



Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiskäytännön vaihtoehdot ja arvio Uudenmaan erillisratkaisusta

Tiivistelmä

Järjestämiskäytännöllä tarkoitetaan tässä muistiossa järjestäjien määrää, järjestämiskäytännön jakoa eri toimijoiden kesken ja rahoitusvastuun kohdentumista. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiskäytännön tavoitteena on varmistaa yhdenvertaiset ja väestön terveyttä ja hyvinvointia tukevat palvelut vaikuttavasti ja kustannusvaikuttavasti. Rakenneratkaisu on siten sosiaali- ja terveyspoliittinen kysymys ja väline tähän tavoitteeseen pääsemiseksi, ei yksinomaan hallinto- ja talouspoliittinen kysymys.

Hyvinvointialueuudistuksella tavoiteltiin laajaa sote-integraatiota, jonka ajateltiin parhaiten johtavan vaikuttavaan ja kustannusvaikuttavaan järjestelmään. Integraation käsite on moniulotteinen ja kattaa rahoituksen, järjestämisen, tiedon, palvelutuotannon sekä asiakkaan palvelupolkujen integraation. Tässä muistiossa tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavaa ja kustannusvaikuttavaa toteuttamista nimenomaan erilaisten järjestämis- ja rahoitusvastuun vaihtoehtojen ja niihin sisältyvän integraation kautta.

Järjestämiskäytännön vaikutus siihen, pystyykö järjestäjä kantamaan järjestämiskäytännön ja taloudellisen vastuunsa kestävästi ja onko sillä riittävät keinot vastata väestön palvelutarpeisiin ja sovittaa yhteen sosiaali- ja terveydenhuolto sekä perus- ja erikoistason palvelut. Rakenne ei kuitenkaan yksin ratkaise järjestäjän kanto-kykyä. Yhtä ratkaisevaa on, missä suhteessa hyvinvointialueiden lakisääteiset tehtävät ja velvoitteet ovat käytävissä olevaan rahoitukseen ja henkilöstöön.

Muistiossa tarkastellaan neljää vaihtoehtoa: A) nykyisen aluejaon kehittäminen velvoittavammalla yhteistyöllä ja tapauskohtaiset yhdistymiset nykyislainsäädännön keinoin, B) nykyistä harvempien alueiden malli, C) kaksitasoinen malli joko erikoissairaanhoidon ja muiden erityispalvelujen hyvinvointiyhtymän (Uudenmaan erillisratkaisu) tai "isäntähyvinvointialueen" kautta sekä D) kansallinen järjestäjämalli. Vaihtoehtoja arvioidaan palvelulähtöisin kriteerein.

STM:n virkavalmistelun alustavana näkemyksenä on, että kunkin palvelun järjestämiskäytännön, rahoitusvastuun ja budjettivalta ovat samalla toimijalla ja että perus- ja erikoistason palvelut sovitetaan yhteen mahdollisimman pitkälle saman järjestäjän vastuulla. Lisäksi ainakin erityispalvelujen järjestäjien määrää tulisi vähentää nykyisestä kansallisen kokonaisarvion perusteella. Erikoissairaanhoidon työnjakoa on myös vahvistettava lailla järjestämiskäytännön koskevasta ratkaisusta riippumatta. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota on systemaattisesti vahvistettava kansallisella ohjauksella sote-uudistuksella tavoiteltujen toiminnallisten ja taloudellisten hyötyjen saavuttamiseksi. Järjestämiskäytännön uudistaminen ei korvaa lakisääteisten tehtävien ja velvoitteiden arviointia eikä palvelujen priorisointia, vaan ne on käsiteltävä rinnakkain.

