Sairaanhoitopiirin alueella kuntien erikoissairaanhoidon nettomenot asukasta kohden ovat kasvaneet maltillisemmin kuin muualla Suomessa. Sairaanhoitopiirin alueen väestö on myös nuorempaa ja terveempää kuin muualla maassa. Lisäksi palveluiden laatu on pysynyt hyvänä sekä palveluiden saatavuus ja toiminnan tuottavuus ovat parantuneet. HUS:n strategiassa terveydenhuollon kokonaisuutta on tarkoitus kehittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalipalveluiden välisillä sopimuksilla, päällekkäisyyksien purkamisella sekä muuttamalla palvelurakennetta perusterveydenhuolto- ja avohoitokeskeisemmäksi. Tässä olennaista on esimerkiksi potilasrekistereiden saumaton yhteistoiminta. Strategia listaa keinoja yhteistyön tiivistämiseksi. Näitä ovat: 1) yhteistyöfoorumit, 2) uusi perusterveydenhuollon yksikkö, jonka työnä on koordinoita

¹²⁶ Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2015b, kohta Hallinto ja päätöksenteko.

¹²⁷ Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2011, 3, 5.

¹²⁸ Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2011, 6–7.

alueen terveyskeskuksien toimintaa sekä edistää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä, 3) lain edellyttämän alueellisen järjestämissuunnitelman laatiminen, 4) erikoissairaanhoidon ja konsultaatiot perusterveydenhuollossa, 5) perusterveydenhuollon yhteiset palvelut, joita ovat esimerkiksi yhteispäivystykset, hankintapalvelut ja tietohallinnon palvelut, 6) lähete- ja palautetoiminnan kehittäminen tietotekniikan avulla, 7) kehitysvammaisten erityishuolto sekä 8) yhteiset palveluketjut, joissa sovitaan esimerkiksi tehtävien työnjaosta ja vastuista.¹²⁹

Strategian ja tulevaisuuden haasteiden saavuttamiseksi erityisen merkittäviä osa-alueita ovat henkilöstö, talous, johtaminen ja yhteistyö. Henkilöstön osalta tärkeitä ovat osaavat ja motivoituneet työntekijät. Talouden tulee olla hallittu ja tasapainoinen, ja tuottavuutta parannetaan esimerkiksi hoitoprosessien uudistamisella, toimintojen keskittämällä ja standardoinnilla sekä yhteisillä hankinnoilla. Tilojen tulee olla toimivia, informaatio- ja kommunikaatioteknologian pitää helpottaa hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden työtä sekä parantaa tuottavuutta. Ympäristövastuun osalta huomioidaan eri toimintojen energiatehokkuus ja ympäristövaikutukset. Uudistavassa organisaatiossa ja johtajuudessa operatiivinen johtaminen perustuu johtavien virkamiesten, lautakuntien ja alueen kuntien yhteistoimintaan. Lisäksi omistajayhteisöjen ja sidosryhmien luottamus on tärkeää. Tätä toteutetaan huolehtimalla omistajaohjauksesta, sekä kuntaneuvotteluilla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalveluiden yhteensovittamiseksi. Tiivis yhteydenpito eri sidosryhmiin ja hyvä ulkoinen viestintä ovat välttämättömiä. Yhteistyötä tehdään ja siitä pitää huolehtia kasvavissa määrin erityisvastuualueella, muilla lähialueilla, yliopistollisten sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tasolla sekä kansainvälisesti.¹³⁰

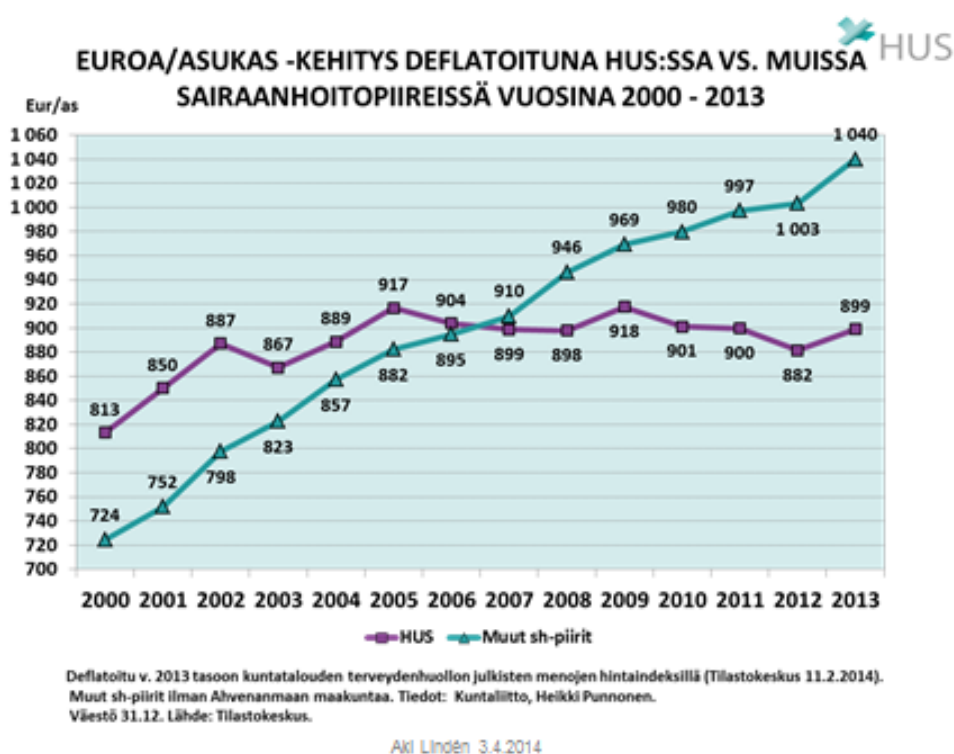
Kuviossa 4 on esitetty HUS:n toimitusjohtaja Aki Lindénin HUS-kuntatilaisuudessa 3.4.2014 esittelemä kalvo otsikolla ”Euroa/asukas -kehitys deflatoituna¹³¹ HUS:ssa vs. muissa sairaanhoitopiireissä vuosina 2000–2013”. Lisäksi liitteessä 2 on esitetty Kuntaliiton Heikki Punnosen kokoama aineisto sairaanhoitopiirien vuoden 2014 tuloslaskelmista.

¹²⁹ Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2011, 9, 19, 20, 21, 22.

¹³⁰ Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2011, 25, 27, 28, 30, 33, 34, 35.

¹³¹ Taloussanomien 2015, kohta Deflatointi. Deflatointi tarkoittaa aikasarjan muuttamista yhtenäiseen rahan arvoon kertomalla aikasarja sopivasta indeksistä lasketuilla kertoimilla.

Kuvio 4: Euroa/asukas -kehitys deflatoituna HUS:ssa vs. muissa sairaanhoitopiireissä vuosina 2000–2013.¹³²



5.2 Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta Eksote

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta Eksote on yhdeksän Etelä-Karjalan kunnan muodostama kuntayhtymä, joka on toiminut vuodesta 2009 alkaen. Piiriin kuuluvat Imatra, Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti, Savitaipale ja Taipalsaari. Asukkaita Eksoten alueella on 133 000. Imatran osalta kuntayhtymä tuottaa erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon palvelut, muiden kuntien osalta kaikki sosiaali- ja terveyshuollon palvelut.¹³³ Eksoten alueella toimii myös liikkuva vastaanotto, josta saa terveydenhuollon palveluita. Tämän nimi on Mallu-auto. Auto palvelee eri puolella Etelä-Karjalan aluetta.¹³⁴

Eksoten valmistelutyö käynnistyi vuonna 2005. Piirin perustamisneuvotteluihin osallistuivat kaikki alueen kunnat ja yhteinen neuvottelutulos saavutettiin joulukuussa 2006. Kunnat allekirjoittivat Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän perussopimuksen 13.8.2008 ja piirin toiminta käynnistyi 1.1.2009.¹³⁵

¹³² Lindén 2014, 4.

¹³³ HE 324/2014 vp, 25.

¹³⁴ Eksote 2015a, kohta Mallu-auto.

¹³⁵ Eksote 2013, 4, 5, 6.

EKSOTEALUE-hankkeen päätavoite oli dokumentoida Eksoten käynnistämisen prosessi sekä keskeiset tulokset vuosilta 2010, 2011 ja 2012. EKSOTEALUE-hankkeen loppuraportissa Eksoten strategiaa on tarkasteltu neljästä näkökulmasta. Näitä ovat 1) talous ja tuloksellisuus, 2) asiakkaat ja palvelut, 3) toimintamallit ja prosessit sekä 4) ihmiset ja osaaminen. Strategisissa tavoitteissa keskeisintä oli painopisteen siirtyminen kustannuksiltaan edullisimpiin ja vaikuttavuudeltaan tehokkaampiin palveluihin.¹³⁶

Loppuraportin yhteenvedossa todetaan, että Eksote on löytänyt strategiset päälinjat toiminnalleen ja selvittänyt niiden taloudellisia vaikutuksia. Suurimmat taloudelliset vaikutukset on saavutettu tai voidaan tulevaisuudessa saavuttaa avopalveluiden palveluverkon muutoksella, laitoshoidon purkamisella sekä toimintatapojen muutoksella. Tätä muutosta tukee erityisesti teknologiahankinnat. Raportti toteaa, että Eksoten rahoitus ei ole ollut riittävää ja vuosittain on syntynyt talouden alijäämää. Tästä aiheutunut luottamuspuola on johtanut ulkopuoliseen arviointiin. Arvioinnin tuloksena annettiin suositukset, joiden mukaisesti 1) koko maakunta on osana Eksotea, 2) kuntalaskutusmalliksi suositellaan aiheuttamisperiaatetta tai korjattua kapitaatiomallia riippuen siitä, voiko Eksote vaikuttaa palveluiden tuottamiseen vai ei, 3) alijäämiä tulee välttää, mutta näiden kattaminen on huomioitava oikeudenmukaisesti sopimuksissa, 4) Eksoten johdolla on oltava operatiivinen valta ja 5) palvelusopimusten toteutumisen seuranta tulee kehittää. Loppuraportti listaa Eksoten suurimmaksi ongelmaksi hallintomallin, jossa omistajakuntien tahtotila on ristiriitainen: kustannuksia pitäisi merkittävästi laskea, mutta palveluita ei saisi karsia tai muuttaa.¹³⁷

”Strateginen johtaminen Eksotessa” -raportti listaa sosiaali- ja terveyspiirin perustamisen tärkeimmiksi lähtökohdiksi palveluiden saatavuuden turvaamisen alueen kuntien taloudellisten mahdollisuuksien rajoissa. Tavoitteisiin pääsemiseksi alueen kunnat luopuivat kuntakohtaisten palveluiden tuottamisesta ja tähän liittyneestä kuntakohtaisesta laskutusperiaatteesta. Tätä varten luotiin hallinnollinen kehys, joka mahdollistaa uusien toimintatapojen kehittämisen ja käyttöönoton aiempaa mallia paremmin. Eksoten uuden johtamisstrategian mukaisesti luodaan strategiakartassa esitettyihin arvoihin perustuva selkeä, johdonmukainen ja keskustelulle avoin johtamisjärjestelmä.¹³⁸

5.3 Kainuun hallintokokeilu

Kainuun hallintokokeilu käynnistyi vuonna 2005 ja päättyi vuonna 2012. Kokeilussa olivat mukana Vaalan kuntaa lukuun ottamatta kaikki Kainuun kunnat.¹³⁹ Kainuun hallintokokeilusta säädetyn lain (343/2003) 1 §:ssä on kirjattu lain tarkoitus. Hallintokokeilun tarkoituksena on

¹³⁶ Eksote 2013, 9.

¹³⁷ Eksote 2013, 65–67.

¹³⁸ Eksote 2015b, 3.

¹³⁹ Valtiovarainministeriö 2013, 11.

hankkia kokemuksia maakunnallisen itsehallinnan vahvistamisen vaikutuksista alueen kehittämiseen, kansalaisten osallistumiseen, kunnallisten palveluiden järjestämiseen sekä valtion aluehallinnon, kunnallishallinnon, maakuntahallinnon ja valtion keskushallinnon toimintaan sekä suhteeseen.

Kokeilualueena toimi 2 §:ssä määritellyt Kajaanin ja Kuhmon kaupungit sekä Hyrynsalmen, Paltamon, Puolangan, Ristijärven, Sotkamon ja Suomussalmen kunnat. Maakunnan tehtävät on määritelty lain 4 §:ssä. Tehtävänä on muun muassa huolehtia maakunnan terveydenhuollosta, sosiaalihuollosta ja koulutuksesta sekä niiden rahoituksesta. Maakunnan päätösvaltaa käyttää lain 8 §:n säädöksen mukaisesti maakuntavaltuusto, joka valitaan maakunnan asukkaiden toimesta neljäksi vuodeksi kerrallaan. Lisäksi maakuntavaltuusto valitsee toimikaudekseen 13 §:n mukaisesti maakuntahallituksen sekä tarkastuslautakunnan. Maakuntavaltuusto valitsee myös maakuntajohtajan 19 §:n säädösten perusteella. Maakunnassa toimii kokeilun ajan pakollisina kuntayhtyminä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (4 luku 21 §) ja Kainuun koulutuskuntayhtymä (4 luku 22 §).

Perustuslakivaliokunta perusteli lausunnossaan 65/2002 vp hallituksen esityksen Kainuun hallintokokeilulaiksi hyväksymistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä koulutuksen siirtäminen maakunnan vastuulle vaikuttaa merkittäväällä tavalla kokeilualueen kuntien hallintoon ja kaivata asukkaiden valitsemien toimielimien päätösvaltaa. Lähtökohtaisesti tämä on ongelmallista kunnallisen itsehallinnon peruseriaatteiden näkökulmasta. Siirron taustalla on Kainuun alueen poikkeuksellisen vaikea sosiaalinen ja taloudellinen tilanne. Tämä uhkaa kuntien mahdollisuutta tuottaa kunnallisia peruspalveluita riittävästi. Sääntelyllä pyritään turvaamaan alueen asukkaille yhdenvertaiset palvelut ja näin ollen sääntelylle on perusoikeusjärjestelmään pohjautuvia painavia perusteluita.¹⁴⁰

Perustuslakivaliokunta toteaa, että ehdotetulla kokeilulla tavoitellaan perustuslaillisesti hyväksyttäviä päämääriä. Vaaleilla valittava itsehallinto lisää alueiden asukkaiden vaikutusmahdollisuuksia maakunnallisella tasolla, vastaavasti tehtävien siirto kunnilta maakunnalle vähentää vaikutusmahdollisuuksia paikallisella tasolla. Valiokunta katsoo, ettei tämä kuitenkaan kokonaisuudessaan merkitse olennaista muutosta maakunnan asukkaiden asemaan. Tämä ei estä lain säätämistä tavallisen lain säätämisyjärjestyksessä.¹⁴¹

Valtiovarainministeriö julkaisi Kainuun hallintokokeilun loppuraportin vuonna 2013. Raportin yhteenvedossa todetaan, että kokeilu on toiminut hyvin palvelujen järjestämisen rakenteen osalta. Toiminnassa on saatu myönteisiä kokemuksia sekä sosiaali- ja terveydenhuollosta että koulutuksesta. Vaikeuksia ovat puolestaan aiheuttaneet rakenteen ylikunnallinen luonne ja

¹⁴⁰ PeVL 65/2002 vp, kohta Ehdotuksen arviointi.

¹⁴¹ PeVL 65/2002 vp, kohta Yhdenvertaisuus.

rahoitusratkaisut. Maakunnan rasiitteena on kokeilun päättyessä edelleen väestön väheneminen ja huoltosuhteen epäedullisuus, mikä aiheuttaa muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen kasvamista ja taloudellisia ongelmia.¹⁴²

Sote-palveluiden kustannukset laskivat kokeilun alussa, mutta nousivat voimakkaasti kokeilun lopussa. Mikäli nousu jatkuu tulevaisuudessa, aiheuttaa tämä alueen kunnissa talouden kriisiytymisen. Kokeilun keskeiseksi anniksi koettiin maakunnan kustannustietoisuuden lisääntyminen ja palvelujen järjestämisen kokoaminen. Ylikunnallisen toiminnan rahoituksesta on saatu tärkeää kokemusta. Järjestelmän positiivisia puolia olivat kunnallisten kustannuksien ennakoitavuus ja kannustavuus tehdä maakunnassa kokonaistaloudellisesti järkeviä ratkaisuja. Huonoja puolia olivat rahoitusjärjestelmän aiheuttamien ristiriitatilanteiden hallinnasta puuttuneet tai puutteellisiksi koetut työkalut. Tästä kannattaa ottaa opiksi myös valtakunnallisesti sosiaali- ja terveyspalveluita uudistettaessa.¹⁴³

5.4 Muita vaihtoehtoisia ajatuksia tulevaisuuden sote-malliksi

Helsingin yliopiston sosiaalipolitiikan professori Heikki Hiilamo kannattaa sote-uudistuksessa mallia, jossa sote-alue toimisi kuin asukkaiden omistama ”keskinäinen vakuutusyhtiö”, jonka pyrkimys on pitää maksut edullisena ja korvauspalvelu kunnossa. Julkisessa sote-vakuutuksessa määriteltäisiin selkeästi perustuslain vaatimus tarpeen mukaisista palveluista. Tämä tarkoittaa palvelun sisällön, laadun, hinnan ja saatavuuden sekä mahdollisen valitustien määrittelyä. Palvelutarve tulee määritellä parhaalla sosiaali- ja terveysalan asiantuntemuksella, esimerkiksi Kela-vetoisesti. Sote-palveluiden tarjoaman julkisen ”perusvakuutuksen” lisäksi voisi kuluttaja ostaa myös täydentäviä palveluita. Nämä ovat tarpeellisia, mutteivät välttämättömiä sote-palveluita.¹⁴⁴

Hiilamo ehdottaa, että hallituksen esityksen (HE 324/2014 vp) mukainen kuntien kaksoisrooli puretaan, ja uuden sote-ratkaisun kapitaatiomaksut kerättäisiin joko valtakunnallisena sote-maksuna, sote-alueen sisäisenä maksuna tai tuotantoalueen sisäisenä maksuna. Mallissa jokainen suomalainen maksaa saman sote-maksun, huolimatta alueen ikärakenteesta tai sairastavuudesta. Maksua ei tarvitse kerätä kunnallisveron yhteydessä, vaan kuntaveroa alennettaisiin ja alennettu osa siirrettäisiin sote-maksuksi. Maksun ohjauksesta joko suoraan sote-alueille tai tuotantoalueiden kautta sote-alueille vastaisi Kela. Malli edellyttää esimerkiksi viiden maakunnan tai 19 tuotantoalueen hallintoa, jossa hallinnon edustajat valitaan vaaleilla. Ilman kunnilta kerättävää rahoitusta, sote-alueilla olisi vahvempi neuvotteluasema tuotantoalueisiin verrattuna ja samalla kuntien edustajat eivät olisi kaksoisroolissa ajamassa sekä kunnan että

¹⁴² Valtiovarainministeriö 2013, 45.

¹⁴³ Valtiovarainministeriö 2013, 45.

¹⁴⁴ Hiilamo 2015, 116–118.

sote-alueen etuja. Rahoitusmallissa kunnat edustaisivat tuottajia. Lisäksi niin sanotussa sote-verossa voitaisiin huomioida nykyiset sote-valtionosuudet sellaisenaan.¹⁴⁵

Hiilamon esitystä uuden sote-mallin rahoituksen perustuslaillisesta hyväksyttävyydestä tukee perustuslakiasiantuntija Kaarlo Tuorin lausunto vuodelta 2014. Hiilamon mukaan Tuori kommentoi lausunnossaan, että uudistuksen ”perustuslailliset ongelmat poistuvat, jos aluetason järjestettäväksi siirrettäviä tehtäviä ei enää määritellä kuntien tehtäviksi ja kuntien rahoitusvastuu poistetaan. Rahoituksen järjestämiseksi olisi kaksi vaihtoehtoa: valtio vastaa rahoituksesta kokonaan tai rahoituksesta vastaa aluetaso, jolle ohjataan valtionosuudet ja jolla on verotusoikeus.” Tuori kokee, että rahoituksen siirtäminen kokonaan valtion vastattavaksi ei sisällä perustuslaillista estettä. Hiilamo korostaa yhtenä sote-alueen onnistumisen edellytyksenä integraation toteutumista. Palveluketjut voisivat perustua elinkaarimalliin, eikä niiden tarvitse olla alueellisia. Mallissa eri tuottajat vastaisivat eri palveluista, yksi lapsiperheistä, toinen päihdeongelmallisista, kolmas vanhuksista ja niin edelleen. Esimerkkinä Hiilamo käyttää YTHS:ää, jolle voitaisiin määritellä koko opiskelijoiden terveydenhuolto.¹⁴⁶

Hiilamo näkee, että viiden alueen sote-mallissa rahoituksen yhdistäminen ja päällekkäisen vakuuttamisen purkaminen voisi alkaa siitä, että Kelan sairausperusteiset korvaukset lääkärin ja hammaslääkärin palkkioista, tutkimuksesta ja hoidosta sekä lääkkeitä, matkakorvauksista ja koulutusmenoista siirrettäisiin sote-alueille. Alueille siirrettäviä muita eriä voisivat olla sairauspäivärahat, kuntoutuskorvaukset, muut päivärahat ja työterveyshuollon korvaukset. Sote-alue ja Kela voisivat yhdessä vastata esimerkiksi palveluntuottajien auktorisoinnista ja maksutason määrittelystä sekä asettaa kriteereitä palveluntarjoajille. Sote-alueet saisivat mallissa kannusteita muun muassa lääkekulujen, matkakorvauksien ja työterveyshuollon maksujen säästämiseen. Sote-alueilla olisi kannustin hoitaa ihmiset nopeasti työkyntöisiksi, jotta sairauspäivärahakustannukset jäisivät pieniksi. Työterveyshuollon osalta sote-alueiden kannattaisi parantaa perusterveydenhuollon palvelutasoa, jotta työntekijät ja työnantajat käyttäisivät julkista perusterveydenhuoltoa kasvavasti työterveyshuollossa. Malli vakuutuspalveluista mahdollistaisi sen, että vakuutusyhtiö voisi tuottaa palvelut itse tai korvata palvelut asiakkailleen laskujen perusteella muualta hankittuina.¹⁴⁷

Aalto-yliopiston professori Paul Lillrank on arvostellut *Talouselämä*-lehdelle antamassaan haastattelussa sote-uudistusta huonosti valmistelluksi ja liiallisesti poliittisten syiden ajamaksi. Lillrankin mielestä hallituksen esityksen kaatuminen oli hyvä asia. Keskustelussa ja lain aiemmassa valmistelussa on sivuutettu varsinaiset sote-ongelmat. Näitä on neljä: 1) Nykyinen järjestelmä ei vastaa kysyntään. Järjestelmä on rakennettu korjaamaan yksittäisiä ongelmia,

¹⁴⁵ Hiilamo 2015, 120–121.

¹⁴⁶ Hiilamo 2015, 121–123.

¹⁴⁷ Hiilamo 2015, 124–127.

kuten tautien hoitoa tai onnettomuuksien uhrien hoitoa. Todellisuudessa suurimpia nykyisiä terveysongelmia ovat pitkäaikaissairaudet, jotka vaativat uusittua palvelurakennetta. 2) Terveystieteiden kustannukset kasvavat, vaikka samalla kansanterveys ei kohene. Tämä rumentaa julkisen talouden. 3) Potilaiden valinnanvapaus, ihmiset haluavat valita hoitopaikkansa sekä osallistua hoidon suunnitteluun. 4) Terveyspalveluiden kysyntä ja tarjonta pirstaloituvat. Ihmiset haluavat kokonaisvaltaisia ja yksilöllisiä ratkaisuja, mutta samanaikaisesti lääketiede erikoistuu yhä kapeampiin alueisiin. Palveluiden rahoituksen osalta Lillrank kokee, että rahoitus tulisi järjestää valtakunnallisesti. Vastaavasti tuotanto tulee toteuttaa tarpeen mukaan paikallisesti tai valtakunnallisesti. Esimerkkinä paikallisista toiminnoista listataan vanhushpalvelut ja valtakunnallisista toiminnoista tekonivelleikkaukset.¹⁴⁸

Kunnallisan kehittämissäätiö listaa ”Sisältöä sote-uudistukseen” -raportissaan ehdotuksen alueellisen palvelujärjestelmän uudeksi rakenteeksi. Tässä todetaan, ettei Suomessa ole tällä hetkellä väestön kannalta yhdenmukaista ja tasa-arvoista terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Koko maata koskevaa yhteistä mallia ei voida myöskään tehdä, erityisesti Kainuun ja Lapin alueiden osalta. Kun sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää tarkastellaan alueellisesti, on Suomi OECD:n¹⁴⁹ maista ainoa, jossa vanhuksia hoidetaan pitkäaikaisesti vuodeosastoilla. Tämän purkamisesta ei ole sote-uudistuksen yhteydessä vielä puhuttu.¹⁵⁰

Aalto-yliopisto on tehnyt Tekesin rahoittamana palveluprojektin ”Ikääntyvän yhteiskunnan palvelurakennukset, case Eksote”.¹⁵¹ Palveluprojektin pohjalta Kunnallisan kehittämissäätiö kuvaa mallin uudeltaisesta sairaalaorganisaatiosta. Tämä on kuvattu kuviossa 5. Uusi rakenne jakaa palvelut keskitettyihin ja lähipalveluihin. Keskitetyssä palvelussa ongelma pysyy samana, mutta potilas vaihtuu. Lähipalvelussa tauti vaihtuu, mutta ihminen pysyy samana. Kun malliin liitetään hoitoprosessin mukainen jäsentely (akuutti, elektiivinen, kuntoutus sekä taudin hallinnan edellyttämät pysyvät hoitosuhteet) saadaan neljään osaan jakautuva alueellinen toimintamalli.¹⁵²

¹⁴⁸ Heiskanen 2015, Kohta ”Professori: Loistavaa, että sote-esitys torpattiin, oli syys mikä tahansa”.

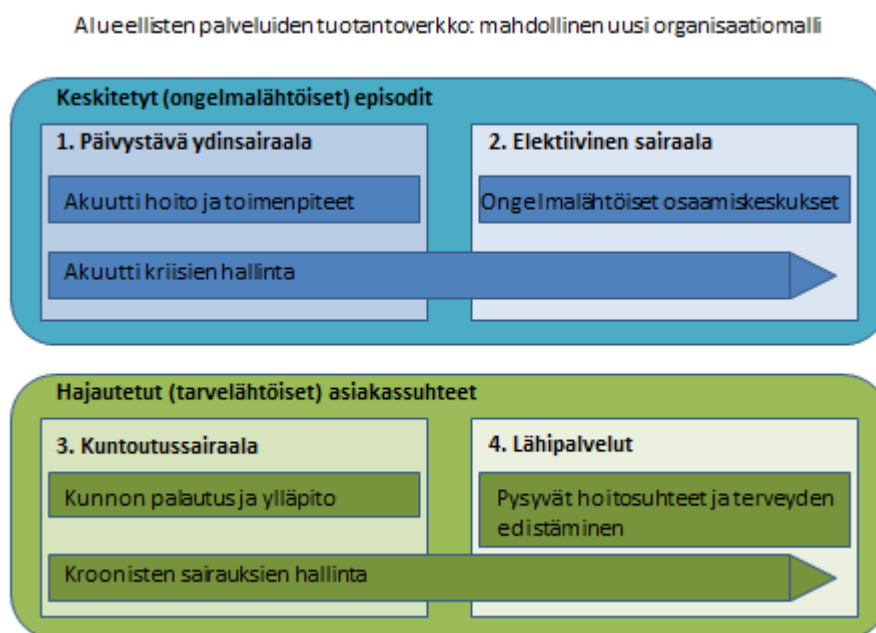
¹⁴⁹ OECD 2015, kohta Members and partners: OECD:n jäsenvaltioita on 34. Nämä ovat Australia, Itävalta, Belgia, Kanada, Chile, Tsékki, Tanska, Viro, Suomi, Ranska, Saksa, Kreikka, Unkari, Islanti, Irlanti, Israel, Italia, Japani, Etelä-Korea, Luxemburg, Meksiko, Hollanti, Uusi-Seelanti, Norja, Puola, Portugali, Slovakia, Espanja, Ruotsi, Sveitsi, Turkki, Yhdistynyt kuningaskunta ja Yhdysvallat.

