



Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön ja työnjaon lisääminen tulevilla hallituskausilla

Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kantokyvyn turvaaminen tulevan hallituskauden tiukentuvassa talousraamissa (ns. velkajarru) edellyttää merkittäviä lakisääteisiä muutoksia. STM:n hallinnonalalle arvioidaan kohdistuvan jopa 2,3–4,4 miljardin euron säästöpainee. Jotta perustuslain turvaamat sote-palvelut voidaan yhä taata, lainsäädäntöä on uudistettava kokonaisuutena. Tämä tarkoittaa toisaalta hyvinvointialueiden velvoitteiden keventämistä, mutta toisaalta yhteistyön ja työnjaon tiukempaa lainsäädännöllistä ohjausta.

Hyvinvointialueiden vapaaehtoinen sopiminen ei ole ollut riittävää. Erikoissairaanhoidon työnjakoa ja sairaalaverkkoa on jatkossa ohjattava lailla nykyistä voimakkaammin. Myös erityistä osaamista edellyttävät sosiaalihuollon palvelut (esim. laitospalvelut vammaispalvelut) tulee tällöin huomioida. Vain näin voidaan turvata rajalliset henkilöstöresurssit, estää päällekkäiset investoinnit ja säilyttää riittävät lähipalvelut koko maassa. Samalla on ratkaistava alueiden välisen laskutuksen haasteet luomalla kansallisesti kestävä, oikeudenmukainen ja läpinäkyvä malli.

Johdanto ja nykytilan arvio

Hyvinvointialueuudistuksen ensimmäiset vuodet ovat osoittaneet, ettei pelkkä hallinnollinen rakennemuutos riitä turvaamaan sote-järjestelmän kestävyttä. Valtiontalouden reunaehdot, väestön ikääntyminen ja pahekeva osaaajapula edellyttävät palvelujen, palveluverkon, yhteistyön ja työnjaon määrätietoista uudistamista.

Vuoden 2021 sote-uudistus siirsi järjestämisvastuun suuremmille toimijoille, mutta jätti alueille mahdollisuuden vapaaehtoisesti sopia hyvinvointialueiden välisestä yhteistyöstä ja työnjaosta. Loppuvuodesta 2024 hyväksytty sairaala- ja päivystyslaki otti ensimmäisen askeleen tilanteen korjaamiseksi tiukentamalla päivystysten ja leikkaustoiminnan ehtoja. Laki ei kuitenkaan korjannut keskussairaaloiden työnjakoa siten kuten asiantuntijat (ns. Virolaisen raportti 2024) ehdottivat. Vastuu hyvinvointialueiden yhteistyöstä ja työnjaosta jäi yhä pitkälti vapaaehtoisten hyvinvointialueiden yhteistyösopimusten (YTA-sopimus) varaan.

Käytäntö on osoittanut, että merkittävästä työnjaosta sopiminen on alueille erittäin vaikeaa. Aluepoliittiset jännitteet vaikeuttavat alueiden yhteistyöstä sopimista, ja uudistuksen hitaus koettelee luottamusta koko järjestelmään (mm. alivaltiosihteeri Erholan loppuraportti ja HVA-uudistuksen väliarviointi 2025). Hyvinvointialueiden yhteistyötä ja työnjakoa estävät pelot palveluiden karkaamisesta omalta paikkakunnalta, sairaaloiden hallitsemattomasta supistumisesta sekä oman hyvinvointialueen laskutuskulujen kasvusta. Omaa sairaalaa pidetään työllisyyden ja imagon kannalta niin tärkeänä, että sen toimintaa ollaan valmiita ylläpitämään perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden kustannuksella sekä tietoisesti kilpaillen muiden hyvinvointialueiden kanssa haitaten niiden palveluiden järjestämisvastuuta.

