

toon vaikuttamiseen. Deliberatiivisesta demokratiasta ja kansalaisraatien toteuttamisesta Suomessa. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Saatavissa: [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=2636](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2636). [Viitattu 27.11.2013].

Rovaniemi 2008. Yläkemijoen aluelautakunta. Tarkastuslautakunta. Palvelut-jaosto. Arviointi 6/2008.

Soikkanen, Hannu 1966. Kunnallinen itsehallinto kansanvallan perusta. Maalaiskuntien itsehallinnon historia. Maalaiskuntien liitto, Helsinki.

Strandin, Bengt 1980. En svensk modell för kommunal närdeokrati. Vasabladet 7.11.1980.

ILKKA PYY, *Itä-Suomen yliopisto, historia- ja maantieteiden laitos*

## Sote-uudistus ja maaseutu

**P**erusterveydenhuolto on Suomessa organisoitu hajautetusti kuntiin ja kuntayksiköihin, mutta sen käänttöpuolena on kansalaisten epätasa-arvoinen pääsy hoitoon (OECD 2012). Työterveyshuolto toimii ja yksityislääkärille pääsee, mutta vain noin neljännes väestöstä saa ajan terveyskeskukseen kahden viikon kuluessa. Suomalaisen kolmitasoisien terveydenhuollon akilleenkantapäälle on perusterveydenhuolto. Sairaanhoidopiireihin (20 kuntayhtymää) koottu erikoissairaanhoido samoin kuin viisi yliopistosairaalan vaativan hoidon erityisvastuualuetta saavat sen sijaan kiitosta.

Sosiaali- ja terveyshuollosta on ryhdytty käyttämään uudissanaa sote. Kataisen hallituksen keskeinen hanke on säätää uusi sote-huollon järjestämislaki. Lain toteutuessa sairaanhoidopiirit ja kunnalliset sote-lautakunnat ovat historiaa. Palvelujen järjestäminen siirtyy sote-alueille, joissa keskuskunnan koko on vähintään 50 000 asukasta sekä joissakin tapauksissa perustason toimielimille, jos järjestäjäkunnan koko on vähintään 20 000 asukasta. Kuntayhtymät ja -yhteistyö korvataan vastuukunnilla. Niiden varaan luodaan 20–30 aluetta, jotka huolehtivat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen työnjaosta ja integroinnista. Käytännössä kaikki maaseudun kunnat menettävät itsenäisen päätöksenteon sote-palveluistaan.

Maaseutualueiden näkökulma sote-uudistukseen on ollut vähän esillä, sillä muita näkökohtia on ollut riittämiin. Suomen hallintohistoriasta on vaikea löytää

yhtä tempoilevaa ja asiantuntijat sivuuttavaa valmistelua kuin sote-uudistus. Tähän mennessä sitä on tehty neljässä sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa työryhmässä (STM 2011; 2012; 2013a; 2013b) sekä lisäksi linjattu pääministerin asettamassa koordinaatioryhmässä. Ryhmien työtä on yhdistänyt pyrkimys vähentää järjestäjätahoja ja -tasoja sekä ottaa huomioon alueellisia erityispiirteitä. Pyrkimyksenä on myös ollut sovittaa yhteen kunta- ja palvelurakennetta.

Hallituksen kunta–sote-koordinaatioryhmän (2013) mukaan vastuukuntamallin valintaa puoltaa se, että sote-huolto ei eriydy erillishallinnoksi siten kuin kuntayhtymissä. Vastuukunnan on järjestettävä palvelut yhdenvertaisesti kaikissa sote-alueeseen kuuluvissa kunnissa ja turvattava lähialueiden saatavuus.

### Väestöpohjat ja vaihtoehdot

Terveydenhuollon asiantuntijoiden mukaan perus- ja erikoissairaanhoidon integrointi edellyttää suuria väestöpohjia. Hallituksen sitoutuminen vastuukuntapohjaiseen organisointiin tuottaa silloin vaikean yhtälön. Vastuukunta voi osoittautua mahdolliseksi ratkaisuksi perustuslailliselta kannalta, puhumattakaan käytännössä. Sote-uudistuksessa on myös toistuvasti korostettu, että järjestämis- ja rahoitusvastuu tulee olla samalla taholla. Kuitenkin tähänastiset työryhmien linjaukset ovat ohittaneet useasta lähteestä tulevan rahoituksen ongelman, jonka seurauksena perustervey-

denhuolto, erikoissairaanhoido ja Kela ovat vyöryttäneet kustannuksia toisilleen. Kokonaiskustannusten kehitystä on ollut vaikea seurata ja hallita, mistä on kärsinyt perusterveydenhuolto ja sen maine.

