

Sosiaali- ja terveydenhuollon UUDISTUKSEN pitkä tie

Suomessa kunnat ovat hyvin pieniä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuuseen. Järjestelmä on hajanainen, vaikeuttaen ohjattavuutta ja synnyttäen alueellisia ja sosio-ekonomisia eroja tarpeellisten palvelujen käytössä. Sairaalahoitoa käytetään paljon ja kustannukset kasvavat nopeasti. Monikanavainen rahoitus hankaloittaa hoitoketjujen ohjausta ja kustannusten hallintaa. Uudistus tarvitaan myös ikääntyvän väestön tarpeiden kasvun vuoksi ja työvoiman riittävyyden turvaamiseksi. Sote-malliksi on esitetty kuntien verorahoitusperusteista mallia. Uudessa mallissa olisi varmistettava, että palvelujen järjestämisen johto ja rahoitus ovat saman demokraattisessa vastuussa olevan ja riittävän suuren toimijan hallussa.


Tällä hetkellä päävastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen (sote-) järjestämisestä ja myös niiden tuottamisesta on noin 300 kunnalla. Osan palveluista kunnat järjestävät ja tuottavat yksin omana toimintanaan, mutta merkittävä osa järjestetään kuntien yhteistyöorganisaatioissa. Erikoissairaanhoidon toteuttavat valtaosin kuntien muodostamat sairaanhoitopiirit. Merkittävimpiä yritysten tai kolmannen sektorin tuottamia palveluja ovat työterveydenhuollon palvelut, yksityislääkäripalvelut (erikoislääkärien vastaanotot) ja kasvavassa määrin vanhustenhuollon palvelut. Myös yksityisen sektorin tuot-

tamien palvelujen rahoituksesta merkittävä osa tulee joko kunnilta ostopalveluina tai pakollisesta sairausvakuutuksesta Kelalta.

Edellinen suuri sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän muutos tapahtui 1990-luvun alun valtionosuusjärjestelmän uudistuksessa. Sen seurauksena sote-palvelujärjestelmä desentralisoitui, kun luovuttiin korvamerkityistä valtionosuuksista ja niihin liittyvästä suunnitteluvaikeudesta. Tästä oli myönteisenä seurauksena kuntien taloudellisen vastuun selkeytyminen, mutta valtion keinovalvoa ja ohjata kuntien toimintaa heikkenivät (STM 2013). Kuntien väliset erot palvelujen kustannuksissa ja myös

käytössä olivatkin huomattavat ennen 1990-luvun alun lamaa, joka ajoittui valtionosuus uudistuksen kanssa samaan aikaan, mutta ne pienuivat laman aikana ja sitä seuranneina vuosina (VALTONEN JA RISSANEN 2000). Erityisesti erikoissairaanhoidon tuottavuus koheni (LINNAN JA HÄKKINEN 1997), mikä johtui monista syistä, kuten talouden huonosta tilasta, johtamisajattelun muutoksesta ja järjestelmämuutoksesta.

Kuntien väliset erot palvelujen järjestämistavoissa ja niiden käytössä ovat kääntyneet uudelleen kasvuun (STM 2013). Rakenteelliset tekijät synnyttävät Suomessa myös huomattavia sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja

A portrait of Pekka Rissas, a middle-aged man with a balding head and blue eyes, smiling warmly. He is wearing a dark turtleneck and a patterned blazer. The background is a blurred indoor setting with wooden floors and a staircase railing.

*Pekka Rissasen mielestä
sosiaali- ja terveys-
palvelujärjestelmän uudessa
mallissa tulisi olla riittävät
kannusteet tehokkuuden
kohentamiseen ja tasa-
arvon turvaamiseen.*

KUNNAT HARJOITTAVAT OSAOPTIMOINTIA OHJAAMALLA ASIAKKAITA HEIDÄN ITSENSÄ JA KELAN KUSTANNUSVASTUULLE.

tarpeenmukaisessa terveystalvvelujen käytössä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa (PALOSUO YM. 2006). Synä pidetään lähinnä työterveydenhuoltoa ja yksityispalvelujen sairausvakuutusrahoitusta. Järjestelmä suosii varakkaita ja suurta osaa työssäkäyvistä.