Yhteistyöstä sopimisen vaikeus on näkynyt selvästi STM:n keväällä 2026 arvioimissa YTA-sopimusluonnoksissa. Vaikeita päätöksiä ollaan valmiita siirtämään myöhemmin tehtäväksi alasopimuksilla tai työryhmissä. Esimerkiksi tietojärjestelmien yhtenäistämistä ei monin paikoin pidetä tarpeellisena, mikä luo välittömän ja osin jo toteutuneen riskin kymmenien miljoonien eurojen päällekkäisille IT-investoinneille. Tällainen alueellinen so-
optimointi heikentää valtakunnallista kustannustehokkuutta ja vaikeuttaa osaltaan edessä olevien miljardiluokan säästötavoitteiden saavuttamisen.

Erikoissairaanhoidon työnjako

Palvelujärjestelmän kustannustehokkuuden korjaaminen edellyttää asiantuntijoiden ja erityisosaamisen vaikuttavaa kohdentamista. Kiireetön (I. elektiivinen) resurssi-intensiivinen (I. raskas) leikkaustoiminta sekä jatkuva valmiutta vaativat päivystys- ja tukipalvelut on koottava nykyistä velvoittavammin harvempiin yksiköihin. Vaativaa toimintaa ei voi ylläpitää liian monessa, toiminnallisesti haavoittuvassa yksikössä, sillä hoidon laatu ja potilasturvallisuus edellyttävät niissä riittävän suuria potilasmääriä.

Lainsäädännön tavoitteita ei noudateta tällä hetkellä täysimääräisesti. YTA-sopimusluonnosten perusteella useat hyvinvointialueet suunnittelevat muun muassa vaativan tekonivel- ja syöpäkirurgian jatkamista



sairaaloissa, joiden leikkausmäärät jäävät selvästi alle lain vaatimien minimirajojen. Alituksia perustellaan löyhästi pitkillä välimatkoilla ja päivystysvalmiuden ylläpidolla. Laki edellyttää tällaisissa poikkeustapauksissa tiivistä ja konkreettista yhteistyötä yliopistosairaaloiden kanssa laadun varmistamiseksi, mutta sopimusluonnokset eivät tarjoa tästä sitovia takeita.

Hyvinvointialueiden välinen resurssikilpailu on saatava hallintaan. Nykytila, jossa julkiset sairaalat ylläpitävät päällekkäistä ja kustannustehotonta kilpailua samoista erikoislääkäreistä ja hoitajista sekä keskenään että ostopalvelu- ja vuokratyömarkkinoilla, on kokonaistaloudellisesti kestävä ja luo merkittäviä haasteita tulevan hallituskauden sopeutustavoitteiden saavuttamiselle. Velvoittavampi työnjako hillitsisi tätä haitallista kilpailua. Kokoamalla raskasta leikkaustoimintaa harvempiin yksiköihin varmistetaan samalla kalliiden investointien – kuten leikkaussalien – korkea käyttöaste ja toiminnan kohentunut tuottavuus.

Toimintojen karsiminen ei kuitenkaan tuo säästöjä automaattisesti. Keskittäminen vaatii aina huolellista vaikutusarviota, jossa huomioidaan potilassiirtojen ja ensihoidon kustannukset. Säästöjä syntyy vasta, kun päällekkäistä palvelutuotantoa tai ostopalveluita pystytään tosiasiallisesti purkamaan jostain muualta.

Sairaaloiden selkeämpi profiili turvaa lähipalvelut

Julkisessa keskustelussa raskaan kirurgian keskittäminen nähdään usein uhkana alueen lähipalveluille. Tilanne on todellisuudessa päinvastainen: työnjako on suunniteltava siten, että väestön tarvitsema akuutti-päivystys voidaan turvata maantieteellisesti kattavasti.

Yksi ratkaisu tähän on sairaaloiden profiilien selkiyttäminen. Kyse ei ole valinnasta "leikkaavien" ja "ei-leikkaavien" sairaaloiden välillä, vaan toimivasta kansallisesta työnjaosta:

- Jokaisessa keskussairaalassa säilytetään jatkossakin laadukas akuuttipäivystys sekä vahva konservatiivisten alojen (kuten sisätautien, neurologian ja geriatrian) ympärivuorokautinen erikoissairaanhoito.
- Vain osassa keskussairaaloista ylläpidetään tämän lisäksi raskasta, ympärivuorokautista leikkaus- ja anestesialuonnetta (operatiivista toimintaa).
- Pientä erityisen vaativaa osaa erikoissairaanhoitoon toiminnasta on tarkoituksenmukaista ylläpitää muutamassa tai yhdessä sairaalassa (yliopistosairaalat ja HUS).