Uudenmaan erillisratkaisua voidaan edelleen pitää perusteltuna alueen erityisolosuhteiden vuoksi: alueella asuu noin 1,8 miljoonaa asukasta, ja HUS-yhtymä ylläpitää maan suurinta yliopistollista sairaalaa. HUS-yhtymän vastatessa erikoissairaanhoidon järjestämisestä ovat toimijat rakentaneet laajan sopimuksiin ja yhteisten palveluketjujen ja tukipalveluiden kehittämiseen perustuvan yhteistyön. HUS-yhtymä on kattanut alijäämänsä, mutta jäsenalueiden taloudellinen tilanne vaihtelee. Erikoissairaanhoidon järjestämiskäytännön jakaminen on kuitenkin jättänyt vertikaalisen integraation osittaiseksi, edellyttänyt yhteensovittamiskäytännöitä ja vaatinut erillisääntelyä muun muassa potilastietojen luovuttamisessa. STM:n alustavan arvion mukaan hyvinvointiyhtymämallia ei ole perusteltua monistaa sellaisenaan muualle Suomeen. Muilla yhteistyöalueilla yliopistollinen sairaala on osa hyvinvointialuetta, jossa perus- ja erikoistason integraatio on jo toteutettu, ja sen purkaminen aiheuttaisi uusia transaktiokuluja. Jos kaksitasoinen malli harkitaan, sen edellytykset on määriteltävä tarkasti etukäteen. Yhtenä vaihtoehtona tarkastellaan ns. isäntähyvinvointialuemallia, jossa erikoissairaanhoidon ja muiden erityispalvelujen järjestämiskäytännön siirrettäisiin yliopistollista sairaalaa ylläpitäville hyvinvointialueille koko yhteistyöalueen osalta.

Tausta

Parlamentaarisen hyvinvointialueiden tulevaisuustyön työryhmässä käsiteltäviin teemoihin kuuluvat muun muassa hyvinvointialueiden järjestämiskäytännön olevat lakisääteiset tehtävät, demokratia ja itsehallinto, kielitieteelliset oikeudet, valtion ja hyvinvointialueiden välinen suhde, alueiden välinen yhteistyö, alueiden määrä sekä rahoitus.

Rakennekysymys on ajankohtainen. Hyvinvointialueuudistuksen väliarvioinnin mukaan järjestäjien määrä jäi kansainvälisesti vertaillen suureksi etenkin erikoissairaanhoidon osalta. Arvioinnin tehneet asiantuntijat suosittivat, että hyvinvointialuerakenne ja alueiden määrä arvioidaan kansallisesti ja että arvioinnin toiminnalliset ja taloudelliset kriteerit määritellään ennen kevään 2027 hallitusneuvotteluja. EU-maissa terveydenhuollon järjestäjien väestöpohja on keskimäärin noin 890 000 asukasta ja mediaani noin 530 000 asukasta, kun Suomen järjestäjien keskimääräinen väestömäärä on noin 250 000 ja mediaani noin 200 000 asukasta. Arvioinnissa on huomioitava, että järjestäjän suuruuden aikaansaama kustannushyöty eroaa erityistä osaamista edellyttävissä palveluissa ja perustason palveluissa. STM:n järjestämistä vastuun toteutumista koskevan selvityksen (STM:n raportteja ja muistioita 2026:9) mukaan hyvinvointialueiden toiminnallinen ja taloudellinen eriytyminen voimistui vuonna 2025.

Arviointimenettelyssä on tai on ollut nyt kuusi hyvinvointialuetta: Itä-Uusimaa, Keski-Suomi ja Lappi kesäkuusta 2025 sekä Etelä-Karjala, Etelä-Pohjanmaa ja Kymenlaakso kesäkuusta 2026. Hyvinvointialuejakolain (614/2021) nojalla arviointimenettelyssä olleen alueen yhdistymisestä voidaan päättää aluejakoselvittäjän esityksestä myös aluevaltuuston vastustuksesta huolimatta. Itä-Uudenmaan, Keski-Suomen ja Lapin arviointiryhmät eivät kuitenkaan esittäneet aluejakoselvitystä. Erillismenettelyt eivät siten toistaiseksi ole vaikuttaneet aluejakoon. Ne eivät myöskään tuota kokonaisarvioon perustuvaa koko maata koskevaa rakenneratkaisua, vaan sellainen edellyttää kansallista linjausta.

Järjestämisrakenteen on tuettava palvelujen järjestämistä ja väestön hyvinvointia ja terveyttä

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Pykälän 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Järjestämisrakenne määrittää, millä edellytyksillä nämä velvoitteet voidaan täyttää. Järjestäjän väestöpohja ja taloudellinen kantokyky ratkaisevat, pystyykö se kantamaan kustannusriskit ja ylläpitämään riittävän osaamisen. Järjestämistä vastuun sisältö ratkaisee, kuka vastaa mistäkin osasta palveluita (peruspalvelut, erityispalvelut) sekä asiakkaan palveluketjusta kokonaisuutena. Alueelliset rajat puolestaan ratkaisevat, vastaavatko järjestämisen rajat väestön asiointisuuntia ja esimerkiksi sairaalaverkostoa. Järjestäjien määrä ja järjestämistä vastuun sisältö ovat siksi sosiaali- ja terveysministeriön toimialan keskeinen kysymys, ja vaihtoehtoja on arvioitava ensisijaisesti sen perusteella, kuinka hyvin ne tukevat palvelujen järjestämistä sekä koko väestön terveyttä ja hyvinvointia.