Järjestelmän arvioinneissa on keskeisinä ongelmina pidetty hajautettua ja pirstaleista rakennetta sekä julkisen rahoituksen monikanavaisuutta. Palvelujen käyttö näyttää painottuvan liiaksi kalliiseen erikoissairaanhoidon (OECD 2012). Rahoittajatahoja on useita ja niiden vastuut ovat osin päällekkäin, mikä kannustaa osaoptimointeihin. Esimerkiksi pitkäaikaishoidossa kunnat pyrkivät säästämään korvaamalla rahoittamia vanhainkoteja tehostetun palveluasumisen yksiköillä, joissa rahoitusvastuuta on enemmän Kelalla ja asiakkailla itsellään. Vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen yksikkökustannukset ovat kuitenkin jokseenkin samat (FORMA YM. 2012), joten kokonaissäästöjä ei synny tällä tavalla. Osaoptimointia synnyttää sekin, että työkyvyttömyyden aiheuttamat toimeentuloturvamienot kohdistuvat eri rahoittajataholle kuin työkyvyttömyyden hoitomenot. Tosin osaoptimoinnin seurauksia palvelujen saatavuuteen, käyttöön, vaikuttavuuteen tai tasa-arvon toteutumiseen ei juuri ole tutkittu.

Työterveyshuolto ja sairausvakuutuskorvaukset aiheuttavat eriarvoisuutta terveystalvvelujen käytössä.

Suomen erikoissairaanhoidon edullista ja tuottavuus huipputasoa (MEDIN YM. 2013), mutta ongelmana on menojen nopea kasvu. Se selittyy lääkäri- ja muiden henkilöstövoimavarojen kasvulla sekä välineiden ja tarvikkeiden, erityisesti

lääkekustannusten kasvulla. Erikoissairaanhoidon voimavarojen kasvu on ollut nopeampaa kuin perusterveydenhuollon. Se voi johtaa erikoissairaanhoidon tarpeiden ja käytön kasvuun.

Yhtenä synä erikoissairaanhoidon vahvaan asemaan terveydenhuollossa pidetään kuntayhtymämallista omistusta, jossa kuntien mahdollisuus sairaalatoiminnan ohjaamiseksi ovat heikot. Kuntien taloudelliset paineet kohdistuvatkin sairaalatoimintaa helpommin kuntien omaan perusterveydenhuoltoon (STM 2013). Tämän johdosta potilaat ohjautuvat osin tarpeettomasti erikoissairaanhoidon, mikä tulee kokonaisuuden kannalta kalliimmaksi.

Perusterveydenhuollon tuottavuudesta tiedetään tällä hetkellä melko vähän, ja vielä vähemmän tiedetään siitä, miten koko palveluketjujen (terveyskeskus → sairaala → kuntoutus ...) vaatimat voimavarat ja niiden aikaansaamat terveysvaikutukset ovat kehittyneet. Asiakkaiden ja palvelujärjestelmän ohjattavuuden kannalta on ongelmana, että ketjulla ei ole yhtä ”omistajaa”, vaan palveluketjun osat usein kuuluvat eri päätöksentekijöiden ja rahoituslähteiden alaisuuteen.

UUDISTAMISTARPEEN SYITÄ

Sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän uudistamistarve on kasvamassa paitsi järjestelmän oman tilanteen johdosta, myös väestörakenteen ja huoltosuhteen epäedullisen kehityssuunnan vuoksi. Vanhenevan väestön palvelujen menot ovat tosin toimeentuloturvaan verrattuna pienet, noin 10 prosenttia kaikista vanhuusmenoista. Palvelujen tarpeet ovat kasvamassa, mutta siltä osin palvelujärjestelmän sopeuttamisaikaa vielä on, sillä suuret ikäluokat tulevat suuren tarpeen ja käytön ikään vasta vuosien kuluttua. Nopeammin ikääntyminen vaikuttaa palvelutuotannossa, sillä iso joukko sote-palvelujen työvoimasta tulee lähiaikoina eläkeikään.

Elinajanodote on kasvanut, myös toimintakykyisen elinajan. Nopeimmin kasvava väestöryhmä ovat 80- ja 90-vuotiaat, ja väestöennusteiden mukaan 80-vuotiaiden määrä kasvaa seuraavina viitenä vuotena neljänneksellä. 90-vuotiaiden määrä kaksinkertaistuu kymmenen seuraavan vuoden aikana. Näihin ikäluokkiin kuuluvien toimintakyky ei kuitenkaan ole viimeisten vuosien aikana kohentunut, minkä vuoksi on aiempaa enemmän varauduttava pitämään huolta vanhoista vanhimista. Kyse ei ole pelkästään fyysisen tilan synnyttämästä tarpeesta, vaan mm. siitä, että perherakenteen muutoksen seurauksena omaisten mahdollisuus pitää ikäihmisistään huolta on huonontunut.

