

# Metropolijaoston raportti

---

## *Valmistelutyöryhmän metropolijaoksen tehtävänä oli 31.10.2013 mennessä*

- selvittää, kuinka perustasoa, sote-alueita, ja sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueita koskevat yleissäännökset ovat sovellettavissa metropolialueella ja miltä osin on tarvetta erityissääntelyyn
- tehdä ehdotuksensa metropolialueelle (14 kuntaa) muodostettavien sote-rakenteiden muodostumisperiaatteista ottaen huomioon nykyisen HUS:n alueelle muodostuva kuntarakenne
- tehdä ehdotus erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon erityispalveluiden tuotantolaitosten omistuksesta ja hallinnasta em. rakenteissa
- selvittää HUS:n tukipalveluiden tuotanto-organisaatioiden asema uudistuksessa siten, että saavutettuja mittakaavaetuja ei vaaranneta
- tehdä ehdotus ruotsinkielisten väestön palveluiden turvaamisesta ja kehittämisestä

Tehtävänsä toteuttamiseksi jaosto on järjestänyt kuusi kuulemistilaisuutta, joiden yhteenveto on tämän raportin liitteenä. Jaoston väliraportti (2.10.2013) on käsitelty valmisteluryhmän kokouksessa 16.10.2013.

Toimeksiannon mukaisesti jaosto on tarkastellut sote-rakenteiden muodostumista erityisesti 14<sup>1</sup> kunnan metropolialueen näkökulmasta. Jaosto on työssään ottanut huomioon koko nykyiselle HUS-alueelle muodostuvan kuntarakenteen<sup>2</sup>. Sote-rakenteiden muodostumista on jaoston näkemyksen mukaan tarkoituksenmukaista tarkastella koko HUS-alueen kattavana kokonaisuutena. Tämä on tullut esiin myös kuulemisissa.

Kuntarakenteen ohella tarkastelussa on otettava huomioon ne metropolialueen erityispiirteet, joiden osalta alue merkittävästi poikkeaa muusta maasta. Näitä tarkastellaan yksityiskohtaisesti loppuraportin liitteessä. Koordinaatiotyöryhmän linjauksista olisi tarkoituksenmukaista ja tarve joiltain osin poiketa metropolialueen osalta johtuen alueen erityispiirteistä. Jaosto arvioi, että tämä aiheuttaa jossain määrin erityissääntelyn tarvetta.

---

<sup>1</sup> Metropolialueella tarkoitetaan yleensä neljätoista vapaaehtoisesta yhteistyön piirissä olevaa kuntaa eli neljän pääkaupunkiseudun kaupungin Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen, lisäksi 10 ympäryskuntaa: Kirkkonummi, Vihti, Pornainen, Nurmijärvi, Hyvinkää, Tuusula, Järvenpää, Mäntsälä, Kerava ja Sipoo. Pukkila ja Myrskylä kuuluvat Uudenmaan maakuntaan, mutta Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään.

<sup>2</sup> Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) muodostavat 24 kuntaa (Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi, Raasepori, Hanko, Inkoo, Hyvinkää, Nurmijärvi, Järvenpää, Tuusula, Mäntsälä, Pornainen, Porvoo, Sipoo, Askola, Loviisa, Lapinjärvi, Lohja, Siuntio, Vihti, Karkkila).

Olenaisiin muusta maasta erottuva piirre on se, että samalla tiiviillä työssäkäyntialueella asuu 1,5 miljoonaa ihmistä kunnissa, joista kolme on yli 200 000 asukkaan suuruisia ja 15 yli 20 000 asukkaan suuruisia. Koordinaatioryhmän yleisten linjausten mukaan samalla työssäkäyntialueella ei voi olla kuin yksi sote-alue ja yli 20 000 asukkaan kunnat voivat toimia perusvastuualueen vastuukuntina.

Jaosto on tarkastellut järjestämistä osin tai laajemmin erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta. On kuitenkin otettava huomioon, että mikäli laajan perustason sote-palvelut siirtyisivät kunnilta yhteisesti järjestettäväksi, tällä olisi kuntien itsehallinnon näkökulmasta merkittäviä vaikutuksia ja asiaa tulisi jatkovalmistelussa tarkastella myös perustuslain näkökulmasta. Toisaalta tämä haaste ei poikkea maan muiden sote-alueiden muodostamisen haasteista; niissäkin merkittävä osa kunnan nykyisistä tehtävistä siirtyisi sote-alueen vastuulle.

### **Keskeiset koordinaatiotyöryhmän ja sote-väliraportissa esitetyt ja metropolialuetta koskevat linjaukset**

Erityisesti seuraavat koordinaatiotyöryhmän linjaukset (yleissäännösten ohella) ovat oleellisia tarkasteltaessa metropolialueelle ja/tai HUS-alueelle muotoutuvia sote-rakenteita:

#### Sote-alueiden muodostamisen kriteerit:

Maakuntien keskuskaupungit järjestävät laajan perus- ja erikoistason palvelut. Samalla maakunnan keskuskaupungin on toimittava sote-alueen vastuukuntana.

Maakunnan kaikkien kuntien ei tarvitse kuulua keskuskaupungin pohjalle muodostettavaan sote-alueeseen .

Muut (kuin maakuntien keskuskaupungit) vähintään noin 50 000 asukkaan työssäkäyntialueen keskuskunnat kuin maakuntien keskuskunnat voivat toimia sote-alueen vastuukuntana (edellytyksenä riittävä kantokyky).

Liitosten perusteella voi syntyä uusia yli 50 000 as kuntia, joilla voi olla oikeus järjestää sote-palvelut. Kunnalla ei kuitenkaan ole velvollisuutta toimia sote-alueen vastuukuntana.

Kunta, jossa on vähintään noin 50 000 asukasta voi järjestää itse laajan perus- ja erikoistason sote-palvelut omille asukkailleen. Kuitenkin, jos samalla työssäkäyntialueella on useita vähintään noin 50 000 asukkaan kuntia, alueen vastuukunta järjestää sote-palvelut muille vähintään noin 50 000 asukkaan kunnille. Nämä muut kunnat kuuluvat sote-alueeseen.

Metropolialueella olevien vähintään noin 50 000 asukkaan kuntien oikeus järjestää sote-palvelut päätetään erikseen metropolialueelle muodostuvan kuntarakenteen perusteella.

#### Perustaso:

Perustason alueella (vähintään noin 20 000 – 50 000) on oikeus, muttei velvollisuutta järjestää perustason sote-palvelut. Tämä on samansisältöinen kaikilla, poikkeuksena ne, jotka saavat oikeuden järjestää peruserikoissairaanhoidon palveluja (lupa tapauskohtaisen harkinnan perusteella). Jos tämä kunta on työssäkäyntialueen tai muun toiminnallisen kokonaisuuden keskuskunta, se järjestää perustason palvelut tällaiseen toiminnalliseen

kokonaisuuteen kuuluville alle 20 000 asukkaan kunnille. Hallintomallina aina vastuukuntamalli.

Alle 20 000 asukkaan kunnat saavat lakisääteiset palvelut joko sote-alueelta tai perustason alueelta

## HUS:n alueelle muodostuva kuntarakenne

Muotoutuva kuntarakenne ei metropolialueen eikä laajemman alueen osalta ole tässä vaiheessa tiedossa ja vaihtoehtoja on vielä useita.

Kuntajakoselvityksiä on käynnistynyt osan kunnista kesken. Hallituksen rakennepoliittisen ohjelman 29.8.2013 linjausten mukaisesti tullaan myös käynnistämään syksyllä 2013 erityinen kuntajakoselvitys. Muotoutuva kuntarakenne on tiedossa vasta, kun kunnat 1.7.2013 voimaan tulleen rakennelain mukaisesti tekevät nyt käynnistyneiden tai käynnistytävien kuntajakoselvitysten pohjalta päätökset mahdollisista yhdistymisistä, mikä käytännössä merkinnee loppusyksyä 2014.

Jaosto ei ota kantaa siihen, millainen olisi alueen tarkoituksenmukainen kuntarakenne. Jaosto on kuitenkin tarkastellut käynnistytävien/käynnistyneiden kuntajakoselvitysten, hallituksen linjausten sekä kuntien kuulemisten ja jo aiemmin annettujen lausuntojen (mm. metropolialueen esiselvitys) perusteella vaihtoehtoisia kuntarakenteita ja sitä, mitä eri vaihtoehdot sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden näkökulmasta merkitsisivät.

Koska sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen näkökulmasta oleellisia eivät kaikkien kuntien osalta niinkään ole yksittäiset kuntarakenteessa tapahtuvat muutokset vaan ennemminkin muutoksen suuruus, on jaosto vaihtoehtoina pääsääntöisesti tarkastellut:

1. mahdollisuutta, että käynnistyvät kuntajakoselvitykset johtaisivat merkittäviin kuntarakenteen muutoksiin sekä
2. mahdollisuutta, että alueella tapahtuu pienempiä kuntaliitoksia, mutta kuntarakenteessa ei tapahdu suuria muutoksia.

Lisäksi on otettava huomioon mahdollisuus, ettei liitoksia lainkaan tapahdu.

Metropolialueen kunnista **kahdeksan Kuuma-kuntaa** eli Hyvinkää, Järvenpää, Kerava, Tuusula, Nurmijärvi, Mäntsälä, Sipoo ja Pornainen ovat käynnistäneet kuntajakoselvityksen. Siten merkittävät muutokset voisivat tarkoittaa em. kuntien yhdistymistä. Selvityksen pohjalta voidaan päätyä myös tilanteeseen, jossa em. kunnista osa yhdistyisi, jolloin myös voisi muodostua uusia yli 50 000 as. kuntia. Mahdollista on myös, ettei liitoksia tapahtuisi.

Muun muassa pääkaupunkiseudun eli nk. ydinmetropolialueen (Helsinki, Espoo, Kauniainen, Vantaa) osalta kuntarakennevaihtoehtoja on useita. Espoo, Kauniainen, Vihti ja Kirkkonummi ovat käynnistäneet liitosselvityksen. Lisäksi erityinen selvitys käynnistyy syksyn 2013 aikana. Valtiovarainministeriön esityksen mukaan se koskisi Helsingin ja Vantaan ohella Espoota, Kauniaisia, Kirkkonummea, Sipoota, Keravaa, Tuusulaa ja mahdollisesti Vihtiä. Huolimatta liitosselvityksistä on kuntien lausunnoissaan esittämien kantojen perusteella otettava huomioon myös se vaihtoehto, että pääkaupunkiseudun kolme suurinta kuntaa samoin kuin muut em. kunnat säilyvät itsenäisinä.

**Itä-Uudenmaan osalta** merkittävät kuntarakenteessa tapahtuvat muutokset voisivat tarkoittaa tilannetta, jossa nyt käynnistymässä olevaan Itä-Uudenmaan kuntajakoselvitykseen osallistuvat kunnat (Porvoo, Loviisa, Lapinjärvi, Askola, Myrskylä, Sipoo, Pornainen) yhdistyisivät. Tällöin muodostuisi selkeästi yli 50 000 asukkaan uusi kunta. Maltillisia vaihtoehtoja voivat olla osan em. kunnista yhdistyminen tai tilanne, jossa yhdistymisiä ei tapahdu.

Länsi-Uudenmaan osalta Lohjan, Siuntion, Karkkilan sekä mahdollisesti Inkoon yhdistyessä muodostuisi selkeästi yli 50 000 asukkaan uusi kunta, kun vastaavasti taas esimerkiksi Raaseporin, Hangon ja mahdollisesti Inkoon yhdistyessä väestöpohja jäisi alle 50 000 asukkaan. Länsi-Uudellamaalla ei liitosselvitysten käynnistämisestä toistaiseksi kuitenkaan ole päätöksiä ja siten mahdollinen on myös tilanne, jossa osa kunnista yhdistyy tai yhdistymisiä ei tapahdu. Lohjan kaupunki on tuonut esiin halunsa kuulua valmisteilla olevaan metropolihallintoon.

Metropolihallintoa valmisteleva työryhmä. Rakennelain mukaan metropolialueen 14 kunnan tulee liitosselvityksissään arvioida myös kuntien yhdistymisen suhdetta metropolihallinnon tarpeeseen. Hallituksen rakennepoliittisessa ohjelman 29.8.2013 mukaisesti valtiovarainministeriö käynnisti valmistelun metropolihallinnon perustamiseksi alueelle. 4.10.2013 asetetun, metropolihallintoa koskevaa lainsäädäntöä valmistelevan työryhmän tehtävinä on mm. valmistella ehdotukset metropolihallinnon aluerajauksista, metropolihallinnon rahoituksen ja päätöksenteon järjestämisestä, metropolihallinnon tehtävistä sekä kuntien, valtion ja muiden toimijoiden sekä metropolihallinnon välisestä toimivallanjaosta. Rakennepoliittisen ohjelman mukaan metropolihallinnon tehtävien tarkka sisältö ja laajuus ovat kytköksissä alueella tapahtuvien liitosten laajuuteen.

## **Vaihtoehdot sote-rakenteeksi metropolialueella**

### Soterakenteiden muodostumisperiaatteet ja niistä poikkeaminen

Valmisteilla olevan sote-järjestämislain tavoitteet ja pääperiaatteet ovat samat koko maassa.

Tiivistetysti:

- 1) Laaja järjestämisvastuu annetaan kantokykyisille (kunnille ja) sote-alueille.
- 2) Sote-alueet voivat sopia keskenään keskitettävästä palvelutuotannosta.
- 3) Erityisvastuualueet koordinoivat sote-alueiden yhteisiä tehtäviä.

Näistä pääperiaatteista ei ole tarpeen poiketa metropolialueella.

Nykyisellä kuntarakenteella ja mikäli koordinaatiotyöryhmän linjaukset tulisivat sellaisenaan sovellettaviksi metropolialueelle, ja laajemmin HUS-alueelle, merkitsisi tämä mm. seuraavaa:

Väestöpohjakriteerit (vähintään noin 20 000 ja vähintään noin 50 000) merkitsisivät metropolialueen olosuhdetekijät huomioivan tiukan tulkinnan mukaan, että:

Selkeästi yli 50 000 as. kuntia ovat Helsinki, Espoo ja Vantaa. Hyvinkää (45 527), Porvoo (49 000) ja Lohja (47 000) jäävät tiukan tulkinnan mukaan tämän rajan alle.

Selkeästi yli 20 000 eli perustason alueina voisivat toimia kunnista Hyvinkää, Porvoo, Lohja, Järvenpää, Kerava, Kirkkonummi, Tuusula, Nurmijärvi, Raasepori, Vihti ja Mäntsälä. Sipoo olisi rajatapaus (18 739).

Selkeästi alle 20 000 asukkaan ovat Inkoo, Askola, Hanko, Lapinjärvi, Loviisa, Pornainen, Kauniainen, Karkkila, Siuntio.

Helsinki maakunnan keskuskaupunkina toimisi sote-alueen vastuukuntana.

Muut yli 50 000 asukkaan kunnat mukaan lukien Espoo ja Vantaa kuuluisivat em. sote-alueeseen, koska ne kuuluvat Helsingin työssäkäyntialueeseen (Tilastokeskuksen 10 % pendelöinnin mukaan) eivätkä ne voisi järjestää perustason ylittäviä palveluita.

Saman periaatteen mukaisesti mikäli alueelle syntyisi uusia, yli 50 000 asukkaan kuntia, myös ne kuuluisivat Helsingin sote-alueeseen (pendelöintikriteeri).

Alueelle voisi muodostua perustason alueita, joissa vastuukuntina olisi 20 000 as – 50 000 as. kuntia ja ne voisivat järjestää perustason sotepalvelut osin myös muille, alle 20 000 as kunnille. Perustason alueita muodostuisi lukuisia.

Jaoston näkemyksen mukaan sote-rakenteiden muodostumiskriteerien soveltaminen edellä kuvatulla tavalla johtaisi metropolialueella ja nykyisellä HUS-alueella epätarkoituksenmukaisiin ja uudistuksen tavoitteiden vastaisiin rakenteellisiin ratkaisuihin. Siten uudistuksen toimeenpano edellyttää joitakin erityissääädöksiä.

Keskeisiä perusteluja on kaksi:

1. Sote-rakenteiden muodostumiskriteerit eivät ole muuhun maahan verrattavalla tavalla suhteessa alueen väestön pendelöintiin ja palveluiden käyttöön (lyhyet välimatkat, liikenneyhteydet ja väestökeskittymät) Näin ollen sote-alueiden muodostumisen kriteerit eivät sellaisinaan sovellu metropolialueelle.
2. HUS:n sairaalayksiköiden työnjako ja vakiintunut käyttö ovat luonteeltaan ylikunnallisia ja ylittävät nykyisten HUS:n sisäisten sairaanhoitoalueiden rajat. Kuulemisten perusteella HYKS/HUS:n säilyttämisestä yhtenäisenä sairaalana vallitsee omistajakuntien kesken yksimielisyys, työnjakoa ei haluta olennaisesti muuttaa, eikä yksikään HUS:n omistajakunta ole halukas ottamaan sairaaloita omaan organisaatioonsa.

Näistä syistä johtuen alueella tulisi voida osin poiketa muuta maata koskevista sote-kriteereistä. Jaosto on tästä näkökulmasta käsin alustavasti tarkastellut vaihtoehtoisia tapoja rakenteiden muodostumisperiaatteiksi ja ratkaisusta johtuvaa erityissääntelyn tarvetta.