STM arvioi vaihtoehtoja seuraavilla palvelulähtöisillä kriteereillä:

- vastuiden selkeys eli ovatko järjestämistä vastuu, rahoitusvastuu ja budjettivalta selkeät
- järjestäjän kantokyky eli väestöpohja, taloudellinen riskinkanto ja kyky ylläpitää osaamista
- palvelujen saatavuus, saavutettavuus ja kielelliset oikeudet
- integraation toteuttaminen (sovitetaan perus- ja erikoistason palvelut, sosiaali- ja terveydenhuolto sekä muut palvelut yhteen saman järjestäjän vastuulla vai järjestäjien välisin sopimuksin)
- erityistason palvelujen työnjako: erikoissairaanhoidon, päivystys ja kansallinen sairaalaverkko sekä vaativat sosiaalihuollon palvelut (esimerkiksi vaativa lastensuojelu ja vaativat vammaispalvelut)
- demokraattinen legitimitetti sekä paikallisten ja alueellisten olojen tuntemus (erityisesti sosiaalihuollon lähipalveluissa)
- yhdyspinnat kuntien palveluihin ja yhteensopivuus muiden julkisten palvelujen aluejakojen kanssa
- valmiuden ja varautumisen ylläpito ja kehittäminen
- toteutettavuus eli transaktio- ja muutuskulut, aikataulu ja lainsäädäntötarpeet

Tarkastelun on katettava tehtävät, niiden porrastus ja yhdyspinnat

Rakenneratkaisu ei korvaa hyvinvointialueiden lakisääteisten tehtävien ja velvoitteiden arviointia eikä palvelujen priorisointia. Rakennemuutoksen hyödyt toteutuvat vasta pitkällä aikavälillä ja edellyttävät myös palvelurakenteen muutoksia esimerkiksi ikääntyneiden ja vammaisten palveluissa, kun taas julkisen talouden sopeutustarve kohdistuu jo lähivuosiin. Tehtävien ja velvoitteiden laajuutta sekä palveluvalikoiman määrittelyä on siksi käsiteltävä rakennekysymyksen rinnalla. Hyvinvointialueiden lakisääteiset tehtävät ovat myös työryhmän toimeksiannossa oma teemansa.

Järjestäjien määrä on vain yksi rakenteen ulottuvuus. Yhtä olennaista on, miten järjestämistä vastuu porrastetaan eri järjestäjien välillä. Samakin järjestäjien määrä voi tuottaa hyvin erilaisen palvelujärjestelmän sen mukaan, mitä tehtäviä kullekin järjestäjälle kuuluu ja kootaanko osa tehtävistä kansalliselle tai yhteistyöalueen tasolle.



Kansallisesti tai yhteistyöalueen tasolla voidaan järjestää tai ohjata esimerkiksi vaativaa hoitoa, sosiaalihuollon vaativia erityispalveluita, palveluvalikoiman määrittelyä, tietopohjaa ja tietojärjestelmiä, yhteishankintoja sekä valmiutta ja varautumista. Tarkastelussa tulisi ottaa huomioon myös rinnakkaiset rahoitus- ja palvelukanavat, kuten Kelan korvaamat yksityiset terveyspalvelut, työterveyshuolto ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto (YTHS).

Kunnat vastaavat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä omissa tehtävissään sekä keskeisistä sosiaali- ja terveydenhuollon yhdyspinnoista, kuten varhaiskasvatuksesta, opetuksesta, nuorisotyöstä, liikuntapalveluista, asumisesta ja vuodesta 2025 lähtien työllisyyspalveluista. Mitä suurempia toimijoita järjestäjät ovat, sitä useamman kunnan kanssa kukin järjestäjä toimii ja sitä tärkeämmiksi rakenteiset yhdyspintasopimukset muodostuvat. Esimerkiksi Tanskassa alueiden määrä vähenee vuoteen 2027 mennessä viidestä neljään, ja samalla nykyiset terveystilat korvataan 17 terveysneuvostolla, joissa alueet ja kunnat päättävät yhdessä.