Ikääntymisen vaikutuksia sote-palvelujen tarpeeseen ja käyttöön on viime aikoina tutkittu myös Suomessa. Näyttää siltä, että yksilötasolla ikääntyminen ei lisää raskaimpien terveystalvvelujen, vuodeosastojen käyttöä, vaan palvelujen käytön määrä ja kustannukset kasvavat vasta aivan viimeisinä elinkuukausina kuoliniestä riippumatta. Pikemminkin vanhimpina kuolleet käyttävät sairaalapalveluja hiukan vähemmän kuin nuorempana kuolleet (FORMA ET AL. 2009). Mutta kun tarvitsijoiden määrä väestössä kasvaa, palvelujen kokonaiskäyttökin kasvaa.

Ikääntyminen kasvattaa pitkäaikaishuolteen tarvetta ja käyttöä sekä väestö- että yksilötasolla. Niiden käytön tärkeä selittäjä on myös sukupuoli: tilastojen mukaan vanhat naiset käyttävät vanhoja miehiä enemmän pitkäaikaishuoltoa. Osaselitys tähän lienee, että naiset jäävät miehiä todennäköisemmin leskeksi ja asumaan yksin.

Yksilötasolla sote-palvelujen käyttö kasvaa vasta aivan viimeisinä elinkuukausina iästä riippumatta.

KAINUUN MALLIN HEIKKOUS: PALVELUJEN JÄRJESTÄMISVASTUU JA NIIDEN RAHOITUSVASTUU OLIVAT ERI TAHOILLA.

Osoptimoinnilla ei aina vältytä, vaikka toiminnot ja organisaatiot olisivat saman kunnan rahoittamia. Tuoreiden tutkimusten mukaan yli 40 prosenttia vanhoista ihmisistä pysyy vanhainkodissa kuolemaansa saakka mutta tehostetun palveluasumisen yksiköissä vain noin kymmenen prosenttia (FORMA YM. 2012). Vanhainkotien korvaaminen kuntien säästösyiden vuoksi tehostetulla palveluasumisella ehkä lisääkin (kuntien maksamaa) sairaanhoitopalvelujen käyttöä. Tästä ei kuitenkaan ole vielä tutkimustietoa.

Sote-järjestelmän uudistamistarpeesta on keskusteltu jo yli vuosikymmen. Myös poliittisia aloitteita on tehty, mm. Lipposen hallituksen käynnistämät terveydenhuollon pelastussuunnitelmat vuosituhannen vaihteen tienoilla. Tästä suunnitelmasta merkittävimpänä konkreettisenä rakenteellisena uudistuksena syntyi ns. Kainuun malli. Siinä suuri osa sote-palvelujen (ja osa koulutuspalvelujen) järjestämisestä ja tuottamisesta siirrettiin kunnilta maakunnan tasoiselle toimijalle. Rahoitusvastuu oli kunnilla, jotka saivat näihin tarkoitettuihin valtionosuudet. Kainuun malli muistutti Ruotsin landstinget-mallia sillä erolla, että Ruotsin maakäräjillä on rahoituksen turvaava oma verotusoikeus. Tätä voidaan pitää Kainuun mallin heikkoutena, sillä siinä demokraattinen ohjaus toimi vain osittain verotusoikeudesta syntyvän poliittisen vastuun säilyessä peruskuntien poliitikoilla, mutta palvelujen järjestämisen ja saatavuuden synnyttämä vastuu oli toisaalla.