¹⁵⁰ Kinnula ym. 2014, 95.

¹⁵¹ Aalto ym. 2011, 2.

¹⁵² Kinnula ym. 2014, 95–96.

Kuvio 5: Alueellisten palveluiden tuotantoverkko: mahdollinen uusi organisaatiomalli.¹⁵³



Suomessa on tällä hetkellä liikaa sairaansijojä. Suomella on noin 2000 hoitopäivää 1000 asukasta kohden. ”Sisältöä sote-uudistukseen” -raportti esittää, että nykyiset keskussairaalat (18) jatkaisivat sellaisenaan. Aluesairaaloista, terveyskeskussairaaloista ja sotainvalidien kuntoutusyksiköistä muodostetaan kuntouttavia lähisairaaloita. Mallissa terveyskeskussairaala jakaantuu kolmeen osaan: akuuttisairaala, kuntoutussairaala sekä palveluasuminen. Sairaanhoidopiirien ja terveyskeskusten vuodeosastoilta siirrettäisiin asumispalveluihin noin 10 000 vanhusta. Suomen alueittainen haja-asutus huomioiden osassa sairaanhoidopiirejä voisi pitää välitavoitteena palveluverkkoa, jossa tuhatta asukasta kohti olisi akuuttia toimintaa varten 2,5 sairaansijaa ja kuntouttavaa lähisairaala varten yksi sairaansija. Lisäksi pyrkimyksenä tulisi olla löytää ratkaisu, joka mahdollistaisi julkisten palveluiden verkottumisen. Tällöin voisi harkita ERVA-alueen puitteissa kehitettäviä sairaaloita, jotka hoitaisivat tietyissä asioissa koko ERVA-alueen potilaat.¹⁵⁴

Kunnallisan kehittämissäätiö listaa ”Miten sote-uudistus toteutetaan” -raportissaan arvion sote-uudistuksen kustannussäästöistä 2–3 miljardin euron suuruisiksi. Tarkkaa arviota on vaikea antaa, sillä nykyinen järjestelmä on hajanainen hoitotavoiltaan ja kapasiteetiltaan. Suurin yksittäinen säästö saadaan 20 000 ylimääräisen laitospaikan purkamisesta. Purkamista edellyttää kuntoutusjärjestelmän parantaminen sekä tarvittaessa asuinolosuhteiden parantaminen. Lisäksi kansainvälissä vertailuissa ovat laboratorio- ja kuvausjärjestelmät osoittautuneet kalliiksi ja tehottomiksi. Raportti listaa, että taloudellisesti tehokkaaseen toimintaan on

¹⁵³ Mukailen Kinnula ym. 2014, 96.

¹⁵⁴ Kinnula ym. 2014, 96–97.

useita malleja, HUS-alueen tehokkuus puoltaisi sairaanhoitopiirien yhdistymistä etenkin Itä-Suomessa. Kuitenkin Suomen sote-alueiden maantieteelliset ja sisällölliset erot eivät mahdollista yhtä, yleispätevää suunnitelmaa, vaan suunnittelu olisi tehtävä paikallisesti olemassa olevien lähtökohtien mukaan.¹⁵⁵

5.5 Erva-alueiden tietoteknisten valmiuksien koordinointi ja nykytilanne

Sote-uudistuksessa tärkeä onnistumisen osa-alue on tietotekniikan hyödyntäminen. THL:n tuottamassa raportissa ”SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi” on arvioitu nykyisten erva-alueiden tietoteknisten ratkaisuiden yhteensopivuutta, koordinoinnin vahvuutta ja tiedonvaihtoa.¹⁵⁶ Seuraavassa on käsitelty yhteenvedon pääkohdat erva-alueittain, yksittäisten sairaanhoitopiirien tilanne voi olla hyvin erilainen kuin Ervan kokonaistilanne antaa ymmärtää.

HUS-ervassa koko erityisvastuualuetta kokoava koordinaatio ei ole vahva. Alueella tietotekniisiä palveluita tuottavat ja koordinoivat erityisesti Medi-IT Oy sekä Uudellamaalla HUS. Osa alueen toimijoista on mukana Apotti-hankkeessa.¹⁵⁷ Apotti-hankkeessa on tavoitteena kehittää sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimintaa nykyistä yhteneväisemmäksi, laadukkaammaksi ja turvallisemmaksi sekä kustannustehokkaammaksi. Kustannusanalyysiarvion mukaan uuden asiakas- ja potilastietojärjestelmäpalvelun 10 vuoden kokonaiskustannukset ovat 335–430 miljoonaa euroa.¹⁵⁸

TYKS-ervassa erva-tason koordinaatio on vahvaa. Sairaanhoitopiirien tietohallintopäälliköt kokoontuvat säännöllisesti, ervalla on lisäksi yhteinen tietohallintostrategia. Sairaanhoitopiirit ovat Medbit Oy:n osakkaita ja hankkivat ainakin osan tietohallintopalveluistaan Medbit Oy:ltä. TAYS-ervassa koordinaatio on kohtalaista. Sairaanhoitopiirien tietohallintojohtajilla on säännölliset tapaamiset, myös muita yhteistyötapaamisia järjestetään. Sote-kokonaisarkkitehtuurin osalta on tehty yhteistyötä Kuntaliiton vetämässä Vakava-projektissa. Tässä on noussut esille muun muassa sähköinen asiointi. Kuvantamiskäytön osalta alueella on pyrkimykseenä toimintojen yhdistely.¹⁵⁹

KYS-ervassa koordinaatio on vahvaa. Alueen tietohallintotoimikunta toimii erva-johtoryhmän alaisuudessa. Alueella on muun muassa otettu käyttöön yhteinen aluetietoverkko, joka yhdistää fyysisesti kaikki KYS-ervan piirit keskenään. Tämä mahdollistaa myös liitännät kansallisiin palveluihin, siten että alueelta on yksi liityntäpiste viiden sijaan. Erva on ollut aktiivinen

¹⁵⁵ Kinnula ym. 2015, 85–86.

¹⁵⁶ Erhola ym. 2014, 127.

¹⁵⁷ Erhola ym. 2014, 127.

¹⁵⁸ Apotti 2014, kohta Mistä Apotti-hankkeessa on kysymys?

¹⁵⁹ Erhola ym. 2014, 127–130.

myös erilaisissa kansallisissa ryhmissä. Tavoitteena ovat mahdollisimman yhteneväiset toimintamallit ja käytännöt. OYS-ervassa koordinaatio on kohtalaista. Alueella toimii sekä tietohallintopäälliköiden että ervajohdon työryhmä.¹⁶⁰

6 Sosiaali- ja terveystalvet muissa Pohjoismaissa

Pohjoismaissa terveystalvetiden järjestämistvastuu on siirtymässä väestöltään suuremmille järjestäjätahoille. Järjestäjien osaaminen ja taloudellinen kantokyky ovat aiempaa parempia. Talvetiden tuottajakunta laajenee ja monipuolistuu, kun talvetiden järjestäminen ja tuottaminen eriytetään. Samalla asiakkaiden valinnanvapaus on lisääntynyt. Läpinäkyvyyttä on lisätty tuottamalla aiempaa enemmän vertailukelpoista tietoa talvetiden saatavuudesta, laadusta ja kustannustehokkuudesta. Potilasturvallisuus ja laatu ovat keskeisiä kilpailutekijöitä.¹⁶¹

Terveystalvetiden järjestämis-, rahoitus- ja tuottamistvastuu on ollut perinteisesti Pohjoismaissa saman toimijan käsissä, Suomessa kunnilla, Ruotsilla 20 maakäräjälueilla tai näiden yhteenliittymillä, Tanskan rakenneuudistuksen jälkeen viidellä alueellisella toimijalla valtion toimissa päävastuullisena rahoittajana ja Norjassa terveystalvetiden järjestämistvastuu on jaettu valtion ja kuntien kesken. Ruotsissa terveystalvet tuotetaan huomattavasti suuremmilla alueilla kuin Suomessa, aluetason uudistuksesta on tehty paljon selvitystyötä, mutta ei muutoksia. Vuonna 2010 Ruotsissa voimaan astuneen perusterveystalvetiden valinnanvapausuudistuksen seurauksena on väestöpohjaisessa ajattelussa tapahtunut muutoksia. Uudistuksen levitessä on todennäköistä, että erikoissairaanhoidon muutosvaikutukset vahvistuvat entisestään.¹⁶² Taulukossa 6 on esitetty sosiaali- ja terveystalvetiden järjestämistvastuut Pohjoismaissa.

Taulukko 6: Sosiaali- ja terveystalvetiden järjestämistvastuu Pohjoismaissa.¹⁶³

Maa	Manner-Suomi	Ruotsi	Tanska	Norja
Erikoissairaanhoido	304 kuntaa (20 sairaanhoidopiiriä)	20 maakäräjäaluetta (+ 1 kunta)	5 aluetta	4 aluetta
Perusterveystalvetiden huolto	304 kuntaa	20 maakäräjäaluetta (+ 1 kunta)	5 aluetta	428 kuntaa

¹⁶⁰ Erhola ym. 2014, 131–133.

¹⁶¹ HE 324/2014 vp, 36.

¹⁶² HE 324/2014 vp, 36.

¹⁶³ HE 324/2014 vp, 37.

Sosiaalihuolto	304 kuntaa	290 kuntaa	98 kuntaa	428 kuntaa
-----------------------	------------	------------	-----------	------------

6.1 Ruotsin malli

Ruotsissa terveydenhuollon järjestämisvastuun on 20 maakäräjällä tai niihin rinnastettavalla alueella. Näiden väestöpohja vaihtelee 200 000 ja 2 000 000 asukkaan välillä. Näiden lisäksi Gotlannin kunta järjestää palvelut. Gotlannin asukasluku on 57 000. Alueet vastaavat sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon järjestämisestä. Kunnat vastaavat kokonaisuudessaan sosiaalitoimesta sekä kouluterveydenhuollosta ja kotisairaanhoidosta. Maakäräjien asema on hyvin itsenäinen.¹⁶⁴

Ruotsin kunnilla ja maakäräjillä on itsenäinen verotusoikeus. Tasausjärjestelmällä tasataan rikkaiden ja köyhempien alueiden taloutta. Maakäräjävero on keskimäärin 10 prosenttia ja kunnallisvero noin 20 prosenttia. Maakäräjien päätehtävänä on vastata alueensa terveydenhuollosta, jonka kustannuksiin kuluu yli 90 prosenttia maakäräjien menoista. Verojen lisäksi palveluiden rahoittajana toimii sekä valtio että pieniltä osin asiakasmaksut. Valtionosuuksista kasvava osa on määräytynyt viime vuosina suoriteperusteisena. Palveluiden tuottamisessa on ulkopuolisten tuottajien osuus kasvanut merkittävästi viime vuosikymmeninä. Tuottajakunnan monipuolistumiseen sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon puolella vaikuttivat alkuun tuottajien väliseen kilpailuun liitetyt positiiviset odotukset hinnoittelun, laadun ja tuotantokustannuksien suhteen. Sittemmin paljon keskustelua aiheuttaneet ongelmat palveluiden saatavuudessa ja pyrkimys vahvistaa potilaan asemaa sekä lisätä valinnanvapautta, ovat tukeneet yksityisille ja kolmannen sektorin tuottajille avautuvien markkinoiden kehitystä.¹⁶⁵

Ruotsissa monet maakäräjistä ovat eriyttäneet tilaaja- ja toimittajatoiminnot toisistaan. Tukholman alueella 30 prosenttia toiminnasta on muun kuin maakäräjien vastuulla ja terveystieteistä lähes 60 prosenttia ovat yksityisiä. Hoitoja tarjoavien tuottajien auktorisointia eli hyväksymismenettelyä on etenkin laatuvaatimuksien osalta jatkuvasti tarkennettu.¹⁶⁶ Ruotsin perusterveydenhuollon valinnanvapauslainsäädäntö (Lag om valfrietssystem (2008:962)) mahdollistaa, että yksilöllä on oikeus valita hankintaviranomaisen hyväksymä palveluntarjoaja (1 kap, 1§). Hankintaviranomaisen tulee kohdella toimittajia yhtenäisesti ja syrjimättä, valinnassa tulee noudattaa muun muassa avoimuutta (1 kap, 2§). Raha seuraa asiakkaan mukana, ja korvaus on kaikille sama.¹⁶⁷

¹⁶⁴ HE 324/2014 vp, 39.

¹⁶⁵ HE 324/2014 vp, 39.

¹⁶⁶ HE 324/2014 vp, 39.

¹⁶⁷ HE 324/2014 vp, 40.

Professori Paul Lillrank arvioi Etelä-Suomen Sanomissa, että Ruotsin ”raha seuraa potilasta” -malli säästäisi Suomen sote-kuluissa jopa 20–30 prosenttia, samalla palvelutason pysyessä ennallaan. Ruotsin mallin hyödyntäminen tarkoittaisi noin 4–6 miljardin euron vuosittaisia säästöjä yhteiskunnalle. Samassa artikkelissa Kelan tutkimusprofessori Hennemari Mikkola ei puolestaan usko Ruotsin mallin tuovan suuria säästöjä, mutta palveluiden saatavuus parantuisi mallin myötä. Kuitenkaan puhdasta Ruotsin mallia ei voida Suomessa soveltaa Suomen vahvan työterveyshuollon takia. Tämän osuus perusterveydenhuollon kustannuksista on suurissa ja keskisuurissa kaupungeissa 30–40 prosenttia. Ruotsissa työterveyshuolto ei tuota paljoa sairaanhoitoa.¹⁶⁸

6.2 Ruotsin mallin arviot, haasteet ja kohtaama kritiikki

Ruotsin järjestelmän vahvuutena voidaan pitää sitä, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rahoitus- ja järjestämisvastuu on yhdellä päämiehellä eli maakäräjillä. Mallin heikkoutena voidaan pitää palveluiden puutteellista integraatiota maakäräjien terveydenhuollon ja kuntien sosiaalitoimen välillä. Ongelma on tiedostettu, mutta toistaiseksi näitä ei ole pyritty yhdistämään yhden päämiehen vastuulle. Puutteita on sen sijaan pyritty kompensoimaan valtion vahvistetulla ohjauksella. Esimerkkejä ohjauksesta ovat kansalliset toimintasuunnitelmat ja -ohjeet sekä hoitotulosten vertailut. Terveystuollon kehittäminen keskittyy valinnanvapauden lisäksi hoidon laatuun sekä hoitotuloksiin. Valtio on puuttunut sosiaali- ja terveydenhuollon välisiin integrointiongelmiin muun muassa valvontaviranomaisten toimintaa uudistamalla. Valtiohallinnon rakenteiden uudistamisselvitys ehdottaa, että 10 viranomaistahoa tulisi yhdistää perustehtäviensä luonteen mukaan neljäksi viranomaistahoksi. Nämä viranomaiset vastaisivat tieto-ohjauksesta, valvonnasta, infrastruktuurista sekä strategia-työstä. Vuonna 2012 annetun ehdotuksen jälkeen työ on osittain käynnistynyt ja osittain käynnistymättä.¹⁶⁹

Ruotsalaisen Vårdanalysin¹⁷⁰ raportissa ”Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård” on tutkittu Ruotsissa käytössä olevan mallin valinnanvapautta. Tämän mukaisesti potilaat pitävät valinnanvapautta positiivisena arvona. Tutkimus osoittaa, että potilaat arvostavat mahdollisuutta vaikuttaa palvelun sisältöön enemmän, kuin mahdollisuutta valita palveluntarjoaja. Selvä enemmistö ruotsalaisista potilaista haluaa vapauden valita ensihoidon tarjoajan, erikoispalveluiden valinnanvapauden kannatus ei ole yhtä korkeaa. Käytännössä melko pieni osa potilaista valitsee aktiivisesti erikoissairaanhoidon tarjoajan. Valinnanvapaus koetaan positiivisena arvona, vaikka tätä ei käytettäisikään. Valinnanvapaus vaatii palveluntarjoajilta, että

¹⁶⁸ Kauhanen 2015, kohta Professori sote-uudistuksesta: Ruotsin malli säästäisi 4-6 miljardia euroa vuodessa.

¹⁶⁹ HE 324/2014 vp, 40–41.

¹⁷⁰ Vårdanalys tarkastelee kansalaisnäkökulmasta Ruotsin Sosiaalhallitusta, kilpailuvirastoa ja hoitoa.

ne huolehtivat oman palvelunsa laadusta ja näin ollen markkinoiden kokonaislaatu pysyy hyvänä.¹⁷¹

Ruotsissa tehty uudistus on koskettanut etenkin yksityistä ja kolmatta sektoria. Näiden osalta laatuvaatimukset ovat joutuneet tarkkaan tarkasteluun. Tuottajista ovat pudonneet pois ne tahot, joita potilaat eivät valitse. Kritiikkiä on tullut tuottajien keskittymisestä suuriin kaupunkeihin. Pohdinnassa on, pitäisikö alalla toimivien kansainvälisten suuryritysten voittoja palauttaa Ruotsiin.¹⁷²

Ruotsin seurannat osoittavat, että tehdyn uudistuksen jälkeen perusterveydenhuollon tuottajakunta on lisääntynyt voim viidenneksellä, samoin palvelutuotanto ja palveluiden käyttö ovat lisääntyneet. Uusia terveyskeskuksia on syntynyt kahteen kolmasosaan maakäräjäalueista ja noin 86 prosenttia väestöstä asuu kunnassa, jossa julkisen terveyskeskuksen lisäksi toimii vaihtoehtoinen yksityinen palveluntuottaja. Väestöstä 99 prosentilla matka terveyskeskukseen kestää enintään 20 minuuttia tai vaihtoehtoiseen terveyskeskukseen viisi minuuttia pidempään kuin lähimpään terveyskeskukseen. Vuonna 2013 yli 90 prosenttia terveyskeskuslääkärille aikaa tarvitsevista ruotsalaisista sai vastaanottoajan seitsemän päivän sisällä, kun Suomessa vastaava luku oli noin 43 prosenttia.¹⁷³

Ruotsin haaste perusterveydenhuollon osalta on joidenkin harvaanasuttujen alueiden lääkäripalveluiden saatavuus. Ruotsin valtion tarkastusvirasto on ehdottanut näille alueille vahvojen poikkeusmenetelmien sallimista tilanteen helpottamiseksi. Lisäksi Ruotsissa nähdään tarvetta yhteneväisimmille pelisäännöille eri maakäräjäalueiden valinnanvapausjärjestelmiin, jotta potilaiden ja tuottajien kansallinen liikkuvuus helpottuvat. Yhteiset säännöt hyväksymis- ja korvausmenettelyn osalta ovat olennaisia. Ruotsissa vuoden 2015 alussa voimaan astunut uusi potilaslaki takaa maanlaajuisen valinnanvapauden avosairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa.¹⁷⁴

7 Hyvinvointipalveluiden oikeudenmukaisuus

Suomen perustuslain 19 § takaa terveyspalvelut jokaisen kansalaisen perusoikeudeksi. Suomi on myös sitoutunut usealla sopimuksella yhteiseen kansainväliseen sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Esimerkkejä kansainvälisistä sopimuksista ovat Yhdistyneiden kansakuntien ihmisoikeuksien julistus sekä kansainvälinen taloudellisia, sivistyksellisiä ja sosiaalisia oikeuksia koskeva yleissopimus, Euroopan sosiaalinen peruskirja sekä Maailman terveysjärjes-

¹⁷¹ Winblad ym. 2012, 113–114.

¹⁷² Kauhanen 2015, kohta Professori sote-uudistuksesta: Ruotsin malli säästäisi 4-6 miljardia euroa vuodessa.

¹⁷³ Jonsson 2015, Kohta Uudistusta seurattu ja arvioitu monin eri tavoin.

¹⁷⁴ Jonsson 2015, Kohta Valinnanvapaus ei korvaa kaikkia ongelmia.

tön WHO:n perustamisasiakirja.¹⁷⁵ Suomessa vuonna 2001 julkaistussa *Terveys 2015* -kansanterveysohjelmassa on maamme terveystalouden tavoitteeksi listattu terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen.¹⁷⁶

Valtiosääntö turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden, yksilön vapauden ja oikeudet sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa (PL 1 luku 1 §). Terveystalouden yhdenvertaisuus turvataan terveydenhuoltolailla. Hallintolain (434/2003) 6 § määrittää hallinnon oikeusperiaatteet. Viranomaisen on kohdeltava hallinnossa asioivia tasapuolisesti ja käytettävä toimivaltaansa vain lain mukaan hyväksyttäviin tarkoituksiin. Viranomaisen toimien tulee olla puolueettomia ja oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden. Yhdenvertaisuuslain (1325/2014) tarkoituksena on edistää yhdenvertaisuutta, ehkäistä syrjintää sekä tehostaa syrjinnän kohteeksi joutuneen oikeusturvaa. Viranomaisen on arvioitava yhdenvertaisuuden toteutumista toiminnassaan ja ryhdyttävä tarpeellisiin toimenpiteisiin yhdenvertaisuuden toteutumisen edistämiseksi (YhdenvertaisuusL 1 luku, 5 §).

Yleisiin hallinto-oikeudellisiin periaatteisiin kuuluvat: 1) yhdenvertaisuus, 2) objektiviteetti, 3) suhteellisuus, 4) tarkoitussidonnaisuus ja 5) luottamuksen suoja. Lisäksi 6) kohtuus on ollut mukana hallinto-oikeudellisen periaatekeskustelussa mahdollisena lisäperiaatteena. Yhdenvertaisuus ilmenee tasapuolisena kohteluna sekä johdonmukaisena käytäntönä. Objektiviteetti-periaatteen mukaisesti viranomainen saa ratkaisussaan nojata vain asiallisesti perusteltaviin perusteisiin, ei omiin mieltymyksiinsä. Suhteellisuusperiaate koskee erityisesti asianosaiselle velvoitteita asettavaa päätöksentekoa sekä pakkokeinojen käyttöä. Tarkoitussidonnaisuuden perusteella viranomainen saa käyttää toimivaltaansa vain siihen tarkoitukseen, jota varten se on perustettu. Luottamuksellisuus edellyttää, että yksityiset voivat luottaa viranomaisen toiminnan oikeellisuuteen, virheettömyyteen sekä tehtyjen päätösten pysyvyyteen. Kohtuusperiaate liittyy tapauskohtaisten erityisolojen huomioonottamiseen, jotka perustelevat poikkeavien ratkaisuperusteiden noudattamista.¹⁷⁷

Terveystalouden oikeusperiaatteet voidaan jakaa 1) päätöksentekoon hoitoon ottamisesta, 2) varsinaiseen hoitotoimintaan ja 3) lakisääteisiin, tahdosta riippumattomiin toimenpiteisiin. Lainsäädännöllä taataan välitön oikeus hoitoon vain kiireellisissä tapauksissa, muulloin joudutaan pohtimaan kriteereitä niukkojen voimavarojen käytölle. Potilaille on annettava laadultaan hyvää hoitoa ja yksittäisistä hoitotoimenpiteistä päätettäessä on kunnioitettava potilaan tahtoa eli itsemääräämisoikeutta. Hoito on järjestettävä siten, ettei potilaan ihmisarvoa loukata. Lisäksi potilaan yksityisyyttä ja vakaumusta on kunnioitettava. Mahdollisuuksien mukaan

¹⁷⁵ Tuori 2004, 183–184.

¹⁷⁶ Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 15.

¹⁷⁷ Tuori 2004, 151–152.

on huomioitava myös potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri.¹⁷⁸ Poikkeuksena suostumusperiaatteesta on säädetty, että potilaan itsemääräämisoikeus ei vaadi erikseen hankittavaa suostumusta tavanomaisiin vähäisiin hoitotoimenpiteisiin. Esimerkki tahdosta riippumattomasta hoidosta on mielisairaanhoido sekä tarttuvien tautien leviämisen ehkäisy.¹⁷⁹

Stakesin raportissa ”Hyvinvointivaltion rajat, riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa.” on pohdittu hyvinvointipalveluiden oikeudenmukaisuutta. Useat strategiset linjaukset ja järjestelmän rakenteet eivät ole riittäneet kohdentamaan palveluita oikeudenmukaisella tavalla. Oikeudenmukaista järjestelmää luotaessa tulee nykyongelmien lisäksi huomioida yleiset yhteiskunnalliset kehityskulut, jotka uhkaavat luoda eriarvoisia lähtökohtia sosiaali- ja terveydenhuollon käyttäjille. Näitä ovat esimerkiksi väestön vanheneminen, talouden voimakas rakennemuutos sekä Suomen monikulttuuristuminen.¹⁸⁰

Terveydenhuollon tehtävät liittyvät elämän, kärsimyksen ja kuoleman alueelle. Sosiaalipalvelujen tehtävänä on huolehtia muita heikommassa asemassa olevien ihmisten ihmisoikeuksien toteutumisesta. Oikeudenmukaisuuspohdinnassa toiminnan eettinen kestävyys yhteisöjen ja organisaatioiden tasolla on riittämätöntä. Myös toiminnan arviointia ja kehittämistä tukevat käsitteet, tietopohja, keskustelu ja käytännön työkalut ovat riittämättömiä. Palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuutta arvioitaessa tarvelähtöisyys on välttämätöntä. Jos tarpeenmukaisuus korvautuu esimerkiksi kysynnällä ja tasajakoperiaatteella, ei riittävyys määräydy taloudellisesti kestävällä ja oikeudenmukaisella tavalla. Jos taas tehokkuuden varmistaminen on ensisijainen tavoite, tarpeenmukainen kohdentaminen saattaa jäädä teknisen tehostamisen alle. Sekä todellisten että koettujen tarpeiden ja voimavarojen epäsuhteen kasvaessa palvelujen perustelujen kohdentamisen merkitys kasvaa.¹⁸¹

7.1 Terveydenhuollon oikeudenmukaisuus

Juha Teperi ja Ilmo Keskimäki pohtivat kansalaisten saamien terveystalveluiden oikeudenmukaisuutta. Terveydenhuollon palveluiden kohdentumisen vähimmäisvaatimus on, ettei terveydenhuolto lisää terveyseroja. Terveydenhuollon tavoitteena tulisi tämän lisäksi pyrkiä aktiivisesti kaventamaan terveyseroja. Suomessa eri sosiaaliryhmien välillä on huomattavia eroja terveystalveluiden käytössä. Nämä eivät kuitenkaan selity erilaisilla tarpeilla, vaan usein palveluja eniten tarvitsevat ryhmät käyttävät niitä vähiten. Tätä asiaa on selitetty kansainvälisissä tutkimuksissa muutamilla syillä. Vähemmän koulutetuilla henkilöillä on keskimäärin korkeammin koulutettuja henkilöitä huonompi tietämys terveydestään ja siihen vaikuttavista

¹⁷⁸ Tuori 2004, 172–175.

¹⁷⁹ Tuori 2004, 441, 447.

¹⁸⁰ Teperi 2006, 181.