Kun päällekkäisistä, raskaista leikkausvalmiuksista luovutaan niissä sairaaloissa, joiden potilasmäärät ja henkilöstö eivät ole riittäviä, vapautuu näillä hyvinvointialueilla resursseja tärkeämpään. Näillä resursseilla voidaan turvata laadukas, konservatiivisiin aloihin ja akuuttilääketieteeseen nojaava päivystysverkko, joka hoitaa asukkaiden yleisimmät tarpeet: infektiot, tapaturmat sekä pitkäaikaissairauksien akuutit pahenemisvaiheet. Sairaaloiden selkeämpi profilointi kohdentaa ammattilaisten työpanoksen oikein ja turvaa erikoissairaanhoitoa lähipalvelut vaarantamatta potilasturvallisuutta tai uuvuttamatta rajallista henkilöstöä.

Lainsäädännön ja ohjauksen kehittämistarpeet

Palvelujärjestelmän vakauden ja asukkaiden yhdenvertaisuuden turvaaminen edellyttää tulevalle vaalikaudella lainsäädännön täsmentämistä. Velkajarrun luoma talouden sopeutuspaine edellyttää siirtymistä nykyisestä vapaaehtoiseen sopimiseen perustuvasta puitelainsäädännöstä tarkempaan sääntelyyn erityisesti erikoissairaanhoitossa ja muissa vaativissa palveluissa. Kansallisen ohjauksen ja yhteistyöalueiden (YTA) on muodostettava alueille johdonmukainen ja sitova kehys riippumatta siitä päätetäänkö alueiden määrän vähentämisestä.

STM virkakunta on kartoittanut tarpeelliseksi arvioituja lainsäädäntö- ja ohjauslinjauksia:

- YTA-sopimusten aikataulujen ja päätöksenteon täsmentäminen

Sote-järjestämislakia (36 §) ja muuta lainsäädäntöä on muutettava niin, että hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksille (YTA-sopimus) asetetaan selkeät määräajat. Lakisääteisten yhteistyövelvoitteiden – kuten tietojärjestelmien yhtenäistämisen, ensihoidon ja harvoin tarvittavien palveluiden – ratkaisemista ei saa enää lykätä myöhempiin alasopimuksiin ilman sitovaa aikataulua ja suunnitelmaa. Jotta yksittäinen alue ei voisi jarruttaa koko YTA-alueen ratkaisuja, on syytä harkita asukaslukuun



perustuvia enemmistöpäätösmalleja. Lainsäädännön rinnalla on tarpeen hyödyntää myös taloudellisia kannustimia (esim. erillistä hankerahoitusta) keskittämistä tukeville alueille silloin, kun sitovaa lainsäädäntöä ei saada aikaiseksi. Hyvinvointialueiden, yhteistyöaluerakenteesta riippumaton, yhteistyö on myös huomioitava nykyistä selkeämmin lainsäädännössä.

- Valtioneuvoston perälahtamenettelyn kytkeminen määräaikoihin

Jos hyvinvointialueiden työnjako perustuu jatkossakin pitkälti sopimiseen, sote-järjestämislain 38 §:n mukaista valtioneuvoston puuttumisoikeutta on täsmennettävä. Tavoitteena ei ole velvoittaa valtioneuvostoa tekemään päätöksiä alueiden puolesta, vaan luoda sille selkeä ja ennakoitava mandaatti: jos alueet eivät laissa asetettuun määräaikaan mennessä saavuta kriteerit täyttävää työnjakosopimusta, valtioneuvostolle muodostuu selkeä menettely ja oikeus päättää työnjaosta potilasturvallisuuden turvaamiseksi.