Viimeisen runsaan vuosikymmenen aikana on toiminut useita selvityshenkilöitä ja työryhmiä tavoitteenaan kehittää uusi sote-rakenne. Monet tahot, mm. etu- ja muut järjestöt, myös Kela, esittivät joko osittais- tai kokonaisuudistuksen mallejaan. Tällainen aktiivisuus kertoo järjestelmän uudistamistarpeista ja siitäkin, että uudistusten toteutumista pidettiin todennäköisenä. Esitetyt mal-

lit voidaan luokitella karkeasti kahteen luokkaan, kunnallisiin verorahoitteisiin ja vakuutus- / rahastoperusteisiin malleihin. Ensinnä mainituissa koottaisiin nykyinen monien lähteiden kautta tuleva julkinen rahoitus kunnallisille järjestämisorganisaatioille, jotka järjestäisivät palvelut omana tuotantonaan tai ostamalla. Jälkimmäisissä malleissa rahoitus koottaisiin veronluonteisilla maksuilla valtakunnallisille rahoittajaorganisaatioille (esim. Kelaan), palvelujen tuotanto olisi selvästi erillään rahoituksesta ja rahoitus seuraisi asiakkaan mukana.

ESITYS SOTE-JÄRJESTELMÄN UUDISTAMISEKSI

Tätä kirjoitettaessa asiantuntijoista ja virkamiehistä koostuva työryhmä on luonnostellut lakiesityksen uudeksi järjestelmäksi. Se pohjautui hallituspuolueiden linjauksiin, jotka muodostivat työlle tiukat puitteet. Muutamat poliittiset linjaukset kuitenkin tuottivat ryhmän mielestä epätarkoituksenmukaisia tuloksia. Esitys on lähiaikoina tulossa poliittiseen käsittelyyn.

Esitys perustuu kunnalliselle (verorahoitteiselle) mallille. Tavoitteena on vähentää kunnallisten järjestäjäorganisaatioiden määrää, madaltaa organisaatiomalleja vähentämällä päätöksentekotasoa sekä kasvattaa vastuuväestöä. Sote-palvelut kullakin tasolla johdettaisiin samassa organisaatiossa. Kun vaativat erityispalvelut ja peruspalvelut kootaan saman vastuunorganisaation alaisuuteen, yhteisen johdon ja budjetoinnin uskotaan kohentavan palvelujen integrointia sekä vähentävän (erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen välistä) osoptimointia ja siten kohentavan voimavarojen käytön tehokkuutta (STM 2013). Ehdotuksen perusteella olisi syntymässä THL:n arvion mukaan viitisenkymmentä aluetta: noin 30 sosiaali- ja terveydenhuollon perustason aluetta (vastuuväestö vähintään 20 000

asukasta) ja 20 sosiaali- ja terveysaluetta (sote-alueita; vähintään 50 000 asukasta) (THL:N ARVIOINTIRYHMÄ 2014).

Esitys koskee palvelujen järjestämistä, joka erotetaan tuottamisesta. Järjestäminen tarkoittaa kunnallisen organisaation velvollisuutta hankkia ja rahoittaa vastuuväestölleen palvelut - esitys tosin sisältää vain kuntarahoituksen, ei koko sote-järjestelmän rahoitusperiaatteita. Kuten aiemminkin, järjestäjä voi ostaa palvelut haluamaltaan tuottajalta. Väestön tarvetaakaan hoitamisen painopistettä halutaan myös siirtää peruspalvelujen suuntaan.

Sote-uudistuksen jälkeen palvelujen kustannuksia ei tulisi enää voida siirtää toiselle taholle.

Esityksen mukaan ensisijainen vastuu palvelujen järjestämisestä olisi sosiaali- ja terveysalueilla, joihin kaikkien kuntien on kuuluttava ja joissa järjestämisvastuu kattaa universaalisuusperiaatteen mukaisesti kaikki (tarpeelliset) perus- ja erityispalvelut. Sote-alueet muodostettaisiin tavallisimmin vastuukuntina toimivien maakuntien keskuskaupunkien ympärille, joiden velvollisuutena olisi koko sote-alueella tarvittavien palvelujen järjestäminen. Voitaisiin muodostaa myös perustason alueita, joiden tehtävät rajattaisiin peruspalvelujen järjestämiseen, tosin poikkeusluvalla ne voisivat järjestää mm. osan erikoissairaanhoitosta. Lisäksi muodostettaisiin sote-erityisvastuualueet (erva), joiden tehtävinä olisivat alueensa palvelujen koordinointi, kehittäminen, tutkimus, koulutus ja joitakin viranomaistehtäviä. Kansallista ohjausta toteuttaisi, kuten nytkin, valtio sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan kautta.