¹⁸¹ Teperi 2006, 181–182.

tekijöistä. Lisäksi eri sosiaalisille ryhmille tarjotaan erilaisia palveluita, samoin arjen haasteet saattavat ohittaa aktiivisen ja huolellisen oman terveyden hoitamisen. Hoidon piiriin tulemiseen sekä saatavan hoidon laatuun ja sisältöön vaikuttavat sekä potilas- että palvelujärjestelmä. Hoidon piiriin hakeutumiseen vaikuttaa halukkuuden lisäksi se, miten helppoa hoitoon pääsy on. Erilaisia esteitä voi syntyä esimerkiksi palveluiden fyysisestä etäisyydestä, palvelumaksuista tai hoitajanoista. Lisäksi eri sosiaaliryhmät saattavat haluta erilaisia hoitoja, jolloin hoitojen ajankäyttöön sekä kustannuksiin liittyvät seuraamukset ovat erilaisia ja toteutuvat hoidot poikkeavat toisistaan.¹⁸²

Palvelujärjestelmän rakenteesta ja rahoituksesta löytyy tekijöitä, jotka vaikuttavat hoidon piiriin tulemisen todennäköisyyteen. Terveyskeskuksien palvelut tuotetaan verovaroin ja pieneltä osin käyttäjämaksuin. Työterveyshuollon rahoitus perustuu työnantajien, työntekijöiden ja Kelan sairausvakuutuksen rahoitukseen. Yksityisen terveydenhuollon kustannuksista osan kattaa sairausvakuutus, potilaan kuitenkin vastatessa suurimmasta osasta kustannuksia itse. Terveyskeskuksen käyttäjämaksut ovat kohtuullisia pois lukien hammashuollon ja psykoterapi-an potilasmaksut. Lisäksi lääkkeiden keskimääräinen korvaustaso on matala. Merkittävä julkisia terveyspalveluiden käyttöä rajoittava tekijä on palvelun saatavuus jonotusaikojen ollessa pitkiä. Yksityisten palveluiden korkeat hinnat puolestaan vähentävät pienituloisten mahdollisuutta käyttää palveluja. Työterveyshuollosta ei peritä käyttäjämaksuja ja palvelun saatavuus on hyvä niillä aloilla, joilla työterveyshuoltoa on saatavissa. Este palvelun käytölle tulee, jos henkilö on työtön tai lyhytaikaisessa työsuhhteessa oleva ja ei näin ollen kuulu palvelun piiriin.¹⁸³

Perussy syy terveyspalveluiden epäoikeudenmukaiselle saannille on se, että kansallisen tason keinot sovittaa yhteen eri rahoituskanavien kautta tuotettuja tuotantojärjestelmiä ovat heikkoja. Tulevaisuudessa primaariprevention (sairauksien synnyn ennaltaehkäiseminen) ja sekundaariprevention (sairauksien aiheuttamien toimintakyky-, elämän laatu- ja kuolleisuustaan pienentäminen) vahvistaminen pitäisi olla terveydenhuollon toimijoiden keskeisin tavoite. Tämä parantaa väestön terveyttä, pienentää eri väestöryhmien välisiä terveyseroja ja luo pohjan taloudellisesti kestäväälle toiminnalle. Terveyspalveluiden oikeudenmukaiseen kohdentumiseen vaikuttaa tulevaisuudessa ratkaisevasti niistä maksettavat palveluiden käyttömaksut. Erityisen tärkeänä Teperi ja Keskimäki näkevät, että terveydenhuollon ohjauksen ja rahoituksen rakenteisiin tulee puuttua valtiovallan taholta.¹⁸⁴

7.2 Sosiaalipalvelujen oikeudenmukaisuus

¹⁸² Teperi & Keskimäki 2007, 276, 279, 280.

¹⁸³ Teperi & Keskimäki 2007, 281–283.

¹⁸⁴ Teperi & Keskimäki 2007, 283, 284, 287, 289.

Usein terveys mielletään yksiselitteisemmin itseisarvoksi kuin sosiaalinen hyvinvointi. Sosiaalipalvelut pyrkivät heikoimmassa asemassa olevien elämän ehtojen turvaamiseen. Tästä johtuen sosiaalipalveluiden oikeudenmukaisuuskeskustelu on vähäisempää, se on myös paljon terveydenhuoltoa aukottaisempaa. Kotiin annettujen sosiaalipalveluiden jakauma suosii hyvätuloisia. Kuntien kolmannelta sektorilta ostamien päihdepalveluiden leikkaus 1990-luvulta alkaen vaikuttaa edelleen siten, että heikoimmassa oleville ei palveluita ole riittävästi saatavilla. Kunnilla on valta tulkita määrärahasidonnaisissa ja harkinnanvaraisissa sosiaalipalveluissa, mikä on riittävä palvelutaso. Tämä vaikuttaa alueelliseen eriarvoisuuteen, koska asuinpaikkakunta vaikuttaa merkittävästi useiden palvelujen saatavuuteen. Erityisesti yhtä aikaa mielenterveys- ja päihdeongelmista sekä työttömyydestä kärsivät joutuvat helposti tukiverkoston ulkopuolelle.¹⁸⁵

7.3 Sosiaali- ja terveyspalveluiden oikeudenmukaisuus vähemmistöjen keskuudessa

Kulttuuri- ja kielivähemmistöjen asema sosiaali- ja terveydenhuollon käyttäjinä vaihtelevat. Ruotsinkielisillä ei ole ongelmia terveyspalveluiden saannin suhteen. Ongelmat liittyvät lähinnä palveluiden saantiin omalla kielellä ja toisaalta pienempien maaseutukuntien yleisiin vaikeuksiin ylläpitää riittävää palveluverkostoa. Saamelaisilla on alkuperäiskansana oikeus kielensä ja kulttuurinsa säilymiseen sekä erityinen itsemääräämisoikeus toteutettaviin järjestelyihin. Ongelma itsemääräämisoikeuden ja palvelujärjestelmän välille aiheutuu, koska palvelut ja kehittämishankkeet järjestetään kunnallisen rahoituksen pohjalta. Saamelaisten asuttamissa kunnissa vain yhdessä on niukka saamelaisemmistö. Toinen palveluita uhkaava tekijä on niiden järjestämisen kalleus harvaan asutuilla ja pitkien välimatkojen syrjäseuduilla.¹⁸⁶

Romanien yhteisöt ovat olleet riippuvaisia kaikille tarkoitetuista suomenkielisistä palveluista. Romanien osalta keskeinen kysymys on, pystyvätkö yleiset palvelut tarjoamaan kulttuurisensitiivistä palvelua. Yleisesti sosiaalipolitiikan yleismaallisuus on ollut ratkaiseva tekijä, että romanien hyvinvointi on kehittynyt valtaväestön suuntaan. Kuitenkin sosiaaliturvan leikkaukset ja tarveharkintaisuuden korostuminen ovat oleellisesti heikentäneet romaniväestön mahdollisuuksia saavuttaa muun väestön hyvinvointitasoa.¹⁸⁷

Maahanmuuttajat ovat sosiaaliselta taustaltaan monimuotoinen ryhmä. He ovat keskimäärin nuoria ja terveitä, jolloin muuta väestöä vähäisempi terveyspalveluiden kokonaiskäyttö ei ole ongelma. Kuitenkin maahanmuuttajien elinolosuhteet lähtömaassa ja Suomessa ovat suomalaista väestöä heikommat, jonka takia ongelmiin on hyvä varautua aktiivisesti. Lisäksi tarvi-

¹⁸⁵ Teperi 2006, 184.

¹⁸⁶ Teperi 2006, 185.

¹⁸⁷ Teperi 2006, 185.

taan sekä käyttäjien omasta näkökulmasta että yleisesti tarkempaa tietoa maahanmuuttajien saamien palveluiden laadusta.¹⁸⁸

7.4 Palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden kehittäminen

Oikeudenmukaisuuden kehittämiseksi tarvitaan strategista ohjausta ja tämän käyttövoimaksi arvokeskustelua. Arvokeskustelua voidaan tukea luomalla tätä varten uusia foorumeita. Strategisen ohjauksen haasteena on erityisesti toimeenpano. Keskeisimmät tavoitteet eivät ole aina muuttaneet kokonaisjärjestelmää toivottuun tapaan. Toimeenpanon tehostaminen tarkoittaa sekä kansallisen tason ohjauksen varmistamista että erityisesti alueellisen ja paikallisen toiminnan edellytyksien vahvistamista. Rahoituksen osalta monikanavaisen järjestelmän ongelmiin on kyettävä tarttumaan. Tämä edellyttää koko maksupolitiikan uudistamista yhteisen sosiaali- ja terveystalouden tavoiteasettelun pohjalta.¹⁸⁹

Henkilöstön riittävyys ja kohdentuminen ovat koko palvelujärjestelmän osalta kriittinen tekijä. Uusien ammattilaisten peruskoulutuksessa tarkastellaan ammatillisen työn eettisiä kysymyksiä, mutta eettisten kysymysten opettamisen kehittämiseksi nähdään tarvetta. Jatko- ja täydennyskoulutuksessa kehittämisvaateet kohdistuvat erityisesti tutkimus- ja kehittämistoimintaan. Palveluiden väestöryhmittäisen kohdentamisen seurannassa tulisi tilastointia kehittää siten, että rutiiniseurantajärjestelmät kykenevät tuottamaan tarpeellisen tiedon. Pienempien väestöryhmien osalta joudutaan jatkossakin käyttämään erillistutkimuksia. Kaikkiaan yhtenä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen osana tulisi arvioida uudistusten vaikutusta sosiaali- ja terveystalouden oikeudenmukaisuuteen.¹⁹⁰

8 Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja kustannukset

Suomen julkisyhteisöjen velka oli vuonna 1990 12 547 miljoonaa euroa ja tämän osuus bruttokansantuotteesta oli 13,8 prosenttia. Vuonna 2008 julkinen velka oli 63 254 miljoonaa euroa ja tämän osuus bruttokansantuotteesta oli 32,7 prosenttia. Ennakkotiedon mukaan julkinen velka oli vuonna 2014 121 050 miljoonaa euroa ja osuus bruttokansantuotteesta 59,3 prosenttia.¹⁹¹ Samanaikaisesti Suomen väestön ikärakenne vanhenee ja kestävyysvaje huononee. Pääministeri Sipilän johtaman hallituksen hallitusohjelmassa on sitouduttu 10 miljardin euron kestävyysvajeen kattamiseen tekemällä päätöksiä säästöistä ja rakenteellisista uudistuksista. Sote-uudistuksen osuus tästä kokonaisuudesta on kolme miljardia euroa.¹⁹²

¹⁸⁸ Teperi 2006, 185.

¹⁸⁹ Teperi 2006, 186–187.

¹⁹⁰ Teperi 2006, 187–188.

¹⁹¹ Tilastokeskus 2015a, kohta Julkisyhteisöjen alijäämä/ylijäämä ja velka.

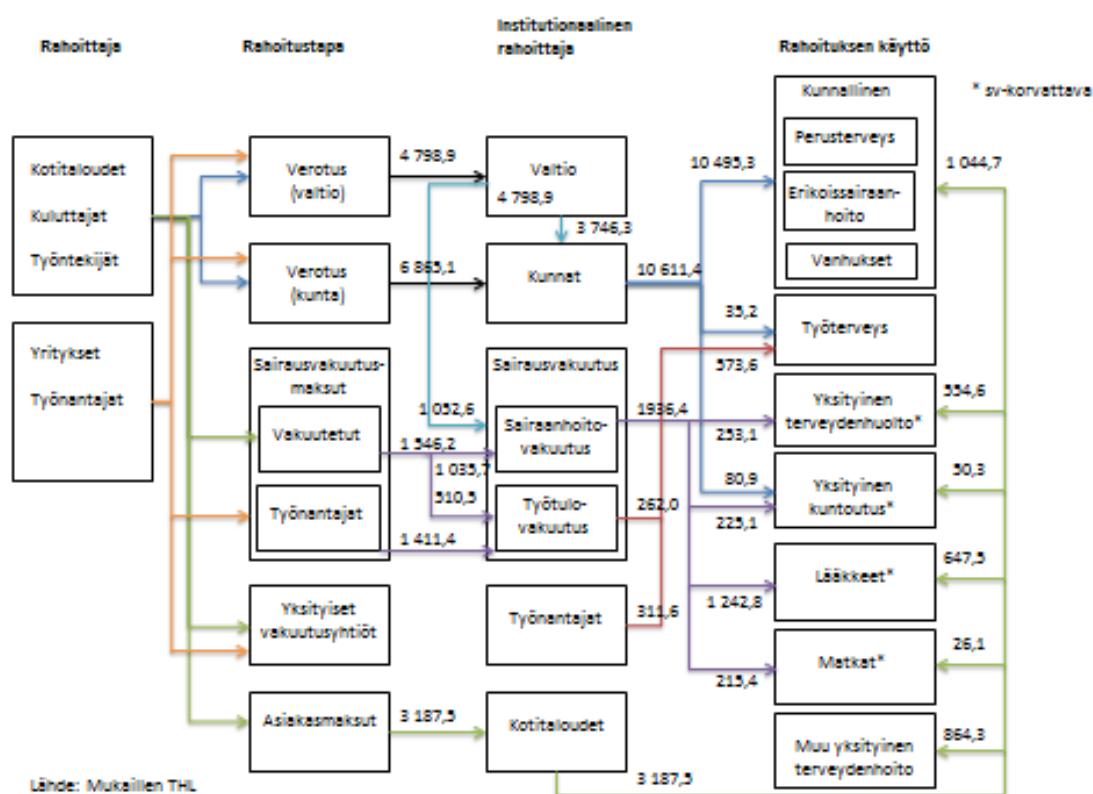
¹⁹² Valtioneuvoston kanslia 2015b, 12–13.

Luvussa esitellään yleistasolla sosiaali- ja terveydenhuollon Suomessa käytössä oleva monikanavainen rahoitus ja sote-kustannukset. Asiaa on lisäksi avattu liitteissä 3-6 esitetyillä tarkemmilla kuvioilla.

8.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavainen rahoitus

Sosiaali- ja terveystalouden rahoitus on Suomessa monikanavainen. Päärahoittajina toimivat kunnat, valtio, kotitaloudet, Kansaneläkelaitos, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt.¹⁹³ Kuviossa 6 on esitetty terveyden- ja vanhustenhuollon keskeiset rahoittajat, rahoitustavat ja rahavirrat vuodelta 2008.

Kuvio 6: Terveyden- ja vanhustenhuollon keskeiset rahoittajat, rahoitustavat ja rahavirrat (miljoonaa euroa vuonna 2008).¹⁹⁴



Sosiaali- ja terveysministeriö tilasi Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta raportin sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen vahvuuksista, heikkouksista ja kehittämistarpeista. Raportti valmistui vuonna 2011. Raportissa THL esittää, että soten palvelurakenteita tulee uudistaa niin, että tulevaisuuden järjestämis- ja rahoitusvastuu on merkittävästi nykyistä suuremmilla väestöpohjilla ja tämän tulee kattaa samanaikaisesti kaikki sosiaali- ja tervey-

¹⁹³ Pekurinen ym. 2011, 5.

¹⁹⁴ Mukailien Pekurinen ym. 2011, 15, 20.

denhuollon palvelut. Rakennettavassa palvelujärjestelmässä tulee julkiset resurssit käyttää koko kansalle suunnatun terveys- ja hyvinvointihyödyn tuottamiseen mahdollisimman tehokkaasti sekä oikeudenmukaisesti.¹⁹⁵

Monikanavaisen rahoituksen hyötyinä THL:n raportti listaa muun muassa käyttötarkoitukseen sidotun rahoituksen saamisen ja valinnanvapauden maksukykyisille asiakkaille. Lisäksi malli lisää yksityisten palveluiden tarjontaa ja mahdollistaa näin julkisen sektorin lääkäreille mahdollisuuden lisäansioihin, ja työssäkäyvät saavat maksutta käyttöönsä työterveyshuollon palveluita.¹⁹⁶

Mallista aiheutuu myös useita ongelmia, jotka ovat saatuja hyötyjä suurempia. Rahoitusjärjestelmä ylläpitää päällekkäistä toimintaa työterveys- ja perusterveydenhuollossa, luo ylikapasiteettia tutkimukseen ja hoitopalveluihin, synnyttää henkilöstön saatavuusongelmia, lisää kokonaiskustannuksia sekä epätarkoituksenmukaista palveluiden käyttöä. Järjestelmä kannustaa lisäksi siirtämään hoito- ja kustannusvastuuta maksajien kesken ja synnyttää kokonaisjärjestelmään tehottomuutta. Malli myös ylläpitää eri väestöryhmien ja alueiden eriarvoisuutta sekä estää sosiaali- ja terveyspolitiikan keskeisten tavoitteiden toteutumista.¹⁹⁷

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa rahoitetaan pääasiassa kuudella eri tavalla: valtion ja kuntien verotuloilla, pakollisilla eli lakisääteisillä ja vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla sekä asiakas- ja työnantajamaksuilla. Valtio rahoittaa palveluita maksamalla kunnille valtionosuutta palvelujen tuottamiseen. Kunnat rahoittavat sote-osuuden pääosin kunnallisveroilla ja valtionosuuksilla. Kansaneläkelaitos osallistuu rahoittamiseen pääasiassa sairausvakuutusrahaston, kansaneläkerahaston ja sosiaaliturvan yleisrahaston kautta. Yksityiset vakuutusyhtiöt vakuuttavat sote-palveluita vapaaehtoisten ja pakollisten vakuutuksien kautta. Vapaaehtoisia vakuutuksia ovat sairaus- ja tapaturmavakuutukset, pakollisia liikenne- ja tapaturmavakuutus sekä potilasvakuutus. Yksityinen sairauskuluvakuutus rahoitetaan työnantajien tai kotitalouksien vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla. Kotitaloudet maksavat palveluiden käyttömaksuja sekä omavastuuosuuksia. Nämä ovat kansainvälisesti korkeita, johtuen lähinnä lääkkeiden ja suun terveydenhuollon korkeista omavastuista.¹⁹⁸ Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen rahoitus on kuvattu tarkemmin liitteissä 3 ja 4.

Kansainvälisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoituksessa on käytössä neljä mallia. Näitä ovat 1) verorahoitus, 2) sosiaalivakuutus, 3) yksityiset vakuutukset sekä asiakasmaksut ja 4) palveluiden käyttäjien omavastuuosuudet. Verovarot ovat sote-palveluiden tärkein rahoituslähde Euroopan alueella muun muassa Pohjoismaissa ja Isossa-Britanniassa. Välimeren alueen

¹⁹⁵ Pekurinen ym. 2011, 3–4.

¹⁹⁶ Pekurinen ym. 2011, 5.

¹⁹⁷ Pekurinen ym. 2011, 5–6.

¹⁹⁸ Pekurinen 2014, 11–13.

maissa verovarojen osuus terveystalvaeluiden rahoituksesta on kasvanut. Sosiaalivakuutuksen päätarkoituks on turvata toimeentulo esimerkiksi vanhuuden, työttömyyden tai työkyvyttömyyden aikana. Suomessa sosiaalivakuutuslaitoksia on yksi, kansaneläke- ja sairausvakuutusta hoitava Kansaneläkelaitos. Näitä voi olla eri maissa myös useampia ja ne voivat olla myös yksityisiä yrityksiä, kuten Suomessa vakuutuksia hoitavat yhtiöt. Monet Keski-Euroopan maat rahoittavat pääosan terveystalvaeluistaan ja osan vanhusten sekä vammaisten hoidosta sosiaalivakuutuksilla. Myös Itä-Euroopan maat ovat alkaneet rakentaa kansallisia terveystalvaeltojärjestelmiä sosiaalivakuutuksen varaan. Kansainvälisesti verovaroin ja sosiaalivakuutuksen kerätyn rahoituksen ulkopuolella jäävät kehittyneistä maista lähinnä vain Yhdysvallat, jossa yksityiset vakuutukset, usein työnantajan ottamat, turvaavat kunnolliset terveystalvaelut. Käyttäjiltä perittävät asiakasmaksut tai omavastuuosuudet vaihtelevat maittain. Suomessa näitä peritään, kun taas esimerkiksi Isonsa-Britanniassa terveystalvaeluista ei peritä lainkaan asiakasmaksuja. Suomessa perittävät maksut ovat länsimaisella tasolla korkeita ja erityisesti lääkkeiden omavastuuosuus on läntisen Euroopan suurimpia.¹⁹⁹

8.2 Sosiaali- ja terveystalvaeluon kuskannukset

Suomen sosiaaliturvan menot olivat 60,0 miljardia euroa vuonna 2012. Tämä on reaalisesti 3,0 prosenttia enemmän kuin vuonna 2011. Asukasta kohden menot olivat 11 086 euroa. Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen oli vuonna 2012 31,2 prosentti ja nousua edelliseen vuoteen tuli 1,2 prosenttia. Suomen sosiaalimenojen BKT-suhde on ollut EU 28-maiden keskiarvoa hieman korkeampi viime vuosina. Suomen terveystalvaeluonmenot olivat 17,5 miljardia euroa vuonna 2012. Edelliseen vuoteen reaalista kasvua oli 0,4 prosenttia. Asukasta kohden menot olivat 3 229 euroa. Terveystalvaeluonmenojen suhde BKT:hen oli 9,1 prosenttia vuonna 2012, kasvua edelliseen vuoteen tuli 0,1 prosenttia. Terveystalvaeluonmenojen julkisen rahoituksen osuus oli 75,2 prosenttia ja yksityisen osuus 24,8 prosenttia vuonna 2012. Sosiaali- ja terveystalvaeluonmenojen tarkempi jakautuminen on esitetty liitteissä 5 ja 6.²⁰⁰

Sosiaali- ja terveystalvaeluonmenojen kansainvälisessä vertailussa käytetään brutto- ja nettomääräisiä menoja, koska eri maissa samoja tehtäviä voidaan hoitaa yksityisin tai julkisin maksuin sekä yksityisin tai julkisin palveluin. Osassa maista myös tulonsiirtoja verotetaan ja verotuksessa on sosiaalipoliittisia verohelpotuksia ja osassa maissa näin ei tehdä. OECD-maiden sosiaalimenot vuonna 2009 olivat korkeimmat Ranskassa (sekä brutto- että nettomääräisinä). Näiden osuus oli 32 prosenttia bruttokansantuotteesta. Toiseksi korkeimmat nämä olivat Yhdysvalloissa, jossa sosiaalimenot nousevat 19 prosentista 29 prosenttiin, kun laskennassa huomioidaan yksityiset sosiaali-, terveystalvaeluon- ja sosiaaliturvamaksut sekä verojärjestelmän tukipalkkiot eli subventiot. Suomen sosiaalimenojen osuus BKT:sta laskee 29 prosentista 25 prosenttiin,

¹⁹⁹ Lammi-Taskula 2011, 44–45.

²⁰⁰ Terveystalvaeluon ja hyvinvoinnin laitos 2014, 65, 68, 69.

kun tarkastellaan nettomenoja. Bruttonsiaalimenoissa Suomi oli vuonna 2009 OECD-maista viidenneksi korkeimmalla tasolla ja nettomenoissa 14. sijalla. Suomen nettomenot olivat OECD-maiden keskitasoa.²⁰¹

9 Yhteenveto

Stubbin johtaman hallituksen keväällä 2015 tekemä esitys sote-uudistuksesta kaatui erityisesti perustuslaillisiin ongelmiin. Opinnäytetyössä hallituksen esitystä laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on tarkasteltu eri valiokuntien antamien lausuntojen pohjalta. Laki-esitys saatiin luovutettua käsittelyyn vaalikauden loppuvaiheessa, mistä johtuen ei perustavaa laatua oleviin ongelmiin ehditty tehdä tarvittavia parannusehdotuksia. Uudistustyö on nostettu yhdeksi Sipilän hallituksen päähankkeeksi ja uudistuksen eteneminen on osoittautunut ajoittain jopa hallituskriisin aiheuttaneeksi kokonaisuudeksi. Sipilän hallitus löysi yhteisen kompromissiratkaisun sosiaali- ja terveysuudistuksen rakenteesta 7.11.2015.

Opinnäytetyössä on käsitelty perustuslain mukaisia kansalaisten perusoikeuksia sekä voimassa olevan kuntalain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön mukaisia kunnan ja terveydenhuollon tehtäviä sekä velvoitteita. Sote-uudistus tarkoittaa suuria muutoksia erityisesti kunnan rooliin ja tehtäviin. Samalla kansalaisten valinnanvapautta lisätään ja sote-palveluita avataan laajemmalle kilpailulle. Suomen malli on menossa kohti Ruotsin mallia. Sipilän hallitus kuitenkin korostaa, että uudistuksessa ollaan luomassa Suomelle parhaiten soveltuva malli. Ruotsin nykymallia on kuvattu ja arvioitu teoriaosuudessa juuri tämän vertailtavuuden näkökulmasta.

Suomen terveydenhuollolla on pitkä historia alkaen Venäjän vallan ajalta. Nykyinen terveydenhuollon rakenne on muokkautunut erityisesti sotien jälkeen nykyiseen muotoonsa. Opinnäytetyössä paneudutaan terveydenhuollon historian pääkohtiin, jotta lukijalle muodostuu käsitys historiallisesta taustasta ja päälinjoista, sekä kuinka asioita on aiemmin ratkaistu.

Hyvinvointipolitiikka koostuu useasta kokonaisuudesta. Toimiva hyvinvointipolitiikka mahdollistaa, että kansalaiset pystyvät keskittymään hengissä säilymisen sijaan laajempiin, yhteiskuntaa hyödyttäviin tehtäviin. Kokonaiskuvan muodostamiseksi on teoriaosuudessa kuvattu hyvinvointipolitiikan sisältöä Suomessa sekä Euroopan unionin näkemyksiä asiasta.

Lainsäädäntö on valtaa pitävien politiikkaa. Demokratia toteutuu erilaisilla kansanvaaleilla ja lainsäädännöstä vastaa kansan valitsema eduskunta. Hallituspuolueilla on merkittävä asema kunkin vaalikauden lainsäädännössä. Opinnäytetyössä on käsitelty 2000-luvulla eduskunnassa vallassa olleiden puolueiden ajatuksia erityisesti hyvinvoinnista sekä sote-uudistuksesta. Ver-

²⁰¹ Linnosmaa & Moisio & Seppälä 2014, 182–183.

tailussa on pyritty selvittämään, mistä asioista ollaan samanmielisiä ja mitkä asiat ovat erimielisiä. Sote-uudistuksessa puolueiden selkeitä yhdenmukaisia tavoitteita ovat muun muassa lähipalveluiden turvaaminen, julkisen toimijan vahva osuus palveluiden tuottajana, vaikka yksityinen ja kolmas sektori tulevatkin mukaan kilpailuun, laadukkaat palvelut sekä rahoitusjärjestelmän uudistus.

Opinnäytetyössä on listattu vertailutietoa valittujen Euroopan unionin maiden sekä Suomen nykyisistä sote-palvelujärjestäjien määristä ja rahoittajista. Lisäksi on esitelty Suomessa tällä hetkellä hyvin menestyvän Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin toimintaa sekä Eksote-alueen ja Kainuun hallintokokeilun malleja ja näistä kerättyjä oppeja. Tämän lisäksi työhön on nostettu muutamien asiantuntijoiden tai asiantuntijaryhmien ehdotuksia tulevaisuuden sote-malliksi ja uudistuksessa huomioitaviksi kokonaisuuksiksi.

Hyvinvointipalveluiden oikeudenmukaisuus on eräs kansalaisten perusoikeuksien toteutumista määrittävä tekijä. Sote-uudistuksen yksi olennainen kysymys on, miten esimerkiksi syrjäseutujen asukkaiden palvelut taataan riittävällä tasolla. Sama koskee myös erilaisten vähemmistöryhmien, kuten ruotsinkielisten, saamelaiden, romanien ja maahanmuuttajien tilannetta. Aihe on nostettu esille, jotta lukija pystyy pohtimaan suuren uudistuksen taustalla olevia pienempiä kokonaisuuksia. Myös nämä tulee pystyä ratkaisemaan toimivan kokonaisuuden taakamiseksi.

Sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen tarve pohjautuu erityisesti talouden säästötarpeista. Opinnäytetyössä sote-kustannuksia ja rahoitusuudistusta on käsitelty yleistasolla, jotta lukijalle tulee käsitys kustannusten nykytilasta ja uudistustarpeesta. Muilta osin kustannukset ja rahoitus on rajattu opinnäytetyön ulkopuolelle. Yksi olennainen osa uudistusta on rahoitusmallin ratkeaminen, miten monikanavaisesta rahoituksesta siirrytään hallitusti lähemmäs yksikanavaista mallia. Lisäksi sote-uudistuksen onnistumisen seuraava avainkysymys on selvittää, miten uusien sote-alueiden rahoitus hoidetaan. Tehdäänkö tämä valtiorahoitteisesti vai antamalla sote-alueille verotusoikeus?

Opinnäytetyön johtopäätöksissä pohditaan terveydenhuollon rakenneuudistuksen kriittisiä menestystekijöitä. Sosiaalihuolto kulkee opinnäytetyössä terveydenhuollon rakenteen rinnalla. Opinnäytetyön lähtökohtana on ollut, että sosiaalihuolto seuraa terveydenhuollon rakennetta ja muokkautuu terveydenhuollon prioriteettien pohjalta tehtävään malliin.

Yksi uudistuksen merkittävin kokonaistekijä on tietotekniikan hyödyntäminen. Tietotekniikka mahdollistaa hoitomenetelmien uudistamisen lisäksi erilaisia uusia tapoja sosiaaliselle kommunikoinnille esimerkiksi lääkärin ja potilaan tai oppilaitoksen oppilaiden ja vanhusten välil-

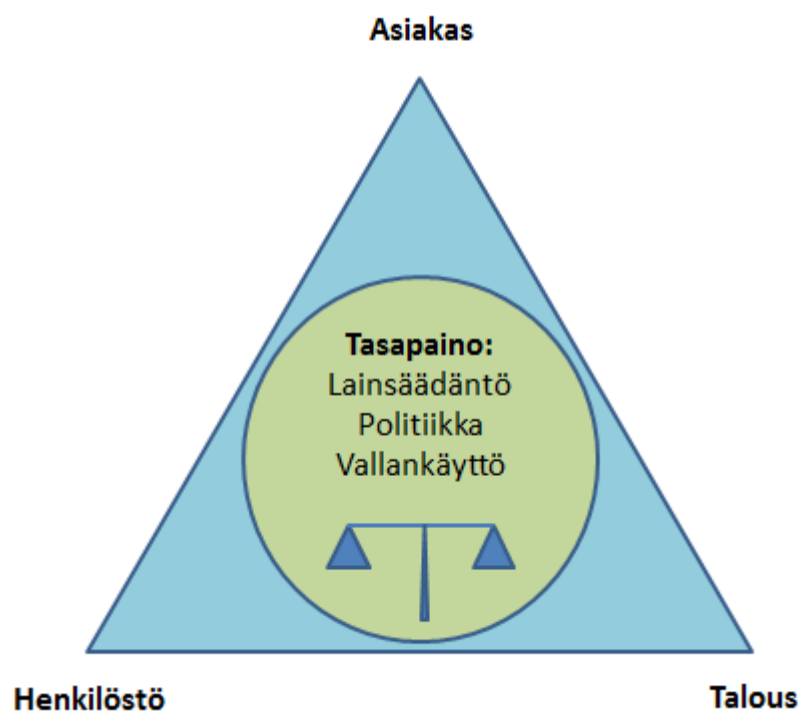
lä. Opinnäytetyön johtopäätöksissä tietotekniikan hyödynnettävyyttä sote-uudistuksen mahdollistajana nostetaan esille näiden esimerkkien kautta.

Sote-uudistuksen yhteydessä on mielenkiintoista nähdä, kuinka kuntien luottamustehtävissä olevat henkilöt sekä päättävissä asemissa olevat virkamiehet tulevat jatkossa keskittymään kunnalliseen politiikkaan ja vastaavasti sote-politiikkaan. Käykö niin, että todellisen vallan sekä talouden painopisteen siirtyessä sote-alueille myös esimerkiksi luottamushenkilöiden prioriteetti siirtyy kunnallispolitiikan puolelta sote-politiikkaan? Asiaa on pohdittu opinnäytetyön johtopäätöksissä.

Sote-uudistusta ovat 2010-luvulla värittäneet vahvasti myös aluehallintoon kohdistuvat muutostarpeet. Tämä on näkynyt pääministeri Kataisen, Stubbin ja Sipilän johtamien hallitusten politiikassa. Opinnäytetyön varsinainen pääaihe on terveydenhuollon rakenne. Tämän takia opinnäytetyön johtopäätöksissä on esitetty myös vaihtoehtoinen sote-rakenne Sipilän hallituksen aluejakoon verrattuna. Vaihtoehtoisella rakenteella halutaan esittää, miten sosiaali- ja terveydenhuoltoon keskittyvä uudistus olisi voitu jakaa selvitysryhmän antaman alueiden enimmäismäärien rajoissa. Johtopäätöksissä pohditaan kriittisesti, onko sosiaali- ja terveydenhuoltoa järkevää lainkaan yhdistää sekä kannattaako sote-uudistuksen kanssa samanaikaisesti tehdä suuri aluehallintouudistus.

Sote-uudistukseen liittyy vahvasti sekä poliittinen päätöksenteko, erilaiset intressit ja vallankäyttömallit että juridiikka ja voimassa oleva oikeus. Oikeudellisesta näkökulmasta on huomioitava Suomen lainsäädännön vaateet, mutta myös Euroopan unionin lainsäädäntö sekä Suomen ratifioimat kansainväliset sopimukset. Huomioitavien asioiden määrä ja erilaisuus johtavat siihen, että niistä tulee helposti uudistusta rajoittavia tekijöitä. Päätöksenteko on pitkälti kompromisseja ja pyrkimys löytää parhaiten toteutettavissa oleva malli. Uudistuksen keskiössä tulee huomioida kolme avainasiaa: asiakas (potilas), henkilöstö ja talous. Näiden kesken tulee löytää riittävä tasapaino, johon vaikuttaa ratkaisevasti lainsäädäntö, politiikka ja valtakäyttö. Nämä on kuvattu kuviossa 7. Mikäli uudistus painottuu liiaksi yhteen kokonaisuuteen, kärsivät tästä kaksi muuta osapuolta.

Kuvio 7: Sote-uudistuksen tasapaino.



Sote-uudistusta on valmisteltu useita vuosia, tähän on kulunut valtavasti esimerkiksi virkamiesten aikaa. Koska uudistusta ei ole saatu aiemmin toteutettua, on tämä johtanut alueellisesti tehtyihin omiin ratkaisuihin. Esimerkiksi Kuntalehdessä (10/2015) on kirjoitettu, kuinka useampi kunta on ryhtynyt muokkaamaan sote-palveluita itselleen mieleiseksi ja ulkoistamaan palveluita uudistuksen viivästyessä.²⁰² Tässä on vaarana, että kunnat sitoutuvat sopimuksiin, joihin heidän roolinsa ei sote-uudistuksen jälkeen enää anna oikeutta sitoutua. Myös tämän takia on hyvä, että sote-uudistuksesta on saatu aikaan päätös ja lainsäädännön muutoksia sekä kokonaisuudistusta päästään viemään eteenpäin.

10 Johtopäätöksiä

Hyvään ja toimivaan sote-rakenteeseen tarvitaan useita onnistuneita tekijöitä, kriittisiä menestystekijöitä. Näitä ovat toimivan lainsäädännön lisäksi osaava ja motivoitunut henkilöstö, tietotekniikan tehokas hyödyntäminen, toimintakykyinen organisoituminen, osaava johtaminen ja sujuva päätöksenteko. Lisäksi tuottajien välisen kilpailun lisääntyminen valinnanvapauden kasvaessa tulee määrittämään merkittävällä tavalla palveluiden laatua. Suurissa muutoksissa ja vaikeassa taloudellisessa tilanteessa usein myös uudet innovaatiot nousevat ratkaisemaan ongelmia. Suomen maantieteellinen laajuus ja eri alueiden erilaisuus tulee vaatimaan

²⁰² Moliis 2015, Kohta Soten viipyminen vauhdittaa ulkoistamista.

kansallisen kehitystyön lisäksi paikallisia innovaatioita, jotka mahdollistavat esimerkiksi riittävien palveluiden tuottamisen jokaiselle alueen asukkaalle.

10.1 Terveydenhuollon rakenneuudistuksen kriittiset menestystekijät

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja koko suomalaisen hyvinvointijärjestelmän onnistumiselle on havaittavissa muutamia kriittisiä menestystekijöitä, onnistumisen edellytyksiä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin strategia listaa erityisen merkittäviksi osa-alueiksi henkilöstön, talouden, johtamisen ja yhteistyön. Tämän lisäksi kriteereinä voidaan pitää myös lainsäädäntöä, tietotekniikkaa sekä tuottajien välisen kilpailun ja verkostoitumisen onnistumista.

10.1.1 Toimiva lainsäädäntö

Lainsäädäntö määrittelee muun muassa kansalaisten perusoikeudet, sosiaali- ja terveydenhuollon raamit, potilaan oikeudet, hoidon laadun ja potilasturvallisuuden, ammattitaitoisen hoitohenkilöstön kriteerit sekä näiden valvonnan ja kantelumenettelyt. Muuttuvassa ja digitalisoituvassa ympäristössä lainsäädännön tulee mahdollistaa entistä joustavammin sähköisen tiedonjaon eri osapuolien kesken. Kantavana periaatteena ja tulevien vuosien tavoitteina tulisi olla kertakirjaamisen periaate.

Kertakirjaamisen periaatteen mukaisesti yksittäisestä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaasta olisi kaikki sote-kokonaisuuteen liittyvät ja hoidon kannalta olennaiset tiedot saatavissa yhden, tietoturvallisen väylän kautta. Olennaisia tietoja ovat esimerkiksi potilaan hoitohistoria, röntgentiedot ja lääkitys sekä hoitoon osallistuneet henkilöt. Tämä edellyttää, että eri sote-palveluntarjoajat ja -tuottajat sekä heidän tietojärjestelmänsä ovat linkitettävissä yhteen laajaan palveluväylään. Malli vaatii toteutuakseen pakottavaa lainsäädäntöä. Lainsäädännön tulee tarjota riittävät siirtymäajat sekä yhteinen malli toteuttaa toimiva kokonaisinfrastruktuuri. Esimerkkinä palveluväylästä voidaan käyttää Viron X-Road -mallia.²⁰³

Lainsäädännön tulee tukea uusien innovaatioiden synnyttämistä sekä käyttöönottoa. Tätä voidaan edistää muun muassa poistamalla turhaa byrokratiaa vaativia säädöksiä sekä tarjoamalla innovaation käyttöönottovaiheessa oleville toimijoille verotuksellisia helpotuksia. Lainsäädännön muutoksissa pitää erityisesti huomioida, että perustuslain perustusoikeudelliset vaatimukset täyttyvät.

10.1.2 Osaava ja motivoitunut henkilöstö

²⁰³ E-estonia.com 2015, kohta X-Road.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun tuottaa aina viime kädessä ihminen. Hyvän palvelun ja hoidon takeena on osaava ja motivoitunut sekä terve henkilöstö. Varsinaisen hoito-osaamisen lisäksi tärkeitä osaamisalueita ovat kasvavissa määrin järjestelmä- ja laiteosaaminen, yhteistyöosaaminen sekä johtamisosaaminen.

Henkilöstön ikääntyessä ja suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeellä on tärkeää huolehtia osaamisen hallinnasta ja siirrosta nuoremmille ikäluokille. Eläköitymisen kautta poistuva osaaminen tulee tunnistaa ja tämän osaamisen korvaaminen miettiä. Keinoja osaamisen tunnistamiseen ovat esimerkiksi tehokas osaamisen mittaaminen ja mittaustulosten vertaaminen eri ikäryhmien kesken. Poistuvaa osaamista voidaan siirtää nuoremmille ikäluokille muun muassa sopimalla mentor- / tutor-pareja tai isompia tukiryhmiä sekä soveltaa 70 / 20 / 10 oppimismallia. Tässä mallissa 70 prosenttia uudesta oppimisesta tapahtuu itsenäisesti työtä tekemällä, ongelmiin tarttumalla ja ongelmia ratkaisemalla. 20 prosenttia oppimisesta tapahtuu kollegalta oppimalla, palautteen kautta läpikäytynä ja kokemuksia jakamalla. Tässä osuudessa voi hyödyntää esimerkiksi mentor- / tutor-työskentelyä. Viimeinen 10 prosenttia opitaan muodollisessa koulutuksessa, esimerkiksi kurseilla tai seminaareissa.

Tehokkuuteen ja taloudellisuuteen pyrkivässä yhteiskunnassa tulee huolehtia henkilöstön jakamisesta sekä yhteistyökyyvistä. Mikäli lepo ja vapaa-aika eivät riittävästi tasapainota työkuormaa, johtaa tämä pitkällä aikavälillä heikompaan kokonaispanokseen, työn laadun kärsimiseen sekä työuupumukseen. Työajat perustuvat lainsäädäntöön, erityisesti työaikalakiin (605 / 1996) sekä työehtosopimukseen. Työterveyslaitos on tuottanut suositukset työaikojen kuormittavuuden arvioimiseksi ja työaikojen kehittämiseksi kunta-alalla. Nämä soveltuvat erityisesti vuoro- ja jaksotyön kehittämiseen terveydenhuollossa. Suositukset määrittelevät hyvän työvuorojärjestelmän piirteiksi muun muassa työajan säännöllisyyden ja nopean, eteenpäin kiertävän järjestelmän sekä vapaajaksojen yhtenäisyyden, koskien myös viikonloppuja.²⁰⁴ Markkinoilla on tietojärjestelmiä, jotka antavat henkilön itse ottaa kantaa omien työvuorojen suunnitteluun ja tätä kautta työn kuormittavuuteen. Mahdollisuus itsenäisesti vaikuttaa oman työajan suunnitteluun on myös psykologisesti kuormitusta vähentävä tekijä. Tarjolla olevien henkilöstön työtyytyväisyyden ja jaksamisen apukeinojen käyttöä tulisi entisestään tehostaa sote-uudistuksen yhteydessä.

Hyvä johtaja hallitsee kokonaisuudet, mutta johtajalta vaaditaan entistä enemmän management-osaamisen sijaan leadership-osaamista keskittyen erityisesti henkilöstön johtamiseen. Hyvä johtaminen rakentuu Seija Ollilan väitöskirjassa johtajan valmiuksista, tiedoista, taidoista, kokemuksesta, motivaatiosta ja esimerkillisyydestä.²⁰⁵ Hyvä johtaminen liittyy olennaisesti

²⁰⁴ Työterveyslaitos 2013, kohta Työn kuormittavuuden arviointi ja vuorotyön työaikasuunnittelu helpottuvat kunta-alalla.

²⁰⁵ Ollila 2006, 228.

työhyvinvointiin. Yksi olennaisista sote-uudistuksen onnistumisen edellytyksiä on johdon ja esimiesten osaaminen toimia oikealla tavalla laajasti muuttuvassa ympäristössä. Tämä tulee huomioida suunniteltaessa esimiestason koulutuksia. Yhtenä olennaisena osa-alueena koulutuksissa tulee painottua muutoksen johtamiseen.

Kun muutoksen rakenne ja suunta ovat johdolle ja esimiestasolle selkeitä, mahdollistaa tämä koko organisaation siirtymisen uuteen toimintakulttuuriin pienemmin kipupistein kuin päinvastaisessa tilanteessa. Sote-uudistuksessa eri organisaatiotasolla tulee valmistautua vastaamaan henkilöstöä askarruttaviin kysymyksiin ja huolehtia siitä, ettei pidempiaikaisia ongelma-kohtia pääse syntymään reagoimattomuudesta johtuen. Kuitenkin käsittelyssä tulee huomioida muutoksen suunta sekä selkeä visio mihin muutoksella ollaan menossa.

10.1.3 Tietotekniikka

Tietotekniikan kehittyminen ja hyväksikäyttö mahdollistavat yhden suurimmista taloudellisista säästökohteista sote-uudistuksessa. Erytisen tärkeää on huomioida, että potilastiedot ovat saatavilla niitä tarvitsevilla tahoilla reaaliaikaisesti ja sisällöltään oikeina. Tätä tukee ajatus yhtenäisestä palveluväylästä.

Tietojärjestelmien tulee tukea mahdollisimman kattavasti uusien sote-alueiden organisaatioiden eri osia. Tämä tarkoittaa yhtenäisiä palveluita ja ohjelmistoja yksittäisen alueen sisällä. Erilaisten järjestelmäkokonaisuuksien integrointi on erittäin työlästä ja kallista, joten suunnittelun ja kokonaisarkkitehtuurin miettiminen osana hankintaprosessia korostuvat. Tämä tarkoittaa myös hankintoihin liittyvää priorisointia hinnan ja kokonaisuhyödyn välillä.

Uudet laitteet ja järjestelmät eivät kuitenkaan hyödynnä käyttäjiä, mikäli näitä ei osata optimaalisesti käyttää ja tarjolla olevia ominaisuuksia hyödyntää. On tärkeää, että uudet välineet koulutetaan henkilöstölle riittävästi, samoin kuvataan organisaation malli hyödyntää kukin tietojärjestelmää. Käytettävyyden helppous ja käyttöhetkellä tarvittaessa saatavilla oleva opastus ovat tärkeitä. Opastusta voidaan tuottaa muun muassa lyhyiden esimerkkivideoiden ja tietoisuuksien muodossa. Nämä ovat ajasta ja paikasta riippumattomia eli ovat saatavissa silloin kuin käyttäjä niitä tarvitsee.

Tietotekniikka mahdollistaa myös joidenkin hoito- ja muiden palveluiden tuomisen lähemmäksi potilaan omaa kotia, pois perinteisestä terveyskeskus-, sairaala- ja hoitoympäristöstä. Tämä mahdollistaa oikein käytettyinä riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille kansalaisille. Erilaisia vaihtoehtoja käsitellään jäljempänä.

10.1.4 Toimintakykyinen organisoituminen ja päätöksenteko

Sote-uudistus luo Suomeen hyvin suuret julkisen hallinnon organisaatiokokonaisuudet. Uudistuksen vaarana on, että muutoksen tavoitteena olevat hyödyt ja tehokkuus jäävät byrokratian jalkoihin. Uudistuksessa on olennaista, että uudet hallintomallit ja päätöksenteko tehdään tehokkaiksi ja joustaviksi. Tässä työssä julkisen sektorin kannattaa ottaa mallia yksityiseltä sektorilta. Päätöksenteossa tulisi huomioida, että isot linjat päätetään sote-alueella, mutta jokapäiväiseen päätöksentekoon annetaan valmiudet lähellä varsinaista asiakasrajapintaa. Byrokratiaa vähentävä hallintomalli auttaa keskittymään entistä paremmin varsinaiseen päätyöhön eli asiakkaan hyvään ja laadukkaaseen hoitoon, sujuvaan yhteistyöhön eri toimijoiden välillä sekä uusien innovaatioiden kehittämiseen.

10.1.5 Tuottajien välinen keskinäinen kilpailu ja asiakkaiden valinnanvapaus

Kuluttaja- ja kilpailuvirasto on selvittänyt valinnanvapauden toteutumista nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä. Selvityksen mukaan yhtenäisiä toimintamalleja ei ole saatu vielä aikaan, muun muassa lainsäädännön hajanaisuuden takia. Mahdollisuudet henkilön valinnanvapaudelle ovat toistaiseksi riippuneet paljon potilaan terveydentilasta, taloudellisista resursseista ja osaamisesta. Vapauteen liittyy myös logistisia ongelmia, erityisesti potilastietojen siirtymisessä toimipaikkojen välillä. Suurimmat ongelmat liittyvät valtiorajat ylittävään terveydenhuoltoon. Tämä vaatii onnistuakseen lainsäädännön tarkentamista sekä hoitokustannusten korvaamismenetelmän muutosta.²⁰⁶

Ruotsin malli on osoittanut, että terveydenhuollon uudistus on tuonut kuluttajille lisää valinnanvapautta terveystalouden osalta, erityisesti perusterveydenhuollossa. Tämä on johtanut laadultaan heikompien toimijoiden karsiutumiseen ja potilaan kannalta laadukkaampaan tarjontaan. Kotimaisen sote-uudistuksen yksi väistämätön seuraus on sosiaali- ja terveystalouden tarjonnan lisääntyminen sekä sitä kautta odotettavissa oleva sisältö-, hinta- ja laatukilpailu. Yleensä kilpailun lisääntyminen on kuluttajaa hyödyntävä tekijä. Tämä saattaa lisätä myös järkevää yhteistyötä julkisen sektorin palveluntarjoajien kesken. Tällöin esimerkiksi tietyt erikoissairaanhoidon tuottamat leikkaukset tai muut hoidot keskitetään yksittäiselle palveluntuottajalle ja näitä palveluita tarjotaan myös muiden sote-alueiden toimesta. Tämä on mahdollinen vastavoima yksityisesti tarjottavien palveluiden rinnalle.

Suomessa on paljon terveydenhuollon erityisosaamista. Esimerkiksi kansainvälisesti tunnetut urheilijat hakevat urheiluvammoihinsa hoitoa Suomesta. Potilasliikkuvuusdirektiivin takaama oikeus hakea hoitoa esimerkiksi Suomesta olisi meille potentiaalinen vientivaltti tulevaisuu-

²⁰⁶ Tuorila 2015, kohta KKV selvitti valinnanvapauden toteutumista nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä.

nessa. Tällöin suomalaisen terveydenhuollon pitäisi kyetä tarjoamaan erityishoitoa laadukkaasti, jotta esimerkiksi lonkkaleikkauksiin tultaisiin maamme rajojen ulkopuolelta. Tämä tarkoittaa, että tarjottavista operaatioista tehdään mahdollisimman tasalaatuisia sekä hoidon kannalta tehokkaita. Tällöin tulee mahdollistaa kasvava kapasiteettitarve valittujen hoitojen osalta, jotta myös suomalaiset potilaat saavat tarvitsemansa hoidon hoitotakuuajkojen puitteissa.

Tällä hetkellä valinnanvapaus ei ole vielä kovinkaan merkittävä tekijä terveydenhuoltopalveluita valittaessa. Kuitenkin sote-uudistuksen myötä (lopullisen päätöksen sisällöstä riippumatta) tulee palveluntarjontaan suuria muutoksia. Samalla myös tietoteknistä valmiutta potilastietojen siirtoon tullaan kehittämään merkittävästi. Organisaatiot, jotka valmistautuvat riittävän ajoissa sekä markkinoinnillisesti että sisällöllisesti uusien, perinteisten terveydenhuoltoalueiden ulkopuolisten potilaiden tavoitteluun, ovat vahvoilla, kun suomalaiset ja myös muut eurooppalaiset oppivat hyödyntämään paremmin tarjolla olevaa valinnanvapautta.

10.2 Hyvinvoinnin ja terveyden ennaltaehkäisy

Sote-uudistuksen yhteydessä mainitaan usein ennaltaehkäisevä työ. Valtiovarainvaliokunta kommentoi lausunnossaan 10/2014 vp, että sote-uudistuksessa on erityisen tärkeää kuntien tehokas ja ennaltaehkäisevä toiminta. Ennaltaehkäisy nousi myös erityisesti Keskustan ja Virheiden vuoden 2015 eduskuntavaalien sote-kannanotoissa esille. Vaikka sosiaali- ja terveydenhuolto on siirtymässä uudistuksessa pois kuntien tehtävistä, jää kuntalaisten terveyden edistäminen ja sairauksien ennalta ehkäisy edelleen niiden tehtäväksi.

Terveyden edistäminen on inhimillinen tekijä, johon jokainen henkilö suhtautuu omalla tavallaan. Ihmisen motivointi oman terveyden edistämiseen on hyvin vaikeaa ulkopuolisin organisaation tai henkilön toimesta. Kunnan tarjoamia ennaltaehkäiseviä palveluita ovat esimerkiksi urheilu- ja harrastetoiminta ja niihin liittyvät suorittamispaikat, kirjasto ja kulttuuritoiminta sekä erilaiseen vapaa-ajan opetustoimintaan liittyvät kansalaisopistot. Kuntien on hyvä huomioida, että ennaltaehkäisevien palveluiden järjestämisvelvollisuus on niiden vastuulla sote-uudistuksen jälkeenkin. Tämä myös antaa oikeutuksen kunnan olemassaololle ja verotusoi-keudelle yhdessä lainsäädännön jatkossakin kunnalle määräämien tehtävien kanssa. Sote-uudistuksen yhteydessä on hyvä miettiä, kuinka kuntia voidaan kannustaa terveyden- ja hyvinvoinnin ennaltaehkäisevään työhön. Toki monipuoliset harrastusmahdollisuudet ovat myös kunnan imagolle merkittävä asia ja markkinointietu tavoiteltaessa uusia asukkaita ja veronmaksajia.

Rakennemuutoksen osana tulisi määritellä kannustinjärjestelmä, jolla kuntia motivoidaan terveyden edistämiseen. Käytännössä tämä olisi taloudellinen palkitsemisjärjestelmä, jossa

rahallisesti tuetaan kuntia, joiden asukkaiden terveydentila ja hyvinvointi on pysynyt vakaana tai parantunut. Lisäksi mallissa olisi hyvä olla vertailu vastaavan kokoiisiin ja sijainniltaan yhdenvertaisiin toisiin kuntiin. Alueellisessa vertailussa hyvin pärjäävät kunnat saisivat lisähyötyjä.

Palkitsemismallin tulee olla reilu ja selkeä, ja sillä pitää olla yksiselitteinen mittaristo. Palkitseminen tai sanktiointi tulee pohjautua mitattaviin asioihin. Mittareina voisi toimia esimerkiksi kuntalaisen henkilökohtainen suorituspassi, johon kerätään merkintöjä harrastustoiminnasta. Vastaavasti palvelun ylläpitäjä saa merkinnän jokaisesta kuntalaisen suorituskerrasta. Toisena mittarina voisi käyttää kuntalaisen tarvitsemia terveydenhuollon käyntikertoja ja näitä verrattaisiin vuositasolla keskenään. Tämän mittarin osalta haasteena on ratkaista, miten esimerkiksi kausi-influenssan aiheuttamiin terveydenhuollon käyntikertoihin tulee suhtautua. Yhtenä mittarina voisi käyttää kuntalaisten vuosittaisia sairauspoissaolopäiviä (poissa koulusta / poissa työstä). Tämä mittari ei huomioi työttömien ja eläkeläisten ryhmiä, mutta sitä voisi soveltaa tiettyjen ikäryhmien keskinäisessä vertailussa. Tällä voitaisiin selvittää esimerkiksi yläkouluikäisten nuorten poissaoloja ja tukea passiivisiksi ajautuneiden nuorten uudelleen aktivoimista.

10.3 Kunnalliset päättäjät ja sote-alueen päättäjät

Sote-uudistuksen yhteydessä tulee väistämättä tapahtumaan nykyisten kunnallisten päättäjien prioriteettien siirtymistä kuntapolitiikan puolelta sote-alueiden politiikkaan. Tämä on ymmärrettävää, koska useat aiemmin kunnissa päätetyt asiat siirtyvät sote-alueiden ja uuden aluehallinnon päätettäväksi. Tämä voidaan nähdä myös positiivisena asiana. Todennäköisesti kunnan päättäjiin valikoituvat jatkossa entistä enemmän sellaiset henkilöt, joilla on laajempi asiantuntemus ja mielenkiinto varhaiskasvatuksen ja perusopetuksen sekä kulttuuri-, liikunta-, nuoriso- ja vapaa-ajantoimen asioista. Vastaavasti terveydenhuollon ja sosiaalitoimen asiantuntijat hakeutuvat enemmän sote-alueiden päättäjiksi. Uudistus lisää mahdollisesti myös uusien henkilöiden kiinnostusta luottamustehtäviin. Esimerkiksi erityisesti sote-asioista tai vaikka kulttuuriasioista kiinnostunut henkilö on saattanut jättäytyä pois kunnallisista vaaleista, koska on kokenut kunnan aiemmin hoitamat tehtävät omaan osaamiseensa tai intressiinsä verrattuna liian laajoiksi.