Perustuslain 122 §:n mukaan hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiviin aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan. Aluejakoa tarkasteltaessa on siksi otettava huomioon myös muiden julkisten palvelujen organisoituminen ja siinä tapahtuvat muutokset. Esimerkiksi vuoden 2025 alusta toimineista 45 työllisyysalueesta viisi sijoittuu useamman kuin yhden hyvinvointialueen alueelle. Tämä vaikuttaa muun muassa työllistymistä edistävän monialaisen tuen yhteistoimintamallin järjestämiseen, jossa työvoimaviranomainen, hyvinvointialue ja Kela toimivat yhdessä. Myös valtion aluehallinto uudistui vuoden 2026 alussa, kun ELY-keskusten tilalle perustettiin kymmenen elinvoimakeskusta ja pääosa aluehallintovirastojen tehtävistä sekä Valviran tehtävät koottiin Lupa- ja valvontavirastoon.

Pelastustoimen aluejako seuraa nykyisin hyvinvointialueiden rajoja. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien mahdollisten rakennemuutosten vaikutukset pelastustoimen suorituskykyyn samoin kuin mahdollisuus erottaa pelastustoimen aluejako sosiaali- ja terveydenhuollon aluejaosta on arvioitava sisäministeriön johdolla. Järjestämis rakenne ja rahoitusmalli on puolestaan arvioitava yhdessä, koska tarveperusteisen rahoituksen tasa-usvaikutukset, alijäämien kattamisen edellytykset ja mahdollinen verotusoikeus riippuvat olennaisesti järjestäjien koosta. Samalla on arvioitava, kuvaavatko rahoitusmallin tarvekertoimet riittävästi myös sosiaalihuollon palvelutarvetta. Parlamentaarisen työryhmän 15.9.2026 kokouksessa todettu tarve kehittää kansallista ohjausta strategisempaan suuntaan ja vahvistaa päätöksenteon tietopohjaa koskee kaikkia rakennevaihtoehtoja.

Järjestämisrakenteen vaihtoehdot

STM on tarkastellut sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen vaihtoehtoja usean mallin pohjalta. Vaihtoehdot eroavat toisistaan siinä, kuinka monta järjestäjää on ja kenellä on järjestämis- ja budjettivastuu erikoissairaanhoidosta ja mahdollisesti muista erityispalveluista.

A. Nykyinen aluejako ja velvoittavampi yhteistyö. Kaikki nykyiset hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä säilyvät järjestämisvastuullisina tahoina. Yhteistyöalueiden työnjakoa, investointien ohjausta ja valtioneuvoston ohjausvaltaa ja puuttumisoikeutta vahvistetaan liitteessä 3 kuvatuilla tavoilla. Vaihtoehto ei sellaisenaan aiheuta merkittäviä transaktiokuluja, ja se säilyttää aluedemokratian nykyisellään. Tapauskohtaiset yhdistymiset aiheuttavat kuitenkin kuluja yhdistyville alueille. Toisaalta se ei ratkaise pienten tai taloudellisesti haasteissa olevien järjestäjien kantokykyä. Alueita voidaan yhdistää vapaaehtoisesti tai arviointimenettelyn kautta hyvinvointialuejakolain nojalla. Ongelmana on, että eteneminen on hidasta ja vaikeasti ennakoitavaa eikä johda kansallisen kokonaisarvion pohjalta tehtyyn rakenteeseen. Tulos voi olla hauras ja epätasapainoinen.

B. Nykyistä harvempien alueiden malli. Edettäisiin kohti merkittävästi nykyistä harvempia hyvinvointialueita, joilla olisi nykyisen kaltainen laaja järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollosta. Uudellamaalla tai Etelä-Suomessa laajemmin säilyisi erillisratkaisu siten, että Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä säilyisivät erillisinä. Nykyrajoja mukaillen alueiden väestöpohja olisi esimerkiksi noin 660 000–1,1 milj. asukasta. Yhtenä vaihtoehtona olisi myös edetä ns. viiden alueen mallilla (eli järjestämisvastuu neljälle alueelle, joilla oma yliopistosairaala ja lisäksi Etelä-Suomen erillisratkaisu ml. HUS-yhtymä) Nykyistä laajempien hyvinvointialueiden malli olisi tasapainoisempi, parantaisi kantokykyä ja antaisi mahdollisuuden optimoida erikoissairaanhoidon rakenteet laajempina kokonaisuutena. Suuremmat järjestäjät voisivat turvata niukkaa erityisosaamista, esimerkiksi vaativassa lastensuojelussa, mutta etäisyys kuntiin kasvaisi. Tämä koskee erityisesti sosiaalihuoltoa, joka kytkeytyy kiinteästi kuntien varhaiskasvatukseen, opetukseen, asumiseen ja työllisyyspalveluihin.