Sote-lain esitystä valmistellut työryhmä kritisoi esityksensä luovutuskirjeessä

SOTE-EHDOTUKSEN KRITIIKKI: PALVELUJEN JÄRJESTÄMISVASTUU OLISI ERI TAHOLLA KUIN VEROJEN KERÄÄMISVASTUU.

lähinnä perustason alueiden muodostamista. Ryhmän mukaan tämä on omiaan tekemään peruspalvelujen rakenteesta sekavan ja vaikeasti hallittavan. Myös järjestämistä vastuun kohdistamista (pääsääntöisesti) vastuukunnille pidettiin ongelmallisena, samoin erva-alueiden tehtävien ja keinojen epäsuhtaa.

ARVIOITA UUDISTUSESITYKSESTÄ

Julkisessa keskustelussa on korostettu kolmea ehdotetun lakiesityksen kriittistä kohtaa, joihin työryhmä itsekin kiinnitti huomiota. Juridinen ja toiminnallinen kritiikki kohdistui vastuukuntamalliin. Vastuukuntaan perustettaisiin yksi alueen kaikkien kuntien yhteinen lautakunta-tyyppinen toimielin, joka olisi sote-alueen päätöksentekuelin. Elimen päätöksiä ei voitaisi ottaa esimerkiksi kaupunginhallituksen ratkaistaviksi, toisin kuin muiden lautakuntien päätöksiä. Ratkaisu tuottaisi muutamia ongelmia. Ensinnäkin vastuukunta voisi joutua toteuttamaan ratkaisuja - vaikkapa investointeja - joista päättävät muut sote-alueen kunnat. Toisaalta pienemmät kunnat osallistuisivat palvelujen rahoitukseen voimatta itse juurikaan vaikuttaa järjestäjänä tai ostajana markkinoihin. Tällöin poliittinen vastuu verojen keräämisestä ja palvelujen järjestämistä vastuu olisivat eri tahoilla.

Kunnalliset organisaatiot tuottavat jatkossakin ainakin erikoissairaanhoidon palveluja. Alueiden välinen sairaanhoidon kilpailu resursseista ja teknologisesta osaamisesta voi johtaa kohoaviin tuotantokustannuksiin työmarkkinoilla tai muilla panosmarkkinoilla. Toisaalta eri sote-alueilla asuvat voivat joutua eriarvoiseen asemaan palvelujen käytömahdollisuuksien suhteen. Erva-alueiden tehtäviksi on kaavailtu näiden koordinoitua, mutta niille olisi tulossa varsin heikot välineet puuttua havaittuihin epäkohtiin. Toisaalta erva-alueiden ja valtion aluehallintoviranomaisten monet tehtävät sote-palveluissa olisivat varsin

lähellä toisiaan, joten kysymys kuuluu, tarvitaanko tämän portaan tehtäviä varten sekä valtiollinen että kunnallinen toimielin vai voitaisiinko niiden tehtävät yhdistää.

On vaikea nähdä, miten perustason alueiden luonti toteuttaisi esityksen keskeisiä tavoitteita, kuten matalaa hallintoa, palvelu(ketju)jen tarkoituksenmukaista johtamista, integrointia, yhtenäistä budjetointia ja voimavarojen tehokasta kohdentamista. Perustason alueita syntyisi melko monta, mikä selkeästi heikentäisi sote-alueiden toimintaa. Järjestelmästä muodostuisi sekava ja hajanainen, mistä nykyistäkin järjestelmää arvostellaan. Kun sekavuuteen lisätään vielä vaihtoehtoiset hallinnointitavat, vastuukuntamalli ja kuntayhtymämalli, niin järjestelmä vaikuttaa jo varsin vaikeasti ymmärrettävältä ja hallittavalta. Toki perustason alueellisia toimijoita olisi selvästi vähemmän nykyiseen kuntamäärään verrattuna. Nykyisen kaltaisia ongelmia perusalueiden ja sote-alueiden välisessä yhteistoiminnassa kuten integraation puutetta, palvelujen epätasa-arvoista saatavuutta tai osaoptimoitua saattaisi kuitenkin syntyä. Tosin riippuu koko sote-järjestelmän rahoitusmallista, miten eri rahoituslähteiden synnyttämä osaoptimointi kehittyy.

Sote-ehdotuksen hallintomallin sekavuutta lisää sen nivoutuminen yhteen kuntarakennemuutoksen kanssa.