Demokraattisen päätöksenteon yksi olennainen asia on, että asioista on päättämässä erilaisessa asemassa olevien kansalaisten edustajia. Päättäjien ja luottamushenkilöiden hakeutuminen jatkossa entistä enemmän omien intressien mukaiseen organisaatioon (kunnat, sote, aluehallinto) johtanee osittain toimijoiden erilaisuuden vähenemiseen, mutta toisaalta mahdollistaa päätöksissä laajemman kokemus- ja osaamisperäisen asioiden punnitsemisen ja tätä kautta kyseistä asiaa parhaiten edistävien ratkaisuiden syntyminen. Todennäköisesti sote-

uudistuksen jälkeen ensimmäisissä kunnallis- ja sote-vaaleissa on suurtakin vaihtelua eri luotamustehtäviin hakeutuvien määrissä. Tämä tasoittunee kuitenkin jatkossa, kun käytännön töiden kautta selviää, mitkä ovat todellisia kunnan, sote-alueen ja maakunnan agendalla olevia asioita ja miten nämä eri organisaatiot toimivat yhdessä.

10.4 Uudistuksen oikeudelliset kysymykset

Kun sosiaali- ja terveyspalveluiden uusi lakiesitys aikanaan tulee eduskuntaan, tullaan tämä käsittelemään ja arvioimaan vastaavalla tavalla kuin pääministeri Stubbin johtaman hallituksen lakiesitys aiheesta. Mahdolliset perustuslailliset ongelmat järjestämisen ja tuottamisen, rahoituksen sekä demokratian toteutumisen kannalta pystytään ratkaisemaan vaalikauden aikana ja näin ollen uusi lainsäädäntö saada voimaan pääministeri Sipilän hallituksen vetoisesti.

10.4.1 Riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut

Perustuslain 19 §:n mukaisesti julkisen vallan on tarjottava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä. Riittävyttä ja järjestämistapaa on perusteltu lain esitöissä. Hallituksen esitys Eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta (HE 309/1993) toteaa, että säännöksessä ei määritellä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistapaa. Tämän takia julkisyhteisöjen ei tarvitse itsenäisesti huolehtia kaikkien sote-palveluiden tuottamisesta. Julkisen vallan on kuitenkin turvattava sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus. Riittävät palvelut tulee turvata jokaiselle, sen mukaisesti kuin lainsäädännössä tarkemmin säädetään. Tavalliseen lainsäädäntöön sisältyy säännökset erilaisista etuuksista, näiden saamisen edellytyksistä sekä menettelytavoista. Riittävyuden lähtökohtana on sellainen palvelun taso, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä.²⁰⁷

Riittävyuden säännös suojaa vain sellaisia sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän heikennyksiä vastaan, jotka merkitsevät vähimmäistason alittamista. Riittävyttä arvioitaessa tulee huomioida myös palveluista perittävät asiakasmaksut. Sääntöä on tulkittava siten, etteivät asiakasmaksut saa siirtää palveluita tarvitsijoiden ulottumattomiin tai ettei asiakas joudu turvautumaan palveluita hankkiakseen toimeentulotukeen. Myös muut perusoikeussäännökset määrittävät osaltaan tapaa, kuinka turvaamisvelvollisuus tulee täyttää. Näitä ovat esimerkiksi yhdenvertaisuus, syrjinnän kielto, oikeus elämään, henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen, yksityiselämän suoja sekä uskonnon ja omantunnon vapaus. Laissa erikseen säädetty hoitotakuu on yksi esimerkki riittävien palveluiden turvaamisesta. Tässä hoitoa koskevilla enimmäisajoilla pyritään turvaamaan potilaan pääsy hoitoon hänen varallisuudestaan

²⁰⁷ HE 309/1993 vp, Kohta Laki Suomen hallitusmuodon muuttamiseksi.

tai asuinpaikastaan riippumatta.²⁰⁸ Sote-uudistuksessa taattavia riittäviä terveyspalveluita on pohdittu jäljempänä kohdassa terveydenhuollon ”kirjastoautot”.

10.4.2 Kuntien asema

Kuntien tehtävät tulevat muuttumaan ja kaventumaan sote-uudistuksen vaikutuksena. Tämä tarkoittaa, että kunnilta otetaan lainsäädäntömuutoksien kautta pois sen aiemmin hoitamia tehtäviä. Esimerkiksi laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 4 §:ää joudutaan muuttamaan. Kunta ei voi sote-uudistuksen jälkeen hoitaa enää itsenäisesti tai toisten kuntien kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä. Koska kunnille ei olla säättämässä uusia tehtäviä, ei kunnallisen itsehallinnon perustuslainsuojan mukaisesti tarvitse huomioida uusien tehtävien annosta johtuvia velvoitteita. Sen sijaan perustuslain edellyttämä Suomen jakautuminen kuntiin ja kuntien hallinnon perustuminen asukkaiden itsehallintoon sekä kuntien verotusoikeus säilyvät ennallaan.

10.4.3 Demokratian toteutuminen

Suomessa valitaan demokraattisesti kunnan luottamushenkilöt kunnallisvaaleissa, kansanedustajat eduskuntavaaleissa, europarlamentaarikot Eurovaaleissa ja tasavallan presidentti presidentinvaaleissa. Lisäksi voidaan käyttää kansanäänestystä tai kunnallista kansanäänestystä.

Sote-itsehallintoalueiden hallinnosta ja päätöksenteosta tulee säätää jatkossa erillisessä laissa. Lainsäädännölle saadaan pohjaa muun muassa nykyisestä kuntalain 9 §:n mukaisesti kunnanvaltuuston jäsenet valitaan kunnallisvaaleissa vaalivuotta seuraaviksi neljäksi kalenterivuodeksi. Lain 17 §:n mukaisesti valtuusto asettaa kunnanhallituksen. Erikoissairaanhoidon 16 §:n mukaisesti sairaanhoitopiirien jäsenkuntien valtuustot valitsevat kuntayhtymän liittovaltuuston. Terveystieteiden 43 § määrittää, että erikoisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on tehtävä erikoissairaanhoidon järjestämissopimus. Tämä on laadittava kunnallisvaltuustokausittain. Seuraavassa on määritelty kuntalakiin pohjautuen uusien sote-alueiden mahdollinen organisoituminen.

Sote-uudistuksen myötä sosiaali- ja perusterveydenhuollon järjestäminen siirtyy kunnalta uudelle sote-alueelle sekä erikoissairaanhoidon sairaanhoitopiireiltä uusille sote-alueille. Demokraattisessa päätöksenteossa päättäjät valitaan kansanvaaleilla. Sote-alueen hallintorakenteessa voi pitkälti hyödyntää nykyisen kuntarakenteen mukaista mallia. Sote-alueen ylin päättävä elin on kunnallisvaalien yhteydessä valittava sote-valtuusto. Valtuusto valitsee toimikaudelleen sote-hallituksen. Sote-vaalit järjestetään neljän vuoden välein kunnallisvaalien yhteydessä, jolloin voidaan hyödyntää olemassa olevia vaalikäytäntöjä ja -aikatauluja. Vaaleissa

²⁰⁸ Tuori 2011, 746–747.

äänestäjä äänestää kunnallisvaaliehdokkaan lisäksi myös sote-vaaliehdokasta. Vaalien nimi muutetaan kunnallis- ja sote-vaaliksi.

Sote-valtuuston tehtävät ovat hyvin pitkälti samoja kuin kunnan valtuuston (vrt. Kuntalaki 14 §), sillä erolla että kunnassa päätetään kunnan vastuulla olevien tehtävien ja sote-alueella sosiaali- ja terveydenhuoltoalueen tehtävien hoidosta. Sote-alueen hallitus vastaa muun muassa sote-alueen hallinnosta, taloudenhoidosta sekä valtuuston päätösten valmistelusta, täytäntöönpanosta ja laillisuuden valvonnasta (vrt. Kuntalaki 39 §). Lisäksi sote-alueella toimii sote-johtaja, jolla on oikeus käyttää puhevaltaa sote-alueen hallituksen puolesta, saada sote-viranomaisilta tietoja ja nähtäväkseen asiakirjoja, mikäli salassapitosäännökset eivät tätä muuta. Sote-valtuusto valitsee johtajan toistaiseksi tai määräajaksi (vrt. Kuntalaki 41 § ja 44 §). Sote-johtajalle tehdään johtajasopimus, jossa sovitaan muun muassa sote-johtajan ja sote-alueen hallituksen puheenjohtajan työnjaosta (vrt. Kuntalaki 42 §).

Sote-alueiden on tehtävä toimikausittain vastaava erikoissairaanhoidon järjestämissopimus, kuin sairaanhoitopiirit tekevät nykyisin. Erytyisvastuualue vastaisi pitkälti samoista kokonaisuuksista kuin nykyisessä mallissa, erikoissairaanhoidon osalta merkittävässä roolissa on alueen yliopistollinen sairaala. Erytyisvastuualueen sote-alueiden olisi yhteistyössä suunniteltava ja sovittava erva-alueen vastuulla olevan erikoissairaanhoidon palvelutuotanto, tietojärjestelmäratkaisut sekä erilaiset hankinnat, kuten nykyinen terveydenhuoltolain 42 § määrittelee.

Sote-uudistuksen selvitysryhmä totesi, että uutta aluejakoa olisi perusteltua hyödyntää muutenkin aluehallinnon tehtävissä. Esimerkiksi maakuntien liiton nykyiset lakisääteiset tehtävät voisivat olla jatkossa sote-alueen tehtäviä. Tässä työssä keskitytään terveydenhuollon rakenteisiin ja ei käsitellä tarkemmin sote-alueiden muita mahdollisia tehtäviä.

10.5 Sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen aluejako

Sote-uudistuksen ja itsehallintoalueiden perustamisen sekä aluehallintouudistuksen valmistelun selvitysryhmä totesi 14.8.2015 antamassaan selvityksessä, että uusien itsehallintoalueiden perusteltu lukumäärä on 9–12. Lisäksi on laskettu, että yksittäisen sote-alueen tulisi olla asukasmäärältään vähintään 200 000 henkilöä, jotta palvelut voidaan tuottaa kustannustehokkaasti. Liitteessä 7 on kuvattu Suomen sekä pääkaupunkiseudun väestömäärää vuonna 2015.

Sote-uudistukselle asetetun selvitysryhmän esityksen mukaisesti laskettuna yksittäisen itsehallintoalueen keskimääräinen asukasmäärä olisi noin 457 000–610 000. Jos HUS-alueen väestömäärä vähennetään kokonaisuudesta, olisi jäljelle jäävän 8–11 alueen keskimääräinen väestömäärä noin 352 000–484 250. Tämän perusteella on mahdollista jakaa Suomi alueittain riittävän kokoiseen sote-alueisiin. Manner-Suomessa on tällä hetkellä 18 maakuntaa ja 20 sairaan-

hoitopiiriä sekä Ahvenanmaa. Lukumääräisesti nämä jaot eivät voi olla uuden sote-uudistuksen pohjana, mikäli edetään selvitysryhmän esityksen mukaisesti. Selvitysryhmän esitys listaa, että sote-alueella tulee olla riittävä väestöpohja, taloudellinen kantokyky sekä infrastruktuuri. Lisäksi yhtenä luontevana jakomallina ryhmä totesi nykyisen maakuntajaon pääpiirteet. Tällä hetkellä Suomessa on 18 maakuntaa sekä Ahvenanmaa, joten sote-alueita tulisi esityksen mukaan olla nykyisiä maakuntia vähemmän.

10.5.1 Kaksi esimerkkiä uudeksi sote-aluejaoksi

Sipilän hallituksen kompromissiratkaisusta huolimatta seuraavassa esitellään vaihtoehtoinen esimerkki sosiaali- ja terveystieteiden aluejaosta. Tämä perustuu selvitystyöryhmän antamiin suosituksiin sote-alueiden määrästä. Esimerkissä ei ole huomioitu aluehallintouudistusta. Jaon merkitsevä kriteerinä on käytetty alueen asukasmäärää ja maantieteellistä sijaintia. Jaossa ei ole huomioitu maakuntamallia, olemassa olevaa yhteistyötä tai infrastruktuuria. Jako perustuu kuitenkin olemassa olevien sairaanhoitopiirien yhdistämiseen nykyisistä erva-alueista eroavasti. Alueiden tulee olla kuitenkin maantieteellisesti toisiaan sitovia. Yhdeksän itsehallintoalueen mallissa nykyinen Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri jatkaisi sellaisenaan uutena sote-alueena ja Ahvenanmaa kuuluisi osaksi Varsinais-Suomea.

Kymmenen itsehallintoalueen mallissa HUS:ista eroaisi omaksi Keski-Uudenmaan alueeksi nykyisistä Kuuma-kunnista Hyvinkää, Järvenpää, Kerava, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen, Sipoo ja Tuusula. Lisäksi Ahvenanmaa on oma erityisalueensa. Taulukossa 7 on esitetty esimerkki sote-aluejaosta yhdeksällä alueella ja taulukossa 8 kymmenellä alueella sekä Ahvenanmaa omana erityisalueenaan. Sote-alueiden taulukoissa kuvatut asukasluvut perustuvat 31.12.2014 henkilömääriin.²⁰⁹

Taulukko 7: Esimerkki sosiaali- ja terveydenhuollon aluejaosta, yhdeksän itsehallintoaluetta.

Uusi sote-alue	Alueen organisaatiot (pohjautuen nykyisiin sairaanhoitopiireihin)	Asukasmäärä 31.12.2014	Uusi erva-alue
Helsinki- ja Uusimaa	Helsinki- ja Uusimaa	1 599 390	HYKS erva
Kaakkois-Suomi	Etelä-Karjala Etelä-Savo Itä-Savo Kymenlaakso	452 596	HYKS erva

²⁰⁹ Mukailten Kunnat.net 2015c, kohta Sairaanhoitopiirien ja erityisvastuualueiden (erva) asukasluvut.

Häme	Kanta-Häme Päijät-Häme	388 307	TAYS erva
Pirkanmaa	Pirkanmaa	524 447	TAYS erva
Itä-Suomi	Kainuu Pohjois-Karjala Pohjois-Savo	493 422	KYS erva
Keski-Suomi	Keski-Suomi	251 178	KYS erva
Lappi	Lappi Länsi-Pohja Pohjois-Pohjanmaa	587 383	OYS erva
Länsi-Suomi	Etelä-Pohjanmaa Keski-Pohjanmaa Vaasa	446 289	TYKS erva
Varsinais-Suomi	Ahvenanmaa Satakunta Varsinais-Suomi	728 741	TYKS erva

Taulukko 8: Esimerkki sosiaali- ja terveydenhuollon aluejaosta, kymmenen itsehallintoaluetta sekä Ahvenanmaa.

Uusi sote-alue	Alueen organisaatiot (pohjautuen nykyisiin sairaanhoidopiireihin)	Asukasmäärä 31.12.2014	Uusi erva-alue
Helsinki- ja Uusimaa (poislukien Keski- Uusimaa)	Helsinki- ja Uusimaa	1 351 464	HYKS erva
Kaakkois-Suomi	Etelä-Karjala Etelä-Savo Itä-Savo Kymenlaakso	452 596	HYKS erva
Keski-Uusimaa	Hyvinkää Järvenpää Kerava Mäntsälä Nurmijärvi Pornainen	247 926 ²¹⁰	HYKS erva

²¹⁰ Väestörekisterikeskus 2015b, kohta Väestötietojärjestelmä, kuntien asukasluvut aakkosjärjestyksessä.

	Sipoo Tuusula		
Häme	Kanta-Häme Päijät-Häme	388 307	TAYS erva
Pirkanmaa	Pirkanmaa	524 447	TAYS erva
Itä-Suomi	Kainuu Pohjois-Karjala Pohjois-Savo	493 422	KYS erva
Keski-Suomi	Keski-Suomi	251 178	KYS erva
Lappi	Lappi Länsi-Pohja Pohjois-Pohjanmaa	587 383	OYS erva
Länsi-Suomi	Etelä-Pohjanmaa Keski-Pohjanmaa Vaasa	446 289	TYKS erva
Varsinais-Suomi	Satakunta Varsinais-Suomi	699 825	TYKS erva
Ahvenanmaa	Ahvenanmaa	28 916	TYKS erva

Esimerkissä Helsinki- ja Uusimaa ovat väestömäärältään poikkeuksellisen suuri alue, vastavasti taas maantieteellisesti pieni alue. Keski-Suomi ja mahdollinen Keski-Uusimaa ovat väestömääriltään pienimmät, mutta ylittävät kuitenkin kriittisen 200 000 asukkaan henkilömäärän. Maantieteellisesti Lappi kattaa lähes puolet Suomen pinta-alasta, mutta asukasmäärästä vain noin kymmenen prosenttia. Keski-Uusimaa olisi hieman tasapainottamassa Helsingin- ja Uudenmaan alueen väestömäärää, mutta olemassa oleva nykyisen Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin valmis toimintamalli ja käytännöt puoltavat isompaa kokonaisuutta. Myös Keski-Uudenmaan kuntien kuntaliitoshankkeen kariutuminen, vaikuttaa todennäköisesti myös sote-alueen muodostamisvalmiuteen.

Esitetyissä malleissa erva-alueiden asukasmäärä kasvaa nykytilaan verrattuna HYKSin ja TYKSin erityisvastuualueilla ja vastaavasti pienenee TAYSin, KYSin ja OYSin erityisvastuualueilla. Mikäli Kaakkois-Suomen sote-alue kuuluisi HYKS-ervan sijasta KYS-ervaan tai PSHP-ervaan, pienenesi nykyinen HYKS-ervan koko ja vastaavasti vastaanottava erityisvastuualueen koko kasvaisi. Maantieteellisesti Kaakkois-Suomen sote-alueen uloimmat osat ulottuvat eri vaihtoehtoisissa kohtuullisen etäälle alueen yliopistollisesta sairaalasta riippumatta siitä, mihin erityisvastuualueeseen kyseinen sote-alue kuuluu. Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista (812/2012) määrittelee 1 §:ssä nykyiset erityisvastuualueet ja niihin kuuluvat sairaanhoitopiirit. Mikäli sote-uudistus tuo muutoksia erityisvastuualueiden kokoonpanoihin, tulee tätä asetusta muuttaa.

10.5.2 Pohdintaa uudesta sote-rakenteesta

Sipilän johtaman hallituksen päätöksen mukaisesti sote-uudistus tulee koskemaan sosiaali- ja terveyspalveluiden lisäksi myös aluehallintoa. Uudistus tarkoittaa, että yhden kokonaisuuden sisällä tullaan tekemään kolme valtavan kokoista rakennemuutosta: 1) terveyspalveluiden uudistus, 2) sosiaalipalveluiden uudistus sekä 3) aluehallintouudistus. Rakennemuutoksen lisäksi rinnalla kulkee myös rahoituksen uudistus. Samalla kuntasektorissa tulee tapahtumaan suuria muutoksia, kun kuntien nykyisistä tehtävistä valtaosa siirtyy uusille itsehallintoalueille.

Uudistuksen tekeminen kerralla on erittäin suuri riski, toki onnistuessaan myös iso mahdollisuus. Kuvioissa 8 ja 9 on esitetty kokonaisuus siten, että uudistus tehdään kerralla tai uudistus tehdään vaiheittain. Mikäli työ etenisi vaiheittain, pystyisi kuhunkin vaiheeseen keskittymään fokuosimalle painopiste kulloisenkin uudistuksen avainasioihin. Vaiheittainen eteneminen mahdollistaisi myös jokaisen vaiheen jälkeen kriittisen tarkastelun muun muassa kokonaisuuden tavoitteista, nykytilasta, integraatiotarpeista- ja valmiudesta, uudistuksen kokemuksista ja opeista.

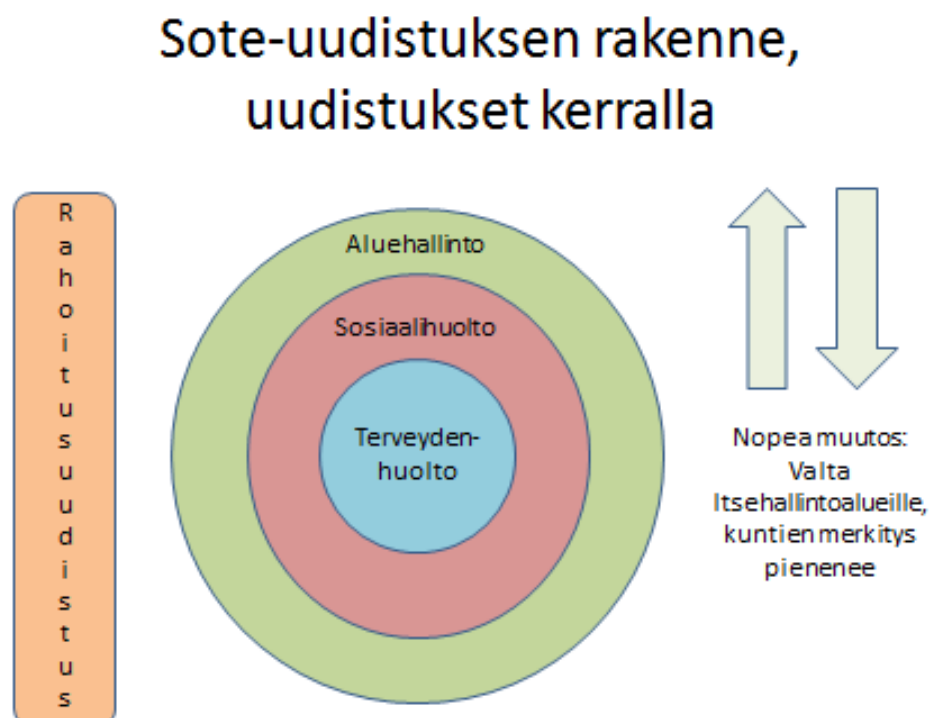
Vaiheittainen eteneminen mahdollistaisi myös kriittisen tarkastelun sille, kannattaako näitä kolmea kokonaisuutta tuoda yhden ”sateenvarjon” alle vai kannattaisiko jokaista kehittää omana kokonaisuutenaan ja lainsäädännöllisesti edellyttää, että eri osapuolet toimivat saumattomasti yhteen. Terveystuon ja sosiaaliuonon välillä mahdollistettaisiin (lainsäädännöllä pakotettaisiin) osapuolet yhteistyöhön ja tietojen saumattomaan liikkumiseen. Rahoitusmallit luotaisiin siten, että yhdessä onnistuminen ja kulujen pienentäminen hyödyntäisivät molempia osapuolia, ei vain toista. Tai epäonnistuessaan rankaisisivat molempia, ei vain toista.

Aluehallintouudistus on monin osin (esimerkiksi kaavoituksen järjestäminen) hyvin etäällä sosiaali- ja terveydenhuollosta. Käytännössä vaikuttaa siltä, että nykyisten noin 340 kunnan vastuulla olevat tehtävät sivistystoimea lukuun ottamatta tullaan siirtämään 18 itsehallintoalueelle. Kriittisesti voidaan esittää kysymys, onko tämä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen näkökulmasta tarpeen? Aluehallintouudistukselle on varmasti tarvetta, mutta onko tämä järkevää sisällyttää ja toteuttaa sote-uudistuksen yhteydessä. Vaarana on, että valtavan kokoinen uudistus ei tule kunnolla valmiiksi ja saavuta kerralla tehtynä niitä hyviä tavoitteita, joita uudistustarve sisältää.

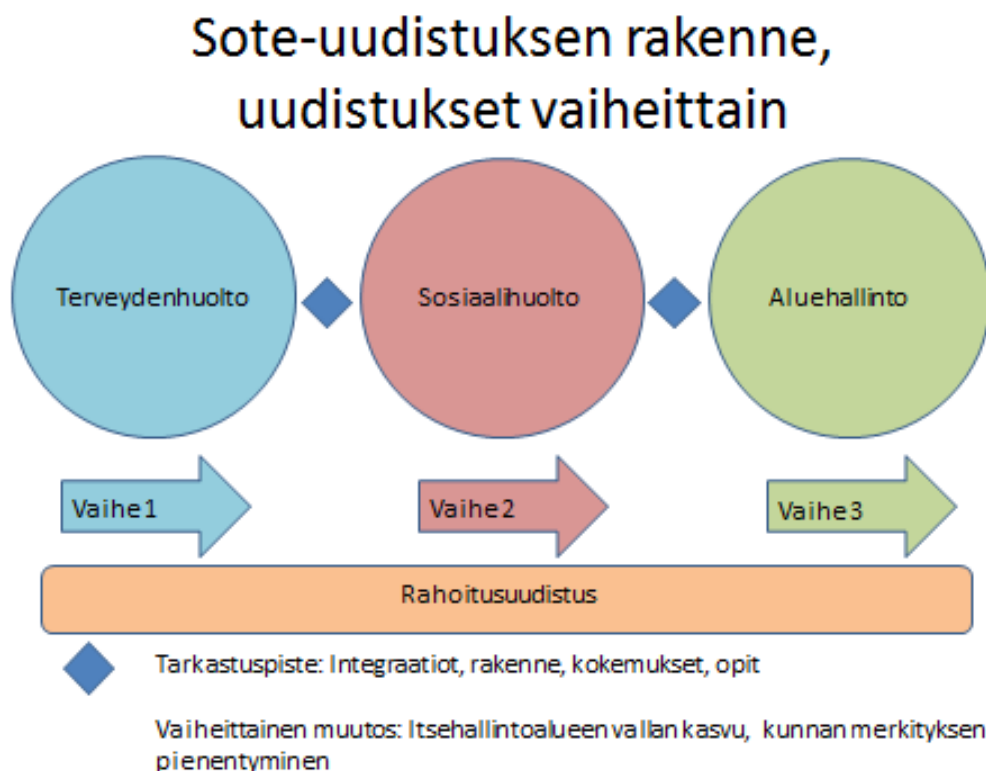
Hyvin toimivat, mutta erilliset, sosiaali- ja terveyspalvelut sekä aluehallinto voisivat tuottaa enemmän synergiaa, kuin kaikki palvelut yhdessä mallinen ratkaisu. Aluehallinnon vastuulla olisi luoda pelisäännöt ja valvoa näiden toteutusta alueidensa kunnissa, vastaavasti sosiaali-

ja terveydenhuolto vastaisi oman alueensa sote-palveluista. Sote-palveluiden osalta erityisvastuualueet huolehtisivat oman alueensa kalleimmista, erikoisosaamista vaativista palveluista ja näille voitaisiin keskittää myös tietyt alueen valitsemat palvelukokonaisuudet. Näitä voisivat olla esimerkiksi lonkkaleikkaukset. Vaihtoehtoinen rakenne on kuvattu kuviossa 10.