Aluedemokratia säilyisi kuitenkin kohtalaisena. Malliin liittyisi merkittäviä kertaluontoisia muutuskustannuksia. Erikoissairaanhoidon työnjakoa on vahvistettava myös lainsäädännöllä.

C. Kaksitasoinen järjestämismalli koko maassa. Hyvinvointialueet (nykyiset tai yhdistetyt) säilyttäisivät ensisijaisen järjestämisvastuun perustason palveluista, mutta neljälle muulle yhteistyöalueelle muodostettaisiin HUS-yhtymän kaltainen erikoissairaanhoidon ja mahdollisesti muiden erityispalvelujen hyvinvointiyhtymä. Jäsenalueet rahoittaisivat yhtymän toiminnan nykyisen Uudenmaan erillisratkaisun tapaan. Malli voisi mahdollistaa esimerkiksi sairaalaverkon kehittämisen yhteistyöalueen tasolla ilman alueiden yhdistämistä, mutta se jatkaisi järjestämisvastuun kahdelle tasolle koko maassa. Mallissa on ratkaistava, kuuluvatko muihin erityispalveluihin myös vaativat sosiaalihuollon palvelut, kuten vaativa lastensuojelu ja vaativat vammaispalvelut. Kummassakin tapauksessa osa sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon yhdyspinnoista, esimerkiksi lastensuojelun ja lasten- ja nuorisopsykiatrian välillä, muuttuisi organisaatioiden väliseksi rajaksi. Toisaalta erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu voitaisiin siirtää neljälle yliopistosairaalaan ylläpitävälle hyvinvointialueelle (Varsinais-Suomi, Pirkanmaa, Pohjois-Pohjanmaa ja Pohjois-Savo) koko yhteistyöalueidensa väestön osalta. Molemmassa muunnelmassa olisi ratkaistava myös Etelä-Suomen yhteistyöalueen Uudenmaan ulkopuolisten alueiden (Päijät-Häme, Kymenlaakso ja Etelä-Karjala) asema. Isäntämallissa olisi ratkaistava lisäksi demokratian toteutuminen ja rahoitusvastuu: isäntäalueen aluevaltuusto päättäisi myös muiden alueiden asukkaiden erikoissairaanhoidosta, joten tarvittaisiin muiden alueiden edustuksen turvaava yhteinen toimielin ja lainsäädäntömuutoksia. Rahoitus voisi erikoissairaanhoidon osalta kulkea kaikkien hyvinvointialueiden kautta tai mahdollisesti rahoitusmallia merkittävästi muuttaen suoraan valtiolta näille alueille.

D. Kansallinen järjestäjä. Järjestämisvastuu, rahoitus ja ohjaus koottaisiin valtiolle. Hyvinvointialueet toimisivat palvelutuotanto-organisaatioina. Välimuotona on malli, jossa ainoastaan erikoissairaanhoidon siirrettäisiin valtiolle ja sen toteuttaisi alueellisesti toimiva palveluntuottaja. Esimerkiksi Norjassa valtio omistaa neljä alueellista terveysviranomasta, jotka vastaavat erikoissairaanhoidosta, kun taas kunnat vastaavat perusterveydenhuollosta ja sosiaalipalveluista. Malli tarjoaa vahvimmat edellytykset kansalliselle priorisoinnille ja yhdenvertaisuudelle, mutta aluedemokratiasta siirryttäisiin eduskuntatason demokratiaan, alueellinen näkökulma heikkenisi ja transaktiokulut kasvaisivat merkittäviksi. Paikallinen kiinnittyminen heikkenisi eniten sosiaalihuollossa, joka nojaa paikallisten olojen tuntemukseen ja yhteistyöhön kuntien kanssa.