Sote-uudistuksen valmistelua on tempoilun ohella leimannut vaihtoehdottomuus. Poliittiseksi selitykseksi tähän on tarjottu leveää hallituspohjaa oikealta laidalta vasemmalle, jonka vuoksi hallitusohjelma on yksityiskohtainen ja sitova. Hallinnollinen selitys voi puolestaan olla se, että kun keskitytään järjestämisvastuuseen, muistuttavat lopputulokset toisiaan, vaikka nimitykset vaihtelevat sote-alueesta vastuukuntaan ja maakuntamalliin. Todellinen vaihtoehto sote-palvelujen järjestämisvastuuseen olisi niiden siirtäminen pois kunnilta ja kuntayhtymiltä kokonaan valtiolle, mutta tämä vaihtoehto on luultavasti kallis ja sen vuoksi teoreettinen.

Vaihtoehdottomuuskritiikki on kulminoitunut kunta- ja sote-uudistuksen aikatauluihin. Heinäkuussa 2013 voimaan astuneen kuntarakennelain ja valmisteilla olevan sote-järjestämislain oikeudellinen yhteys on epäselvä, mutta asiallisesti epätahtisuus vaikeuttaa kuntien yhdistämiselvityksiä. Uudistuksia on pidetty myös liian suurina toteutettavaksi yhden hallituskauden aikana siitä huolimatta, että parlamentaarinen valmistelu ohitetaan. Hallitus haluaa molemmat koska ne nähdään toinen toisensa edellytyksinä. Kuntakoon kasvattaminen voi helpottaa sote-palvelujen järjestämistä, mutta mahdollinen on myös tulkinta, että kuntia kiristetään liitoksiin sote-uudistuksella. Kansalaisten kannalta sote-uudistus lienee tärkeämpi kuin kunta-uudistus. Hallitus ei ole kuitenkaan antanut periksi kuntarakennevetoisesta etenemisestä, sillä se nähdään ainoaksi keinoksi edetä kohti kaksitasoista järjestelmää, joka integroi sosiaali- ja terveyspalveluja, perus- ja erikoissairaanhoidoa sekä asiakkaiden hoitoketjuja. Riski kummankin uudistuksen kariutumista on lisääntynyt. Peruspalveluministerin tehtävistä vapautettu Maria Guzenina-Richardson on perustellut kytkentää metaforalla siamilaisista kaksosista, jotka kulkevat käsi kädessä yhteinen sydän keskellä (HS 2012). Mutta ymmärtävätkö asiantuntijat, kuntapäätäjät ja palvelujen tarvisijat yhteisen sydämen samalla tavoin?

Sote-asiantuntijat korostavat sote-alueita ja vastuukuntia välivaiheena 15–25 kunnan rakenteelle (HS 2013a), minkä pohjalta kaikki kuntien tehtävät tulisi

organisoida (Välimäki 2013). Hallinnon ja oikeuden asiantuntijat puolestaan ihmettelevät, mihin on katoamassa kunnan idea ja asukkaiden itsehallinto (PeVL 2013). Myös monet kuntapäätäjät joutuvat miettimään, mitä kunnasta jää jäljelle, jos puolet sen budjetivallasta leikataan sote-alueelle. Kansalaisille maakunnan kokoiset kunnat ovat etäisiä palvelunjärjestäjiä saatikka paikallisten asioiden hoitajia. Paineet kehittää lähidemokratiaa ovat melkoiset, semminkin kun saavutukset tällä saralla ovat tähän asti olleet vaatimattomat. Alue-elimet ovat Suomessa keskustelukerhoja, joista vain yhdellä kymmenestä on päätösvaltaa (Pihlaja & Sandberg 2012: 115). Terveystieteiden ideaali 20 kunnasta ei ole realistinen esitys tulevaisuuden kuntarakenteesta ellei oteta todesta Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen ylijohtaja Juhana Vartiainen vetoamusta, että hallituksen on päästävä sote- ja kuntauudistuksessa osaoptimoinnista kokonaisnäemykseen ja jyrättävä ”miten meidän kunta pärjää” -intressit (HS 2013b). Hallituksen rakennelinjauksissa elokuussa 2013 suurten kaupunkiseutujen pakkoliitokset katsottiin jälleen mahdollisiksi seudullisten kansanäänestysten tuloksiin kytkettyinä.