Sote-uudistusta tehdään samaan aikaan kuntarakennemuutoksen kanssa, ja ne - ymmärrettävästi - kuntien näkökulmasta nivoutuvat toisiinsa. Sote-järjestelmän kehittämisen kannalta keskustelu on ohjautunut liiaksikin hallintomalleihin ja vallan jakoon, sen sijaan että kehitettäisiin näitä palveluja niiden omista

lähtökohdista. Asiantuntijoiden piirissä on esimerkiksi syntynyt käsitys, että sekavuutta aiheuttava perustason alueiden muodostaminen johtuu kuntarakennemuutoksen eikä palvelujärjestelmän kehittämistarpeista.

Nyt esitetystä uudistuksesta puuttuu vielä aivan ydinosa, sote-järjestelmän kokonaisrahoitusmalli. Se on tarkoitus suunnitella myöhemmin. Rahoitusratkaisu - monikanavaisuus tai yksikanavaisuus - tulee vaikuttamaan järjestelmän toimivuuteen erittäin paljon.

MILLAINEN OLISI HYVÄ SOTE-MALLI?

Hyvässä mallissa tarpeenmukaisten palvelujen saatavuus ja niiden rahoitus toteutuvat mahdollisimman tarkoituksenmukaisella, tehokkaalla ja oikeudenmukaisella tavalla. Uudistuksessa tulisi poistaa julkisen rahoituksen monikanavaisuus. Järjestelmä olisi nykyistä helpommin johdettavissa ja ohjattavissa, jos julkisen (vero)rahoituksen kohdentamisen tekisi yksi poliittisessa vastuussa oleva taho.

Kelan yhden vakuutusyhtiön malli toteuttaisi yksikanavaisuuden, ja sen vahvuutena voisi olla palvelujen saatavuuden alueellisten erojen väheneminen. Kela on myös osoittautunut vahvaksi palvelujen hankkijaksi ainakin kuntoutuspalvelujen markkinoilla (IHALAINEN JA RISSANEN 2009). Mallista puuttuu suora demokraattisen ohjaus, johon Suomessa on kuitenkin pitkät perinteet. Yhden (alueellisen) järjestäjän ja rahoittajan mallia voitaisiin toteuttaa Ruotsin maakäräjämallilla tai maakuntamallilla, jossa päätöksentekijät valittaisiin suoralla vaalilla. Sille olisi hyvä myöntää sote-rahoituksen turvaava verotusoikeus. Kaikki julkinen sote-rahoitus ohjattaisiin tämän toimijan kautta.

Yhden (alueellisen) palvelujen järjestäjän malli lisää ostajatahon mahdollisuutta käyttää tehokkaasti markkinavoimansa voimavarojen kohdentamisessa ja kustannusten kasvun hillitsemisessä.

SOTE-PALVELUJEN KILPAILUTTAMISESSA ON HUOMIOITAVA PALVELUJEN TASAPUOLINEN JA TARPEENMUKAINEN SAATAVUUS SEKÄ RISKI NIIDEN LAADUN HEIKKENEMISESTÄ.

Jos esimerkiksi sote-alueet järjestävät kaikki tarpeenmukaiset palvelut ja vastaavat rahoituksesta, järjestelmään sisältyy kannustin ohjata palvelujen käyttöä optimaaliseen ja tehokkaaseen suuntaan. Eri organisaatioiden välinen palvelujen integrointi muuttuisi organisaation sisäiseksi integroinniksi, mikä kohentaisi palveluketjujen vaikuttavuutta ja samalla kustannusten hallintaa. Väestörakenteen kehityksen vuoksi erityisen tärkeää on huolehtia paitsi terveydenhuollon eri toimijoiden yhteistoiminnasta, myös siitä, että kannustetaan ikäihmisten palvelujen tarkoituksenmukaiseen integrointiin muiden sosiaali- ja terveystalvelujen kanssa.

Tarvitaan kaikki tarpeenmukaiset sote-palvelut kattava yhden (alueellisen) toimijan hallinnassa oleva palvelujen järjestämismalli, jossa on yksikanavainen julkinen rahoitus sekä demokraattinen ohjaus ja vastuu.