- Investointiohjauksen kytkeminen työnjakoon

Hyvinvointialueiden investointisuunnitelmien hyväksyminen ja lainanottovaltuuksien (investointiluvat) muuttaminen on sidottava tiiviisti YTA-sopimusten ja lainsäädännön noudattamiseen. Valtakunnallisesti tärkeistä investoinneista (ml. IT) tehdään kansallinen investointisuunnitelma ja säädetään hyvinvointialueille velvoite noudattaa sitä. Investointien ohjauksella on varmistettava, ettei investointeja hyväksytä kalliille sairaala- tai ICT-hankkeille, jotka ylläpitävät alueellista päällekkäisyyttä ja ovat ristiriidassa kansallisen investointisuunnitelman kanssa.

- Erikoissairaanhoidon minimivolyymeistä poikkeaminen ja yliopistosairaalan mandaatti

Terveystieteidenhuoltolaissa (45 § ja 50 §) säädetyistä erikoissairaanhoidon edellytyksistä sekä asetuksissa määritellyistä operatiivisen toiminnan minimivolyymeistä poikkeaminen on tehtävä nykyistä tiukemmaksi. Poikkeusluvut on sidottava laissa selkeisiin taloudellisiin ja laadullisiin ehtoihin sekä objektiiviseen, jatkuvaan potilasturvallisuuden valvontaan. Tämä laadunseuranta tulee toteuttaa yhteistyöalueen yliopistosairaalan johdolla. Koska yliopistosairaaloiden mandaatti tällaiseen alueelliseen arviointiin on nykyisellään epäselvä, toimivalta on lainsäädännössä selkeytettävä.

- Valtakunnallisen työnjaon ja keskittämisen tarkentaminen

Voimassa oleva laki ei määrittele riittävän sitovasti ja yksityiskohtaisesti, miten ja millä perusteilla hyvinvointialueiden, yhteistyöalueiden ja yliopistosairaaloiden tulisi sopia valtakunnallisesti keskitettävistä tehtävistä. Lakiin on selkeytettävä sekä velvoite että toimivalta näiden asioiden sopimiseen.

- Sote-lainsäädännön tarkastelu kokonaisuutena

Nykyinen sote-lainsäädäntö (mm. järjestämislaki, terveydenhuoltolaki, sosiaalihuoltolaki, lastensuojelulaki, mielenterveyslaki, vammaispalvelulaki, vanhuspalvelulaki, asiakastietolaki ja näiden asetukset) muodostaa moniportaisen järjestelmän, jonka muutostarpeita on tarkasteltava kokonaisuutena. Tulevan hallituskauden jopa 2,3–4,4 miljardin euron säästötavoitteita on vaikea saavuttaa pelkällä ohjauksen lainsäädännön keventämisellä tai tiukentamisella. Merkittäviin säästöihin päästään selkeyttämällä sote-lainsäädäntöä ja samalla harkitusti osin keventämällä ja osin lisäämällä hyvinvointialueiden velvoitteita, jotta väestön tarvitsemien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestäminen mahdollistuu nykyistä joustavammin ja kansallisesti kustannustehokkaammin.

Yhteenveto

Sote-järjestelmän kestävyys turvaaminen tulevaisuuden tiukentuvassa talousraamissa edellyttää valtion, yhteistyöalueiden ja hyvinvointialueiden toiminnan yhteensovittamista. STM:n virkavalmistelun perusteella on selvää, että siirtyminen kohti velvoittavampaa työnjakoa tukee hyvinvointialueita niiden tärkeimmässä tehtävässä: lakisääteisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisessa alueen asukkaille. Selkeällä työnjaolla, yhtenäisellä lainsäädännöllä ja napakalla ohjauksella voimme turvata ammattitaitoisen henkilöstön riittävyyden, hillitä kustannusten kasvua ja taata laadukkaat, tarpeenmukaiset palvelut kaikille suomalaisille myös tulevaisuudessa.