## **Muodostumisperiaatteiden soveltaminen alueella käytännössä ja vaihtoehdot**

Yleissäännön mukaisesti metropolialueen sote-ratkaisun on perustuttava muodostuvalle kuntarakenteelle. Jaoksen näkemyksen mukaan sovellettaessa yleissääntöä metropolialueelle ja laajemmin koko HUS-alueelle ovat huomioitavia tiivistetyksi ainakin seuraavat havainnot ja näkökohdat:

Työssäkäyntialueen kriteeri tekisi Helsingistä koko HUS alueen vastuukunnan, mikä ei vaikuta olevan käytännössä mahdollista.

Vähintään noin 50 000 asukkaan väestöpohjan merkitys laajan järjestämisvastuun kriteerinä on metropolialueella olennaisesti vähäisempi kuin harvemmin asutuilla ja pidempien etäisyyksien alueilla.

Mikäli kuntajakoselvitysten pohjalta päädyttäisiin yhdistymisiin, olisi metropolialueelle jäämässä vain yksittäisiä vähintään noin 20 000 asukkaan kuntia.

Metropolialueella 50 000 väestöpohjakriteerin täyttyminen kuntien yhdistymisten seurauksena ei tosiasiallisesti parantaisi nyt sen alle jäävien vastuukuntien (Lohja, Porvoo) edellytyksiä ylläpitää erikoissairaanhoidon, vaan kunnat haluavat edelleen HYKS:n tukea. Kilpavarustelun uhka olisi kuitenkin ilmeinen.

Myös Hyvinkään sairaala, jonka omistajakuntien väestöpohja on joka tapauksessa yli 100 000 asukasta, käyttää HYKS:ä huomattavasti enemmän kuin keskimääräinen keskussairaala vastavasti oman erä-alueensa yliopistosairaala (kuntakohtaisesti noin 30% - 50% esh:n laskutuksesta maan ”yleisen tason” ollessa 5-20 %). Nykyistä työnjakoa pidetään pääpiirteissään onnistuneena eikä siihen ole perusteltua sallia suuria muutoksia, vaikka Hyvinkään sairaala siirtyisi muodostuvan sote-alueen haltuun.

Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla ei ole tahtotilaa ottaa kaupungissa sijaitsevaa HYKS:n sairaalaa kaupunkien omaan organisaatioon. Helsingin sairaalat, Jorvi ja Peijas nähdään yhtenä kokonaisuutena, jota väestö käyttää yli kuntarajojen sairaaloiden työnjaon mukaisesti.

Hyks-sairaanhoidon alueen kunnat ovat ilmaisseet yhteisen tahtonsa Hyks-sairaalan säilyttämisestä.

Vaikka kuntien lopulliset päätökset kuntaliitoksista puuttuvat vielä pitkään, tarkoituksenmukaisen sote-järjestämisen periaatteet on perusteltua ja mahdollista linjata metropolialueelle ja laajemmin koko HUS-alueelle jo syksyn 2013 aikana. Jaos on hahmottanut todennäköisesti muodostuvaa kuntarakennetta ja niitä vaihtoehtoja, joiden pohjalta metropolialueen **sote-alueet ja perusvastualueet** muodostettaisiin.

Helsingin, Espoon ja/tai Vantaan välinen kuntaliitos ei ole liitosselvityksistä huolimatta kuntien toistaiseksi eri yhteyksissä antamien lausuntojen perusteella todennäköisin vaihtoehto alueen kuntarakenteen kehittämiseksi. Jaosto näkee yhteisen sote-alueen perustamisen tässä vaiheessa epärealistisena, koska kunnat eivät luovu oikeudesta järjestää väestönsä tarvitsemat peruspalvelut itsenäisesti. Siten kukin kunta olisi oma sote-alueensa. Olennaista eroa ei jaoston mukaan aiheuttaisi, vaikka selvitettävänä oleva Espoon läntinen kuntaliitos tai joku muu pääkaupunkiseudun/ydinmetropolin mahdollinen kuntaliitos toteutuisi.

Keski-Uudellamaalle syntyyneen jaoston näkemyksen mukaan lähtökohtaisesti kantokykyinen sote-alue.

Lohjan, Raaseporin ja Porvoon ympärille syntyvät kunnat tai yhteenliittymät ovat jaoston näkemyksen mukaan kaikissa vaihtoehdoissa niin pieniä, että ne on tarkoituksenmukaista määritellä metropolikontekstissa ja alueen erityispiirteiden johdosta perustason alueiksi. Orpon koordinaatioryhmän linjausten mukaan Stm voisi kuitenkin antaa niille rajoitetun oikeuden erikoissairaanhoidon tuotantoon yhteistyössä HYKS:n kanssa.

Pääkaupunkiseudun reuna-alueille voi jäädä joitakin vähintään noin 20 000 asukkaan kuntia, jotka haluaisivat järjestää itse omat peruspalvelunsa kuulumatta mihinkään muuhun alueeseen. Kyseisessä tapauksessa kunnat ovat ilmaisseet halunsa jatkaa erityispalveluiden hankintaa HYKS:ltä (esim. Kirkkonummi, Vihti, Kerava).

Laajan järjestämävastuun yleissäännön soveltaminen metropolialueella (m.l. vaihtoehto, että Helsingillä, Espoolla ja Vantaalla olisi täysi laajan perus- ja erityistason vastuu itsellään) johtaisi nykyisen HYKS:n ja laajemmin HUS:n sairaaloiden hallinnolliseen ja mahdollisesti myös tuotannolliseen pilkkoutumiseen. Sen väistämättömänä seurauksena olisi kehitys kohti kolmea muutaman kymmenen kilometrin välein sijaitsevaa keskussairaalaa ja 3-4 suurehkoa aluesairaalaa, joista osa on kooltaan suurempia kuin monet maamme nykyisistä keskussairaaloista. Yli kymmenen vuoden keskittämistoimilla saavutettu laatu- ja mittakaavaetu menetettäisiin. Jaosto katsoo, että tämä olisi sote-uudistuksen tavoitteiden vastainen kehitys. Kuulemisten perusteella se ei myöskään ole metropolialueen kuntien tahtotilan mukaista.

Sosiaalihuollon erityispalveluiden osalta kunnilta ja nykyisiltä vastuuorganisaatioilta saatujen lausuntojen perusteella laajan, koko HUS-alueen palvelutarpeeseen vastaavan yhteistoiminnan tarve on jatkossakin erityistarpeiden harvinaisuuden takia ilmeinen.

Edellisestä johtuu, että **erityispalveluiden järjestämävastuun** toteutusta ei metropolialueella ja laajemmin HUS-alueella ole perusteltua pirstoa nykyisestä, vaan sen tulee jatkossakin olla alueelle muodostuvien sote-alueiden ja perusvastuualueiden rajat ylittävää ja yhteistä. Jaoksen näkemyksen mukaan erityissääntelyä harkittaessa tulee ottaa huomioon kolme toimeenpanon vaihtoehtoa:

Useamman kunnan yhtenäisen järjestämävastuun malli. Tässä vaihtoehdossa sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalveluiden järjestämävastuu olisi muodostuvien suurten kaupunkien ja muiden sote-alueiden ja mahdollisesti joidenkin perustason alueiden perustamalla uudella *erityispalveluiden* järjestäjällä. Erona nykytilaan olisi nykyistä selkeämmät omistussuhteet ja sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalveluiden integrointi samaan organisaatioon.

Kunta/sotealuekohtaisen järjestämisen malli. Tässä vaihtoehtona olisi yhteinen *erityispalveluiden tuotanto-organisaatio* ja erittäin tiukka erva-järjestämissopimus, jolla pyrittäisiin estämään kilpavarustelu. Erona nykytilaan olisi se, että erityispalveluiden osalta järjestämävastuu jakautuisi nykyistä pienemmille järjestäjille. Toisaalta muodostuisi kunta- tai sote-aluekohtainen järjestämävastuun kokonaisuus.

Ylikunnallisen järjestämävastuun malli. Tässä vaihtoehtona olisi kaikkia sote-palveluja koskeva yhteisen, ylikunnallisen ja integroidun järjestämävastuun toteuttaminen. Käytännössä tämä tarkoittaisi, että perustettaisiin *ylikunnallinen, järjestämävastuussa oleva sote-organisaatio*.

Käytännössä kaikki vaihtoehdot tarkoittavat sitä, että HYKS:n ja erityishuoltopiirien nykyisiä tehtäviä vastaavat palvelut olisi järjestettävä metropolialueella ja laajemmin koko HUS:n 24 kunnan alueella jatkossakin yhteisvastuullisesti kunnan/sote-alueen koosta riippumatta. Ylikunnallisen organisaation hallintomallina voi lähtökohtaisesti olla joko kuntayhtymä tai vastuukuntamalli; yhteisen tuotanto-organisaation voi omistaa joko vastuukunta, kaikki alueen kunnat tai joku niiden yhdistelmä. Lyhyet välimatkat ja väestön runsas liikkuvuus alueella puoltavat tällaista integraatiota, joka tapahtuisi tarkemmin määriteltävien erityispalveluiden tasolla. Tässä raportissa erityispalveluilla tarkoitetaan nykyisen lainsäädännön mukaisia kehitysvammaisten erityispalveluita, vaativaa ja erityisen vaativaa erikoissairaanhoidon sekä erityisen vaativia sosiaalipalveluita. Näiden metropolialueen erityispalveluiden sisältöä on kuvattu alustavasti tarkemmin liitteessä ”metropolialueen erityispiirteet”.

## Pohdinta ja jatkotyön aiheet

**Metropolialueella sote-uudistuksen keskeiset tavoitteet** ovat alueen koko väestön yhdenvertaisuus, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, segregaaion vastustaminen ja palvelutuotannon kustannustehokkuus. Tavoitteet ovat yhdenmukaiset sote-järjestämislain tavoitteiden kanssa.

Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää merkittäviä muutoksia nykytilaan myös metropolialueella. Isot hallinnolliset muutokset vaativat muutuskustannuksiin varautumista, toimeenpanon resurssointia ja muutoksen johtamista.

Jaoston näkemyksen mukaan **optimaalinen malli olisi ylikunnallisen järjestämisvastuun malli**. Yksi yhteinen järjestämisvastuu mahdollistaisi metropolialueella palveluiden kattavan integraation, estäisi osaltaan tehokkaimmin segregaaiota ja kuntien välistä eriytymistä ja avaisi mahdollisuuksia monikanavaisen rahoituksen purkamiselle. Kyseessä olisi todella merkittävä ja suuri uudistus, jota kohti olisi jaoksen näkemyksen mukaan vaiheittain edettävä.

Sote-uudistuksen suhde metropolihallintoon on useasti noussut esille jaoksen järjestämissä kuulemisissa. Kuntien näkemykset siitä, pitäisikö hallituksen rakennepoliittisessa ohjelmassa mainittu metropolihallinto huomioida alueen sote-vaihtoehtoja pohdittaessa, ovat olleet vastakkaisia. Jaos pitää perusteltuna käydä jatkossa keskustelua ja analysoida yksityiskohtaisemmin sitä, kuinka monta kuntayhtymää tai muuta ylikunnallista organisaatiota 14 kunnan metropolialueelle on pidemmällä aikavälillä tarkoituksenmukaista perustaa. Jatkotyössä on myös pohdittava, millaista erityissäätelyä HUS:n muiden jäsenkuntien alueelle muodostuvat sote-alueet tässä tapauksessa tarvitsisivat (ks. liite)

**Tasavahvoina vaihtoehtoina jaos pitää kahta muuta mallia. Useamman kunnan yhtenäisen erityispalveluiden järjestämisvastuun mallissa** muutos nykytilaan olisi kaikkein vähäisin. Jaoksen näkemyksen mukaan mallin ja siten myös sote-alueiden muodostamista koskevien erityissäännösten (ks. liite) tulisi lähtökohtaisesti koskea koko nykyistä HUS:n aluetta. Malli olisi ongelmaton omistusjärjestelyjen ja tukipalveluiden järjestämisen näkökulmasta. Muutuskustannukset olisivat pienet ja kiistatta perusteltavissa, koska näyttöä ylikunnallisen järjestämisvastuun hyödyistä on olemassa. Toisaalta askellus kohti uudistuksen tavoitteita olisi kaikkein vaatimattominta, koska malli turvaisi yhdenvertaisuutta ja estäisi



segregaatiota vain vaativimmissa palveluissa. Perustason palvelut ja monikanavainen rahoitus jäisivät lähtökohtaisesti ennalleen.

**Kunta/sotealuekohtaisen järjestämisen mallissa** kaikki järjestämisvastuu olisi peruskunnalla, jolla olisi vastuu monesta muustakin hyvinvoinnin tekijästä. Malli vahvistaisi kuntakohtaista erityispalveluiden tuotanto-organisaation omistajaohjausta ja rahoituskanavien karsimista, ja se tukisi yhtenäisten sote-palveluketjujen muodostamista. HYKS/HUS:n sairaalayksiköiden pilkkoutumisen ja kilpavarustelun estäminen edellyttäisivät vahvaa järjestämissopimusta ja mahdollisesti erityissäätelyä, koska järjestämisvastuu erityispalveluista pilkkoutuisi pienemmille organisaatioille. Sote-alueiden muodostumiskriteereistä tulisi myös tässä tapauksessa laatia erityissäännös, jota sovellettaisiin koko nykyisen HUS:n alueelle (ks. liite).

**Ruotsinkielisen väestön palveluiden** turvaamisesta ja kehittämisestä on kuntien kuulemisissa ja asiantuntijalausunnoissa nostettu esille useita ja osin vastakkaisia näkökohtia.

Alueen 80 000 ruotsinkielistä asuvat hajallaan, ja monet heistä ovat kaksikielisiä. Ruotsinkielisen väestön suhteellisen osuuden ennustetaan edelleen vähentyvän tulevaisuudessa. Tällä hetkellä lakisääteiset kielelliset oikeudet ruotsinkielisten osalta eivät pääkaupunkiseudulla aina toteudu käytännössä. Palveluja on paikoitellen vaikea saada (esim. vanhusten kotipalvelu); asiakas/potilas ei tiedä kuka henkilökunnasta puhuu ruotsia ja koko palveluketju toimii vain harvoin ruotsiksi. Avainasemassa olevan ruotsin-/kaksikielisen henkilökunnan rekrytointi on haasteellista.

Vaikka ruotsin kieli on myös kielilain mukaan hallintokieli (ruotsin- ja kaksikielisellä kunnalla on palvelujen järjestämisvelvollisuus), kielelliset oikeudet ovat ennen kaikkea yksilön oikeuksia. Jaoksen näkemyksen mukaan kielellisten oikeuksien turvaamiseksi voidaan tarvita erityisjärjestelyjä erityisesti niissä tilanteissa, missä oman äidinkielen käyttö on olennaista palvelun laadun kannalta. Toisaalta kielellisiä oikeuksia tulee punnita suhteessa muihin perusoikeuksiin, toisin sanoen palveluiden järjestämisvastuusta poikkeaminen kielellisillä perusteilla tulee kysymykseen vain jos valittavana on potilaan/asiakkaan näkökulmasta kaksi muutoin tasavahvaa vaihtoehtoa. Kun palveluita tarjotaan ruotsin kielellä, niiden laadun tulee olla lähtökohtaisesti yhtä hyvä kuin suomenkielisten palveluiden, ja päinvastoin.

Ruotsinkielisten palvelujen keskittäminen metropolialueella voisi olla perusteltua esimerkiksi, lastensuojelussa ja dementiahoidossa. Myös joidenkin lähipalvelujen tuottaminen keskitetysti voisi tulla kyseeseen (esimerkiksi vanhusten kotipalvelut). Ruotsinkielisiä palvelukokonaisuuksia tarjoavista terveyskeskuksista on saatu kannustavia kokemuksia.

Koska järjestämisvastuu on sama kaikille alueen asukkaille, sote-järjestämisen perusratkaisu vaikuttaa ruotsinkielisen väestön tarvitsemiin erityisjärjestelyihin. Järjestämisvastuuta kantava taho voi päättää, miten se palveluja järjestää, kunhan kielelliset oikeudet turvataan; omana toimintana osana kaikille suunnattuja palveluja (hajautettu malli), vai keskittämällä ruotsinkieliset palvelut tiettyihin alueellisiin yksiköihin. Ruotsinkielisiä palveluita voidaan hankkia myös palvelusetelillä tai ostopalveluna. Keskittäminen edellyttäisi sote-alueiden yhteistyötä, josta voitaisiin luontevimmin sopia erityisvastuualueen järjestämissopimuksessa.

Nykyisiä **tukipalveluita** on kuvattu tarkemmin liitteissä. Tukipalveluiden järjestämisen osalta jaos toteaa, että HUS:n nykyisten tukipalveluiden kustannustehokas toiminta edellyttää niiden toiminnan jatkamista suurina yksikköinä. Hallinnollisesti ne voisivat sijaita osana erityispalveluja tuottavia organisaatioita tai ne

voisivat olla suoraan kuntien/sote-alueiden yhdessä omistamia. Vaihtoehtoja tullaan käsittelemään laajemmin ns. HanKi-jaoksen raportissa.