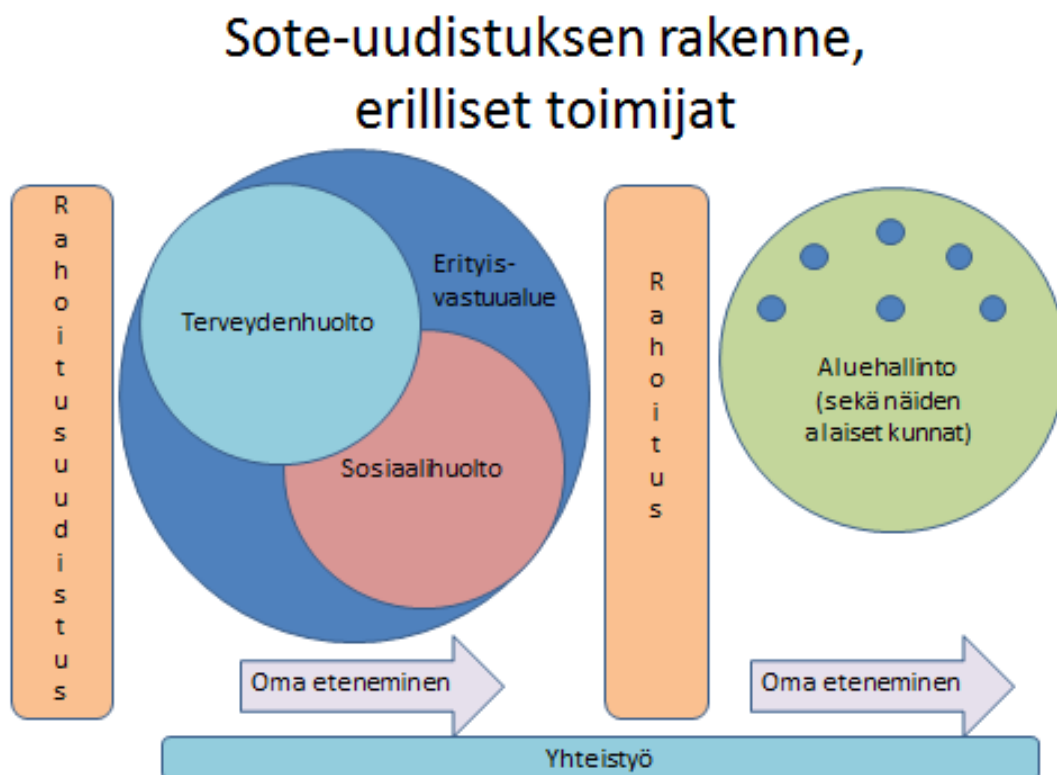
Kuvio 8: Sote-uudistuksen rakenne, uudistukset toteutetaan kerralla.



Kuvio 9: Sote-uudistuksen rakenne, uudistukset toteutetaan vaiheittain.



Kuvio 10: Sote-uudistuksen rakenne, erilliset toimijat.



10.6 Tietotekniikan hyödyntäminen

Tietotekniikan hyödyntäminen ja digitalisoituminen ovat tulevaisuudessa sekä sote-palveluiden että myös muiden julkisten palveluiden tehostamisen mahdollistaja. Tietotekniikka voidaan hyödyntää yleisessä palvelun tuottamisessa esimerkiksi osana vanhusten hyvinvointia ja terveydenhuollon ”kirjastoautoja”. Tietotekniikka ja ”robotismi” mahdollistavat jatkossa myös erilaisten hoitotoimenpiteiden automatisoinnin. Esimerkkinä tulevaisuuden terveydenhuollon mahdollisista kehityslinjoista VTT visioi vuoden 2044 bioyhteiskuntaa seuraavasti: ”Lääketiede on edennyt pitkälle ja sairauksien puhkeamista ennakoidaan elintoimintoista saatavan datan avulla. Lääkitys on henkilökohtaisesti räätälöityä. Sensorit mittavat kansalaisten elintoimintoja ja lähettävät dataa lääkäreille.”²¹¹

10.6.1 Vanhusten kokeman yksinäisyyden ja eriarvoisuuden helpottaminen tietotekniikkaa hyödyntämällä

Yksi sosiaali- ja terveyspalveluiden suurimmista haasteista on väestön ikääntyminen. Taulukossa 10 on kuvattu Suomen väestörakenteen kehittyminen valittuina vuosina aikavälillä 1900–2014. Taulukossa 11 on kuvattu väestöennuste tuleville vuosikymmenille vuoden 2014 lopussa.

Taulukko 9: Suomen väestörakenne valittuina ajankohtina 1900–2014, tilanne 31.12.2014.²¹²

Ikä/Vuosi	1900	1950	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014
Väkiluku (1000 henkilöä)	2 656	4 030	4 998	5 181	5 375	5 401	5 427	5 451	5 472
0–14 vuotiaat (%)	35	30	19,3	18,1	16,5	16,5	16,4	16,4	16,4
15–64 vuotiaat (%)	59,6	63,3	67,2	66,9	66	65,4	64,8	64,2	63,7
65– vuotiaat (%)	5,4	6,7	13,5	15	17,5	18,1	18,8	19,4	19,9

Taulukko 10: Suomen väestöennuste tuleville vuosikymmenille.²¹³

Ikä/Vuosi	2020	2030	2040	2050	2060
Väkiluku (1000 henkilöä)	5 631	5 848	5 985	6 096	6 228
0–14 vuotiaat (%)	16,6	16	15,4	15,4	15,2
15–64 vuotiaat (%)	60,8	58,4	58,4	57,7	56,6
65– vuotiaat (%)	22,6	25,6	26,2	26,9	28,2

²¹¹ VTT 2014, kohta VTT visioi elämää biotalouden aikakaudella Suomessa vuonna 2044.

²¹² Mukailleen Tilastokeskus 2015c, kohta Väestörakenne.

²¹³ Mukailleen Tilastokeskus 2012, kohta Väestöennuste

Yksi vanhuuden haasteista on yksinäisyys. Asiaa on tutkinut muun muassa Hanna Uotila väitöskirjassaan ”Vanhuus ja yksinäisyys”. Yksinäisyyden on nähty olevan yleistä ikääntyessä ja vastaavasti ikääntyneenä on tavallista olla yksinäinen. Kuitenkin suuri osa iäkkäistä ihmisistä tuntee yksinäisyyttä joko satunnaisesti tai ei lainkaan ja vain osa yksinäisyyttä tuntevista kärsii siitä.²¹⁴ Uotilan toteaa tutkimuksensa johtopäätöksissä, että iäkkäiden ihmisten yksinäisyyteen näyttää vaikuttavan olennaisesti iäkkäiden ihmisten yhteiskunnallinen asema, heidän kohtelunsa, kokemansa arvostus sekä palvelujen saatavuus.²¹⁵

Ikääntyvien ihmisten yksinäisyydestä johtuvat haasteet ovat ainakin osittain ratkaistavissa tietotekniikan hyödyntämisellä ja uusien ajatusmallien kehittämällä. Yksi sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistuksen teemoista on ikääntyvän väestön mahdollisuus asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkälle. Tämä vaatii toimivaa sosiaalihuoltoa esimerkiksi kotiavun ja ruokapalveluiden osalta, mutta ei ratkaise vanhuksen kokemaa yksinäisyyttä ja sitä kautta henkistä hyvinvointia. Tähän mahdollinen apu voisi löytyä esimerkiksi oppilaitoksien ja vanhustenhuollon välisestä yhteistyöstä.

Käytännössä yhteistyöhön tarvittavat välineet ovat olemassa jokaisesta oppilaitoksessa, vanhainkodissa sekä ainakin osasta yksittäisten henkilöiden kotitalouksia. Tietotekniikkaa hyödyntämällä voisi kotona yksin elävälle vanhukselle tai laitoksessa asuvalle henkilölle tarjota pääsyn esimerkiksi alakoulun musiikkitunnille. Oppilaitokset voisivat sopia vanhuskummijärjestelmästä, jossa jokaisella luokalla olisi omat kummivanhukset. Skype-palvelun tai vastaavan kautta vanhus voisi osallistua esimerkiksi musiikkitunnille oppilaiden laulua ja soittoa kuuntelemalla tai mukana laulamalla. Samalla luokka ja kummivanhukset voisivat vaihtaa tietoa aiemman sukupolven musiikkimausta ja myös harjoitella kyseisiä lauluja. Tämä tapa tarjoisi molemmille osapuolille mahdollisuuden tutustua itselleen uusiin asioihin sekä eri sukupolven ihmisiin ja heidän kiinnostuksenkohteisiin.

Sama malli toimisi myös muissa oppiaineissa, esimerkkeinä liikuntatunnin pelien seuraaminen, historian tunnilla käsiteltävät asiat, matematiikan kertaus ja kielten opiskelu. Vanhusten kunnosta riippuen he voisivat aika ajoin osallistua myös opetuksen antamiseen esimerkiksi kertomalla omia kokemuksiaan elämässään kohtaamistaan tapahtumista. Nämä voivat liittyä maailmalla tapahtuneisiin mullistuksiin tai vaikka Suomen kehittymiseen sota-ajan jälkeisinä vuosikymmeninä. Ja voisivat vanhukset myös kertoa oman opiskeluaikansa käyttäytymis- ja kurrinpitämisasioistakin. Erilaisia vaihtoehtoja on lukuisasti.

Vastaavaa mallia voi hyödyntää myös pienemmässä mittakaavassa. Esko Kilpi, kansainvälisesti tunnettu digitaalisen työn asiantuntija, tutkija, kouluttaja ja liikkeenjohdon neuvonantaja,

²¹⁴ Uotila 2011, 13.

²¹⁵ Uotila 2011, 68.

kertoi omasta, ylimääräisen vapaa-ajan käyttötavastaan HR-seminaarissa Tampereella 2.9.2015. Kilpi on rekisteröitynyt palveluun, jossa hän voi käyttää lyhyen vapaana olevan hetken auttamalla palvelussa kirjoilla olevaa henkilöä, esimerkiksi vanhusta. Kilpi kertoi esimerkkinä, että oli auttanut aiemmin luentopäivänä kahden minuutin ajan itselleen tuntematonta, heikkonäköistä vanhusta valitsemaan kaapista kahvipurkin teepurkin sijasta. Vastaavalla mallilla voisi jokainen halukas henkilö tarjota esimerkiksi vanhukselle apua lehtien lukemiseen, sairaalle lapselle satujen lukemiseen tai vaikka geokätköjen etsimiseen liittyviä kokemuksia. Vanhus ei enää itse välttämättä jaksaa liikkua luonnossa, mutta voisi istua kotitalonsa pihapenkillä ja seurata reaaliaikaista kuvaa, kun palveluun kirjautunut henkilö tai perhe etsii yhdessä luonnosta geokätköjä. Vaihtoehdot tässäkin mallissa ovat käytännössä rajoittamattomat.

Tietotekniikan ja digitaalisen yhteydenpidon malleja kehittämällä voidaan löytää huomattavia mahdollisuuksia sekä vanhusten että myös muiden kansalaisten, esimerkiksi yhteiskunnasta eristäytyneiden, hoidolle. Tämä vaatii palvelumallien kehittämistä ja jonkin verran uusien välineiden opettelua. Lainsäädännöllisesti tulee varmistaa, ettei moraalisesti hyväksyttävien palveluiden kehittämistä rajoiteta. Lainsäätäjän tulee toimia kokonaisuudessa kehityksen mahdollistajana, ei jarruttajana. Verotuksellisesti voidaan tukea välineiden hankintaa ja tietoteknisten yhteystapojen käyttöä.

Suomessa on muun muassa Laajakaista 2015 -hankkeen myötä valtion tuen avulla tavoitteena varmistaa laajakaistaverkon rakentaminen alueille, jonne kaupallinen tarjonta ei todennäköisesti ulotu.²¹⁶ Kela voisi haluttaessaan luoda äitiyspakkausta vastaavaan ”vanhuuspakkauksen”, joka sisältäisi sähköiseen yhteydenpitoon tarvittavat välineet ja yksinkertaisen ohjeistuksen. Yliopistot ja ammattikorkeakoulut voisivat kehittää yhteistyöllä eduskunnan tilauksesta yhteisen palvelukanavan ja -verkoston kyseisten sosiaalisten palveluiden tarjonnalle. Palvelua voisi nimittää esimerkiksi ”Nykyaikaiseksi ystävydeksi”.

Suomi on vahva tietoyhteiskunta, joka on kulkenut usein kehityksen eturintamassa. Väestö ikääntyy kaikkialla Euroopan unionin alueella ja muuallakin läntisessä maailmassa, samalla myös ulkopuolinen siirtolais- ja pakolaistulva ovat ajankohtaisia. Uusista malleista voisi kehittää Suomelle 2020-luvun kansallisia vientivaltteja sekä palvelun tarjoamisen että palvelukonsultaation sektoreilla.

10.6.2 Terveystieteiden ”kirjastoautot”

Sote-uudistuksen yksi keskeisimmistä vaateista on taata riittävät palvelut kaikille kansalaisille. Lainsäädännön mukaisesti palvelut tulee tuottaa lähellä asukasta, ellei alueellinen keskit-

²¹⁶ Liikenne- ja viestintäministeriö 2015, kohta Laajakaista kaikille.

täminen ole perusteltua palvelun laadun turvaamiseksi. Tietotekniikkaa voidaan hyödyntää myös jokapäiväisessä terveydenhuollossa taajama-alueiden ulkopuolella tarjoamalla terveydenhuollon ”kirjastoauto”-palveluja. Eksoten alueella toimii jo tällä hetkellä liikkuva vastaanotto, josta saa terveydenhuollon palveluita. Terveydenhuollon ”kirjastoautot” toimisivat perinteisten kirjastoautojen tavoin. Näillä on tarkkaan noudatettava aikataulu ja reitti. Tässä mallissa peruspalvelut pystytään tuottamaan lähellä asiakasta, ja selkeästi keskittämistä vaativat palvelut palvelun luonteesta riippuen joko lähisairaalassa tai alueen keskussairaalassa.

Terveydenhuollon ”kirjastoautossa” voidaan tarjota esimerkiksi sairaanhoitajan palveluita, laboratorionäytteiden ottoa ja mahdollisesti kuvantamispalveluita. Myös yleiset rokotuspalvelut esimerkiksi kausi-influenssaa varten voitaisiin hoitaa tätä kautta. Malli tarjoaisi myös lääkärinpalveluita etäyhteyden kautta. Lääkärillä on käytössään potilastiedot ja hän pääsee läpikäymään esimerkiksi laboratoriotulokset suoraan asiakkaan kanssa sekä päättämään tulevasta hoidosta ja lääkityksestä.

Terveydenhuollon ”kirjastoautot” voisivat toimia myös lääkkeiden jakelijana. Tällöin lääkärin määräämät lääkkeet olisivat saatavissa heti käynnin yhteydessä samasta paikasta. Lisäksi autosta voitaisiin lainata erilaisia terveyden omaseurantaan liittyviä välineitä, esimerkiksi verenpainemittareita. Autoissa voisi antaa myös käyttöopastusta erilaisten teknisten apuvälineiden käytössä (vertaa esitys vanhusten ja oppilaitoksien välisestä yhteistyöstä).

Terveydenhuollon ”kirjastoautot” voisivat palvella syrjäseutujen lisäksi myös isoissa taajamissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita keskitetään vahvasti myös kaupungeissa. Kaupunkien solmukohdissa sijaitseviin palveluihin saapuminen vaatii yleensä oman auton tai julkisen kulkuvälineen käyttöä. Näiden käyttäminen on kohtalaisen helppoa, mikäli käyttäjä on hyvässä kunnossa ja liikkuminen sujuvaa. Haastavampaa tämä on esimerkiksi vanhuksille, liikuntarajoitteisille ja pienten lasten kanssa liikkuville. Autoilu aiheuttaa yleisesti myös ruuhkia, parkkipaikkaongelmia sekä ympäristöllistä kuormitusta. Tämän takia terveydenhuollon ”kirjastoautot” toimisivat hyvin myös kaupunkiympäristössä. Pysähdyspaikat voidaan suunnitella pois ruuhkaisimmilta alueilta, lähelle palvelua tarvitsevaa asiakasta ja joukkoliikenteen solmukohtia.

10.6.3 Potilastiedot saatavilla aikatauluriippumattomasti yhdestä paikasta

Kaikkineen tietotekniikalla saatavat hyödyt edellyttävät, että potilastiedot ovat saatavissa reaaliaikaisesti ja oikeansisältöisinä niitä tarvitseville tahoille. Tiedonsiirto on olennaista jatkossa, kun asiakkaat voivat hakeutua valinnanvapauden turvin haluamiensa palveluntarjoajien luokse. Lisäksi asia korostuu sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välisten tietojen jakamisessa. Tätä kokonaisuutta on pohdittu tarkemmin opinnäytetyön kappaleessa 10.1.1.

10.7 Opinnäytetyön luotettavuus ja etiikka

Opinnäytetyön teoriaosuudessa on käytetty lähteinä voimassa olevaa lainsäädäntöä, lain valmisteluaineistoja sekä useiden eri viranomaisten tuottamia aineistoja. Lähteinä on käytetty sekä painettua kirjallisuutta että Internetistä haettua aineistoa. Internet-aineistoa on paljon, ja yksittäistä lähdettä valittaessa on arvioitu lähteen luotettavuutta. Jokainen lähde on valittu huomioiden sen antama lisäarvo käsiteltävään asiakokonaisuuteen.

Oikeudellisen opinnäytetyön tuottaminen on vaatinut itsearviointia läpi koko kirjoitusprosessin. Lain kriteerien tulkinnassa on hyödynnetty eri oikeusoppineiden ja tunnustettujen perustuslakiasiantuntijoiden kirjoittamaa teoriaa. Oikeuspoliittisessa vertailussa on käsitelty eri puolueiden puolue- ja periaateohjelmia sekä eduskuntavaalien teemoja. Tässä oli haasteena puolueaineistojen vaihteleva laajuus ja erilaisuus. Sote-vaaliteemojen osalta oli kuitenkin löydettävissä selkeitä yhtäläisyyksiä sekä eroavaisuuksia puolueiden kesken. Oikeudellisessa vertailussa Ruotsin malliin on käytetty sote-rakennemuutoksen hallituksen esityksessä listattuja tietoja sekä tutustuttu ruotsalaiseen lainsäädäntöön. Lainsäädännön osalta läpikäynnissä oman haasteen toi aineiston ruotsinkielisyys.

Opinnäytetyön tekijänä olen pyrkinyt käsittelemään työssä asioita neutraalisti, suosimatta esimerkiksi minkään puolueen ajatuksia uudistustyön osalta. Kokonaisuudessa koen, että opinnäytetyöprosessi on ollut mielenkiintoinen ja lisännyt henkilökohtaista osaamista sekä oikeudelliselta näkökulmalta että myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiasisällöltä. Prosessi on myös lisännyt halua vaikuttaa Suomessa tapahtuvaan suureen rakennemuutokseen ja tulenkin seuraamaan erityisellä mielenkiinnolla aluehallinnon sekä sote-uudistuksen tulevia vaiheita ja syntyä.

10.8 Mahdollisia lisätutkimusaiheita

Opinnäytetyössä on pohdittu terveydenhuollon rakennetta sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen yhteydessä. Uudistuksessa on yhtenä kriittisenä onnistumistekijänä rahoituksen uudistus. Monikanavaisen rahoituksen purkamasta yksikanavaiseksi tai mahdollista muuta rahoitusmallia ei ole pohdittu tästä työssä. Myöskään uusien sote-alueiden valtionrahoitusta tai verotusoikeuden myöntämistä alueille ei ole käsitelty tässä työssä laajemmin.

Opinnäytetyössä on painotettu terveydenhuollon rakennetta, sosiaalihuollon osalta on todettu tämän seuraavan pitkälti terveydenhuoltoa. Sekä rahoitus että sosiaalihuollon rakenne ovat molemmat hyviä aiheita lisätutkimukselle. Lisäksi sote-uudistuksen edetessä ja käytännön kokemusten karttuessa mahdollisista lainsäädännöllisistä ongelmakohtista ja muutoksien vai-

kutuksista eri hallintoelinten rooliin ja päättäjien asemointiin tarjoavat hyviä tutkimusaiheita.

Lähteet

Painetut lähteet

Aarnio, A. 1988. Laintulkinnan teoria. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Erhola, M., Vaarama, M., Pekurinen, M., Jonsson, P. M., Junnila, M., Hämäläinen, P., Nykänen, E. & Linnosmaa, I. 2014. SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Harjula, H. & Prättälä, K. 2012. Kuntalaki - tausta ja tulkinat. Helsinki: Talentum Media Oy.

Hiilamo, H. 2015. Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö. Mistä sote-uudistuksessa on kysymys?. Helsinki: Into Kustannus Oy.

Husa, J., Mutanen, A. & Pohjolainen T. 2008. Kirjoitetaan juridiikkaa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Talentum Media Oy.

Jyränki, A. 2000. Uusi perustuslakimme. Turku: Iura nova.

Kangas, U. 1997. Minun metodini. Teoksessa J. Häyhä (toim.) Minun metodini. Helsinki: Werner Söderström Lakitieto Oy, 90–109.

Korkman, S. 2014. Talous ja utopia. Jyväskylä: Docendo Oy.

Lammi-Taskula, J., Taipale, V., Lehto, J., Mäkelä, M., Kokko, S., Muuri, A. & Lahti, T. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituskeinot eri maissa. Teoksessa J. Lammi-Taskula (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. 7. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy, 42–46.

Linnosmaa, I., Moisio P. & Seppälä, T. T. 2014. Sosiaali- ja terveystenonjen rakenne ja kehitys. Teoksessa M. Vaarama, S. Karvonen, L. Kestilä, P. Moisio & A. Muuri (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 180–191.

Moliis, P. 2015. Soten viipyminen vauhdittaa ulkoistamista. Kuntalehti 10/2015, 36.

Mäkinen, O. 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Niemelä, P. 2010. Hyvinvointipolitiikan teoria. Teoksessa P. Niemelä (toim.) Hyvinvointipolitiikka. Helsinki: WSOYpro Oy, 16–37.

Nurmi, T., Rekiaro, I., Rekiaro, P. & Sorjanen, T. 2001. Suuri sivistyssanakirja. Helsinki: Gummerus Kustannus Oy,

Oksanen, A., Niskakangas, H. & Pönkä, P. 2007. Kuntakonsernit toiminta, päätöksenteko ja hankinnat. Helsinki: KL-Kustannus Oy.

Pekurinen, M. & Seppälä, T.T. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Raunio, T. & Saari, J. 2009. Euroopan unionin jännitteet. Helsinki: Eurooppatiedotus.fi.

Saari, J. 2010. Eurooppalaistuva sosiaalipolitiikka. Teoksessa P. Niemelä (toim.) Hyvinvointipolitiikka. Helsinki: WSOYpro Oy, 415–446.

Setälä, M. 2003. Demokratian arvo: teoriat, käytännöt ja mahdollisuudet. Helsinki: Gaudeamus Kirja. Oy Yliopistokustannus University Press Finland Ltd.

Teperi, J. & Keskimäki, I. 2007. Terveyspalveluiden kohdentumisen oikeudenmukaisuus. Teoksessa J. Saari & A. B. Yeung (toim.) Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus - Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, 274–291.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Tuori, K. 1997. Ideologiakritiikistä kriittiseen positivismiin. Teoksessa J. Häyhä (toim.) Minun metodini. Helsinki: Werner Söderström Lakitieto Oy, 311–329.

Tuori, K. 2004. Sosiaalioikeus. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Lakitieto Oy.

Tuori, K. 2011. Sosiaaliset oikeudet (PL 19§). Teoksessa Hallberg, P., Karapuu, H., Ojanen, T., Scheinin, M., Tuori, K. & Viljanen, V-P. Perusoikeudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY-PRO Oy.

Viljanen, V-P. 2011. Perusoikeuksien merkitys lainsäädäntötyössä. Teoksessa Hallberg, P., Karapuu, H., Ojanen, T., Scheinin, M., Tuori, K. & Viljanen, V-P. Perusoikeudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOYPRO Oy.

Virallislähteet

Hallintovaliokunnan lausunto laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. HaVL 35/2014 vp – HE 324/2014 vp.

Hallituksen esitys eduskunnalla laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. HE 324/2014 vp.

Hallituksen esitys eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta. HE 309/1993 vp.

Perustuslakivaliokunnan lausunto laiksi Kainuun hallintokokeilusta. PeVL 65/2002 vp - HE 198/2002 vp.

Perustuslakivaliokunnan lausunto laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. PeVL 67/2014 vp – HE 324/2014 vp.

Perustuslakivaliokunnan lausunto laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. PeVL 75/2014 vp – HE 324/2014 vp.

Talousvaliokunnan lausunto laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. TaVL 53/2014 vp – HE 324/2014 vp.

Valtiovarainvaliokunnan lausunto laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. VaVL 10/2014 vp – HE 324/2014 vp.