Vaihtoehdot vaikuttavat myös järjestäjien väliseen taloudelliseen tasapainoon. Suuremmat järjestäjät tasaavat eroja, mutta yhdistymisessä korjausvelkaa siirtyy myös niille, jotka ovat jo sopeuttaneet talouttaan ja joutuisivat uusiin sopeutustoimiin.

STM:n arvio integraation eri elementtien toimivuudesta Uudenmaan erillisratkaisussa

Erillisratkaisun keskeiset piirteet

Uudellamaalla ensisijainen järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollosta on neljällä hyvinvointialueella ja Helsingin kaupungilla, mutta erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on jaettu niiden ja HUS-yhtymän kesken (laki 615/2021). HUS-yhtymä vastaa yliopistollisen sairaalan lakisääteisistä tehtävistä sekä niistä palveluista, joista on sovittu HUS-järjestämissopimuksessa (5 §). Käytännössä HUS-yhtymä vastaa Uudellamaalla ja Helsingin kaupungissa lähes kaikesta erikoissairaanhoidosta, erikoissairaanhoidon sairaalatoiminnasta, ympärivuorokautisesta päivystyksestä ja ensihoidosta. Helsingin kaupungilla on lisäksi merkittävästi esimerkiksi omaa psykiatriasta erikoissairaanhoidoa. Käytännön toiminnan yhteensovittaminen perustuu strategisen, taktisen ja operatiivisen tason yhteistyörakenteisiin, väestöryhmittäisiin segmenttiryhmiin ja yhteisiin palveluketjuihin.

Valtio ei rahoita HUS-yhtymää suoraan, vaan yhtymän toiminta rahoitetaan jäsenalueiden maksuosuuksilla. HUS-yhtymän rahoitus perustuu pääosin jäsenalueiden ja HUS-yhtymän kesken sovittuun kokonaisbudjettiin. Kyse ei siis ole samantyyppisestä suoritepohjaisesta laskutuksesta, jota sovellettiin kuntien ja sairaanhoitopiirien aikana.

Havainnot

Erillisratkaisulla on selviä vahvuuksia, joita sekä HUS-yhtymä että jäsenhyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki ovat tuoneet esiin.

HUS on maan suurin yliopistollinen sairaala, ja sen mittakaava tukee vaativan erikoissairaanhoidon, tutkimuksen ja opetuksen sekä valtakunnallisesti keskitettyjen tehtävien ylläpitämistä. HUS ylläpitää noin kahtakymmentä sairaalaa eri puolilla aluettaan, useita ympärivuorokautisia monierikoisalaisia päivystyksiä sekä laajaa



perustasoa tukevaa konsultaatiotoimintaa. Erikoissairaanhoidon yhdenvertaisuutta ja hoitoon pääsyä on kehitetty mm. ”yhden jonon mallilla” sekä kehittämällä alueen eri sairaaloiden työnjakoa. Tästä huolimatta osalla erikoisaloista on vaikeuksia pysyä hoitoon pääsyn määrärajoissa.

Toiminnallisessa integraatiossa on edetty eri asiakassegmenteissä, mutta tämä on edellyttänyt raskaahkoa rakennetta strategisine, taktisine ja operatiivisine tasoineen, lukuisia työryhmiä ja erillissopimuksia. Myös tiedon integraatio ja tiedonkulku ovat aiheuttaneet ongelmia, jotka ovat edellyttäneet myös lainsäädännöllisiä muutoksia. Haasteita on ollut lasten ja perheiden (lasten- ja nuorisopsykiatria), mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä ikäihmisten palveluketjujen sujuvuuden ja kustannusvaikuttavuuden kehittämisessä. Koska sosiaalihuollon järjestämisvastuu on Uudellamaalla hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungilla, jaettu vastuu kohdistuu nimenomaan sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon rajapintoihin, kuten lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteistyöhön sekä iäkkäiden kotiutuksiin. Tosin vastaavat palveluketjut ovat haasteellisia myös alueilla, joissa koko sote-integraatio on toteutettu.