**Vaikutukset nykyiseen HUS:n erva-alueeseen.** Metropolialueen erityissäännökset johtaisivat vahvempaan ja kattavampaan yhteiseen investointi-, työvoima- ja työnjakopolitiikkaan kuin sote-järjestämislakiin suunnitteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueen järjestämissopimus mahdollistaisi. HYKS:n tapauksessa ervan koordinaatiotehtävällä huolehdittaisiin tällöin muodostuvan ylikunnallisen organisaation ulkopuolelle jäävien kuntien ja sote-alueiden tarpeista. HUS-ervan järjestämissopimukseen voidaan tarvita erityinen lauseke, jotta pienimpien ja etäisimpien sote-alueiden näkemykset tulisivat huomioiduiksi.. Muilta osin sote-ervan sääntely olisi lähtökohtaisesti samanlaista kuin muuallakin maassa.

## **Litteet**

Asettamispäätös

Yhteenvedo kuulemisista ja kirjallisista kannanotoista jaoksen toimeksiannon kysymyksiin (luonnos)

Metropolialueen erityispiirteet

19.6.2013

**METROPOLIALUEEN ERITYISKYSYMYKSIÄ SELVITTÄVÄ JAOSTO****Asettaminen**

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmä on tänään perustanut metropolialueen erityiskysymyksiä selvittävän jaoston.

**Toimikausi**

Jaoston toimikausi on 1.7.2013 - 31.10.2013.

**Tausta**

Koordinaatioryhmän 8.5.2013 linjauksen mukaan Metropolialueella lähtökohtana on yleissäännön mukaisesti sote-alueen muodostaminen siten, että vastuukuntana on vähintään noin 50 000 asukkaan kunta. Muodostuvan kuntarakenteen pohjalta määritellään erikseen kuntien kanssa käytävien neuvottelujen pohjalta se, miten sote-alueet muodostetaan niin että ne ovat sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamisen että yhdyskuntarakenteen kannalta tarkoituksenmukaisia kokonaisuuksia. Sote-alueiden muodostamisessa otetaan huomioon myös metropolialueen ulkopuoliset nykyisen HUS:n jäsenkunnat.

Metropolialueella tarkoitetaan neljäätoista vapaaehtoisen yhteistyön piirissä olevaa kuntaa Helsingin ympärillä eli neljän pääkaupunkiseudun kaupungin Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen, lisäksi 10 ympäristökuntaa: Kirkkonummi, Vihti, Pornainen, Nurmijärvi, Hyvinkää, Tuusula, Järvenpää, Mäntsälä, Kerava, Sipoo (ns. Kuuma-kunnat). Työssäkäyntialueena metropolialue ulottuu tätäkin laajemmalle.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) muodostavat 24 kuntaa (Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi, Raasepori, Hanko, Inkoo, Hyvinkää, Nurmijärvi, Järvenpää, Tuusula, Mäntsälä, Pornainen, Porvoo, Sipoo, Askola, Loviisa, Lapinjärvi, Lohja, Siuntio, Vihti, Karkkila). Erikoissairaanhoidon toteuttaminen jakautuu viidelle sairaanhoitoalueelle.

Helsingin yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue käsittää Uudenmaan, Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan maakunnat. Kuntia alueella on 39. Alueella toimii kolme sairaanhoitopiiriä/kuntayhtymää: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS), Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta (Eksote) sekä Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (Carea).

Kehitysvammaisten erityishuoltoa varten on ETEVA -kuntayhtymä, johon kuuluvat Helsinkiä lukuun ottamatta muut Uudenmaan kunnat. Näiden lisäksi kuntayhtymään kuuluu kuntia Kanta-Hämeen ja Päijät-Hämeen maakunnista. Helsingin kaupunki järjestää erityishuollon palvelut omana toimintanaan. ETEVA tuottaa kuntien kanssa

## PÄÄTÖS

sovitun mukaisesti erityisesti vaativampia kehitysvammahuollon palveluja ja muita vammaispalveluja. Lisäksi joillakin yksityisillä säätiöillä ja osalla vammaisjärjestöistä on merkittävää palvelutuotantoa.

### Tehtävät

Jaoston tulee työskennellä Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän alaisuudessa ja sen linjausten mukaisesti. Jaosto antaa valmisteluryhmälle väliraportin syyskuun loppuun mennessä ja toimittaa ehdotuksensa valmisteluryhmälle 31.10.2013 mennessä.

Jaoston tehtävät:

- selvittää, kuinka laajaa perustasoa, sote -aluetta, ja sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueita koskevat yleissäännökset ovat sovellettavissa metropolialueella ja miltä osin on tarvetta erillissääntelyyn
- tehdä ehdotus metropolialueelle (14 kuntaa) muodostettavien sote-rakenteiden muodostumisperiaatteista ottaen huomioon nykyisen HUS:n alueelle muodostuva kuntarakenne
- tehdä ehdotus erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon erityispalveluiden tuotantolaitosten omistuksesta ja hallinnasta em rakenteissa
- selvittää HUS:n tukipalveluiden tuotanto-organisaatioiden asema uudistuksessa siten, että saavutettuja mittakaavaetuja ei vaaranneta.

Erytyssääntelyn tarvetta arvioitaessa tulee ottaa huomioon HYKS:n asema kansallisesti ja kansainvälisesti merkittävänä tutkimus-, kehittämis- ja koulutuskeskittymänä sekä valtakunnallisena vaativan erityistason palveluiden tuottajana. Lisäksi jaoston tulee tehdä ehdotus siitä, miten alueen ruotsinkielisen väestön palvelut turvataan ja kehitetään.

Valmistelussa tulee kuulla metropolialueen kuntia, HUS:n sairaanhoitoalueiden sekä OKM:n, TEM:n, Helsingin yliopiston, ammattikorkeakoulujen, sosiaali- ja terveystieteiden järjestöjen sekä alueen elinkeinoelämän edustajia

### Organisointi

Puheenjohtaja:

Liisa-Maria Voipio-Pulkki, johtaja, STM

Jäsenet:

Anne Koskela, hallitusneuvos, STM

Marjo Lavikainen, neuvotteleva virkamies, STM

Aki Lindén, toimitusjohtaja, HUS

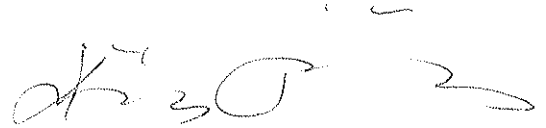
Inga Nyholm, neuvotteleva virkamies, VM

Laura Rätty, apulaiskaupunginjohtaja, Helsinki

# PÄÄTÖS

Tekninen sihteeri:  
Jaana Aho, osastosihteeri, STM

Osastopäällikkö



Kirsi Paasikoski

Hallitusneuvos



Pekka Järvinen

## JAKELU

Päätöksessä mainitut  
Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmä  
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri  
Helsingin kaupunki

## TIEDOKSI

Peruspalveluministeri Susanna Huovinen  
Valtiosihteeri Ulla-Maija Rajakangas  
Eritysavustaja Ismo Kainulainen  
Sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikko  
Valtiosihteeri Pia Pohja  
Eritysavustaja Juuso Rönholm  
Kansliapäällikkö Päivi Sillanaukee  
STM/STO  
STM/HSO  
STM/HTO  
STM/VAO  
STM/VIE  
STM/ kirjaamo  
STM/hare

## **Yhteenveto**

**LUONNOS 5.11.2013**

---

# **METROPOLIALUEEN ERI- TYISKYSYMYKSIÄ SELVIT- TÄVÄN JAOSTON KUULE- MISISTA**

## Sisällys

1	Johdanto .....	3
2	Kuullut tahot .....	3
3	Kuulemisten keskeiset kysymykset.....	4
3.1	Metropolijaoston tehtävät .....	4
3.2	Kuulemistilaisuuksissa painottuneet näkökulmat.....	4
4	Kuultavien kannanotot .....	5
4.1.	Arviot yleiskriteerien soveltuvuudesta ja erillissäätelyn tarpeesta metropolialueella ...	5
4.2	Arviot sote-rakenteiden muodostumisperiaatteista .....	6
	Metropolihallinto .....	7
	Järjestämisvastuu ja ehdotetut sote-alueet .....	7
4.3	Ehdotukset erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon erityispalveluiden tuotantolaitosten omistuksesta ja hallinnasta .....	9
4.4	Ehdotukset HUS:n tukipalvelujen tuotanto-organisaatioiden asemasta uudistuksessa	10
4.5	Muut esiin nousseet teemat.....	10
5	Yhteenveto .....	12
6	Metropolijaoston kuulemistilaisuuksiin osallistuneet tahot ja henkilöt.....	13

# 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmä asetti 19.6.2013 Metropolialueen erityiskysymyksiä selvittävän jaoston (jatkossa Metropolijaosto) toimikaudeksi 1.7.2013 – 31.10.2013. Jaoston tuli muun muassa tehdä ehdotus metropolialueelle muodostettavien sote-rakenteiden muodostumisperiaatteista, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon erityispalveluiden tuotantolaitosten omistuksesta ja hallinnasta sekä selvittää HUS:n tukipalveluiden tuotanto-organisaatioiden asema uudistuksessa. Valmistelussa jaoston tuli kuulla metropolialueen kuntia sekä HUS:n sairaanhoitoalueiden, OKM:n, TEM:n, Helsingin yliopiston, ammattikorkeakoulujen, sosiaali- ja terveysalan järjestöjen sekä alueen elinkeinoelämän edustajia. Metropolijaoston loppuraportti on julkaistu 8.11.2013 ja se löytyy STM:n verkkosivuilta ([http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveydenhuollon\\_jarjestamislakityoryhma](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveydenhuollon_jarjestamislakityoryhma)).

# 2 KUULLUT TAHOT

Metropolijaosto on kuullut valmistelun aikana seuraavia tahoja:

- Metropolialueen kunnat Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen, Kirkkonummi, Vihti, Pornainen, Nurmijärvi, Hyvinkää, Tuusula, Kerava ja Sipoo
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS:n jäsenkunnat Raasepori, Inkoo, Porvoo, Askola, Lapinjärvi, Lohja, Siuntio ja Karkkila
- HUS:n tukipalveluorganisaatiot
- ETEVA, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Kärkulla
- HUS:n sairaanhoitoalueiden (Hyvinkää, Porvoo, Lohja, Länsi-Uusimaa) johtajat
- Opetus- ja kulttuuriministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, työ- ja elinkeinoministeriö.
- Oulun yliopisto, Itä-Suomen yliopisto, Turun yliopisto, Tampereen yliopisto, Helsingin yliopisto, Metropolia-ammattikorkeakoulu, Diakonia-ammattikorkeakoulu
- Lastensuojelun keskusliitto, Sosiaalialan Työnantaja- ja toimialaliitto, Rinnekoti-säätiö
- Elinkeinoelämän keskusliitto, H&M Henricson Management Consulting
- Kunnista myös Järvenpää, Mäntsälä, Loviisa ja Hanko kutsuttiin, mutta he eivät osallistuneet kuulemistilaisuuksiin. Muista kutsutuista tahoista myöskään xxxx, eivät osallistuneet.

Kuulemistilaisuuksiin kutsuttiin edellä mainituista kunnista kunnanjohtaja ja kunnanhallituksen puheenjohtaja taikka heidän nimeämänsä edustajat. Kuulemistilaisuuksiin osallistuneet kuntien ja muiden tahojen edustajat on lueteltu tämän yhteenvetoraportin lopussa.

Kaikissa kuulemistilaisuuksissa käsiteltiin laajasti jaoston asettamispäätöksen mukaisia kysymyksiä (ks. luku 3).

Kuulemistilaisuuksiin kutsutuille tahoille annettiin kuulemisten lisäksi mahdollisuus toimittaa kirjallinen lausunto. Useat kuultavina olleet tahot toimittivat kirjalliset lausunnot. Useat kuulemistilaisuuksiin kutsutut tahot sekä muut metropolialueen ja HUS:n alueen toimijat ovat toimittaneet sosiaali- ja terveysministeriöön lausunnon lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän väliraporttiin liittyen. Kaikki lausunnot ovat nähtävissä Valtioneuvoston hankerekisterissä Internet-osoitteessa:

[http://hare.vn.fi/mAsiakirjojenYpSelaus.asp?h\\_iid=19330&tVNo=4&sTyp=Selaus](http://hare.vn.fi/mAsiakirjojenYpSelaus.asp?h_iid=19330&tVNo=4&sTyp=Selaus)



Kunnille järjestettyjä kuulemistilaisuuksia pidettiin yhteensä neljä, joista kahdeksaa Keski-Uudenmaan kunnan selvitysalueella kuultiin 30.8., pääkaupunkiseudun kuntia sekä Espoon selvitysalueen kuntia kuultiin 13.9., ja itäisen sekä läntisen HUS:n alueiden kuntia kuultiin 20.9. erillisissä kuulemistilaisuuksissa. 4.10. kuultaviksi kutsuttiin HUSin tukipalveluiden edustajat, sairaanhoitoalueiden johtajat sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin edustaja. 11.10. pidetyssä kuulemistilaisuudessa täydennettiin pääkaupunkiseudun kuulemista Vantaan osalta sekä kutsuttiin kuultaviksi myös Kärkylän, elinkeinoelämän ja työ- ja elinkeinoministeriön edustajat. Lisäksi kuultaviksi kutsuttiin asiantuntijoita ruotsinkielisten palveluiden erityiskysymysten osalta.

## 3 KUULEMISTEN KESKEISET KYSYMYKSET

### 3.1 METROPOLIJAOSTON TEHTÄVÄT

Metropolijaoston asettamispäätöksessä on asetettu jaostolle neljä tehtävää. Jaoston tulee toimikautensa 1.7.–31.10.2013 välisenä aikana asettamispäätöksen mukaan:

- selvittää, kuinka laajaa perustasoa, sote-alueita, ja sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueita koskevat yleissäännökset ovat sovellettavissa metropolialueella ja miltä osin on tarvetta erillissäntelyyn
- tehdä ehdotus metropolialueelle (14 kuntaa) muodostettavien sote-rakentemien muodostumisperiaatteista ottaen huomioon nykyisen HUS:n alueelle muodostuva kuntarakente
- tehdä ehdotus erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon erityispalveluiden tuotantolaitosten omistuksesta ja hallinnasta em rakenteissa
- selvittää HUS:n tukipalveluiden tuotanto-organisaatioiden asema uudistuksessa siten, että saavutettuja mittakaavaetuja ei vaaranneta.

Erityissäntelyyn tarvetta arvioitaessa jaoston tulee ottaa huomioon HYKS:n asema sekä ruotsinkielisen väestön palveluiden turvaaminen ja kehittäminen.

### 3.2 KUULEMISTILAISUUKSISSA PAINOTTUNEET NÄKÖKULMAT

Kuultaviksi kutsuttuja pyydettiin ottamaan kantaa metropolijaostolle asetettuihin tehtäviin. Kuulemistilaisuuksissa nousi myös muita kuin asettamispäätöksen mukaisia näkökulmia metropolialueen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi.

Jaoston ensimmäisenä tehtävänä oli selvittää, miten sote-järjestämislain väliraportissa esitellyt yleissäännökset olisivat sovellettavissa metropolialueella ja miltä osin erillissäntelyyn on tarvetta. Kuulemisissa tuotiin lähes poikkeuksetta esiin, ettei maakunnan keskuskaupungin varaan rakentuva vastuukuntamalli sovellu metropolialueelle. Yhden kunnan varaan perustavalle vastuukuntamallille ehdotettiin erilaisia vaihtoehtoja. Myös kuntayhtymää esitettiin sote-alueiden hallintomalliksi. Sote-alueiden väestökriteeri nähtiin liian pienenä erikoissairaanhoidon ja kehitysvammopalvelujen järjestämiseksi. Myös koko metropolialueen laajuiseen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä otettiin kantaa. Kuntatahojen lausunnoissa eril-

lissääntelyä pääsääntöisesti kannatettiin. Muiden tahojen lausunnoissa tuotiin ilmi lisäksi, ettei metropolialueen erillissääntely ole tarpeen.

Jaoston toisena tehtävänä oli tehdä ehdotus metropolialueen sote-rakenteiden muodostumisperiaatteista. Sote-rakenteiden muodostumisperiaatteisiin liittyvät kuntien arviot koskivat erityisesti metropolihallintoa, järjestämisvastuuta ja muodostuvia sote-alueita. Muut kuin kuntatahot ottivat lisäksi laajasti erityisvastuualueiden toimintaan ja tehtäviin kantaa. HUS:n aluesairaalapaikkakunnista vain Porvoo toi esiin, että sillä olisi valmius toimia vastuukuntana. Muiden sairaalapaikkakuntien edustajat näkivät kuntayhtymämallin toimivampana. Osa toi lisäksi esiin käynnissä olevat liitosselvitykset. Useat lausijat ilmaisivat olettavansa, että pääkaupunkiseudulle muodostuu kolme sote-aluetta. Sote-alueita hahmoteltiin useissa lausunnoissa muodostuviksi myös aluesairaaloiden ympärille. Erityisesti muiden kuin kuntatahojen lausunnoissa otettiin kantaa myös sen puolesta, että järjestämisvastuullinen taho voisi olla myös koko metropolialueen laajuinen.