Sähköiset lähteet

Aalto, L., Anttila, M., Hölttä, J., Kekäläinen, R., Melander, A., Riippa, I. & Vauramo, E. 2011. Tekes -projekti: Ikääntyvän yhteiskunnan palvelurakennukset case Eksote. Viitattu 25.10.2015. http://www.sotera.fi/pdf/Case_Eksote.pdf

Apotti. 2014. Mistä Apotti-hankkeessa on kysymys?. Viitattu 20.9.2015. <http://www.hel.fi/hki/apotti/fi/uutiset/Apotti-esittely>

E-estonia.com. X-Road. Viitattu 17.10.2015. <https://e-estonia.com/component/x-road/>

- Eksote. 2013. ”Palvelujärjestelmän kehittäminen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä - EKSOTEALUE”, Loppuraportti. Viitattu 10.8.2015.
http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/Tutkimus_kehittaminen/Paattyneet_hankkeet/Documents/Eksote-alue%20loppuraportti%20liitteinen.pdf
- Eksote. 2015a. Mallu-auto. Viitattu 6.11.2015.
<http://www.eksote.fi/fi/terveyspalvelut/muutpalvelut/mallu/sivut/default.aspx>
- Eksote. 2015b. Strateginen johtaminen Eksotessa. Viitattu 10.8.2015.
<http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/strategiajajohtaminen/Documents/Strateginen%20johtaminen%20Eksotessa.pdf>
- Euroopan oikeudellinen verkosto. 2004. Oikeusjärjestys – Suomi. Viitattu 8.6.2015.
http://ec.europa.eu/civiljustice/legal_order/legal_order_fin_fi.htm
- Eurooppa-neuvosto. 2002. Puheenjohtajan päätelmät. Barcelonan Eurooppa-neuvosto 15. ja 16. maaliskuuta 2002. Viitattu 9.9.2015. http://www.consilium.europa.eu/fi/european-council/conclusions/pdf-1993-2003/PUHEENJOHTAJAN-PÄATELMÄT_-BARCELONAN-EUROOPPA-NEUVOSTO_-15_-JA-16_-MAALISKUUTA-2002/
- Heiskanen, M. 2015. Professori: Loistavaa, että sote-esitys torpattiin, oli syy mikä tahansa. Viitattu 25.10.2015. <http://www.talouselama.fi/uutiset/professori-loistavaa-etta-sote-esitys-torpattiin-oli-syy-mika-tahansa-3471957>
- Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2011. Edelläkävijä. Vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi. Strategia 2012–2016. Viitattu 13.8.2015. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf>
- Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2015a. HUS-tietoa. Viitattu 11.8.2015.
<http://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx>
- Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2015b. Hallinto ja päätöksenteko. Viitattu 11.8.2015. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/Sivut/default.aspx>
- Jonsson, P. M. 2015. Hyvä tietää Ruotsin valinnanvapaudesta. Viitattu 6.11.2015.
<https://blogi.thl.fi/blogi/-/blogs/hyva-tietaa-ruotsin-valinnanvapaudesta>
- Jyväskylän yliopisto. 2015. Kansalaisyhteiskunnan tutkimusportaali. Kolmas sektori. Viitattu 22.8.2015. <http://kans.jyu.fi/sanasto/sanat-kansio/kolmas-sektori>
- Kansallinen Kokoomus. 2006. Säännöt ja periaateohjelma. Viitattu 3.8.2015.
<https://www.kokoomus.fi/periaateohjelma/>
- Kansallinen Kokoomus. 2015. Strateginen hallitusohjelma. Jos vanha tapa ei toimi, tarvitaan korjausliike. Viitattu 4.8.2015. <https://www.kokoomus.fi/strateginen-vaaliohjelma/>
- Kauhanen, S. 2015. Professori sote-uudistuksesta: Ruotsin malli säästäisi 4–6 miljardia euroa vuodessa. Viitattu 6.11.2015. <http://www.ess.fi/uutiset/kotimaa/2015/10/20/professori-sote-uudistuksesta-ruotsin-malli-saastaisi-4-6-miljardia-euroa-vuodessa>
- Kinnula, P., Malmi, T. & Vauramo, E. 2014. Sisältöä sote-uudistukseen. Tunnuslukuja terveydenhuollon suunnitteluun. Viitattu 25.10.2015.
http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_78_net.pdf
- Kinnula, P., Malmi, T. & Vauramo, E. 2015. Miten sote-uudistus toteutetaan? Viitattu 6.11.2015. http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_91_net.pdf
- Kristillisdemokraatit. 2005. Kristillisdemokratia - Vastuuta ja välittämistä. Periaateohjelma. Viitattu 6.9.2015. <http://www.kdpuolue.fi/kd/files/2015/01/periaateohjelma-1.pdf>

Kristillisdemokraatit. 2015. Rohkeus rakentaa tulevaisuutta. Eduskuntavaaliohjelma 2015. Viitattu 6.9.2015. http://www.kd.fi/files/2015/01/Eduskuntavaalit2015_vaaliohjelma.pdf

Kunnat.net. 2015a. Sosiaali ja terveys. Viitattu 8.6.2015. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/Sivut/default.aspx>

Kunnat.net. 2015b. Maakuntien liitot. Viitattu 13.8.2015. <http://www.kunnat.net/fi/kunnat/maakunnat/Sivut/default.aspx>

Kunnat.net. 2015c. Sairaanhoidopiirien ja erityisvastualueiden (erva) asukasluvut. Viitattu 26.9.2015. <http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoidopiirit/asukasluvut/Sivut/default.aspx>

Kuntaliitto. 2015. Sairaanhoidon erityisvastualueet ja sairaanhoidopiirit 2015. Viitattu 26.6.2015. http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoidopiirit/asukasluvut/Documents/Ervat_Sairaanhoidopiirit2015.pdf

Lehtonen, S. 2015. Kuntien valtionavut ja valtionosuusjärjestelmä. Viitattu 10.6.2015. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/kuntatalous/valtionosuudet/Sivut/default.aspx>

Liikenne- ja viestintäministeriö. 2015. Laajakaista kaikille. Viitattu 19.9.2015. <http://www.lvm.fi/web/hanke/laajakaista-kaikille>

Lindén, A. 2014. HUS-kuntatilaisuus 3.4.2014. Viitattu 13.9.2015. <http://www.hus.fi/hus-tie-toa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Kuntatilaisuus%20342014/Linden%20Kuntatilaisuus%2003042014.ppt>

Mattila, Y. 2011. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Viitattu 28.7.2015. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26343/Tutkimuksia116.pdf>

Nurmi, K. E. 2004. Systemaattinen tekstianalyysi. Viitattu 4.6.2015. http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/02_metodiartikkelit/nurmi_systemaattinen_tekstianalyysi/kooste#3

OECD. 2015. Members and partners. Viitattu 25.10.2015. <http://www.oecd.org/about/membersandpartners/>

Oikeusministeriö. 2003. Eduskuntavaalit 16.3.2003. Viitattu 3.8.2015. http://tulospalvelu.vaalit.fi/E2003/s/tulos/tulos_kokomaa.html

Oikeusministeriö. 2007. Eduskuntavaalit 18.3.2007. Viitattu 3.8.2015. http://tulospalvelu.vaalit.fi/E2007/s/tulos/tulos_kokomaa.html

Oikeusministeriö. 2011. Eduskuntavaalit 17.4.2011. Viitattu 3.8.2015. http://tulospalvelu.vaalit.fi/E2011/s/tulos/tulos_kokomaa.html

Oikeusministeriö. 2015. Eduskuntavaalit 2015. Viitattu 3.8.2015. http://tulospalvelu.vaalit.fi/E-2015/fi/tulos_kokomaa.html

- Ollila, S. 2006. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Johtamisen ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana. Viitattu 17.10.2015. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_952-476-129-7.pdf
- Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jonsson, P. M., Keskimäki, I., Kokko, S., Kärkkäinen, J., Widström, E. & Vuorenkoski, L. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Viitattu 10.6.2015. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80243/6c098cb6-fe4d-4915-83ed-58d51df6807c.pdf?sequence=1>
- Perussuomalaiset. 2011. Arvomaailmamme. Viitattu 4.8.2015. <https://www.perussuomalaiset.fi/tietoa-meista/arvomaailmamme/>
- Perussuomalaiset. 2015. Perussuomalaisten sosiaali- ja terveystoiminnan ohjelma 2015. Viitattu 4.8.2015. <https://www.perussuomalaiset.fi/wp-content/uploads/2015/03/Sosiaalipoliittinen.pdf>
- Punnonen, H. Sairaanhoidopiirien vuosi 2014. Viitattu 13.9.2015. http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/katsaukset/Documents/Sairaanhoitopiirin_vuosi_2014_TP_11.3.2015.pdf
- Pöysti, T., Niiranen, A., Haveri, A., Järvinen, P., Haavisto, K. & Pitkäniemi, J. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja itsehallintoalueiden perustamisen sekä aluehallintouudistuksen valmistelu. Selvityshenkilöhanke. Viitattu 22.8.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126795/URN_ISBN_978-952-00-3600-3.pdf?sequence=1
- Ruotsalainen kansanpuolue. 2006. Askeleen edellä. Ruotsalaisen kansanpuolueen puolueohjelma. Viitattu 6.9.2015. http://www.sfp.fi/sites/default/files/Dokument/Program_fi/Askeleen%20edella_rkp2006.pdf
- Ruotsalainen kansanpuolue. 2015. Vaaliohjelma. Eduskuntavaalit 2015. Avoimen, menestyvän, kansainvälisen ja vastuunsa kantavan Suomen hyväksi. Viitattu 6.9.2015. http://www.sfp.fi/sites/default/files/Dokument/Program_fi/Vaaliohjelma.pdf
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV, Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Viitattu 4.6.2015. http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös. Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta. Viitattu 14.8.2015. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113586/terveys2015.pdf?sequence=1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015a. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. Viitattu 5.6.2015. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/vastuutahot
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015b. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. Viitattu 9.6.2015. <http://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015c. Terveyspalvelut. Viitattu 9.6.2015. <http://stm.fi/terveyspalvelut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015d. Sosiaalipalvelut. Viitattu 9.6.2015. <http://stm.fi/sosiaalipalvelut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015e. Lainsäädäntö. Viitattu 8.6.2015. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/lainsaadanto

- Suomen Keskusta. 2006. Keskustan periaateohjelma. Viitattu 3.8.2015.
<http://www.keskusta.fi/loader.aspx?id=fce446f6-68ce-427f-b9fc-67ecc8e3c57d>
- Suomen Keskusta. 2010. Tämä maa rakennetaan yhdessä. Suomen Keskustan tavoiteohjelma 2010-luvulle. Viitattu 3.8.2015. <http://www.keskusta.fi/loader.aspx?id=c4b43ab3-673c-4d62-a0fa-79b7524e15d0>
- Suomen Keskusta. 2015. Keskustan vaaliohjelma. Viitattu 4.8.2015.
<http://www.keskusta.fi/loader.aspx?id=9c181ec0-4d62-4e1f-a2a7-49138612043a>
- Suomen Sosialidemokraattinen Puolue. 1999. Sosialidemokratian periaatteet. Viitattu 4.8.2015. <http://www.sdp.fi/fi/component/content/article/62-sdp/tutustu/arvot/politiikan-a-oe/4169-sosialidemokratian-periaatteet>
- Suomen Sosialidemokraattinen Puolue. 2011. SDP:n talous- ja verolinja. Viitattu 3.8.2015.
http://www.sdp.fi/sites/default/files/politiikka/tyon_ja_oikeudenmukaisuuden_puolesta_ladattava.pdf
- Suomen Sosialidemokraattinen Puolue. 2015. Suunta Suomelle. Työtä, tasa-arvoa ja turvallisuutta. SDP:n vaaliohjelma. Viitattu 4.8.2015.
<http://www.sdp.fi/images/tiedostot/vaaliohjelma2015.pdf>
- Taloussanommat. 2015. Taloussanakirja: Deflatointi. Viitattu 13.9.2015.
<http://www.taloussanommat.fi/porssi/sanakirja/termi/deflatointi/>
- Teperi, J., Vuorenkoski, L., Manderbacka, K., Ollila, E., Keskimäki, I. & Stakes. 2006. Hyvinvointivaltion rajat, riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 31.10.2015.
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/M233-VERKKO.pdf>
- Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Potilaan valinnanvapaus. Viitattu 6.11.2015.
<https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/lainsaadanto/terveydenhuoltolaki-ja-sen-toimeenpano/potilaan-valinnanvapaus>
- Tilastokeskus. 2012. Väestöennuste. Viitattu 19.9.2015.
http://tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html
- Tilastokeskus. 2015a. Julkinen talous. Viitattu 13.11.2015.
http://tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_valtiontalous.html
- Tilastokeskus. 2015b. Helsingin tilastolliset aluejaot ja seudulliset aluejaot. Viitattu 26.9.2015. <https://www.stat.fi/virsta/thaku/05/03/>
- Tilastokeskus. 2015c. Väestörakenne. Viitattu 19.9.2015.
http://tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html
- Tuorila, H. 2015. KKV selvitti valinnanvapauden toteutumista nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä. Viitattu 6.11.2015. <http://www.kkv.fi/Ajankohtaista/Tiedotteet/2015/kkv-selvitti-valinnanvapauden-toteutumista-nykyisessa-terveydenhuoltojarjestelmassa/>
- Työterveyslaitos. 2013. Työn kuormittavuuden arviointi ja vuorotyön työaikasunnittelu helpottuvat kunta-alalla. Viitattu 17.10.2015.
http://www.ttl.fi/fi/tiedotteet/Sivut/tiedote54_2013.aspx
- Uotila, H. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Viitattu 19.9.2015.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66801/978-951-44-8553-4.pdf?sequence=1>

Valtioneuvosto. 2015a. Valtioneuvoston nimittäminen ja järjestäytyminen. Viitattu 8.6.2015.
<http://valtioneuvosto.fi/tietoa/nimittaminen-ja-jarjestaytyminen>

Valtioneuvosto. 2015b. Hallituksen tiedot ja kokoonpano. Viitattu 8.6.2015.
http://valtioneuvosto.fi/tietoa/historiaa/hallitukset-ja-ministerit/raportti?p_p_id=governmentandministerreport_WAR_governmentsandministershistoryportlet&_governmentandministerreport_WAR_governmentsandministershistoryportlet_reportType=M1&_governmentandministerreport_WAR_governmentsandministershistoryportlet_governmentId=72

Valtioneuvosto. 2015c. Hallituksen tiedot ja kokoonpano. Viitattu 3.8.2015.
<http://valtioneuvosto.fi/tietoa/historiaa/hallitukset-ja-ministerit/raportti/-/r/m1/68>

Valtioneuvosto. 2015d. Hallituksen tiedot ja kokoonpano. Viitattu 3.8.2015.
<http://valtioneuvosto.fi/tietoa/historiaa/hallitukset-ja-ministerit/raportti/-/r/m1/69>

Valtioneuvosto. 2015e. Hallituksen tiedot ja kokoonpano. Viitattu 3.8.2015.
<http://valtioneuvosto.fi/tietoa/historiaa/hallitukset-ja-ministerit/raportti/-/r/m1/70>

Valtioneuvosto. 2015f. Hallituksen tiedot ja kokoonpano. Viitattu 3.8.2015.
<http://valtioneuvosto.fi/tietoa/historiaa/hallitukset-ja-ministerit/raportti/-/r/m1/71>

Valtioneuvosto. 2015g. Hallituksen tiedot ja kokoonpano. Viitattu 3.8.2015.
<http://valtioneuvosto.fi/tietoa/historiaa/hallitukset-ja-ministerit/raportti/-/r/m1/72>

Valtioneuvosto. 2015h. Hallituksen tiedot ja kokoonpano. Viitattu 3.8.2015.
<http://valtioneuvosto.fi/tietoa/historiaa/hallitukset-ja-ministerit/raportti/-/r/m1/73>

Valtioneuvosto. 2015i. Hallituksen tiedot ja kokoonpano. Viitattu 3.8.2015.
<http://valtioneuvosto.fi/tietoa/historiaa/hallitukset-ja-ministerit/raportti/-/r/m1/74>

Valtioneuvosto. 2015j. Sotesta ja itsehallintoalueista on päästy sopuun. Viitattu 7.11.2015.
http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/x-1?_101_INSTANCE_3wyslLo1Z0ni_groupId=10616

Valtioneuvosto. 2015k. Hallitus päätti sote-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista. Viitattu 4.12.2015. http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallintoalueista?_101_INSTANCE_3wyslLo1Z0ni_groupId=10616

Valtioneuvoston kanslia. 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. Viitattu 8.6.2015.
<http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/147449/Kataisen+hallituksen+ohjelma/81f1c20f-e353-47a8-8b8f-52ead83e5f1a>

Valtioneuvoston kanslia. 2014. Valtioneuvoston tiedonanto eduskunnalle 24.6.2014 nimitetyn pääministeri Alexander Stubbin hallituksen ohjelmasta. Viitattu 8.6.2015.
<http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/145135/Stubbin+hallituksen+ohjelma/fafd39bc-307c-4cde-8b4c-b97724cf24ef>

Valtioneuvoston kanslia. 2015a. Valtioneuvoston tiedonanto eduskunnalle 29.5.2015 nimitetyn pääministeri Juha Sipilän hallituksen ohjelmasta. Viitattu 5.6.2015.
http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1433371/Tiedonanto_Sipil%C3%A4_29052015_final.pdf/6de03651-4770-492a-907f-89452141d0d5

Valtioneuvoston kanslia. 2015b. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Viitattu 13.11.2015.
http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netto_i.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82

Valtiovarainministeriö. 2013. Kainuun hallintokokeilun päättyminen –seurantasihteeristön loppuraportti. Viitattu 11.8.2015.

http://sote.kainuu.fi/general/Uploads_files/Hallintokokeilun%20raportit/kainuun_hallintokok_eilun_paattyminen_seurantasihteeriston_loppuraportti_5_2013.pdf

Valtiovarainministeriö. 2014. Valtionosuusuudistuksen sisällöstä on sovittu. Viitattu 10.6.2015.

<http://vm.fi/documents/10623/357692/5+Valtionosuusuudistuksen+sis%C3%A4ll%C3%B6st%C3%A4+sovittu.pdf/1db12e02-e639-43e8-bd3e-e734772eb729>

Vasemmistoliitto. 2013. Periaateohjelma. Viitattu 5.9.2015.

<http://www.vasemmisto.fi/politiikka/periaateohjelma/#2>

Vasemmistoliitto. 2015. Jälleenrakennetaan hyvinvointivaltio. Vasemmistoliiton vaaliohjelma 2015. Viitattu 5.9.2015.

<https://www.dropbox.com/s/ku5qotwqpu9gh/Eduskuntavaaliohjelma2015.pdf?dl=0>

Vihreä liitto. 2012. Vihreiden periaateohjelma – Vastuu, vapaus, välittäminen. Viitattu

5.9.2015. <https://www.vihreat.fi/files/liitto/Periaateohjelma2012.pdf>

Vihreä liitto. 2015. Vihreiden vaaliohjelma. Äänelläsi rakennetaan parempi huomien. Viitattu

5.9.2015. https://www.vihreat.fi/sites/default/files/vaaliohjelma2015_1.pdf

Virtuaalikunta.net. 2015. Kuntien tehtävät ja yhteistoiminta. Viitattu 9.6.2015.

<http://www.virtuaalikunta.net/fi/tietoa/tehtavat/Sivut/default.aspx>

VTT. 2014. VTT visioi elämää biotalouden aikakaudella Suomessa vuonna 2044. Viitattu

21.11.2015. <http://www.vtt.fi/medialle/uutiset/vtt-visioi-el%C3%A4m%C3%A4%C3%A4-biotalouden-aikakaudella-suomessa-vuonna-2044>

Väestörekisterikeskus. 2015a. Suomen väkiluku. Viitattu 26.9.2015.

<http://vrk.fi/default.aspx?docid=169>

Väestörekisterikeskus. 2015b. Väestötietojärjestelmä. Kuntien asukasluvut aakkosjärjestyksessä, rekisteritilanne 31.8.2015. Viitattu 26.9.2015.

<http://vrk.fi/default.aspx?docid=8858&site=3&id=0>

Winblad, U., Isaksson, D. & Bergman, P. Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård - en kartläggning av kunskapsläget. Viitattu 6.11.2015.

http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2012/R2_2012_Effekter_av_valfrihet.pdf

Yhdistyneet Kansakunnat. 1961. International Definition and Measurement of Levels of Living. An Interim Guide. Viitattu 8.9.2015.

http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesE/SeriesE_cn3_270_rev1E.pdf

Kuviot

KUVIO1: Oikeusjärjestyksen ymmärtämisen tasot	19
KUVIO2: Sosiaali- ja terveyspalveluja koskeva lainsäädäntö	21
KUVIO3: Suomen sairaanhoitopiirit ja erityisvastuualueet 2015	29
KUVIO4: Euroa/asukas -kehitys deflatoituna HUS:ssa vs. muissa sairaanhoitopiireissä vuosina 2000-2013	55
KUVIO5: Alueellisten palveluiden tuotantoverkko: mahdollinen uusi organisaatiomalli	61
KUVIO6: Terveyden- ja vanhustenhuollon keskeiset rahoittajat, rahoitustavat ja rahavirrat (miljoonaa euroa vuonna 2008)	72
KUVIO7: Sote-uudistuksen tasapaino	78
KUVIO8: Sote-uudistuksen rakenne, uudistukset toteutetaan kerralla	92
KUVIO9: Sote-uudistuksen rakenne, uudistukset toteutetaan vaiheittain	93
KUVIO10: Sote-uudistuksen rakenne, erilliset toimijat	93

Taulukot

Taulukko1: Hyvinvointipolitiikan osa-alueet toimintateoreettisessa kehyksessä.....	35
Taulukko2: Eduskunnan paikkajako puolueittain vuosien 2003–2015 eduskuntavaaleissa ..	39
Taulukko3: Kooste eduskuntapuolueiden sote-uudistuksen vaalitavoitteista	43
Taulukko4: Terveyspalveluiden julkiset järjestäjät ja rahoittajat Suomessa ja viidessä muussa Euroopan unionin maassa	44
Taulukko5: Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäjät Suomessa vuonna 2013	44
Taulukko6: Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu Pohjoismaissa	63
Taulukko7: Esimerkki sosiaali- ja terveydenhuollon aluejaosta, yhdeksän itsehallintoaluetta	88
Taulukko8: Esimerkki sosiaali- ja terveydenhuollon aluejaosta, kymmenen itsehallintoaluetta sekä Ahvenanmaa	89
Taulukko9: Suomen väestörakenne valittuina ajankohtina vuosina 1900–2014, tilanne 31.12.2014.....	94
Taulukko10: Suomen väestöennusta tuleville vuosikymmenille	94

Liitteet

Liite 1 Eduskuntapuolueiden tavoitteita puolue- ja periaateohjelmien mukaisesti	1111
Liite 2 Sairaanhoidopiirien vuosi 2014, tuloslaskelmat (M€)	11116
Liite 3 Sosiaalimenojen rahoitus Suomessa vuonna 2012	11117
Liite 4 Terveysthuoltomenojen rahoitus Suomessa vuonna 2012	11118
Liite 5 Sosiaalimenojen prosentuaalinen jakautuminen Suomessa vuonna 2012	11119
Liite 6 Terveysthuoltomenojen prosentuaalinen jakautuminen Suomessa vuonna 2012.	120
Liite 7 Suomen ja pääkaupunkiseudun väestömäärä vuonna 2015	121

Liite 1: Eduskuntapuolueiden tavoitteita puolue- ja periaateohjelmien mukaisesti.

Suomen Keskusta:

Keskusta julkaisi oman periaateohjelmansa vuonna 2006. Tämän mukaisesti puolue tavoittelee kestäväällä tavalla ihmisen henkistä, fyysistä ja sosiaalista hyvinvointia sekä yhteisöllisyyden vahvistamista. Ohjelmassa korostetaan lasten kasvatustehtävän onnistumista, jokaisen valinnanmahdollisuuksia koulutuksen, työuran ja asumisen suhteen, vähäosaisten huolehtimisesta sekä luonnonsuojelua. Puolueen tavoitteena on alueellisesti ja sosiaalisesti tasa-arvoinen yhteiskunta. Puolue listaa, että valtiolla ja kunnilla tulee olla päävastuu hyvinvointipalveluiden ja perusturvan oikeudenmukaisesta takaamisesta koko maassa. Ihmisiä kannustetaan omatoimisuuteen ja ottamaan vastuu omasta hyvinvoinnista sekä terveydenedistämisestä. Suomea kehitetään maakuntien ja alueiden maana, jossa tulee olla turvallisia ja viihtyisiä kaupunkeja, elinvoimainen maaseutu sekä näiden välillä kumppanuutta ja vuorovaikutusta. Kunnallinen ja maakunnallinen itsehallinto on tärkeää. Jokaisella kansalaisella tulee olla mahdollisuus valita oma asuinpaikkansa. Maaseudun elinvoimaisuutta tulee lisätä yrittäjyyttä ja monimuotoista elinkeinotoimintaa tukemalla.²¹⁷

Keskustan tavoiteohjelma 2010-luvulle on hyväksytty puoluekokouksessa 13.6.2010. Tavoiteohjelmassa sosiaalipolitiikan keskeiseksi tehtäväksi listataan ihmisten omavoimaisuuden ennalta edistäminen. Tämä mahdollistaa palvelutarpeen vähenemisen, jolloin voimavarat voidaan turvata palveluita joka tapauksessa tarvitseville. Keskustan sosiaalipoliittisena tavoitteena on työntekoon kannustava ja yksinkertainen sosiaaliturva, joka on toteutettavissa negatiivisen tuloveron tai perustulon keinoin. Tässä työssä tulee Kelan toimintaa vahvistaa. Terveydenhuollossa tulee edistää terveitä elämäntapoja ja ennaltaehkäisevää hoitoa. Terveydenhuolto pitää olla kaikille suomalaisille yhdenvertaisesti saatavilla, joten hyvä sairaanhoito on turvattava kaikkialla Suomessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa tulisi edetä Keskustan tavoiteohjelman mukaisesti pääsääntöisesti kuntien ja maakuntajakoa vastaavien sosiaali- ja terveystieteiden pohjalta. Näiden hallinto valittaisiin kunnallisvaalien yhteydessä. Palvelut tuotetaan kunnissa tai yhteistoiminta-alueilla, lisäksi voidaan hyödyntää yksityistä ja kolmatta sektoria. Toiminnan rahoituksen tulee perustua ennustettavaan ja yhdenvertaisuutta korostavaan malliin, jossa osapuolina ovat kunnat ja valtio. Sosiaali- ja terveystieteiden muodostamisessa on huomioitava alueelliset, esimerkiksi pääkaupunkiseudun, erityispiirteet sekä yliopistosairaaloitten yhteydessä olevien erityisvastuualueiden tarpeellisuus.²¹⁸

Perussuomalaiset:

Perussuomalaisten toiminnan perustana ovat rehellisyys, tasa-arvo, inhimillisyys, oikeudenmukaisuus, työn ja yrittämisen kunnioittaminen sekä henkinen kasvu. Puolueen keskiössä on

²¹⁷ Suomen Keskusta 2006, 3, 7, 8, 10.

²¹⁸ Suomen Keskusta 2010, 16–17.

usko ihmiseen. Kaikkien poliittisten ratkaisuiden tulee lähteä ihmisyydestä, johon liittyy olennaisesti yhteisöllisyys. Perussuomalaiset kannattavat kansan suosioon perustuvaa eli populistista demokratiakäsitystä.²¹⁹

Kansallinen Kokoomus:

Kokoomuksen nykyinen periaateohjelma on hyväksytty vuonna 2006. Hyvinvointi syntyy työstä, yrittämisestä ja välittämisestä. Kokoomus tukee demokratian kehittämistä sekä kansalaisten aitoa osallisuutta yhteiskunnalliseen päätöksentekoon. Tavoiteltava demokraattinen järjestelmä perustuu ihmisten aktiivisuuteen, monipuolisiin vaikutusmahdollisuuksiin sekä vapaaseen osallistumisoikeuteen. Kokoomus näkee, että yksityiseen omistukseen perustuva markkinatalous tuottaa parhaiten hyvinvoinnin edellytyksiä. Yhteiskunnan arvovalinnoilla on kuitenkin määriteltävä toimeentulon minimitaso. Kuntien itsehallinto on yhteiskunnan keskeinen kulmakivi, kuitenkin kuntien muutosvalmius, kyky uudistaa palveluita ja etsiä uusia ratkaisuja ovat välttämättömiä muuttuvassa maailmassa. Tavoitteena on kehittää kunnista elinvoimaisia, vahvoja ja toimintakykyisiä. Kunnalla on oltava riittävät voimavarat taata asukkaiden perusoikeudet, yhdenvertaisuus sekä osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet. Kuntien tulee järjestää palvelut itsenäisesti tai yhteistyössä toisten kuntien sekä kolmannen ja yksityisen sektorin kanssa. Palveluiden tulee olla korkealaatuisia, kattavia, tehokkaasti tuotettuja sekä saatavilla kohtuullisella etäisyydellä palvelun luonne huomioiden. Kuntalaisten mahdollisuutta valita palveluista ja niiden tarjoajista tulee kehittää.²²⁰

Suomen Sosialidemokraattinen Puolue:

Sosialidemokratian tavoitteet on hyväksytty SDP:n puoluekokouksessa vuonna 1999. Sosialidemokratian päämääränä on vapauden, tasa-arvon ja solidaarisuuden oikeudenmukainen yhteiskunta, missä jokainen toimii kykyjensä mukaan oman ja yhteisen hyvinvoinnin puolesta. Julkisten palveluiden saatavuus on yhteiskunnan vastuulla. Yhteiskunnassa kuntien ja valtion tuottamat palvelut lisäävät tasa-arvoa ja hyvinvointia yhteiskunnassa.²²¹

SDP:n vuonna 2011 julkaistussa talous- ja verolinjauksessa listataan hyvinvoivat kansalaiset keskeisimmäksi työelämän menestystekijäksi. Hyvinvointiyhteiskunnan toimintakyvystä tulee huolehtia. Kattavat ja laadukkaat terveyspalvelut, laadukas koulutus, hyvä sosiaaliturva ja julkinen vastuu hyvinvoinnista mahdollistavat kestäväen talouskasvun. On tärkeää vahvistaa yhteisiä julkisia palveluita ja parantaa laatua. Laadun parantaminen pitää tehdä nykyisessä taloustilanteessa pääosin olemassa olevilla voimavaroilla. Yksityiset tai kolmannen sektorin palvelut täydentävät julkista tarjontaa, mutta kahden tai kolmen kerroksen palveluita ei saa syntyä. Kuntien toiminnassa tulee kannustaa innovaatioihin ja parempiin toimintatapoihin.

²¹⁹ Perussuomalaiset 2011, kohta Arvomaailmamme.

²²⁰ Kansallinen Kokoomus 2006, kohta Säännöt ja periaateohjelma.

²²¹ Suomen Sosialidemokraattinen Puolue 1999, kohta Sosialidemokratian periaatteet.