Kaksitasoisen terveydenhuollon tavoitteen rinnalla on keskusteltu jonkin verran kaksitasoisesta kuntarakenteesta peruskunta–lähikunta- tai maakunta–kotikunta-nimityksien pohjalta. Näissä on kyse jopa uusista vaali- ja veropiireistä. Kaksitasoisen kunnan rinnakkaismalliksi voidaan ajatella myös nykyisten sairaanhoitopiirikuntayhtymien tehtävien laajennus perusterveydenhuoltoon ja sosiaalitoimeen sekä sen mukainen hallinnon uudistaminen muun muassa mahdollisesti korvamerkittyjen valtionosuuksien avulla. Siten voidaan välttää omaisuuden uudelleenjakamista, parantaa kokonaiskultujen hallintaa sekä kohdentaa varoja ennaltaehkäisyyn. Kaksitasoisia kuntamalleja vierastetaan, koska niidenkin ennakoitaan johtavan lopulta palvelujen keskittymiseen maakuntakeskuksiin. Uuden mallin rakennusaineeksi kannattaa kuitenkin hakea vaikkapa Ruotsista tai Ahvenanmaalta.

## Keskittäminen ja palvelujen saavutettavuus

Keskustelu pelkästä järjestämisvastuusta mallin kuin mallin pohjalta jättää runsaasti tilaa sekä keskittävi-

en että hajauttavien kehityskulkujen ennustamiselle. Hyviä mutta keskenään yhteismitattomia asioita asettuu vastakkain, kuten kuntauudistus versus sote-sektoriuudistus tai palvelujen tasa-arvoinen saavuus versus kunnallinen itsehallinto taikka julkisen perusterveydenhuollon laadun parantaminen versus asiakkaan valinnanvapauden lisääminen.

Keskittävämpää järjestämisvastuuta Suomessa puoltaa ihmisten yhdenvertainen ja oikeudenmukainen kohtelu. Hajautettua vastuuta puoltavat harva asutus, pitkät etäisyydet ja periaatteessa toimiva paikallisdemokraattinen päätöksenteko. Lisäksi kunnallisessa järjestelmässä on mahdollista kytkeä sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteko muiden sektoreiden päätöksentekoon eli laajamittainen hajauttaminen voi vahvistaa alueellisten erityispiirteiden huomioonottamista. (Välimäki 2013: 59.)

Erimielisten intressitahojen kesken vallitsee yksimielisyys siitä, että julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuuta on uudistettava, ja että järjestelmä on säilytettävä kuntavetoisena. Tällöin on loogista nostaa kuntarakenne uudistamisen ytimeen. Kuntien koon kasvattaminen ei lyhyellä aikavälillä synnytä välttämättä säästöjä eikä vähennä byrokratiaa, mutta sen katsotaan olevan tärkeä poliittisen ohjauksen piirissä oleva rakenne-elementti. Siten pitkällä tähtäimellä koon kasvattaminen voi antaa liikkumavaraa uudenaikaisille järjestelyille. Samalla kun valtiovainministeriö on laatinut pohjaehdotuksia kuntauudistukselle karttaesityksineen ja selvitystarpeineen, on käyty myös hieman epäselvää keskustelua pakkoliitoksista. Kummatkin ovat vähentäneet luottamusta kunnissa, vaikka sitä uudistuksien eteenpäin vieminen edellyttää.

Sen sijaan sote-uudistuksessa on kiinnitetty vähän huomiota terveyskeskusten ja -asemien ja aluesairaaloiden optimaaliseen sijaintiverkkoon asiakkaiden ja hoitoketjujen näkökulmasta. Tarjolla on joitakin saavutettavuuslaskelmia. Esimerkiksi jos ympärivuorokautisen päivystyksen toimipistemäärä laskee nykyisestä 58:sta 20:een, puolet väestöstä saavuttaa pisteen 12 minuutin sijasta 18 minuutissa ja syrjemässä asuvan väestön kymmenyksen matka-aika kasvaa puolesta tunnista liki tuntiin (Huotari & Rusanen 2013). Aika on tärkeä saavutettavuuskriteeri kiireellisessä hoidossa kun taas matkan pituus kertoo saavutettavuuden kustannuksista. Haja-asutusalueella yli

puolet asukkaista, noin 440000 ihmistä, asuu yli 10 kilometrin päässä lähimmästä nykyisestä terveyskeskuksesta. Noin viidellä prosentilla haja-asutusalueiden asukkaista matkaa on yli 30 kilometriä. Suurin osuus pitkämatkalaisista on Lapissa, Kainuussa Pohjois-Savossa ja Pohjanmaalla. Vapaa-ajan asukkaat tekevät myös Järvi-Suomen terveyskeskusmatkoista pitkiä. (Rehunen & Vesala 2012: 46–48.) Järjestäjätahojen määrien ohella monipuolinen sektoripohjainen tieto on tarpeen, jotta voidaan vertailla vastuukuntamallia ja muita kaksitasoisia kuntamalleja.