Jaoston kolmantena tehtävänä oli tehdä ehdotus tuotantolaitosten omistuksesta. Kuulemistilaisuuksissa painottuivat erikoissairaanhoidon tuotantolaitosten omistukseen liittyvät näkökulmat. Yleislinjauksen mukaan yliopistosairaalan hallinta siirtyy kuntayhtymältä vastuukunnalle. Mikäli HYKS-erva-alueelle muodostuisi useampia vastuukuntia, tarkoittaisi tämä HYKS:n hallinnan pilkkomista. Sekä kuulemistilaisuuksissa että kirjallisissa lausunnoissa tuotiin laajasti esiin, ettei HYKS:n pilkkomista kannateta. HYKS:n ei nähdä myöskään soveltuvan yhden kunnan hallintaan, vaan useiden arvioiden mukaan HYKS voisi olla useamman kunnan yhdessä omistama. Eniten omistajatahoiksi hahmoteltiin Helsinkiä, Vantaata ja Espoota. Joidenkin arvioiden mukaan HYKS voisi olla koko HYKS-erva-alueen kuntien yhteisomistuksessa.

Jaoston neljäntenä tehtävänä oli HUS:n tukipalveluiden tuotantolaitosten aseman selvittäminen uudistuksessa. Kukaan kuulluista tai lausunnon jättäneistä tahoista ei tuonut esiin kannattavansa HUS:n tukipalvelu-liikelaitosten pilkkomista.

## 4 KUULTAVIEN KANNANOTOT

### 4.1. ARVIOT YLEISKRITEERIEEN SOVELTUVUUDESTA JA ERILLISSÄÄNTELYN TARPEESTA METROPOLIALUEELLA

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän 27.6.2013 antaman väliraportin ehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu on uudistuksessa keskitetyksi sosiaali- ja terveysalueella. Sote-alue muodostetaan pääsääntöisesti vastuukuntamallilla siten, että maakuntien keskustaajungit sekä yli 50 000 asukkaan työssäkäyntialueiden keskuskunnat voisivat toimia vastuukuntina. Mikäli alueen vastuukunnan kantokyky ei ole riittävä koko alueen palvelujen järjestämiseksi, voivat sote-alueen kunnat muodostaa myös kuntayhtymän sote-palveluiden järjestämiseksi. Sote-alueella on velvollisuus järjestää kaikki alueen sote-palveluiksi määriteltävät palvelut. Poikkeuksena ovat 20 000–50 000 asukkaan kunnat, jotka voivat halutessaan ottaa hoidettavakseen asukkaidensa sekä mahdollisesti myös toiminnallisesti läheisten alle 20 000 asukkaiden kuntien perustason palvelut.

Väliraportin mukaan metropolialueella olevien vähintään noin 50 000 asukkaan kuntien oikeudesta sote-palveluiden järjestämiseen päätetään erikseen muodostuvan kuntarakenteen perusteella.

Jotkut kuullut tahot toivat esiin, että väliraportin malli on osittain epäselvä, minkä vuoksi siihen on haastavaa ottaa kantaa. Väliraportin ehdotukset toivottiin määriteltävän tarkemmin.

Joidenkin näkemysten mukaan yleissääntöjen perusteella on myös vaikeaa hahmottaa metropolialueelle mahdollisia rakenteita.

Useiden tahojen mukaan peruslinjauksen mukainen maakunnan keskuskaupunkiin perustuva vastuukuntamalli ei sovi metropolialueelle, koska se keskittäisi palveluja liiaksi Helsinkiin ja vähentäisi muiden kuntien vaikutusmahdollisuuksia. Metropolialueen työssäkäyntialue on laaja ulottuen liki koko Uudenmaan alueelle. Lisäksi pääkaupunkiseudun isoilla kaupungeilla on vahva imago. Kuntien ehdotukset muodostuvista sote-rakenteista perustuvatkin osittain peruslinjauksista poikkeaviin esityksiin.

Sote-linjausten pääsääntönä on, että sijaintikaupunki ottaisi sairaalan hallintaansa. Monilla HUS:n aluesairaalaapaikkakunnilla ei nähty mahdolliseksi ottaa sairaalaa hallintaansa. Helsingin yliopisto toi lisäksi esiin näkemyksen, ettei linjaus ole toimiva ratkaisu myöskään pääkaupunkiseudulla, koska HYKS ei voi jakaantua kolmeen osaan kaupunkien omistukseen, sillä yliopistosairaala on osa yliopistoa ja luonteeltaan ylikunnallinen. Tuotantolaitosten omistussuhteisiin liittyviä ehdotuksia käsitellään tarkemmin luvussa 4.3.

Osa kuulluista tahoista arvioi esitettyjen perustason järjestämisvastuun väestökriteerien tarkoituksenmukaisuutta. Joidenkin kannanottojen mukaan asukaskriteerien sijaan tulisi keskittyä enemmän prosessien ja palveluketjujen tarkasteluun. Joidenkin lausuneiden tahojen mukaan sote-palvelujen järjestämisen optimaalinen väestöpohja voi vaihdella, minkä vuoksi väestörajat voivat rajoittaa kullekin alueelle optimaalisten ratkaisujen löytämistä. Kuulemisissa tuotiin myös esiin, ettei sote-alueen vähimmäisasukaskriteeri 50 000 henkilöä ei ole riittävä väestöpohja erikoissairaanhoidon järjestämiseksi, eikä erikoissairaanhoidon järjestämisalueita tule pilkkoa. Useissa lausunnoissa nähtiin myös, ettei sote-alueen väestöpohjakriteeri ole riittävä myöskään vammais- ja kehitysvamma-apalveluiden järjestämiseen sekä jatkuvien asiantuntijapalveluiden tuottamiseen. Näkemys korostui etenkin Etevan kannanotossa. Myös laatuksymykset ja palvelujen kustannustehokkuus nostettiin tärkeinä alueiden muodostumisperiaatteina esiin.

Jotkut kuntatahot nostivat esiin, ettei työssäkäyntikriteeri sovellu metropolialueen palvelualueiden muodostumiskriteeriksi. Metropolialue muodostuu useista työssäkäyntialueista, jotka suuntautuvat eri suuntiin. Lisäksi huomioitiin, ettei työssäkäyntikriteeri ole välttämättä relevanttia sosiaali- ja terveystalouden muodostumista määrittävä kriteeri, koska työssä käyvät ihmiset saavat terveystaloutensa usein työterveyshuollon piiristä. Joissain muissa kuin kuntalausunnoissa sen sijaan otettiin kantaa työssäkäyntialuekriteerit puolesta. Esimerkiksi työ- ja elinkeinoministeriön lausunnossa huomioitiin työssäkäyntialuekriteerin relevanttius runsaan pendelöinnin ja muun työvoiman liikkuvuuden vuoksi.

Muutamit muut kuin kuntatahot nostivat esiin, ettei metropolialueen erillissääntely ole kannatettavaa, vaan yleissääntelyn tulisi lähtökohtaisesti olla toimiva koko valtakunnan osalta. Näin näkivät muun muassa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sekä Sosiaalialan työnantaja- ja toimialaliiton edustajat.

## 4.2 ARVIOT SOTE-RAKENTEIDEN MUODOSTUMISPERIAATTEISTA

Metropolijaostolle asetetun toisen tehtävän mukaisesti sen tulee tehdä ehdotus metropolialueelle (14 kuntaa) muodostettavien sote-rakenteiden muodostumisperiaatteista ottaen huomioon nykyisen HUS:n alueelle muodostuva kuntarakente. Kannanotot koskivat ennen kaikkea metropolihallintoa, järjestämisvastuuta ja ehdotettuja sote-rakenteita, palvelujen integraatiota, metropolialueen rajoja sekä palvelujen rahoitusta.

## Metropolihallinto

Kuullut tahot toivat kuulemisissa esiin valmisteilla olevan metropolihallintomallin ja sen kytkenät sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen. Metropolihallintoa kommentoitiin niin kuntien kuin muiden tahojen lausunnoissa. Näkemykset metropolihallinnon tarpeellisuudesta tai tarkoituksenmukaisuudesta vaihtelivat hyvin paljon. Joidenkin kannanottojen mukaan sote-palvelut voitaisiin järjestää metropolihallinnon tai muun seudullisen sote-hallinnon alaisuudessa kun taas osa lausunnon antaneista tahoista ei pitänyt metropolihallintoa sote-palveluiden järjestämiseen soveltuvana. Osa näki sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut lähialueina, joita ei voida hallinnoida samantasoisessa organisaatiossa kuin MAL-asioita. Joidenkin näkemysten mukaan sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelujen hallinto ei sovi myöskään samaan rakenteeseen MAL-asioiden kanssa. Esiin nousi myös näkemys, jonka mukaan päällekkäiset hallintorakenteet ovat ongelmallisia. Osa kuulluista tahoista kannatti Landstinget-tyyppistä maakunnallista järjestäjätahoa, joka voisi toimia metropolihallinnon tavoin. Metropolihallintoa puolustettiin myös siitä näkökulmasta, että kuntaliitosten toteuttaminen on haastavaa.

Erityisesti ne kuntatahot, jotka näkivät metropolihallinnon sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelujen järjestämisen kannalta mahdolliseksi, toivat kuitenkin esiin, että sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelujen siirtäminen metropolihallinnolle on perustuslainlainen ja täten pidemmän aikavälin kysymys.

## Järjestämisvastuu ja ehdotetut sote-alueet

Kuultaviksi kutsuttujen kuntien edustajat toivat esiin monenlaisia ehdotuksia järjestämisvastuusta ja muodostuvista sote-alueista. Jotkut kunnat ottivat kantaa lisäksi alueelle mahdollisesti muodostuviin perustason alueisiin.

Useat kunnat toivat esiin näkemyksiä, joiden mukaan meneillään olevilla liitosselvityksillä on vaikutuksia myös sote-alueiden muodostumiseen. Osalla niistä kunnista, joilla on meneillään liitosselvityksiä, oli hieman toisistaan poikkeavia näkemyksiä siitä, tulisiko sote-alueen toiminnan perustua vastuukuntamalliin, kuntayhtymään vai voisiko järjestämisvastuu mahdollisen liitoksen myötä siirtyä uudelle, väestöpohjaltaan suuremmalle kunnalle. Varsinkin muut kuin pääkaupunkiseudun kunnat toivat esiin, että kuntarakenne tulisi selvittää ennen sote-päätösten tekemistä, koska tulevat ratkaisut vaikuttavat myös kannanottoihin sote-rakenteista.

Pääkaupunkiseudun kuntien näkemysten mukaan pääkaupunkiseudulle voisi muodostua kolme sote-aluetta. Kuntarakenneselvitys Espoon, Vihdin, Kauniaisten ja Kirkkonummen osalta on kesken. Näistä neljästä kunnasta muodostuvan sote-alueen väestömäärä olisi 335 000 asukasta. Alueen perustaloudelliset palvelut voitaisiin tuottaa edelleen paikallisesti, mutta erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon erityispalvelut järjestettäisiin laajemmalla alueella. Vihdin osalta liitosselvitys perustuu työssäkäyntisuuntaan ja siihen, että Espoo on vahva peruskunta, jolla on nykyistä palveluntuottajaa Lohjaa paremmat resurssit kantaa vastuu sote-palveluista.

Kahdeksalla Keski-Uudenmaan kunnalla Hyvinkäällä, Järvenpäällä, Keravalla, Mäntsälällä, Nurmijärvellä, Pornaisilla, Sipoolalla ja Tuusulalla on kuntarakennelain mukainen liitosselvitys meneillään. Kunnilla on kuulemisten perusteella hieman poikkeaviakin näkemyksiä siitä, miten selvitysalueen sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut tulisi organisoida. Kuntien aikaisempien lausuntojen<sup>1</sup> mukaan hyvin toimiva rakenne kannattaa hyödyntää ja Hyvinkään sairaalan ympärille voisi muodostaa sote-alueen. Suurin osa näistä kunnista tuki tätä näkemystä myös kuulemis-tilaisuudessa. Hyvinkään edustajat eivät nähneet mahdollisena sote-alueen muodostamista vastuukuntamallin mukaisesti, sillä se olisi taloudellisesti liian raskas. Mahdollinen kuntaliitos

<sup>1</sup> Kunnat ovat antaneet lausuntoja valtiovarainministeriölle kuntarakennelakiluonnoksesta sekä sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelujen sote-järjestämislain valmisteluryhmän väliraportista.

voisi Hyvinkään mukaan olla kantokyvyltään riittävä. Uudessa rakenteessa tulee kuitenkin arvioida sairaalan toimintaa kriittisesti sekä palvelujen että resurssien suhteen. Kunnista ainoastaan Kerava kuuluu HYKS-sairaanhoitoalueeseen.

Edellä mainittuun liitosselvitykseen osallistuvista kunnista Sipoo ja Pornainen käyttävät Porvoon sairaalaa sekä maantieteellisistä että kielellisistä syistä. Sipoo osallistuu myös Itä-Uudenmaan kuntajakoselvitykseen. Liitosselvitysten tuloksista riippumatta lähipalveluiden saatavuus omalla kielellä nähtiin Sipoossa tärkeäksi. Pornainen puolestaan on arvioimassa Mäntsälän kanssa tehtyä yhteistyötä uudelleen. Pornaisten etäisyys Hyvinkään sairaalasta nostettiin esiin.

Itä-Uudenmaan kuntajakoselvitykseen osallistuvat Porvoo, Sipoo, Pornainen, Myrskylä, Lapinjärvi, Loviisa ja Askola. Selvityksen perusteella muodostuvan alueen väestöpohja olisi yhteensä noin 100 000 asukasta. Porvoo haluaa säilyä vetovoimaisena sairaalapaikkakuntana ja huolehtia vähintään alueensa peruspalveluista. Aiempi yhteistyö on ollut toimivaa. Kuntien näkemysten mukaan tä-Uudenmaan selvitysalue olisi nykylinjausten perusteella riittävän suuri toteuttamaan kaikkia sote-tehtäviä ja Porvoon olisi mahdollista toimia vastuukuntana. Sote-alueetta ei tulisi Porvoon näkemyksen mukaan järjestää kuntayhtymänä. Alueen on joka tapauksessa vaativimman hoidon osalta turvauduttava HYKSin palveluihin, mutta erikoissairaanhoidon keskittämiseen suhtaudutaan Porvoossa kielteisesti.

Kaikille Itä-Uudenmaan kuntarakenneselvityksessä mukana oleville kunnille Porvoon sairaala on keskeinen ja yhteistyötä halutaan jatkaa. Askolan edustajan mukaan Itä-Uudellemaalle sopisi kuntayhtymämallilla hallinnoitu sote-alue. Lapinjärvi haluaa jatkaa yhteistyötä Loviisan kanssa perustason alueena. Lapinjärven on mahdollista suuntautua myös Lahteen tai Kouvolaan.

Länsi-Uudenmaan kunnat näkivät Vihdin suuntautumisen Espooseen haasteena. Vihdin ratkaisulla nähtiin olevan suurin merkitys Lohjalle, jonka aluesairaalaan Vihti kuuluu ja jolla on vuosikymmenien yhteiset palvelurakenteet Vihdin kanssa. Länsi-Uudenmaan kunnissa on lisäksi taloudellisia haasteita ja Vihdin poissaolo palveluyhteistyöstä saattaisi pahentaa tilannetta. Lohja haluaa tulevaisuudessaakin järjestää erikoissairaanhoidon palveluja, mutta Lohjalla ei ole taloudellisia edellytyksiä ryhtyä vastuukunnaksi. Lohjan sairaalan kapasiteettia olisi vaikeaa muuttaa vastaamaan koko Länsi-Uudenmaan alueen tarpeita, minkä vuoksi Länsi-Uudenmaan sairaalan säilyttäminen nähtiin tärkeäksi. Alueen kunnat haluavat jatkaa Lohjan sairaalan kanssa olemassa olevaa yhteistyötä. Kuulemisissa nostettiin esiin mahdollisuus Länsi-Uudenmaan yhdestä sote-alueesta, mutta nähtiin kuitenkin, että se saattaisi olla väestöpohjaltaan liian pieni ja mahdollisesti edellyttää Vihdin mukana oloa. Kuulemisissa nostettiin yleisellä tasolla esiin myös kuntaliitosten mahdollisuus. Raaseporilla ei ole edellytyksiä ottaa taloudellista vastuuta Länsi-Uudenmaan sairaalasta.

Näiden edellä olevien hahmotelmien ja kuntarakenneselvitysten perusteella metropolialueelle vaikuttaisi olevan muodostumassa kuusi sote-alueetta. Esiin nousi myös näkemys, jonka mukaan metropolialue voisi jakaantua neljään sote-alueeseen, joita ovat HYKS, Itä-, Länsi- ja Keski-Uusimaa.

Näkemykset HUS:n tulevaisuudesta vaihtelivat hieman. Kukaan kuulluista tahoista ei suoraan kannattanut HUS:n alueen pilkkomista, mutta vain osa kuulluista tahoista otti suoraan kantaa HUS:n säilyttämisen tai alueen yhtenäisyyden puolesta.