Palvelujärjestelmä voi selviytyä kasvavista tarpeista ennen kaikkea tuottavuuden kasvulla. Kun järjestäminen eriytetään tuotannosta, voidaan - ainakin teoriassa - kilpailua käyttää keinona järjestelmän tuottavuuden kohentamiseksi. Käytännössä kilpailua voi olla vaikea saada toimimaan kunnolla vähäväkisessä ja harvaanasutussa maassa. Terveystaloustieteen asiantuntijat ovat alan erityispiirteiden vuoksi epäilleet pelkästään kilpailun avulla saavutettavaa tuottavuushyötyä. Vaikka kilpailun avulla saavutettaisiin joitakin tuottavuusetuja, sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän on turvattava palvelujen tasapuolisen saatavuus ja tarpeenmukainen käyttömahdollisuus sekä väestörhmittäin että alueellisesti. Kilpailuttamisen riskinä on myös laadun heikkeneminen, ellei sitä valvota

tehokkaasti, mikä on sote-palveluissa vaikeaa.

Palvelujärjestelmän olisi kyettävä joustavasti reagoimaan väestön muutuviin palvelutarpeisiin. Monien sote-palvelujen tuleva tarve voidaan kohtalaisella tarkkuudella ennustaa ja virittää järjestelmä vastaamaan muutoksiin. Asiakaskeskeisyys on kuitenkin keskeinen hyvän järjestelmän ominaisuus, sillä muutokset ihmisten asenteissa, koulutuksessa, vaatimustasossa, samoin kuin työelämässä, perherakenteissa, ja

muissa sote-järjestelmän ulkopuolisissa tekijöissä vaikuttavat palvelutarpeisiin. Näiden tekijöiden kehitystä on vaikea ennakoita. On myös valmistauduttava arvioimaan uudelleen, mikä on julkisrahoitteisten ja ihmisten yksityistoinnin piiriin kuuluvien palvelujen raju veto. On kyse myös siitä, voimmeko jatkossakin toteuttaa universaalisuusperiaatetta: mitkä ovat julkisen järjestämistä vastuun piiriin kuuluvat tarpeenmukaiset palvelut? ■

Kirjallisuus

- FORMA, L. & RISSANEN, P. & AALTONEN, M. & RAITANEN, J. & JYLHÄ, M. (2009), Age and Closeness of Death as Determinants of Health and Social Care Utilization: a Case-control Study, *European Journal of Public Health*, 19, 313-318.
- FORMA, L. & JYLHÄ, M. & AALTONEN, M. & RAITANEN, J. & RISSANEN, P. (2012), Vanhuuden viimeiset vuodet - pitkäaikaishoito ja siirtymät hoitopaikkojen välillä, *Kunnallissalan kehittämissäätöön Tutkimusjulkaisusarja* 69.
- IHALAINEN, R. & RISSANEN, P. (2009), Kuntoutuslaitosselvitys 2009. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoiminnan kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveystalvelministeriön selvityksiä 2009:61.
- LINNA, M. & HÄKKINEN, U. (1997), Sairaaloiden tuottavuuskehitys 1991-1994, teoksessa Uusitalo, H. & Staff, M. (toim.): *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997*. Stakes, Raportteja.
- MEDIN, E. & HÄKKINEN, U. & LINNA, M. & ANTHON, K.S. & KITTELSEN, S.A.C. & REHNBERG, C. (2013), *International Hospital Productivity Comparison: Experiences from the Nordic Countries*, *Health Policy*, 112, 80-87.
- OECD (2012), *Economic Surveys: Finland*, Paris: OECD.
- PALOSUO, H. & SIHTO, M. & KOSKINEN, S. & LAHELMA, E. & PRÄTTÄLÄ, R. & KESKIMÄKI, I. & MANDERBACKA, K. (2006), Sosioekonomiset terveyserot ja terveystalvelitiikka Suomessa, Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa, *Yhteiskuntapolitiikka*, 71, 154-166.
- STM (2013), Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän loppuraportti, STM Raportteja ja muistioita 2013:45
- THL:N ARVIOINTIRYHMÄ (2014), SOTE-uudistuksen vaikutusten arviointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- VALTONEN, H. & RISSANEN, P. (2000), Lama, kuntien talous ja sosiaali- ja terveystalvelot: Löytyykö laman ajalta alueellisia strategioita? Teoksessa Loikkanen, H. & Saari, J. (toim.), *Suomalaisen sosiaalipolitiikan alueellinen rakenne*, Helsinki: Sosiaali- ja terveystalvelurvan keskusliitto, 93-107.