Julkisten palveluiden tuottavuuden parantaminen on välttämätöntä sekä valtio- että kuntasektorilla. Kehityksessä on kiinnitettävä huomiota palveluiden laatuun ja vaikuttavuuteen, tuottavuutta voidaan edistää esimerkiksi paremmalla johtamisella, toimintojen uudelleen organisoinnilla sekä uuden teknologian hyödyntämisellä. Suomalainen hallintojärjestelmä rakentuu valtion ja kuntien varaan. Näissä tulee olla selkeät päätöksentekorakenteet, jossa valta, varat ja vastuu tulee olla palveluiden järjestämisen osalta samassa paikassa. Tavoitteena tulee olla selkeämpi kuntarakente, jossa vahva peruskunta rakentuu työssäkäyntialueen varaan, on taloudellisesti itsenäinen ja vahva sekä toiminnallisesti ehyt. Kuntarakenteen tulee mahdollistaa järjevä yhdyskuntasuunnittelu ja palvelutuotanto sekä ehkäistä haitallista kilpailua kuntien välillä.²²²

Vihreä Liitto:

Vihreiden voimassaoleva periaateohjelma on hyväksytty 20.5.2012. Tämän mukaisesti Vihreät ovat olemassa turvatakseen tulevaisuuden pelastamalla ympäristön, ihmiset ja politiikan. Ympäristön osalta tärkeää ovat luonnon ja lajien monipuolisuus sekä puhtaus. Ihmisten osalta avainasemassa ovat kurjuuden poistaminen, tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden saavuttaminen sekä vapaus elää omana itsenään. Poliittisesti ihmisten tulee saada päättää itsenäisesti, erilaisille mielipiteille pitää antaa tilaa ja korruptio lopettaa. Ympäristöasioissa Suomen tulee toimia edelläkävijänä ja suunnannäyttäjänä. Talouden osalta Vihreät korostavat kohtuutaloutta, jonka tulee auttaa köyhyyden poistamisessa, tuloerojen kaventamisessa sekä tarjottava kaikille reilu mahdollisuus vaurastua. Kohtuutalous toimii kestävästi sukupolvelta toiselle. Tämän perusteella julkista velkaa on oikeudenmukaista ottaa ainoastaan, mikäli se hyödyntää velan takaisinmaksavaa sukupolvea.²²³

Vihreiden periaatteiden mukaisesti ihmisellä on vapaus päättää itsestään sekä oikeus muun muassa omaan kehoonsa ja sitä koskeviin päätöksiin. Vihreät haluavat rakentaa yhdenvertaista yhteiskuntaa, jossa kaikilla on mahdollisuus osallistua lähtökohdistaan riippumatta. Julkisen vallan tulee ottaa huomioon ihmisten erilaiset tarpeet. Kansanvaltaisuuden on oltava pääperiaate kaikilla päätöksenteon tasoilla. Terveystuollossa valtion ja kuntien on turvattava kaikille yhtenäinen oikeus saada parasta mahdollista terveyttä. Tämän lisäksi sairauksien ennaltaehkäisy on olennaista ja tätä tukemiseksi esimerkiksi liikunnan harrastamisen tulee olla helppoa.²²⁴

Vasemmistoliitto:

²²² Suomen Sosialidemokraattinen Puolue 2011, 38–39.

²²³ Vihreä liitto 2012, 1, 3, 4.

²²⁴ Vihreä liitto 2012, 5, 6, 8, 9.

Vasemmistoliiton ”Vasemmiston tie oikeudenmukaiseen maailmaan” -periaateohjelma on hyväksytty puolueen puolueohjelmaksi 16.6.2007.²²⁵ Vasemmistoliiton perusarvoina ovat tasa-arvo, vapaus ja kestävä kehitys. Tasa-arvoisessa maailmassa kaikilla on oltava oikeus hyvään elämään ja aktiiviseen kansalaisuuteen. Tasa-arvon toteutumisen pahimmat esteet ovat suuret tulo- ja varallisuusverot sekä omistamiseen perustuva valta. Puolueen perusarvoja voidaan edistää vain demokratiassa. Demokratian tulee ulottua kaikkiin yhteisöihin niin taloudessa, työelämässä kuin kansainvälisessä toiminnassa. Vasemmistoliiton tavoitteena on globaali demokratia, jossa kiireellisin tehtävä on nälän, köyhyyden ja räikeän eriarvoisuuden sekä naisten alistamisen poistaminen.²²⁶

Vasemmistoliitto kokee, että julkisella vallalla on vastuu kaikkien hyvinvoinnista. Sosiaalisen turvan ja julkisten palveluiden alasajo uhkaa hyvinvointivaltion olemassaoloa lisäten ihmisten eriarvoisuutta, polkien ihmisarvoa ja vähentäen ihmisten vapautta. Puolueen tavoitteena on edistää koko Suomen tasapainoista kehitystä ja hyvinvointia, poistaa eriarvoisuutta sekä taata jokaiselle työ, toimeentulo, asunto, hoiva ja sivistys. Vasemmistoliitto edistää Suomen kehitystä monikulttuuriseksi maaksi, jossa kaikilla pysyvästi asuvilla on oltava samat kansalaisoikeudet ja -velvollisuudet. Jokaisella on oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin, Suomessa ei tule eristää mitään ryhmää muusta yhteiskunnasta.²²⁷

Ruotsalainen kansanpuolue:

Ruotsalaisen kansanpuolueen puolueohjelma hyväksyttiin puoluekokouksessa 11.6.2006. Tämän mukaisesti RKP toimii vahvan suomenruotsalaisuuden, toimivan kaksikielisyyden sekä elävän pohjoismaisuuden puolesta. Puolue korostaa, että hyvinvoinnin ja oikeudenmukaisuuden edellytyksiä ovat muun muassa yksilöä palveleva yhteiskunta sekä kaikenkattava, mutta samalla aktivoiva sosiaalinen turvaverkko. Puolue toimii yhteistyössä muiden puolueiden kanssa rauhan, oikeudenmukaisuuden, vapauden, tasa-arvon, suvaitsevaisuuden sekä yhdenvertaisuuden puolesta. RKP näkee, että valtion ja kuntien tulee palvella kansalaisia. Päätöksenteossa pitää kantaa vastuuta kaikista sukupolvista, demokratiassa tulee huolehtia myös nuorten ja vanhusten kuulemisesta. Valtion pitää vaalia perustuslain turvaamaa itsehallintoa, jossa kuntia ja kuntalaisia tulee kohdella tasapuolisesti. Yhteistyöhön tulee kannustaa, mutta kuntaliitoksien pitää olla vapaaehtoisia.²²⁸

Suomi on kaksikielinen maa, jossa sekä julkisesti että yksityisesti kansalaisille tuotetut palvelut pitää taata ruotsiksi ja suomeksi. Dynaaminen talouskehitys on hyvinvoinnin ja oikeudenmukaisuuden edellytys. Parhaiten tämä saavutetaan avoimessa markkinataloudessa, jonka tunnuspiirteitä ovat terve kilpailu, joustavat työmarkkinat, talouden moninaisuus, yrittäjyys

²²⁵ Vasemmistoliitto 2013, kohta Periaateohjelma.

²²⁶ Vasemmistoliitto 2013, kohta Vasemmistoliiton perusarvot.

²²⁷ Vasemmistoliitto 2013, kohta Sosiaalisesti oikeudenmukaiseen Suomeen.

²²⁸ Ruotsalainen kansanpuolue 2006, 4, 8.

sekä yksityisomistusoikeus. Hyvinvointifilosofian tärkeimmät elementit ovat kaikkien oikeus hyvään alkuun elämässä sekä kaikille perusturvallisuuden antava yhteiskunnallinen hyvinvointi. Sosiaalinen turva tulee taata tarjoamalla hyviä ja riittäviä yhteiskunnan palveluja sekä suomeksi että ruotsiksi. Toimiva terveys- ja sairaanhoito ovat perusturvallisuutta. Palveluiden uudistustyössä lähtökohtana tulee aina olla kansalaisen oikeus hyvään ja kaksikieliseen palveluun, kouluun, hoitoon ja hoivaan.²²⁹

Kristillisdemokraatit:

Kristillisdemokraattien periaateohjelma on hyväksytty puoluekokouksessa 17.6.2005. Tämän mukaisesti Kristillisdemokraatit haluavat rakentaa yhteiskuntaa kristillisiin arvoihin perustuvana demokratiana. Puolueen arvopohja korostaa ihmisarvon kunnioittamista, perheen ja lähiyhteisöjen merkitystä, ihmisen omaa yritteliäisyyttä, heikossa asemassa olevien puolustamista sekä vastuunottoa itsestä, lähimmäisistä ja luomakunnasta. Puolueen arvoista keskeisin on ihmisarvo. Elämisen perusarvot, esimerkiksi ruoka, hoiva ja terveydenhuolto, tulee turvata jokaiselle. Puolueen arvojen mukaisesti yhteiskunnan tulee hoitaa heikompia jäseniään, kuten vanhuksia ja vammaisia, hyvin. Päätöksenteko tulee olla lähellä kansalaisia. Vallankäyttöä tulee hajauttaa aina, kun tämä on järkevästi mahdollista. Yhteiskunnan tulee tukea kansalaisia ottamaan vastuun itsestään ja läheisistä. Peruspalveluiden tuottamisessa julkisen sektorin oma palvelutuotanto tulee olla etusijalla, mutta tätä on hyvä täydentää yksityisillä palveluilla.²³⁰

²²⁹ Ruotsalainen kansanpuolue 2006, 9, 14, 16, 17.

²³⁰ Kristillisdemokraatit 2005, 1-5.

Liite 2: Sairaanhoidopiirien vuosi 2014, tuloslaskelmat (M€).²³¹

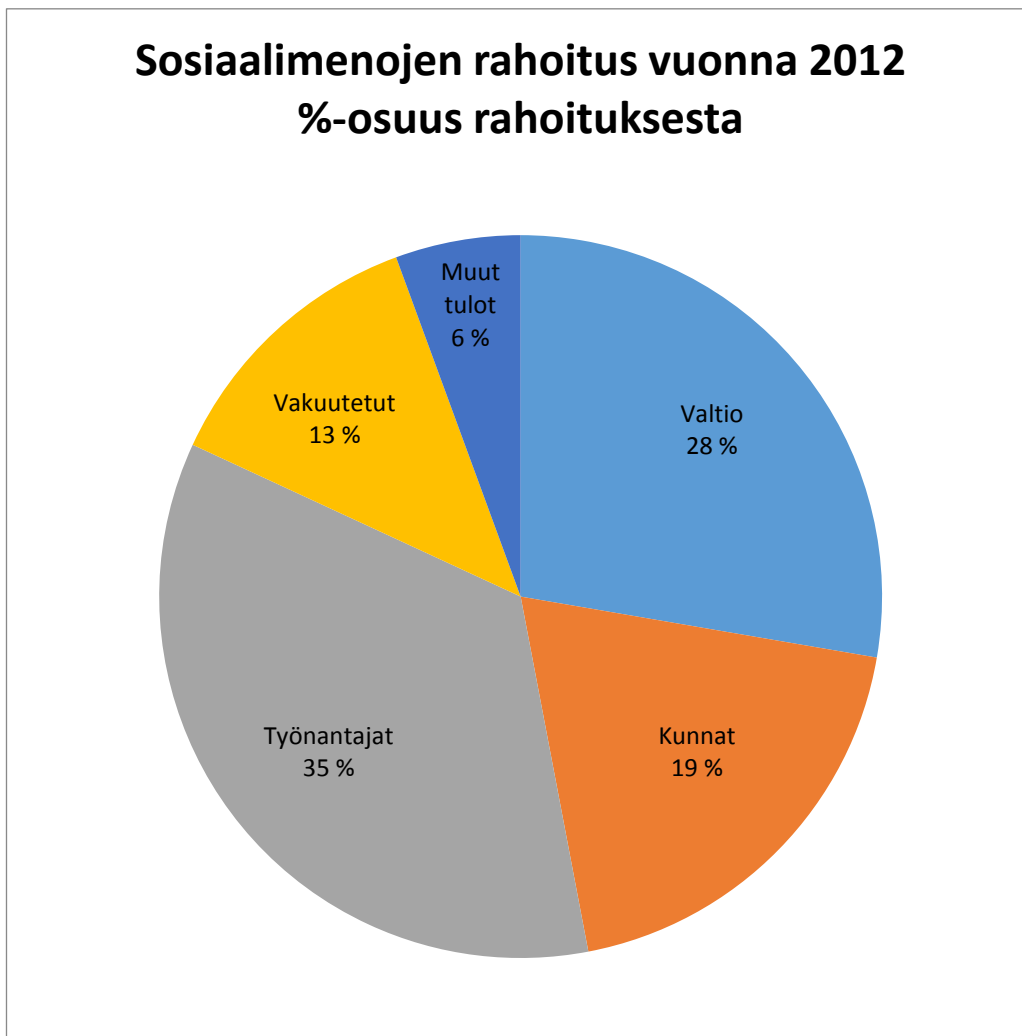
Mukaiillen Kuntaliitto, Heikki Punnonen

SAIRAANHOITOPIIRIEN VUOSI 2014, TULOSLASKELMAT (M€), (ensitietoja, jotka voivat vielä tarkentua)

Sairaanhoidopiiri	Toiminnan tuotot	Toiminnan kulut	Kate	Vuosikate	Tilikauden tulos	Yli(+)/ ali(-)jäämä	Henkilöstö- kulut	Hiljostökulujen %-osuus kaikista kuluista
Etelä-Karjala	165,59	163,99	1,60	1,46	-0,91	-0,64	82,59	50,39
Etelä-Pohjanmaa	284,44	275,72	8,71	7,92	-2,64	-2,60	160,83	58,33
Etelä-Sevo	160,35	156,13	4,22	4,11	0,10	0,10	79,52	51,19
Helsinki ja Uusimaa	1 906,95	1 784,23	122,72	109,55	2,70	2,70	1 101,70	61,75
Itä-Sevo	83,04	82,42	0,62	0,62	0,00	0,00	31,89	38,69
Kainuu	118,57	116,40	2,17	2,17	1,79	1,79	38,95	33,49
Kanta-Häme	207,45	199,81	7,63	7,15	-1,68	-1,42	101,63	50,89
Keski-Pohjanmaa	121,97	116,09	5,88	5,81	1,00	1,00	61,07	52,61
Keski-Suomi	325,60	313,83	9,77	8,39	-5,63	-5,63	162,48	51,45
Kymenlaakso	182,45	181,78	0,67	0,48	-4,40	-4,40	70,50	38,78
Lappi	181,99	170,96	11,03	10,10	2,19	2,47	94,21	55,11
Länsi-Pohja	107,68	99,16	8,53	8,49	4,89	4,89	53,27	53,72
Pirkanmaa	709,23	674,34	34,89	31,84	5,33	5,63	321,23	47,64
Pohjois-Karjala	227,17	214,85	12,32	11,69	4,65	5,05	111,35	51,83
Pohjois-Pohjanmaa	549,90	531,77	18,13	17,54	-7,03	6,90	316,39	59,50
Pohjois-Sevo	413,60	395,96	17,95	15,94	2,21	2,12	221,90	56,04
Päijät-Häme	281,49	268,84	12,63	11,67	0,00	0,00	143,76	53,47
Setakunta	297,00	291,70	5,30	4,56	-1,66	-1,66	155,33	53,25
Veesa	233,74	218,17	15,57	14,57	7,03	7,03	116,22	53,27
Varsinais-Suomi	693,79	643,72	50,06	44,09	7,86	7,86	370,96	57,63
YHTEENSÄ	7 251,99	6 901,87	350,40	318,32	15,80	31,16	3 796,18	55,00

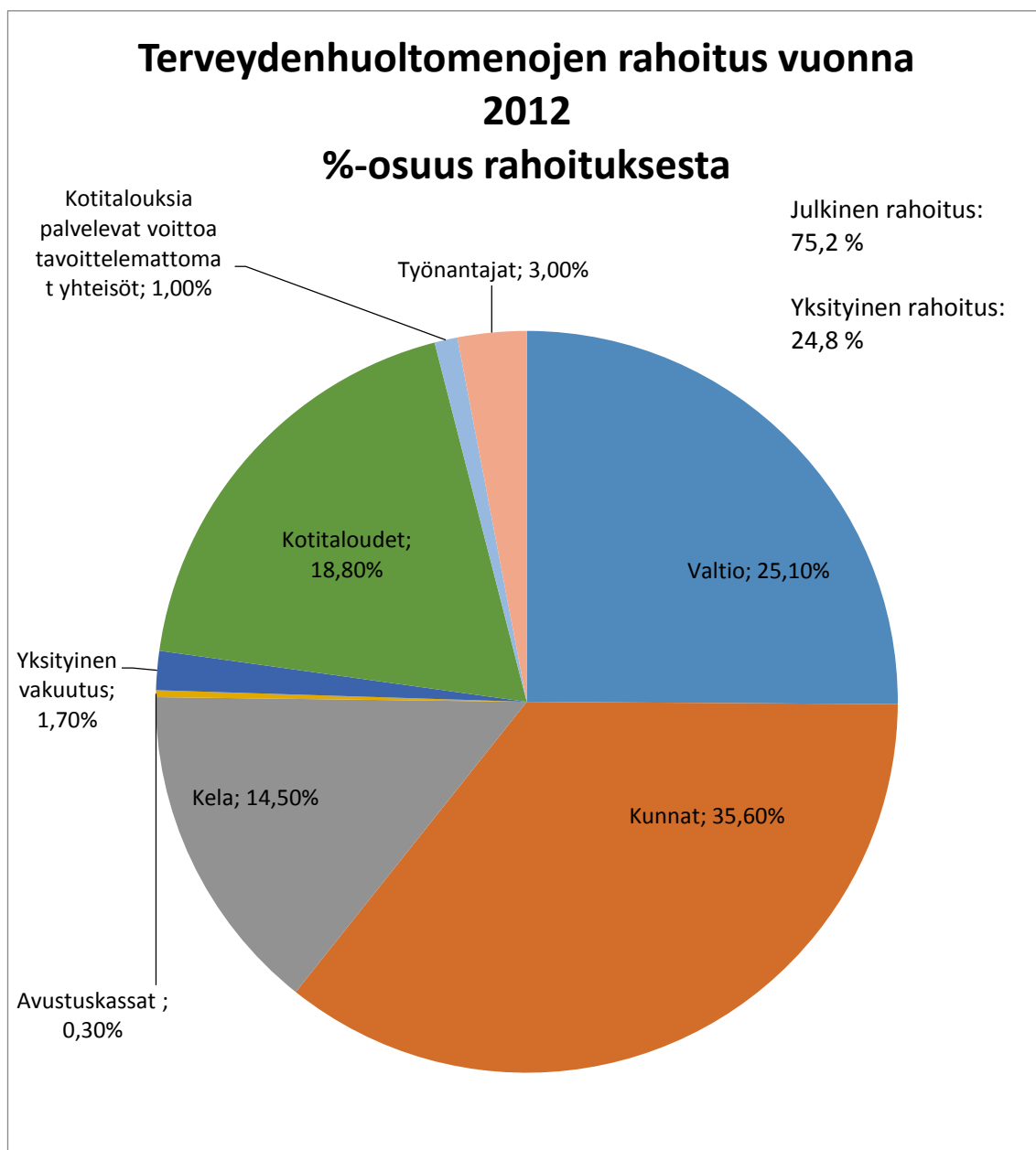
²³¹ Mukailen Punnonen 2015, 23.

Liite 3: Sosiaalimenojen rahoitus Suomessa vuonna 2012.²³²



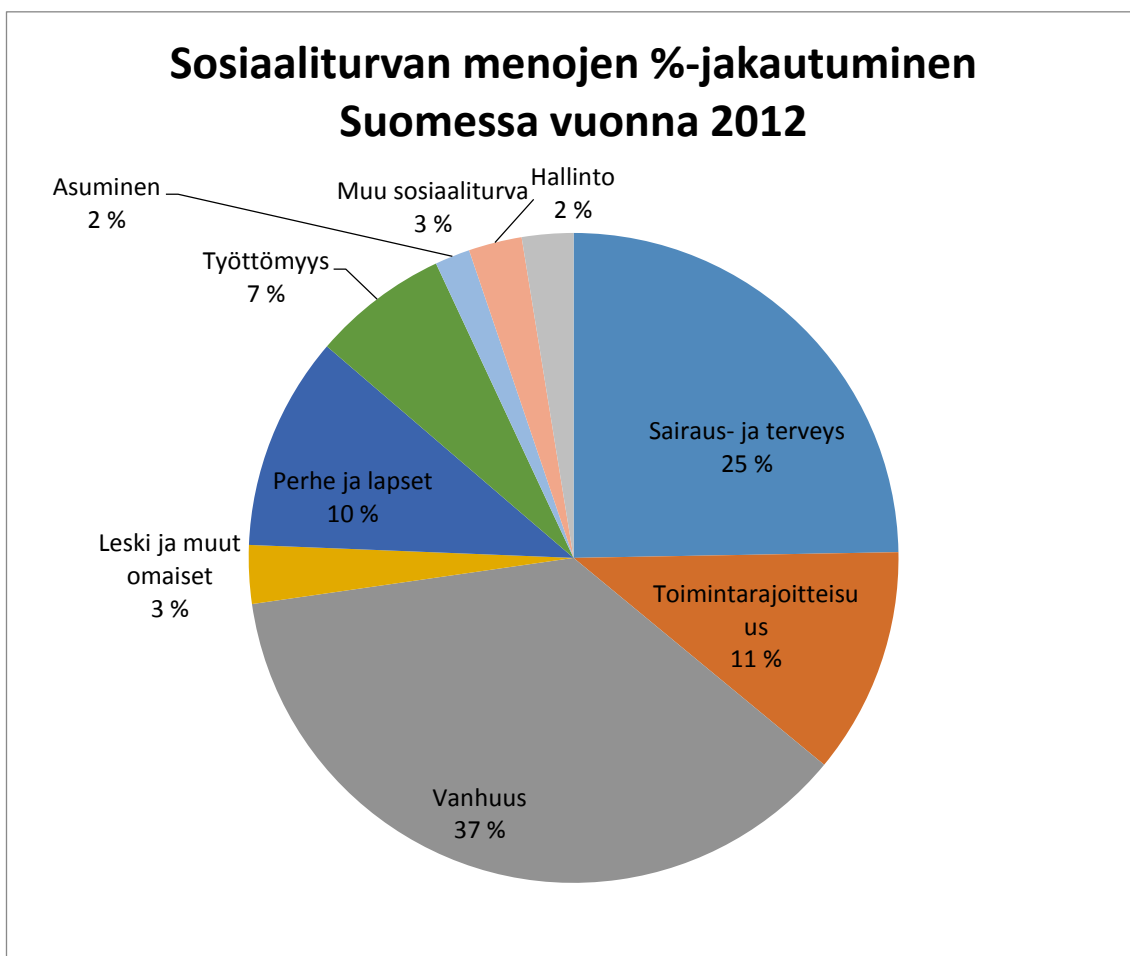
²³² Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014, 218.

Liite 4: Terveysthuoltomenojen rahoitus Suomessa vuonna 2012.²³³



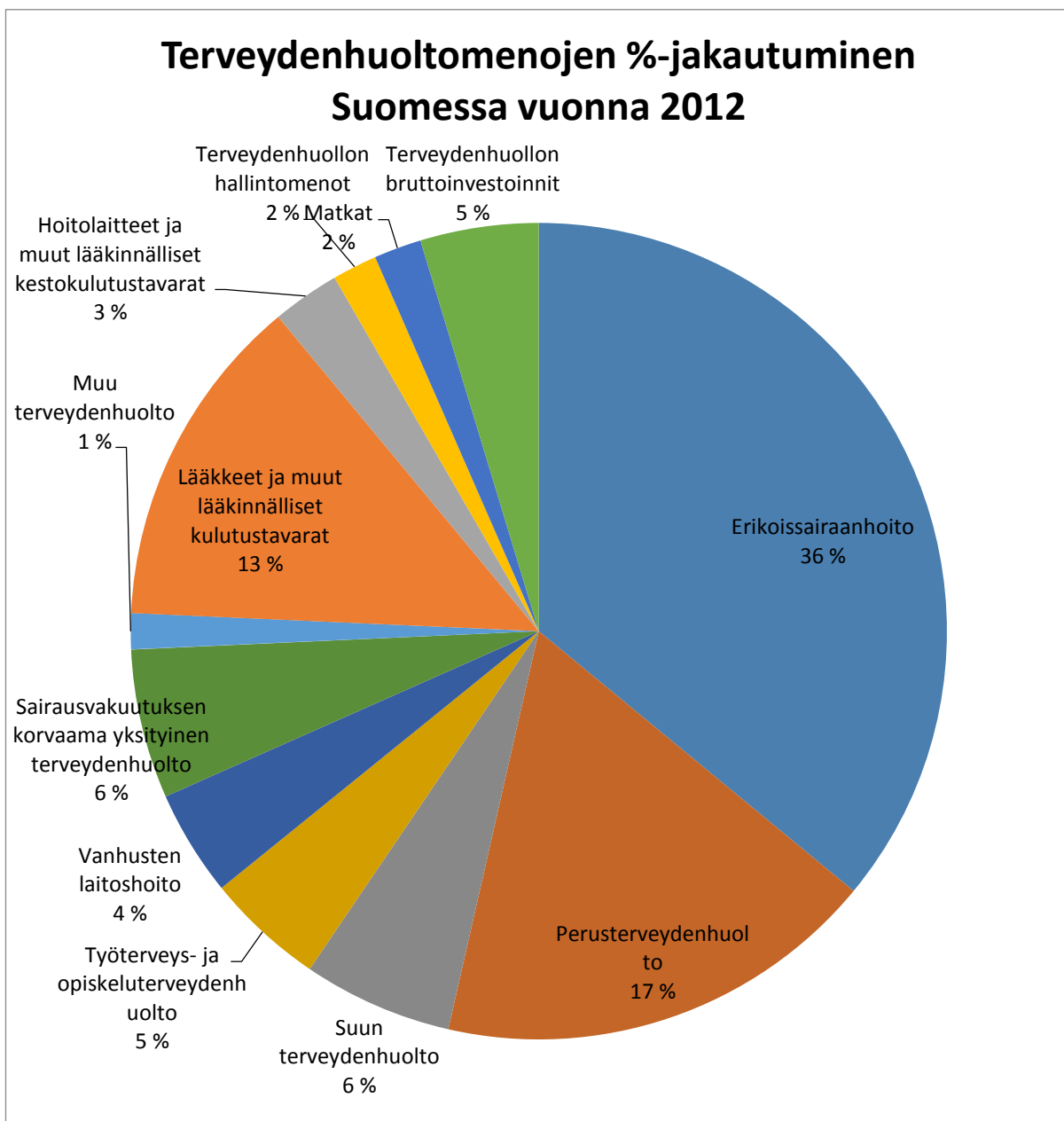
²³³ Terveysthuolen ja hyvinvoinnin laitos 2014, 220.

Liite 5: Sosiaalimenojen prosentuaalinen jakautuminen Suomessa vuonna 2012.²³⁴



²³⁴ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014, 216.

Liite 6: Terveysthuoltomenojen prosentuaalinen jakautuminen Suomessa vuonna 2012.²³⁵



²³⁵ Terveystden ja hyvinvoinnin laitos 2014, 219.

Liite 7: Suomen ja pääkaupunkiseudun väestömäärä vuonna 2015.

Väestörekisterikeskuksen tiedot syyskuulta 2015 määrittelevät Suomen väkiluvuksi noin 5 488 000.²³⁶ Pääkaupunkiseutuun kuuluvat Helsinki, Espoo, Vantaa ja Kauniainen. Helsingin seudun muodostavat pääkaupunkiseutu sekä kahdeksan kehyskuntaa. Kehyskuntia ovat Hyvinkää, Järvenpää, Kerava, Kirkkonummi, Nurmijärvi, Sipoo, Tuusula ja Vihti.²³⁷ Pääkaupunkiseudun asukasmäärä oli elokuussa 2015 noin 1 119 000. Kahdeksan kehyskunnan asukasmäärä oli yhteensä noin 290 000. Kaikkineen Helsingin seudun väkiluku oli noin 1 409 000. HUS-alueen kuntien yhteenlaskettu väkimäärä elokuussa 2015 oli noin 1 614 000.²³⁸

²³⁶ Väestörekisterikeskus 2015a, kohta Suomen väkiluku.

²³⁷ Tilastokeskus 2015b, kohta Helsingin tilastolliset aluejaot ja seudulliset aluejaot.

²³⁸ Väestörekisterikeskus 2015b, kohta Väestötietojärjestelmä, kuntien asukasluvut aakkosjärjestyksessä.