Erityisesti HUS:n reuna-alueiden kuntien sekä HUS:n sairaanhoitoalueiden ja joidenkin tukipalveluiden lausunnoissa otettiin kantaa HUS:n säilyttämisen puolesta. HUS:n koordinoiva rooli nähtiin tärkeäksi. Useissa lausunnoissa nostettiin esiin, että mikäli HUS pilkotaan, on sen tilalle muodostuvien sote-alueiden oltava väestömäärältään riittävän suuria. Joidenkin tukipalvelulausuntojen mukaan HUS:n alueen yhtenäisyys on tärkeää myös tukipalvelujen säilyttämisen näkökulmasta. Mikäli alue kuitenkin pilkotaan, tulisi alueen kuntien palvelut säilyttää esimerkiksi liikelaitosmuotoisena.

HUS:n sairaanhoitoalueiden johtajien mukaan sote-alueista voitaisiin muodostaa liikelaitos-kuntayhtymiä. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen integraatio on tärkeää, mutta peruspalvelujen osalta päätöksenteon on tärkeää olla paikallista. Yksityisen sektorin huomioiminen vaatisi Ruotsin mallin mukaista vahvaa tilaajatahoa. Lausunnoissa huomioitiin myös se, että metropoliratkaisut tulevat vaikuttamaan myös päivystyksen järjestämiseen.

Esiin nousi myös näkemys, jonka mukaan perustason alueet eivät ole tarpeellisia järjestämisvastuullisia tahoja, ja että metropolialueen tulisi muodostua ainoastaan sote-alueista.

### 4.3 EHDOTUKSET ERIKOISSAIRAANHOIDON JA SOSIAALIHUOLLON ERITYISPALVELUIDEN TUOTANTOLAITOSTEN OMISTUKSESTA JA HALLINNASTA

Metropolijaoston kolmanneksi tehtäväksi on asetettu ehdotuksen tekeminen erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon erityispalveluiden tuotantolaitosten omistuksesta ja hallinnasta. Yleiskriteerien pääsäännön mukaan sijaintikaupunki ottaisi alueella sijaitsevat sairaalat haltuunsa. Kuntien lausunnoissa keskityttiin HYKS:n asemaan yleisesti sekä erikoissairaanhoidon tuotantolaitosten omistukseen ja arvostukseen.

Lähes kaikki kuultavat tahot nostivat esiin HYKS:n alueen yhtenäisyyden tärkeyden. Kukaan kuulluista tahoista ei kannattanut HYKS:n alueen pilkkomista. HYKS:n omistuksen jakaantumista kolmelle kunnalle ei pidetty tarkoituksenmukaisena. HYKS:in yhteisomistus pääkaupunkiseudun kuntien kesken otettiin esille yhtenä mahdollisena vaihtoehtona. Joissain muiden kuin kuntatahojen lausunnoissa nostettiin esille myös kuntayhtymän mahdollisuus. HYKS-kuntayhtymän omistajina voisivat olla vähintään nykyiset kunnat, mutta omistajapohjaa olisi mahdollista laajentaa myös muihin HYKS-erva-alueen kuntiin. Uusien omaisuusjärjestelyjen tekemistä ei useissa lausunnoissa nähty toivottavana. Omaisuuden arvostukseen ja jakamiseen liittyvät haasteet tuotiin monipuolisesti esiin.

Aluesairaaloiden omistuksesta keskusteltaessa keskeisessä roolissa oli omistajatahon taloudellinen kantokyky. Hyvinkää, Raasepori ja Lohja toivat esiin, ettei heillä ole halua tai taloudellista kapasiteettia ottaa sairaalainfrastruktuuria hallintaansa. Hyvinkään sairaalan osalta keskusteluun nousi yhteisomistuksen mahdollisuus, mikäli sote-alue perustettaisiin kuntayhtymämallin mukaisesti. Tuotantolaitosten hallinnoimiseksi on mahdollista perustaa myös osakeyhtiöitä tai liikelaitoksia.

Joissain lausunnoissa nostettiin esiin myös yliopistojen rooli yliopistosairaalojen päätöksenteossa. Nykyisin yliopistoilla on 10 prosentin äänivalta sairaalan päätöksenteossa. Näkemykset yliopistojen roolista vaihtelivat hieman. Opetus- ja kulttuuriministeriön lausunnon mukaan yliopiston edustus yliopistosairaalan hallinnossa nähdään mahdolliseksi jatkossakin riippumatta yliopistosairaalan omistajatahosta. Toisaalta nousi esiin myös sellainen näkemys, ettei yliopistoilla tule olla päätösvaltaa kuntayhtymissä. Tämä näkemys on noussut myös erityisvastuualueiden hallintoon liittyvien kysymysten osalta esille.

#### 4.4 EHDOTUKSET HUS:N TUKIPALVELUJEN TUOTANTO-ORGANISAATIOIDEN ASEMASTA UUDISTUKSESSA

Metropolijaoston tehtävänä on selvittää HUS:n tukipalveluiden tuotanto-organisaatioiden asema uudistuksessa siten, ettei saavutettuja mittakaavaetuja vaaranneta. Vain harvan kunnan edustajat ottivat tähän kysymykseen kantaa, mutta kukaan kantaa ottaneista tahoista ei nähnyt tukipalveluorganisaatioiden pilkkomista tarkoituksenmukaiseksi.

Esiin nousseiden näkökulmien mukaan rinnakkaisten tukipalvelujen rakentaminen ei ole taloudellisesti järkevää. Keskustelua heräsi siitä, pitäisikö HUS:n tukipalveluja kehittää yhteisinä liikelaitoksina mahdollisen purkamisen sijasta. Tukipalveluliikelaitosten muuttamista osakeyhtiöiksi on myös mahdollista harkita.

HUS:n sairaanhoitoalueiden johtajien mukaan tukipalveluiden toimintaan ollaan tyytyväisiä eikä niitä toivota pilkkottavan. Tukipalvelujärjestelmistä tärkeimmäksi mainittiin potilastietojärjestelmä.

HUS:n tukipalveluliikelaitosten johtajat toivat kannanotoissaan esille, että koko HUS:n alueen kattavat tukipalveluorganisaatiot toimivat tehokkaasti. Tukipalvelujen keskittämisestä on saatu kustannushyötyjä ja useiden tukipalvelujen hintakehitys on ollut laskeva. Lausuntojen mukaan tukipalveluorganisaatioita ei tule purkaa vaan tukipalveluorganisaatioiden toimintaa toivotaan kehitettävän edelleen. HUS Logistiikan lausunnossa painotettiin lisäksi, että haastavin muutosratkaisu tukipalveluiden tilanteeseen olisi keskittää ne HYKS:n alueelle, sillä muutos vaikeuttaisi tukipalvelujen jäsenkuntamyyntiä.

#### 4.5 MUUT ESIIN NOUSSEET TEEMAT

Metropolijaoston asettamispäätöksen mukaan jaoston tehtävänä oli lisäksi tehdä ehdotus siitä, miten alueen ruotsinkielisen väestön palvelut turvataan ja kehitetään. Asettamispäätöksessä mainittujen teemojen lisäksi kuulemistilaisuuksissa nousi esiin monenlaisia näkökulmia sekä metropolialueen erityiskysymyksiin että koko sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen yleisesti. Nämä näkökulmat koskivat metropolialueen rajoja, erityisvastuualueita, sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota, rahoituskysymyksiä, lähipalveluita sekä uudistuksen aikataulua.

Jaosto piti oman kuulemistilaisuuden ruotsinkielisiin palveluihin liittyen. Kuulemisissa nousi esiin, että ruotsinkielisissä palveluissa on paljon puutteita ja maahanmuuton seurauksena ruotsinkielisten asema tulee vastaaisuudessa heikkenemään. Kuitenkin Itä- ja Länsi-Uusimaan kuntien kyky palvella ruotsiksi on hyvä ja kysymys ruotsinkielisistä palveluista keskittyy HYKS-alueelle. Kuulemisessa tuotiin esiin useita vaihtoehtoja ruotsinkielisten palvelujen turvaamiseksi. Yhtäältä kielellisistä näkökulmista tärkeiden palvelujen, kuten mielenterveys- ja vammaispalvelut, keskittäminen voisi turvata palvelujen säilymisen. Toisaalta saatavilla on oltava myös ruotsinkielisiä lähipalveluja, kuten vanhusten kotihoitoa.

Toisen lausujan mukaan Ruotsin mallin mukainen Landstinget-hallintomalli tulisi nähdä todelliseksi ruotsinkieliset palvelut turvaavaksi vaihtoehdoksi metropolialueella. Tämä edellyttäisi yhtenäistä sote-asioiden metropolihallintoa tai muuta vastaavaa seudullista toimijatahoa, jolle järjestämisvastuu on selkeästi määritelty. Tämä sote-asioista vastaava hallintoelin ei kuitenkaan lausunnon mukaan voisi olla sama organisaatio, joka vastaa MAL-asioista.

Muiden kuultujen tahojen lausunnoissa nousi erilaisia näkemyksiä sen suhteen, pitäisikö ruotsinkieliset palvelut tuottaa peruspalvelujen yhteydessä vai pitäisikö niitä keskittää. Erityisesti ne kunnat, joiden asukas pohjasta iso osa on ruotsinkielisiä, painottivat ruotsinkielisten lähipalvelujen tärkeyttä. Monen kunnan kannanotossa lähtökohtana oli, että ruotsinkielisten

peruspalvelujen taso halutaan turvata entisellä tasolla ja että palveluja tulee antaa molemmilla kotimaisilla kielillä. Sen sijaan erikoispalvelujen keskittämistä usea kunta piti kannanotossaan mahdollisena. Kärkulla-kuntayhtymän säilyttäminen nähtiin tärkeäksi, mikä toivottiin huomioidavan jaoston ehdotuksessa ruotsinkielisten palvelujen osalta. Sipoo ja Raasepori toivat lisäksi esiin, että he voisivat olla valmiita ottamaan ruotsinkielisistä palveluista nykyistä suuremman vastuun.

Metropolialueen rajauksen tarkoituksenmukaisuus herätti keskustelua erityisesti Itä- ja Länsi-Uudenmaan sekä HUS:n sairaanhoitoalueiden johtajien kuulemistilaisuuksissa. Metropolialueen rajausta 14 kuntaan osin kritisoitiin ja pidettiin palvelujen järjestämisen näkökulmasta epätarkoituksenmukaisena. Lohjan aluesairaalan väestöpohjasta Vihti sekä Porvoon sairaalan väestöpohjasta Sipoo kuuluvat 14 kunnan metropolialueeseen. Sairaaloiden toiminnan kannalta katsottiin tärkeäksi, ettei niiden väestöpohjaa pilkottaisi. Edellä todetusti erityisesti Lohjan edustajat painottivat sitä, että Lohjan ja Vihdin kuuluminen samaan järjestämisalueeseen olisi tärkeää. Muun muassa Siuntion edustajat toivat lisäksi esiin, että toiminnallisesti Siuntio kuuluu kuitenkin metropolialueen vaikutuspiiriin. Myös muita toiminnallisia näkökulmia, kuten liikenneyhteyksien toimivuus, tuotiin esiin metropolialueen määritelmään liittyen.

Useat tahot ottivat kantaa erityisvastuualueiden tehtäviin. Osa lausunnon antaneista koki, että ervoilla tulisi olla koordinoivan roolin lisäksi viranomaistehtäviä. Ervojen välisestä työnjaosta sovittaisiin tällöin STM:ssä. Diakonissa-ammattikorkeakoulu nosti lisäksi esiin, että ervoilla on oltava yhteistyötä myös opetus- ja kulttuuriministeriön kanssa. Muun muassa yliopistojen lausunnoissa painotettiin, että yliopistojen on tärkeää olla osa ervan hallintoa. Myös lääketieteellisen koulutuksen, tutkimuksen ja kehittämisen näkökulma tulee huomioida ratkaisussa. Esiin nousi myös näkemys, jonka mukaan osaamiskeskukset sopivat osaksi ervoja.

Näkemykset vaihtelivat siitä, tarvitaanko sosiaalihuollon erva-tason palveluja. Opetus- ja kulttuuriministeriön lausunnon mukaan jatkotyössä tulee määritellä ne sosiaalipalvelut, jotka ovat erikoistason ja mahdollisesti laajemman kokonaisuuden vastuulla. Etevan mukaan ainakin vaativimmat tai harvojen tarvitsemat osat erityishuoltopiirien toiminnasta tulisi kytkeä erva-tason toiminnaksi. Lausunnon mukaan on mahdollista, että vaativimmat Etevan tehtävät nivelletään osaksi Erva-organisaatiota ja muilta osin Eteva jatkaisi kuntien omistamana palvelujen tuottajana. Helsingin näkemyksen mukaan sosiaalihuollossa ei kuitenkaan tarvitsisi olla erva-tasoisia palveluja.

Suuressa osassa lausuntoja tuotiin esiin, että sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio on kannatettavaa. Integraation käsite ymmärrettiin kannanotoissa eri tavoin tarkoittaen sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota, perus- ja erikoissairaanhoidon integraatiota sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota muihin kunnan järjestämiin palveluihin. Lisäksi kannanotoissa kommentoitiin kunnan sisäistä ja ylikunnallista palvelujen integroimista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota kannatetaan erityisesti palveluissa, joissa on paljon yhteistä rajapintaa sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Kaksitasoinen järjestämisvastuu saattaa kuitenkin tuoda uuden rajapinnan palveluntuotantoon. Yhden näkökulman mukaan HYKS:n yhteisomistus kuntien kesken voisi edistää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota. Keski-Uudellamaalla on palveluketjuja, jotka tukevat horisontaalista ja vertikaalista integraatiota. Lisäksi alueella kunnat ovat vapaaehtoisesti tiivistäneet yhteistyötä esimerkiksi sosiaalipäivystyksen ja suun terveydenhuollon virka-ajan ulkopuolisen päivystyksen osalta.

Kuulemisissa tuotiin esiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut integroituvat myös kunnan muiden sektoreiden toimintaan, esimerkiksi sivistystoimeen. Siksi perustason palveluiden olisi tärkeää olla lähipalveluita. Tämän vuoksi tulisi huomioida myös varhaiskasvatus- ja kasvatustalvetuista sosiaali- ja terveyspalvelujen ohella. Keskustelussa nostettiin esiin myös



se, ettei sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämistä kannata irrottaa muusta kunnan palvelun-  
tuotannosta.

Monet tahot ottivat kantaa myös rahoitukseen. Nämä lausunnonantajat toivat esiin kannat-  
tavansa sosiaali- ja terveystalvelujen rahoitusjärjestelmän uudistamista. Monien kuultujen  
tahojen mukaan rahoitus olisi tarpeen uudistaa yksikanavaiseksi eikä rahoitusta tulisi jättää  
uudistuksen ulkopuolelle. Tämän nähtiin muun muassa tehostavan julkisen rahan käyttöä.  
Rahoituksen osalta kuulemistilaisuuksissa nousi lisäksi esiin se, että rahoitus- ja järjestämis-  
vastuun olisi tehokkainta olla samalla taholla. Joissain lausunnoissa tuotiin lisäksi esiin, että  
uudistuksen olisi hyvä olla kustannusneutraali. Myös kuntien välisestä kustannustenjaosta  
toivottiin säädettävän selkeästi.

Joissain lausunnoissa tuotiin myös julkisen talouden kestävyysvaje ja työn tuottavuus huo-  
mioon. Palvelujen tarve on voimakkaassa kasvussa. Kestävyysvajeen umpeen kurominen on  
huomioitava sote-ratkaisuissa ja työn tuottavuutta on pyrittävä parantamaan. Toimintoja tulee  
uudistaa myös sisällöllisesti.

Useat tahot ottivat lisäksi kantaa lähipalveluiden säilymiseen. Uudistuksen pelättiin useissa  
lausunnoissa heijastuvan negatiivisesti lähipalveluihin, mikä puolestaan nähtiin yhdenvertai-  
suus- ja saavutettavuusongelmana. Useissa lausunnoissa tuotiin esille, että lähipalvelut tulee  
säilyttää. Myös alueelliset ominaispiirteet, kuten kielikysymykset, maantieteellisen sijainti ja  
julkisten kulkuneuvojen saatavuus toivottiin otettavan esiin. Joissain lausunnoissa toivottiin  
lähipalveluiden tarkkaa määrittelyä.

Myös henkilöstön saatavuus tuotiin useissa lausunnoissa esiin. Nykyisellä kehityksellä so-  
siaali- ja terveystalvelulle on muodostumassa merkittävä työvoimavajaus. Metropoliratkaisuissa  
tulee pyrkiä vaihtoehtoihin, joissa alueiden henkilöstön saanti turvataan eikä henkilöstöstä  
tarvitse kilpailla. Työ- ja elinkeinoministeriön lausunnossa nostettiin esiin lisäksi, että henki-  
löstön saatavuus liittyy oleellisesti myös MAL-asioissa tehtyihin ratkaisuihin, kuten liikenne-  
järjestelyihin ja asumisen kustannuksiin.

Aikataulu nähtiin useissa lausunnoissa haasteelliseksi muun muassa omaisuuden uudelleen  
järjestelyn näkökulmasta. Myös uudistuksen päällekkäisyys kuntarakenneselvitysten kanssa  
nähtiin haasteelliseksi. Näkemykset vaihtelivat siitä, miten näiden selvitysten päällekkäistä  
aikataulutusta tulisi muuttaa, mutta useimmin toivottiin, että kuntarakenneratkaisut selvitettäi-  
siin ennen sote-ratkaisuja. Myös lausuntojen valmistelulle toivottiin annettavan jatkossa  
enemmän aikaa.