Uudenmaan erilliskorvauksen taloudelliset tunnusluvut ovat osin rohkaisevia. HUS-yhtymä sai katettua alijäämänsä vuonna 2025. Jäsenalueiden tilanne kuitenkin vaihtelee: Itä-Uusimaa oli arviointimenettelyssä, ja sen kertynyt alijäämä oli vuoden 2026 alussa noin 100 miljoonaa euroa. Koska HUS-yhtymän tulos rahoitetaan jäsenalueiden maksuosuuksilla, taloutta on arvioitava koko Uudenmaan tasolla. Erilliskorvauksen kautta myös jäsenalueet ovat osin kokeneet kustannusten läpinäkyvyyden parantuneen. Kun erikoissairaanhoidon kustannukset rahoitetaan hyvinvointialueiden talousarvioista mutta palvelutuotannosta päätetään yhtymässä, kummallakaan osapuolella ei ole kaikkia keinoja ohjata koko palveluketjun kustannuksia. Hyvinvointialueiden keinot vaikuttaa erikoissairaanhoidon tuotantoon ovat rajalliset, ja yhtymän vaikutus perustason palveluihin ja lähetekäytäntöihin perustuu sopimiseen. Yhteensovittaminen edellyttää jatkuvaa neuvottelua nykyisellään kuuden osapuolen kesken. Toisaalta järjestely tekee näkyviksi integraation ongelmia, jotka muilla alueilla voivat jäädä yhden organisaation sisälle.

STM:n arvio kaksitasoisen järjestämismallin monistettavuudesta muualle Suomeen

Kaksitasoiset mallit ovat Pohjoismaissa yleisiä. Ruotsissa alueet vastaavat terveydenhuollosta ja kunnat sosiaalipalveluista ja pitkäaikaishoidosta, Tanskassa alueet sairaaloista ja kunnat muun muassa ennaltaehkäisystä, kotihoidosta ja kuntoutuksesta, ja Norjassa valtion omistamat alueelliset terveysviranomaiset erikoissairaanhoidosta ja kunnat perustason palveluista. Tasojen välistä yhteensovittamista tuetaan niissä erillisillä sopimus- ja yhteistyörakenteilla. Esimerkiksi Tanskan uudistus korvaa aiemmat terveysklusterit terveysneuvostoilla, joissa alueet ja kunnat päättävät yhdessä, ja siirtää osan kuntien terveydenhuollon tehtävistä alueille. Suomen vuoden 2023 uudistuksessa valittiin tietoisesti malli, jossa sosiaali- ja terveydenhuolto sekä perus- ja erikoistaso ovat lähtökohtaisesti saman järjestäjän, johdon ja budjetin vastuulla.

Erilliskorvaus on syntynyt Uudenmaan erityisolosuhteissa. HUS-yhtymä toimii alueella, jolla asuu lähes kolmannes väestöstä (1,8 miljoonaa), ja se säilyi uudistuksessa erillisenä, kun muualla sairaanhoitopiirit yhdistettiin hyvinvointialueisiin. Muilla yhteistyöalueilla yliopistollinen sairaala on osa yhtä hyvinvointialuetta. Yhtymämallin monistaminen edellyttäisi yliopistosairaaloiden ja mahdollisesti keskussairaaloiden irrottamista nykyisistä hyvinvointialueista yhteistyöalueen tason yhtymiin. Tämä purkaisi vuonna 2023 saavutetun hallinnollisen integraation myös yliopistosairaala- ja yliopistollisilla alueilla (Varsinais-Suomi, Pirkanmaa, Pohjois-Pohjanmaa ja Pohjois-Savo) ja jakaisi järjestämis- ja budjettivastuun kahdelle tasolle koko maassa. Pienten järjestäjien kantokykyongelma jäisi samalla ratkaisematta, mikäli kustannusriski säilyisi jäsenalueilla.

Kaksiportaisuuden toteuttamisen toisena vaihtoehtona voisi olla kuntien yhteistoiminnasta tutun vastuukuntamallin (aiemmin isäntäkuntamalli) kaltainen ”isäntähyvinvointialuemalli”. Tällöin tehtäväkohtaisesti (esimerkiksi erikoissairaanhoidon tai osia siitä) siirrettäisiin järjestämisvastuuta yliopistollista sairaalaa ylläpitäville hyvinvointialueille, kuten edellä on todettu. Hyvinvointialueiden välillä mallista ei ole kokemusta, mutta kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueilla vastuukuntamallista on kokemuksia, joita voidaan hyödyntää arvioinnissa. Mallissa olisi ratkaistava, miten muiden alueiden asukkaiden demokraattinen vaikutusvalta, rahoitus ja palvelutarpeisiin vastaaminen koko alueella turvataan.