## 5 YHTEENVETO

Arviot sote-alueiden ja perustason alueiden kriteerien soveltuvuudesta metro-  
polialueelle sekä erillissäätelyn tarpeesta

- Kunnissa kannatetaan metropolialueen erillissäätelyä.
- Muiden tahojen edustajista osa ei pidä metropolialueen erillissäätelyä tarpeellise-  
na.
- Maakunnan keskustaajungin varaan perustuvaa vastuukuntamallia ei nähty toi-  
mivaksi.
- 50 000 asukkaan väestöpohja nähtiin liian pienenä erikoissairaanhoidon ja kehi-  
tysvammatalveluiden järjestämiselle.
- Metropolialueen työssäkäynti suuntautuu useaan suuntaan, joten työssäkäyntikri-  
teeri ei välttämättä toimiva.
- Sote-alueen hallintomalliksi esitettiin myös kuntayhtymää.

### Ehdotukset sote-rakenteista

- Moni taho oletti, että Helsingistä, Espoosta ja Vantaasta muodostuu kolme sote-alueita. Sote-alueita hahmoteltiin lisäksi Hyvinkään, Porvoon ja Lohjan sairaaloiden ympärille.
- Lohja, Hyvinkää ja Raasepori toivat esiin, ettei niillä ei ole taloudellisia edellytyksiä ottaa sairaalainfrastruktuuria hallintaansa vastuukuntamallin mukaisesti. Sote-alueen hallintomalliksi esitettiin myös kuntayhtymää.
- Hyvinkään kaupunki näki myös mahdolliseksi, että järjestämisvastuu koottaisiin vastuukunnalle kuntaliitosten kautta.
- Porvoo näki sote-alueen vastuukuntana toimimisen mahdollisena.
- Metropolihallinto sote-asioiden osalta jakoi mielipiteitä. Osa ehdotti Landstingettyypistä aluehallintomallia.
- Aluesairaaloiden väestöpohjien muuttuessa niiden päivystystoiminnot tulee järjestellä uudelleen.

### Ehdotukset erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon erityispalveluiden tuotantolaitosten omistuksesta ja hallinnasta

- Omistus pohja voisi olla sijaintikuntaa laajempi.
- HYKS voisi olla pääkaupunkiseudun isojen kuntien yhdessä omistama. Aluesairaalat voisivat myös olla kuntien yhdessä tai kuntayhtymien omistamia.
- Omaisuuden arvostaminen ongelmallista.

### Ehdotukset HUS:n tukipalvelujen tuotanto-organisaatioiden asemasta

- Mikään taho ei kannattanut tai ehdottanut HUS:n tukipalvelujen tuotanto-organisaatioiden purkamista.

## 6 METROPOLIJAOSTON KUULEMISTILAISUUKSIIN OSALLISTUNEET TAHOT JA HENKILÖT

#### Askolan kunta

- Esko Rautiainen, kunnanjohtaja
- Jari Vettenranta, kunnanhallituksen varapuheenjohtaja

#### Espoon kaupunki

- Jukka Mäkelä, kaupunginjohtaja
- Juha Metso, perusturvajohtaja

#### Helsingin kaupunki

- Jussi Pajunen, kaupunginjohtaja
- Tatu Rauhamäki, kaupunginhallituksen puheenjohtaja

- Hannu Juvonen, osastopäällikkö, sosiaali- ja terveysvirasto, terveys- ja päihdepalvelut

#### Hyvinkään kaupunki

- Pirjo Laitinen-Parkkonen, va. sosiaali- ja terveysjohtaja

#### Inkoon kunta

- Jarl Boström, kunnanjohtaja

#### Karkkilan kaupunki

- Juha Majalahti, kaupunginjohtaja
- Risto Sintonen, kaupunginhallituksen puheenjohtaja

#### Kauniaisten kaupunki

- Torsten Widén, kaupunginjohtaja
- Finn Berg, kaupunginhallituksen puheenjohtaja

#### Keravan kaupunki

- Anne Karjalainen, kaupunginhallituksen varapuheenjohtaja

#### Kirkkonummen kunta

- Tarmo Aarnio, kunnanjohtaja
- Liisa Stähle, perusturvajohtaja

#### Lapinjärven kunta

- Christian Sjöstrand, kunnanjohtaja

#### Lohjan kaupunki

- Simo Juva, kaupunginjohtaja
- Irene Äyräväinen, kaupunginhallituksen puheenjohtaja

#### Nurmijärven kunta

- Kimmo Behm, kunnanjohtaja
- Elli Aatela, kunnanvaltuuston varapuheenjohtaja

#### Pornaisten kunta

- Markku Hyttinen, kunnanjohtaja

#### Porvoon kaupunki

- Jukka-Pekka Ujula, kaupunginjohtaja
- Pia Nurme, sosiaali- ja terveysjohtaja

#### Raaseporin kaupunki

- Anders Walls, kaupunginhallituksen puheenjohtaja

#### Siuntion kunta

- Juha-Pekka Isotupa, kunnanjohtaja
- Merja Laaksonen, kunnanhallituksen puheenjohtaja

## Sipoon kunta

- Ari Oksanen, kunnanhallituksen puheenjohtaja
- Mikael Grannas, kunnanjohtaja

## Tuusulan kunta

- Pirjo Vainio, sosiaali- ja terveystoimen johtaja
- Sanna Kervinen, kunnanhallituksen puheenjohtaja

## Vantaan kaupunki

- Kari Nenonen, kaupunginjohtaja
- Tapani Mäkinen, kaupunginhallituksen puheenjohtaja
- Jukka T. Salminen, apulaiskaupunginjohtaja

## Vihdin kunta

- Kari Viherkanto, kunnanhallituksen puheenjohtaja
  - Sami Miettinen, kunnanjohtaja
- ETEVA, toimitusjohtaja Kaarina Kilpeläinen
  - Kärkällä, Märta Marjamäki
  - Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, johtaja Juha Kinnunen ja kehittämisspällikkö Asko Rytönen
  - HUSin sairaanhoitoalueiden johtajat Asko Saari Hyvinkään sairaanhoitoalueelta, Sunne Lang Porvoon sairaanhoitoalueelta, Raimo Kekkonen Lohjan sairaanhoitoalueelta sekä Marianne Gripenberg-Gahmberg Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueelta.
  - Opetus- ja kulttuuriministeriö, neuvotteleva virkamies Johanna Moisio
  - Työ- ja elinkeinoministeriö, kehitysjohtaja Ulla-Maija Laiho
  - Yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen edustajat: dekaani Kari Majamaa Oulun yliopistosta, johtaja Jukka Pelkonen Itä-Suomen yliopistosta, professori Klaus Olkkola Turun yliopistosta, johtaja Matti Lehto Tampereen yliopistosta, dekaani Risto Renkonen Helsingin yliopistosta, johtaja Elina Eriksson Metropolia-ammattikorkeakoulusta ja rehtori Jorma Niemelä Diakonia-ammattikorkeakoulusta.
  - HUSin tukipalveluiden johtajat: HUS-Desiko liikelaitoksen toimitusjohtaja Tuula Karhumäki, HUS-Logistiikan toimitusjohtaja Markku Laakso, Ravioli ruoka- ja ravitsemusterapiapalveluiden toimitusjohtaja Pirjo Hakala-Lahtinen, HUS-apteekin toimitusjohtaja Kerstin Carlsson, HUSLABin toimitusjohtaja Piia Aarnisalo, HUS Kuvantamisen toimitusjohtaja Jyrki Kuitunen sekä HUS-Services:n toimitusjohtaja Tiina Koponen.
  - Sosiaali- ja terveysalan järjestöistä erityisasiantuntija Kirsi Pollari Lastensuojelun keskusliitosta, elinkeinopoliittinen asiantuntija Aino Närkki Sosiaalialan Työnantaja- ja toimialaliitosta sekä johtaja Markku Niemelä Rinnekoti-säätiöstä.
  - Ruotsinkielisten kysymykset: sosiaalineuvos Viveca Arrhenius, sosiaali- ja terveysministeriö sekä lakimies Marcus Henricson, H&M Management Consulting
  - ylilääkäri Jan Schugk, Elinkeinoelämän keskusliitto

## LIITE METROPOLIJAOKSEN RAPORTTIIN 6.11.2013

### METROPOLIALUEEN ERITYISPIIRTEET

Metropolialueeksi eli Helsingin seuduksi luetaan yleensä 14 seudun vapaaehtoisen yhteistyön piirissä olevaa kuntaa (Helsinki, Vantaa, Espoo, Kauniainen, Kirkkonummi, Vihti, Kerava, Järvenpää, Tuusula, Nurmijärvi, Hyvinkää, Mäntsälä, Pornainen, Sipoo). Pääkaupunkiseudulla puolestaan tarkoitetaan Helsinkiä, Espoota, Vantaata ja Kauniaisia.

Metropolialue poikkeaa tutkitusti muista Suomen kaupunkiseuduista mm. väestöpohjansa, työssäkäynnin, asioinnin, julkisen talouden, tulevaisuuden haasteiden sekä palvelujen järjestämisen, kansainvälistymisasteen ja kansantaloudellisen merkityksensä osalta.

Metropolialueiden hallinnon uudistamispaaineet ovat eri maissa samanlaisia. Tyypillisiä ovat muusta maasta poikkeavat haasteet, jotka liittyvät erityisesti maankäyttöön, asumiseen ja liikenteeseen, ympäristöön, segregatiiokehitykseen ja kilpailukykyyn. Haasteiden ratkaisemiseksi eri maissa on päädytty järjestämään metropolitaso hallintoa ja osin palveluja muusta maasta poikkeavalla tavalla. Eri maiden metropolihallintomallit poikkeavat hieman toisistaan samoin kuin esim. perustettujen ylikunnallisten organisaatioiden rooli, toimivalta suhteessa kuntiin ja tehtävät. Suomen peruskuntien tehtävät poikkeavat pohjoismaistakin terveyspalvelujen vastuiden vuoksi. Terveyspalvelujen osuus on noin neljäsosa kunnan menoista, joten ero on ratkaiseva pohjoismaisiin kuntiin verrattuna.

Kasvaville metropolialueille tyypillistä on monimutkainen hallinnollinen rakenne. Yhteisen päätöksenteon puute ja järjestämisvastuun hajautuminen erityisesti MAL-palveluiden osalta vaikeuttaa mm. maankäytön ja liikenteen suunnittelua ja yhdyskuntarakenteen hajautumisen hallintaa. Länsi-Euroopassa vastaava kehitys on osaltaan johtanut kuntien väliseen haitalliseen kilpailuun, sosiaaliseen eriytymiskehitykseen ja seudun sisäiseen epätasapainoon suhteessa veropohjaan, julkisten palvelujen järjestämisvastuisiin ja näitä koskevaan päätöksentekoon.

Vaikka Helsinginkin metropolialueen erityispiirteet ovat osin positiivisia tekijöitä, ovat käänttöpuolella lukuisat ja nimenomaisesti metropolialueella kärjistyneet ilmiöt ja haasteet.

#### 1 Alueen väestö ja muuttoliike

Uudenmaan maakunnan 26 kunnassa asuu 1,55 miljoona eli liki kolmasosa suomalaisista, joista n.1,4 miljoonaa metropolialueen 14 kunnassa. Metropolin länsipuolella sijaitsevat kunnat Hanko, Raasepori, Inkoo, Siuntio, Lohja ja Karkkila ovat yhteiseltä väestöpohjaltaan noin 107 000 asukasta. Metropolin itäpuolella sijaitsevat maakunnan kunnat Porvoo, Askola, Pukkila, Myrskylä, Loviisa ja Lapinjärvi ovat yhteensä noin 76 000 asukkaan alue. Maakunnan väestötiheys on kymmenisen kertaa korkeampi kuin Suomen keskiarvo.

Väestöennusteiden mukaan 28 prosenttia koko maan väestöstä asuu metropolialueella vuonna 2040. Vuosien 2010 – 2040 välillä alueen väestön on ennustettu kasvavan 24,2 prosenttia koko maan kasvun ollessa n. 12 prosenttia. Väestö kasautuu tulevaisuudessa entistä enemmän juuri metropolialueelle. Seuraavan 15 vuoden aikana alueen väestömäärä tulee ylittämään 1,5 miljoonan rajan.

Metropoli sai yhteensä muuttovoittoa lähes 43 000 henkeä vuosina 2005 – 2010 (52 000 henkeä vuosina 2007 – 2012). Kaikista muutoista yli puolet on alueen ja 60 prosenttia maakunnan sisäisiä. Metropolialueen muuttoliikkeen perusmekanismi on ollut samankaltainen vuosikymmenien ajan. Helsinkiin muuttaa nuoria aikuisia opiskelun, työn, sosiaalisten suhteiden ja muiden tekijöiden vuoksi muista kunnista ja ulkomailta. Seudun keskuskaupungin pienasuntovaltainen asuntokanta ja palvelut vetävät perheistä irtautuvia nuoria aikuisia ympäryskunnista. Joidenkin vuosien kuluttua työllistyminen ja perheellistyminen kääntävät muutostuunnan ja työntävät etenkin lapsiperheitä etäämmälle suurempiin ja edullisempiin asuntoihin. Helsinki

säilyy edelleen pendelöinnin kohteena, koska seudun työpaikoista reilu puolet sijaitsee Helsingissä. Muutaneiden kunnallisverotulot jäävät asuinkuntaan Helsingin saadessa työpaikkoihin sidotut yhteisöverotulot, joiden merkitys on tosin vähentynyt.

Metropolialueen vuosien 2005-2010 muuttovoitosta 40 000 henkeä (92 prosenttia) oli vieraskielisiä. Vieraskieliset ovat dominoineet muuttotasetta vuodesta 2002 alkaen. Vuonna 2011 vieraskielisten määrä kasvoi seudulla 11 000:lla, jossa on mukana vieraskielisten syntyvyyden enemmitys. Asukkaista noin 10 prosenttia on vieraskielisiä. Vieraskielisten määrän ennustetaan kasvavan siten, että vuonna 2030 alueella asuisi vajaa 300 000 vieraskielistä eli n. 18 prosenttia koko seudun väestöstä.<sup>1</sup> Metropolialueella asuu lähes 100 000 maahanmuuttajaa ja heidän määränsä on kaksinkertaistunut viimeisen 10 vuoden aikana.

Alueella asuu määrällisesti myös paljon ruotsinkielisiä, 28 prosenttia (eli lähes 81 000 hlöä) maan ruotsinkielisestä väestöstä. Heidän osuutensa metropolialueen kokonaisväkimäärästä on noin 6 prosenttia.<sup>2</sup>

Vahvasti kaksikielisiä kuntia lukuun ottamatta ruotsinkielisten palvelujen järjestäminen tasa-arvoisin perustein on metropolialueella haasteellista johtuen mm. siitä, että ruotsinkieliset asuvat eri puolilla aluetta, ruotsinkielisen väestöpohjan yleisestä kapeudesta ja siitä, ettei ruotsinkielinen palvelutoiminta osana kuntien suomenkielistä organisaatiota saa aina riittävästi huomiota.

Suurimmat väestörakenteelliset muutokset tulevaisuudessa metropolialueella ovat sekä vanhus- että ulkomaalaistaustaisen väestön kasvu. Vuoteen 2020 mennessä yli 85-vuotiaiden määrän esimerkiksi on ennustettu olevan liki 37 prosenttia enemmän kuin vuonna 2009. Vanhusväestön määrän prosentuaalinen osuus tällä hetkellä on kuitenkin selkeästi muuta maata pienempi. 75 vuotta täyttäneiden asukkaiden osuus koko väestöstä on metropolialueella 5,7 prosenttia, kun osuus muissa maakunnissa vaihtelee 6,9 prosentista 11,5 prosenttiin. Länsi-Uudellamaalla sen sijaan osuus on 8,1 prosenttia ja Itä-Uudellamaalla 7,8 prosenttia ja niissä 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä tulee ennusteiden mukaan kasvamaan selvästi metropolialueen kuntia enemmän. Tästä huolimatta myös nämä ovat muuta maata selvästi edullisemmassa asemassa ikärakenteen ja sen muutoksen osalta.

Edellä kuvatut väestörakenteen erityispiirteet tuovat mukanaan uusia mahdollisuuksia ja haasteita metropolialueella. Ne edesauttavat uusien toimintamallien käyttöönottoa, mutta merkitsevät osaltaan palvelutarpeiden kasvua. Erityisesti vieraskielisen väestön kasvu ja yleisesti kasvava ja myös vaihtuva väestö luo palvelujärjestelmälle omat haasteensa.

## 2 Segregaatiokehitys ja sosiaalinen eheys

Useissa tutkimuksissa on todettu metropolialueen ja pääkaupunkiseudun sosiaalisen eheyden vaativan erityistoimenpiteitä sosiaalisten ongelmien kirjon ollessa muuta maata suurempi.

Koulutus- ja tuloerot ovat muuhun maahan verrattuna korkeampia ja vaikka alueen työttömyysaste on muuta maata matalampi, pitkäaikaistyöttömien määrä on muuta maata korkeampi. Nuoria, koulutuksen ulkopuolelle jääneitä on metropolialueella muuta maata enemmän. Haasteita ovat laajamittainen syrjäy-

<sup>1</sup> Vieraskielisen väestön osuudet vaihtelevat kunnittain. Helsingissä, Vantaalla ja Espoossa vieraskielisten osuus väestöstä on yli 10 prosenttia, Keravalla, Kauniaisissa ja Kirkkonummella noin 5 prosenttia. Muissa metropolialueen kunnissa vieraskielisten osuus on tätä pienempi.

<sup>2</sup> Ruotsinkielisen väestön osuudet vaihtelevat kunnittain suuresti Kauniaisten ja Sipoon yli kolmanneksesta Mäntsälän alle prosentin osuuteen. Ruotsinkielisen väestön suhteellinen osuus koko alueella on viimeisten 25 vuoden aikana laskenut parisen prosenttiyksikköä.

tyminen, asunnottomuus<sup>3</sup>, maahanmuuttajaväestön laajuus ja kasvu, korkeat toimeentulotukimenot<sup>4</sup> sekä tyypillisesti metropolialueille keskittyvät sairaudet (HIV/AIDS, kovien huumeiden käytön seuraukset), vaikka sairastavuus<sup>5</sup> pääkaupunkiseudulla on maan alhaisinta THL:n sairastavuusindeksin perusteella. Metropolialueella on myös muuta maata enemmän yksinhuoltajia<sup>6</sup>, päihde- ja mielenterveysongelmaisia<sup>7</sup> sekä enemmän lapsia lastensuojelun piirissä<sup>8</sup>.

Lisäksi asuinalueiden etninen eriytyminen on pääkaupunkiseudulla edennyt kansainvälisestä kehityksestä tuttuun tapaan. Vaikka kantaväestön ja maahanmuuttajien eriytyminen omille asuinalueilleen on seudulla kansainvälisiä esimerkkejä maltillisempaa, ovat erot asuinalueiden välillä vahvistuneet 2000-luvun kuluessa. Erot maahanmuuttajien alueellisissa osuuksissa heijastelevat asukkaiden tulotasossa ja asuntokannan rakenteissa havaittavia alueellisia eroja. Maahanmuuttajien asumiskeskittymät paikantuvat pienituloisille vuokra-asuntovaltaisille asuinalueille. Aravavuokra-asuntojen suuri osuus ei kuitenkaan yksinään riitä selittämään keskittymien sijoittumista. Kehitys näyttää kytkeytyvän ennen kaikkea asuinalueiden eriaistaiseen kykyyn houkuttaa uutta asuntoa etsiviä asukkaita - etenkin kantaväestöä - ja pitää kiinni asunnonvaihtoa harkitsevista vanhoista asukkaista. Tässä kilpailussa maahanmuuttajien asumiskeskittymiksi muodostuneet alueet ovat pärjänneet muita heikommin.

Eriytyminen on voimistunut erityisesti kantaväestön valikoivan muuttoliikkeen sekä vilkkaan maahanmuuton seurauksena. Sen tulevan kehityksen kannalta olennaista on, miten kantaväestön ja maahanmuuttajien muuttoliike pääkaupunkiseudulla jatkossa suuntautuu. Oletettavaa on, että eriytyminen etenee pääkaupunkiseudulla jonkinasteisena myös tulevaisuudessa. Kehityksen jatkumiseksi riittää, että kantaväestön lähtömuutto ylittää systemaattisesti tulomuuton määrän maahanmuuttajien asumiskeskittymiksi muodostuneille alueilla ja maahanmuuttajien muutto alueille säilyy vilkkaana.

Edellä kuvatut sosiaaliset ongelmat ovat metropolialueella, erityisesti pääkaupunkiseudulla muuta maata kärjistyneempiä. Palvelutarve kasvaa, mikä myös vaatii erityisiä toimenpiteitä julkisten palvelujen suunnittelun ja tarjonnan osalta ja kuntarajat ylittävää yhteistyötä koko alueella. Esimerkiksi sosiaalihuollon osalta palvelujärjestelmän tulisi olla sellainen, että se pystyy vastamaan myös monimutkaisiin tilanteisiin. Järjestelmän tulee toimia sekä inhimillisesti että taloudellisesti kestäväällä tavalla. Metropolialueen väestöltään suurissa kunnissa on jo tällä hetkellä mahdollista ylläpitää varsin pitkällekin erikoistunut ja moniosaamisen

<sup>3</sup> ARAn kunnille tekemän kyselyn (2011) mukaan asunnottomuus keskittyy yhä pääkaupunkiseudulle. Maahanmuuttajien ja naisten asunnottomuus on lisääntynyt. Vuonna 2011 pääkaupunkiseudun kolmen suurimman kunnan osuus koko maan asunnottomista oli 60 prosenttia. Asunnottomista perheistä 40 prosenttia oli maahanmuuttajia.

<sup>4</sup> Metropolialueen toimeentulotukimenot asukasta kohti olivat 176 € (2011) kun kuntien menot vaihtelivat välillä 20€-217€ / as. Maakunnittain tarkasteltuna vaihteluväli oli 34€-165€ ja maassa keskimäärin käytettiin 120€ asukasta kohti toimeentulotukeen. Läntisen ja itäisen Uusimaan toimeentulotukimenot olivat noin 84€/as.

<sup>5</sup> Metropolialueen sairastavuusindeksi oli 75,3 vuonna 2011. Maakunnittain sairastavuusindeksi vaihteli välillä 69,1-133,2 (koko maan indeksi 100). Metropolin länsipuolisella Uusimaan alueella sairastavuusindeksi oli 96,0 ja itäisellä puolella 90,6. Metropolialueen ulkopuolinen Uusimaa on yksinhuoltajaperheiden osuuksissa hiukan alle maan keskitason.

<sup>6</sup> Metropolialueella yksinhuoltajaperheitä vuonna 2012 oli 85 182. Se vastaa vajaata neljännestä (23,4%) lapsiperheitä. Maakuntien tarkastelussa vaihteluväli on 13,9%-22,8% ja koko maassa on viidennes (20,4%) perheitä yksinhuoltajien.

<sup>7</sup> Esimerkiksi katkaisuhoidossa ja kuntoutuslaitoksissa hoitopäiviä vuodessa 1000 asukasta kohden on Uudellamaalla 87,7, kun koko maassa vastaava luku on 55,0. THL:n päihdehuollon huumeasiakkaat tilastoraportin (2012) mukaan merkittävä osa huumeasiakkaista on kattavuuskyselyn perusteella sijoittunut Etelä-Suomen alueelle (43 prosenttia) ja Helsinkiin yksistään 16 prosenttia.

<sup>8</sup> Metropolialueella lastensuojelun avoimuuslollisten tukitoimenpiteiden piirissä vuonna 2011 oli 7,7% alle 18 vuotiaista ja kodin ulkopuolelle heistä oli sijoitettu 1,5%. Koko maan vastaavat indikaattoriluvut olivat 6,7% ja 1,3%. Maakunnittain tarkasteltuna vastaavasti avoimuuslollisten tukitoimenpiteiden piirissä olevien osuus vaihteli 2,0%-8,7% välillä ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen osuus vaihteli 0,6%-1,7% välillä. Metropolin ulkopuolisen Uusimaan alueella indikaattorit olivat jkv koko maan tason alapuolella.

turvaava järjestelmä. Kuitenkin lukumäärältään suurempi osa on kuntia, joiden osalta ylikunnallinen järjestämistapa mm. sosiaalipäivystyksessä, perheoikeudellisissa asioissa, turvakotipalveluissa ja erikoistuneissa asumispalveluissa on kestävämpi. Lisäksi kaikki suurimmatkaan kaupungit eivät pysty yksin järjestämään kaikkein erikoistuneimpia palveluita toiminnallisesti ja taloudellisesti järkevällä tavalla. Palvelukokonaisuuksista tulisi päättää tasolla, jolla on riittävä osaaminen palvelukokonaisuuden arviointiin.

### 3 Työssäkäynti ja asiointi

Metropolialue on toiminnallisesti yhtenäinen alue ja asukkaiden elämässä yhtenäistä asumis-, työssäkäynti-, asiointi- ja vapaa-ajanaluetta. Työssäkäynti- ja muu asiointiliikkuminen poikkeaa merkittävästi muista Suomen kaupunkikeskusalueista.

Työssäkäynnin näkökulmasta liki koko Uusimaa on yhtenäistä aluetta. Helsingin työssäkäyntialueeseen kuuluvat tilastokeskuksen määritelmän (vähintään 10 prosentin pendelöinti työssäkäyntialueen keskuskuntaan) mukaan lähes kaikki Uudenmaan kunnat. Helsingin työssäkäyntialue ulottuu lisäksi hieman myös Kanta-Hämeen alueelle.

Vantaan työllisistä yli 40 prosenttia ja lähes yhtä paljon Espoon ja Kauniaisten työllisistä, yli 30 prosenttia Keravan ja Sipoon työllisistä ja yli 20 prosenttia Kirkkonummen, Järvenpään, Nurmijärven, Pornaisten, Tuusulan ja Vihdin työllisistä sekä liki 20 prosenttia Siuntion ja Mäntsälän työllisistä pendelöi Helsinkiin. Metropolialueella, erityisesti pääkaupunkiseudun kuntien kesken tyypillisistä on myös ristikkäispendelöinti. Helsingin työssäkävivistä n. 25 000 pendelöi Espooseen ja suurin piirtein sama määrä Vantaalle. Vantaalle ja Espooseen suuntautuu työssäkäyntiä myös muista seudun kunnista.

Myös työpaikkaomavaraisuustilastot kertovat yhtenäisestä työmarkkina-alueesta. Työpaikkaomavaraisuudeltaan vahvimpia metropolialueen kunnista vuoden 2010 tilastojen perusteella olivat Helsinki, Vantaa ja Espoo. Hyvinkään, Tuusulan ja Keravan kuntien työpaikkaomavaraisuus oli 70 - 90 prosentin välillä. Metropolialueen muiden kuntien työpaikkaomavaraisuus oli 60 prosentin tuntumassa tai sen alle. Helsingissä työpaikkoja on yhteensä yli 581 000. Työpaikat metropolialueella ovat voimakkaasti keskittyneet Helsingin kantakaupunkiin, liikenteen pääväylien solmukohtiin ja raideliikenteen asemansetujen työpaikka-alueisiin.

Metropolialueen asukkaat käyvät sekä töissä että asioivat kuntarajoista riippumatta, mikä näkyy selvästi SYKE:n laatimista liikkumisen seurantatutkimuksista ja ennusteista. Palveluja haetaan yli kuntarajojen ja myös kuntapalvelujen lisääntyvä valinnanvapaus erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon osalta luo paineita uudenlaisten palvelukokonaisuuksien rakentamiseen, josta mm. sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksessa on kysymys.

Asiointiin ja myös esimerkiksi hyvän sosiaali- ja terveyspalvelujen saavutettavuuden varmistavat tiheä liikenneverkko sekä Suomen oloissa verrattain kehittynyt joukkoliikenne. Kun muualla maassa terveydenhuollon ongelmana on harvan asutuksen ja pitkien etäisyyksien vuoksi erikoissairaanhoidon 24/7- päivystyspalveluiden saavutettavuus, ei Uudellamaalla ole vastaavaa ongelmaa. Esimerkiksi HYKS on alle tunnin saavutettavuuden piirissä yli 90 prosentille väestöstä ja sairaaloiden väliset etäisyydet ovat lyhyet. Lyhyet välimatkat mahdollistavat sen, että erikoistuneimmatkin palvelut ovat helposti väestön saavutettavissa riippumatta siitä, missä päin metropolialuetta tai koko maakuntaa asutaan.

Metropolialueella väestökasvu ja liikkuminen yli kuntarajojen on voimakasta. Hyvät liikenneyhteydet, palvelujen saavutettavuus ja laaja väestö tuovat sekä mahdollisuuksia että haasteita kuntien järjestämiin palveluihin ja niiden rahoitukseen.



#### 4 Talous ja alueen kilpailukyky

Toisin kuin useissa Suomen kunnissa, metropolialueen kuntien haasteena on vastata kasvuun ja sen vaatimisiin investointeihin. Palvelujen ja rahoituksen paineet kohdistuvat usein uusien peruspalveluiden tarjoamiseen muuttavalle väestölle. Taloudellisesti kunnat ovat vahvoja verrattuna muihin suomalaisiin kuntiin. Uudenmaan vahvuus maakuntien vertailussa on perustunut suureen asukaskohtaiseen verotettavaan tuloon sekä siihen, että kunnat ovat järjestäneet kuntalaisten sosiaali- ja terveyspalvelut keskimääräistä pienemmillä asukaskohtaisilla nettomenoilla. Vuoden 2012 tilinpäätösten mukaan keskimääräinen verotulo asukasta kohden Uudellamaalla oli 4340 euroa, vastaavan tulon ollessa koko maassa 3562 euroa. Muissa maakunnissa jäädyään maan keskiarvon alle. Myös Itä- että Läntisellä Uudellamaalla jäätiiin koko maan keskiarvon alle (2011 tilinpäätökset). Valtionosuudet Uudenmaan kunnissa ovat olleet tuloista suhteellisesti pienimmät.

Tulevaisuudessa kuntien taloustilanteet ovat kuitenkin erittäin haastavia johtuen mm. työikäisten osuuden pienenemisestä ja palvelutarpeiden kasvusta. Talouden tasapainottamiseksi myös kuntien menoja on hallittava suhteessa tuloihin. Usein hyvätuloisissa kunnissa asukaskohtaiset menot ovat korkeampia, mutta korkea hinta voi johtua tehottomuuden lisäksi myös palveluverkkoratkaisuista, palvelusisällöistä ja laadusta, kunnan väestön ikäjakaumasta ja palvelutarpeista sekä toimintaympäristöstä. Edellä jo todetusti myös esim. vieraskielisten osuus ja sosiaalisen huono-osaisuuden keskittyminen alueelle lisää kuntien kustannuksia.

Metropolialueen erityisyys muihin kaupunkiseutuihin verrattuna perustuu ennen kaikkea sen suureen merkitykseen maan kansantaloudelle. 12 suurimman kaupunkiseudun osuus BKT:stä on noin 2/3. Helsingin kaupunkiseudun<sup>9</sup> osuus on ylivoimaisesti suurin muihin kaupunkiseutuihin verrattuna: yli 1/3 eli n. 35 prosenttia BKT:stä. Tämä osuus on vuosien 1975 – 2008 välillä kasvanut vajaasta neljänneksestä kolmannekseen. Samaan aikaan kaupunkiseudun asukasta kohden laskettu kansantuote on kohonnut huomattavasti. Muilla seuduilla vastaavaa kasvua ei ole tapahtunut. Merkitys kansantaloudelle näkyy myös t&k-menoissa, jotka vuonna 2011 olivat noin 3 miljardia euroa. Helsingin kaupunkiseudun taloudellista merkitystä kuvaa myös se, että siellä sijaitsee 30 prosenttia koko maan työpaikoista. Kaupunkiseutu ja sen pääkeskus tarjoavat taloudelliselle toiminnalle kehitysmahdollisuudet, joita muualla Suomessa ei ole tarjolla. Pääkaupunkiseudulla syntyy lisäksi valtakunnallisesta arvonalisäyksestä 30 prosenttia. Myös yksityisen sektorin työn tuottavuus on kaupunkiseudulla selvästi koko maan keskiarvoa korkeampaa.

Metropolialueiden kilpailukyky ei perustu vain niiden asemaan kansallisessa keskusverkossa, vaan kykyyn vastata globaaliin kilpailuun. Helsingin metropolialueen lähimmät kilpailijat ja kumppanit löytyvät Itämeren piiristä. OECD:n 78 metropolialueen vertailussa (2006) Helsinki oli väkiluvultaan sijalla 74, mutta kansantaloudelliselta merkitykseltään sijalla 7.

Maailmantalouden ja Euroopan talouden kasvun hidastuminen korostaa metropolialueeseen ja sen asemaan kohdistuvia odotuksia. Metropolialueen kehitys ja kilpailukyky perustuvat ensisijaisesti yritysten menestykseen, mille julkinen sektori luo edellytykset maankäytöllä, asuntotuotannon edistämällä, liikennejärjestelyillä, osaavan työvoiman saannin varmistamisella ja toimivilla hyvinvointipalveluilla. Jotta metropolialue voi säilyttää kilpailukykyä kansainvälisesti, vaatii tämä myös alueella asuvien yksilöiden ja heidän elinolojensa tukemista sekä toimenpiteitä edellä kuvattujen sosiaalisten ongelmien ratkaisemiseksi. Metropolialueen kilpailukykyyn perusedellytys on alueen kyky varmistaa ja vastaanottaa tuleva väestönkasvu ja poistaa siihen liittyvät pullonkaulat. Lisäksi valtakunnallisilla toimenpiteillä on varmistettava, ettei alueen kilpailukykyä heikennetä ja samalla vaaranneta metropolialueen roolia koko kansantalouden veturin

<sup>9</sup> Tässä Helsingin kaupunkiseudulla tarkoitetaan 12 kuntaa, johon kuuluvat metropolialueen 14 kuntaa lukuun ottamatta Mäntsälää ja Pornaista.