Kaksitasoisella mallilla voitaisiin toisaalta tukea kustannusvaikuttavaa erikoissairaanhoidon järjestämistä, yhdenvertaisuutta ja osajien riittävyyttä sekä luoda yhteistyöalueen tasolle päätösvaltaa muun muassa sairaalaverkon kehittämiseen. Sama tavoite voi kuitenkin olla saavutettavissa myös yhdistämällä järjestäjiä tai velvoittamalla työnjakoon lailla ilman, että perus- ja erikoistason vastuu erotetaan toisistaan.

STM:n arvion mukaan Uudenmaan kokemukset tarjoavat hyödyllisiä toimintamalleja, kuten yhteiset palveluketjut, konsultaatorakenteet, yhteisen jononhallinnan ja yhteisen tietopohjan, joita voidaan hyödyntää



yhteistyöalueilla rakenteesta riippumatta. Organisaatiomallina erillISRatkaisua ei kuitenkaan ole perusteltua monistaa sellaisenaan muualle Suomeen. Jos kaksitasoista mallia harkitaan, sen edellytyksenä on, että kun-kin palvelun järjestämisvastuu ja budjettivalta ovat yhdellä toimijalla ja että rahoitusmalli kannustaa molempia tasoja hillitsemään koko palveluketjun kustannuksia. Lisäksi demokraattiselle päätöksenteolle ja erimielisyyksien ratkaisemiselle tulisi olla sitovat säännöt ja määrääjat, ja potilas- ja asiakastietojen sekä johtamisen tietopohjan tulisi olla yhteiset.

STM:n arvio vaihtoehtoista ja jatkovalmistelu

Mikään vaihtoehtoista ei ole paras kaikilla kriteereillä. Mittakaavaedut ja edellytykset erikoissairaanhoidon rakenteiden optimointiin paranevat järjestäjien määrän vähentyessä, kun taas mahdollisuudet järjestää peruspalvelut paikallisiin olosuhteisiin sovitettuina, aluedemokratia ja paikallisten olojen tuntemus heikkenevät. Aluejaon uudistaminen ei ole nopea keino talouden sopeuttamiseen ja muutuskustannukset olisi todennäköisesti rahoitettava erillISRahoituksella.

STM:n virkavalmistelun alustavan arvion mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä perus- ja erikoistason integroitu järjestämisvastuu yhdellä järjestäjällä olisi säilytettävä pääperiaatteena. Järjestäjien määrää olisi perusteltua vähentää kansallisen kokonaisarvion perusteella siten, että jokaisella järjestäjällä on riittävä kanto-kyky ja väestöpohja. Erikoissairaanhoidon työnjakoa ja vaativan hoidon keskittämistä on vahvistettava lailla riippumatta siitä, miten järjestäjien määrästä päätetään. Järjestäjä rakenne, järjestämisvastuun tehtäväkohtainen porrastus ja rahoitusmalli on ratkaistava yhtenä kokonaisuutena

STM pitää tarpeellisena, että vaihtoehtojen vaikutukset arvioidaan sosiaali- ja terveysministeriön, valtiovarainministeriön, sisäministeriön ja oikeusministeriön yhteisenä valmisteluna kuullen hyvinvointialueita, Helsingin kaupunkia ja HUS-yhtymää ennen kevään 2027 hallitusneuvotteluja ja siinä hyödynnetään rahoitusmallin tutkimusryhmän johtopäätöksiä ja sosiaalihuollon tietopohjaa. Uudenmaan erillISRatkaisusta STM ehdottaa riippumatonta arviointia, jossa tarkastellaan hoitoketjujen toimivuutta, hoitoon pääsyä koko palveluketjussa ja kustannuskehitystä ja jonka tuloksia voidaan hyödyntää järjestämissopimuksen tarkistuksessa. Samalla on tunnistettava lainsäädäntötarpeet, kuten hyvinvointialuejakolain, Uusimaa-lain ja järjestämislakien muutokset sekä palkkaharmonisoinnin aikataulu. Varsinaiset rakenneratkaisut tehdään tulevilla hallituskaudella. STM:n alustavan arvion mukaan valmisteluvaihe voisi alkaa vuonna 2028 ja uusi aluejako tulla voimaan aikaisintaan 1.1.2030.