## 5 Kuvaus alueen sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä ja yhteistyöstä

### *Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) ja HYKS*

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) muodostavat Uudenmaan 24 kuntaa, vain Myrskylä ja Pukkila maakunnan kunnista eivät kuulu kuntayhtymään.

HUS:n sisällä olevilla viidellä sairaanhoitoalueella on HUS:n hallituksen alaisuudessa omat lautakunnat. Sairaanhoitoalueet toteuttavat koko sairaanhoitopiiriin yhteistä strategiaa. HUS:lla on 21 erillistä sairaalayksikköä, jotka hallinnollisesti muodostavat viisi sairaalaa. HUS järjestää pääosin alueen erikoissairaanhoidon. Poikkeuksena on Helsinki, jolla on merkittävä määrä omaa tuotantoa, erityisesti sisätautien ja psykiatrian aloilla.

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualue käsittää Uudenmaan, Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan maakunnat ja niitä vastaavat sairaanhoitopiirit. Kuntia alueella on 39.

Kehitysvammaisten erityishuoltoa varten on ETEVA -kuntayhtymä, johon kuuluvat Helsinkiä lukuun ottamatta muut Uudenmaan kunnat. Näiden lisäksi kuntayhtymään kuuluu kuntia Kanta-Hämeen ja Päijät-Hämeen maakunnista. Helsingin kaupunki järjestää erityishuollon palvelut omana toimintanaan. ETEVA tuottaa kuntien kanssa sovitun mukaisesti erityisesti vaativampia kehitysvammahuollon palveluja ja muita vammaispalveluja. Lisäksi joillakin yksityisillä säätiöillä ja osalla vammaisjärjestöistä on merkittävää palvelutuotantoa. Ruotsinkielisen väestön osalta Kårkulla vastaa erityishuollon ja –hoidon järjestämisestä kehitysvammaisille. Kårkulla vastaa myös sosiaalihuoltolain mukaisesta työtoiminnasta, päihdehuollosta ja työklonnikatoiminnasta. Siihen kuuluvat kaikki Suomen ruotsin- ja kaksikieliset kunnat.

HUS muodostettiin vuonna 2000 aikaisemmista Uudenmaan sairaanhoitopiiristä, Helsingin sairaanhoitopiiristä ja erillisestä HYKS-kuntayhtymästä. Toimintakautensa aikana HUS:ssa on tehty merkittäviä erikoissairaanhoidon uudelleen järjestelyjä, joille on tavoiteltu tehokkuutta ja korkeaa laatua. Kliiniset tukipalvelut ja niitä edustavat erikoisalut<sup>10</sup> on yhdistetty koko HUS-alueen kattavaksi kolmeksi liikelaitokseksi. Huollon tukipalveluista<sup>11</sup> on muodostettu neljä liikelaitosta. HUS:n 21 000 henkilöstöstä yli 6000 on näiden liikelaitosten palveluksessa.

Sairaaloiden välinen työnjako erityisesti pääkaupunkiseudulla on järjestetty uudelleen siten, että HYKS:in Jorvin, Peijaksen ja Helsingin sairaalat keskittyvät kukin omiin erityistehtäviinsä<sup>12</sup>.

Edellä kuvattu toimintarationalisointi on näkynyt HUS-alueen kuntien taloudessa siten, että kun vuonna 2000 HUS-alueen kuntien erikoissairaanhoidon laskutus oli 90 euroa/asukas muuta maata korkeampi, on se nyt 120 euroa/asukas muuta maata matalampi. Tämä ero (90+120) merkitsee jäsenkunnille yhteensä vuositasolla yli 300 miljoonan euron säästöä. Useilla laatumittareilla HUS<sup>13</sup> edustaa maamme korkeinta laatua.

HUS-alueen muut sairaalat toimivat omien alueidensa terveyskeskusten kanssa tiiviissä yhteistyössä keskittyen sellaisten kansansairauksien erikoissairaanhoidon, jota on perusteltua tuottaa pienemmissä sairaala-

<sup>10</sup> Laboratorio, patologia, kuvantaminen, kliininen fysiologia ja isotooppiäätiede, kliininen neurofysiologia, lääkintätekniikka, apteekki.

<sup>11</sup> Talous- ja henkilöstöpalvelut, laitoshuolto, ravintohuolto, logistiikka, välinehuolto.

<sup>12</sup> Mm. maan suurin tekonivelkirurgian keskus Peijaksessa, Pohjoismaiden suurin rintasyöpäkeskus Meilahdessa, synnytykset Naistenklinikan ja Kätilöopiston ohella Jorvissa (mutta ei Peijaksessa), silmätaudit ja korva-, nenä- ja kurkkusairaudet, syöpäsairaudet vain Meilahdessa aikaisemman usean yksikön sijasta, lastentaudit lasten ja nuorten sairaalassa Meilahdessa ja osin Jorvissa jne.

<sup>13</sup> Esimerkiksi korvatut potilasvahingot/100 000 asukasta, sydäninfarktipotilaiden yhden vuoden kuolleisuus, aivohalvauksen liuotushoidon tulokset jne.

loissa hajautetusti lähellä potilaiden asuinpaikkaa. Työnjako HYKS:n kanssa on toimivaa ja jatkuvan tarkastelun kohteena, mm. vuonna 2010 lakkautettiin synnytystoiminta Raaseporissa Länsi-Uudenmaan sairaalassa. Alueellisten sairaaloiden ja HYKS:in väliset lyhyet etäisyydet ovat mahdollistaneet sen, että useita lääketieteen erikoisalojen palveluita tuotetaan vain HYKSissä. Pääkaupunkiseudun ulkopuolisten HUS-kuntien erikoissairaanhoidon käyttö jakaantuu euromääräisesti HYKS:in ja omien alueiden sairaaloiden kesken siten, että HYKS:in osuus vaihtelee kunnittain 50-30 % välillä. Pääkaupunkiseudun kunnat käyttävät yli 95 prosenttisesti HYKS:iä, mutta eräitä palveluja tuotetaan myös pääkaupunkiseudun asukkaille muissa sairaaloissa.

Erityisesti psykiatriassa on rakennemuutos ollut viime vuosina suuri. Hoitopäivien määrä on vähentynyt kolmessa vuodessa laskennallisesti yli 200 sairaansijan verran avohoidon vastaavasti laajentuessa ja monipuolistuessa. HUS tavoittelee 4 sairaansijan psykiatristen sairaansijojen määrää 10 000 asukasta kohti.

#### *Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö erityisesti pääkaupunkiseudulla*

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöllä on seudulla pitkä historia. Yhteistyö on tiivistynyt erityisesti 2000-luvun alkupuolella jo ennen PARAS -hankkeen käynnistymistä. Tavoitteena on ollut parantaa kaupunkiseuduilla palvelujen käyttöä yli kuntarajojen. Osa yhteistyöstä on metropolialueen rajat ylittävää.

Pääkaupunkiseudun (Helsinki, Espoo, Vantaa Kauniainen) ja Kirkkonummen suun terveydenhuollon yhteispäivystys aloitettiin 1.10.2009.<sup>14</sup> 1.11.2009 alkaen muodostettiin pääkaupunkiseudun ja Kirkkonummen suun erikoishoidon yksikkö.<sup>15</sup> Toimintoja hallinnoi Helsinki. Myös pääkaupunkiseudun kuntien yritystyöterveyshuollon palvelut yhdistettiin 1.4.2009 alkaen<sup>16</sup>.

Pääkaupunkiseudun kunnilla sekä Keravalla, Kirkkonummella ja HUS -kuntayhtymän HYKS-sairaanhoidon alueella on yhteinen ympäri vuorokauden ja kaikkina vuoden päivinä toimiva terveysneuvonnan puhelinpalvelu.<sup>17</sup>

Pääkaupunkiseudulla on tällä hetkellä neljä virka-ajan ulkopuolista perusterveydenhuollon päivystyspistettä<sup>18</sup>. Virka-ajan ulkopuolisen perusterveydenhuollon päivystyspalvelujen käyttö pääkaupunkiseudulla kuntarajoista riippumatta on alkanut 1.4.2010. Päivystyspalvelujen yhteiskäyttö antaa Espoon, Helsingin, Kauniaisten ja Vantaan kaupunkien asukkaille mahdollisuuden hakeutua perusterveydenhuollon päivystyspisteeseen kuntarajoista riippumatta, kun kysymys on kiireellisestä tutkimuksesta ja hoidosta. Vapaa hakeutuminen on mahdollista virka-ajan ulkopuolella arkisin klo 16 – 08 sekä pyhäpäivinä ja viikonloppuisin.

Sosiaali- ja kriisipäivystys on järjestetty Helsingin, Espoon ja Vantaan omien sosiaalipäivystysten lisäksi useassa seutukunnallisessa sosiaalipäivystyksessä. Espoo myy sosiaalipäivystyspalvelut myös Kauniaisille ja Kirkkonummelle. Järvenpäällä, Keravalla, Tuusulalla, Nurmijärvellä, Hyvinkäällä, Mäntsälällä ja Pornaisilla on yhteinen Keski-Uudenmaan sosiaalipäivystys. Perusturvakuntayhtymä Karviainen järjestää sosiaalipäivystyksen seudullisesti Hangon, Karkkilan, Lohjan, Raaseporin, Inkoon, Karjalohjan, Siuntion ja Vihdin alueelle. Itä-Uudenmaan sosiaalipäivystys vastaa Porvoon, Askolan, Sipoon, Loviisan ja Lapinjärven alueen tarpeisiin.

<sup>14</sup> Helsingin kaupungin uudessa Haartmanin sairaalassa. Yhteispäivystyksenä hoidetaan ilta-, viikonloppu- ja arkipyhäpäivystys. Sipoo on mukana tässä toiminnassa erillissopimuksella viikonloppupäivystyksen osalta

<sup>15</sup> Muodostettiin Helsingin kaupungin suun terveydenhuollon yksiköstä. Sijoituspaikkana on Helsingin yliopiston hammaslääketieteen laitokselta vuokratut tilat Ruskeasuolla.

<sup>16</sup> Vantaan kaupungin omistamaan Vantaan Työterveys –liikelaitokseen.

<sup>17</sup> Yhteisesti kilpailutettu tuotantosopimus on voimassa jo toisen sopimuskauden vuodet 2008 – 2010 ja edelleen 2011 – 2013 sekä vuoden 2014.

<sup>18</sup> Haartmanin, Malmi/Marian, Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa.

Myös perheoikeudellisissa asioissa on seutukunnallisia perheoikeuden yksiköitä<sup>19</sup>.

Helsingin seudun asioimistulkkauskeskus on Helsingin, Vantaan, Espoon ja Kauniaisten kaupunkien yhteishanke, joka tuottaa tulkkaus-, käänös- ja asiakaskoulutuspalveluja maahanmuuttajatyön tarpeisiin<sup>20</sup>.

Lisäksi on yksittäisten palvelujen järjestämisessä ylikunnallista toimintaa. Muun muassa Vantaan kaupunki ostaa ruotsinkielisiä perheneuvolapalveluja Helsingin ruotsinkielisestä perheneuvolasta.

Tutkimus- ja kehittämistoiminnassa tehdään pääkaupunkiseudun kuntien kesken runsaasti yhteistyötä, joka on organisoitu joko sosiaalialan osaamiskeskukseen Soccan<sup>21</sup> yhteyteen tai tuetaan HUS:n perusterveydenhuollon yksikön toimesta tai toteutetaan erillisrahoitettuna Kaste -hankkeina.

Sähköisen asioinnin strateginen esiselvitys on tehty vuonna 2010. Helsinki, Vantaa, Kauniainen ja Kirkkonummi sekä HUS ovat hankkimassa yhteistä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmää. Hankinnassa on meneillään toimittajien osallistumishakemuksen jättäminen.

## 6 Alueen kuntarakenne ja tarve metropolihallinnolle

Metropolialue poikkeaa Suomen muiden suurten kaupunkiseutujen rakenteesta. Muilla kaupunkiseudulla keskuskunnan ja sitä ympäröivien kuntien kokoero on suurempi ja yhtenäinen työssäkäynti- ja asiointialue suhteellisen suppea verrattuna metropolialueeseen. Metropolialueella sijaitsee muista kaupunkiseuduista poiketen kolme yli 200 000 asukkaan kaupunkia. Kuntakoko vaihtelee Helsingin n. 600 000 asukkaasta Pornaisten n. 5000 asukkaaseen tai koko Uudenmaan osalta n. 2000 asukkaan Myrskylään.

Nämä sekä alueen muut erityispiirteet on huomioitu 1.7.2013 voimaan tulleessa kuntarakennelaissa. Juuri mm. työssäkäynnin, asioinnin sekä maankäytön, asumisen ja liikenteen haasteista johtuen rakennelaissa on erillissäännös metropolialueen kuntajakoselvityksistä. Rakennelain 4 e §:n mukaisesti Helsingin, Espoon, Vantaan, Kauniaisten, Kirkkonummen, Hyvinkään, Pornaisten, Tuusulan, Keravan, Järvenpään, Nurmijärven, Mäntsälän, Sipoon ja Vihdin kuntien tulee lain 4 d §:ssä säädetystä poiketen selvittää yhdistymistä alueilla, joilla on merkittävä yhdyskuntarakenteen eheyttämistarve yhteisen keskustaaajaman ja sen kasvupaineen vuoksi ja jotka muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden sekä ovat perusteltuja alueen kokonaisuuden kannalta. Alueen kuntien tulee osallistua yhdistymisselvityksiin muiden kuntien kanssa, jos se on tarpeen toiminnallisen kokonaisuuden muodostamiseksi.

Metropolialueella on siis katsottu tarpeelliseksi poiketa muuta maata koskevista selvityspäätteistä työssäkäynnin, yhdyskuntarakenteen ja työpaikkaomavaraisuuden osalta, mm. koska erityisesti yhdyskuntarakenteen osalta muualla maassa sovellettavan selvityspäätteeseen on arvioitu metropolialueella johtavan toiminnallisesta näkökulmasta liian suurten kuntajakoselvitysalueiden muodostumiseen.

Rakennelain mukaan yhdistymisselvityksessä, johon osallistuu joku em. alueen kunnista, tulee arvioida myös kuntien yhdistymisen suhdetta metropolihallinnon tarpeeseen erityisesti yhdyskuntarakenteen eheyttämisen, joukkoliikenteen ja sosiaalisen asuntotuotannon näkökulmasta.

<sup>19</sup> Sekä Hyvinkää, Nurmijärvi, Riihimäki, Hausjärvi ja Loppi että Järvenpää, Kerava ja Tuusula ovat muodostaneet yhteiset perheoikeudelliset yksiköt.

<sup>20</sup> Asioimistulkkauskeskus sijaitsee hallinnollisesti Vantaan kaupungin organisaatiossa.

<sup>21</sup> Socca siirtyy vuoden 1.1.2014 alusta HUS kuntayhtymään.

Hallituksen rakennepoliittisessa ohjelmassa 29.8.2013 tehtyjen linjausten mukaisesti valtiovarainministeriö käynnisti valmistelun metropolihallinnon perustamiseksi alueelle ja asetti 4.10.2013 metropolihallintoa koskevaa lainsäädäntöä valmistelevalle työryhmälle.

#### **Käytettyjä lähteitä:**

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta, kuntajakolain eräiden säännösten kumoamisesta sekä kielilain muuttamisesta HE 31/2013 vp.

Hallituksen rakennepoliittinen ohjelma talouden kasvuedellytysten vahvistamiseksi ja julkisen talouden kestävyysvajeen umpeen kuromiseksi. 29.8.2013.

Helsingin seudun vieraskielisen väestön ennuste 2013-2030. Helsingin kaupungin tietokeskus.Tilastoja 5/2013.

Koordinaatiotyöryhmän linjaus kuntauudistuksen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen yhteensovittamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain keskeisiksi periaatteiksi. 8.5.2013

Kuntarakennelaki 1698/2009 vp.

Loikkanen, Heikki.A; Laakso, Seppo; Susiluoto, Ilkka (2012) Metropolialueen talous. Näkökulmia kaupunkitalouden ajankohtaisiin aiheisiin. Helsingin kaupunki. Tietokeskus.

Metropolihallintoa koskevaa lainsäädäntöä valmistelevalle työryhmälle asettamispäätös VM093:00/2013, 4.10.2013.

Metropoli meille kaikille (2013) Metropolialueen esiselvitys – selvityshenkilöiden suositus ja ehdotukset. (Valtiovarainministeriön metropoliesiselvitys).

Selvityshenkilöryhmän ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:7.

SOCCA ja Ympäristöministeriö (2011) Metropolialueen Sosiaalisen eheyden loppuraportti. Metropolialueen sosiaalisen eheyden koordinaatioryhmän loppuraportti 7.2.2011.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:15.

Vilkama, Katja (2011) Yhteinen kaupunki, eriytyvät kaupunginosat? Kantaväestön ja maahanmuuttajataustaisten asukkaiden alueellinen eriytyminen ja muuttoliike pääkaupunkiseudulla. Tutkimuksia 2011: 2. Helsingin kaupungin tietokeskus.

Yhteenveto metropoliesiselvitystä koskevista lausunnoista 31.5.2013. Valtiovarainministeriö VM079:00/2013.