Kunnallinen itsehallinto on ihmisten arjessa vieras asia, mutta herkkä yhteiskunnallisen jännitteen lähde. Kuntien tehtäväkenttä on laajentunut jatkuvasti ja käsittää nykyisin yli 500 tehtävää (Hiironniemi 2013). Viime vuosien runsaista kuntaliitoksista huolimatta kuntarakenne on edelleen pienkuntavaltainen. Näistä lähtökohdista on tarvittaessa viritettävissä ristiriitoja paikallisen demokratian ja identiteetin vaalimisen sekä tehokkaan palvelutarjonnan välillä. Kunta- ja sote-uudistuksessa näille ristiriidoille ei liioin panna painoa. Samalla kun palvelujen järjestämisvastuuta halutaan keskittää, toivotaan että niiden läheisyysominaisuudet tulevat tavalla tai toisella lopulta otetuiksi huomioon. Suomalaisen korkea koulutus-taso lienee sen viimekätinen ta. Tässä katsannossa pienten kuntien valtuustot ovat uudistusten keskeisiä jarruttajia. Kuka pystyy selittämään näille kuntapäätäjille, että kun he luopuvat osasta valtaansa, kuntaisten sote-palvelut paranevat. Jyräämällä tämä tuskin onnistuu. Pikemmin on tuotava esiin järjestämisvastuun muutoksien seurauksia.

## Maaseudun perusterveydenhuollon tulevaisuus

2000-luvulla maaseudun terveyskeskukset ovat olleet ristivetoisessa muutoksessa. Yhtäältä ympärivuorokautinen ja ilta-aikojen päivystys on päättynyt. Lääkärit työskentelevät virka-ajalla, mutta työtä hallitsee akuuttihoito, koska virkoja on jatkuvasti täyttämättä. Toisaalta maaseudun lääkäripulaan on monia syitä. Vastavalmistuneet lääkärit eivät halua työskennellä ilman lähikonsultoinnin mahdollisuutta. Myöskään erikoistuminen yleislääketieteeseen ei ole nykyisin erityisen kiinnostavaa. Lääkärikunta koostuu entistä

enemmän naisista, joita maaseutu ei välttämättä houkuta, varsinkaan jos korkeasti koulutetulle puolisolle ei löydy töitä. Terveyskeskuslääkärin työnkuva kaventuu samalla kun kasvaa huoli, että vakavat sairaudet jäävät havaitsematta ajoissa.

Sote-uudistus lähtee siitä, että maaseudun kunnat eivät tulevaisuudessa järjestä perusterveydenhuoltoa, vaan ostavat sen erikoissairaanhoidon mukana. Maakunnan keskuskaupunki vastuukuntana on siinä mielessä hyvä ratkaisu, että terveydenhoito on integroitua ja yhteydessä muihin palvelusektoreihin. Siten voidaan hillitä erikoissairaanhoidon lobbausvoimaa, joka ammentaa alati kehittyvistä hoidoista ja laitteista. Pienen kunnan edunvalvonnan kannalta ei liene suurta eroa, onko sillä edustus maakuntatasoisessa kuntayhtymässä – niin kuin nyt erikoissairaanhoidon osalta – vai suuren kaupungin lautakunnassa/liikelaitoksessa koko terveydenhuollon osalta? Perustuslailliselta kannalta asia on epäselvä, mutta pienen kunnan vaikutusvalta on kokonsa mukainen kummassakin tapauksessa.

Palvelujen osto asukasmäärään perustuvalla kiinteällä vuosimaksulla (kapitaatiolaskutus) toimenpidelaskutuksen sijasta olisi olennainen muutos vakauttamaan pienen kunnan taloutta (Soinivaara 2013). Pienikin kunta voi jatkaa itsenäisenä, jos sillä ei ole enää vastuullaan järjestää terveyspalveluja, mutta riittäkö tällainen itsenäisyys kuntapäätäjille. Asukkaille se varmaan riittää, jos lääkäriin saa ajan ja hoitoon pääsee ajoissa, vaikka vähän pitemmän matkan päähän. Lääkäriliiton (2012) tilaaman väestökyselyn mukaan 57 prosenttia vastaajista koki ongelmaksi pitkät jonotusajat; 11 prosenttia vastaajista (ja vain kaksi prosenttia terveyspalveluja käyttäneistä) kantoi huolta pitkistä etäisyyksistä. Terveyskeskusten asiakkaissa enemmistön muodostavat kuitenkin lapset ja vanhukset, joiden liikkuvuus on muita väestöryhmiä rajoitetumpaa. Tämä perustelee monipuolisen palveluvarustuksen säilyttämisen maaseudun kuntakeskuksissa.

Pyrkimystä kaksitasoisen terveydenhoidon organisointiin vastuukunnan avulla vesittää koordinaatioryhmän linjaus, jonka mukaisesti keskikoiset kunnat säilyttävät perusterveydenhuollon järjestämisoikeuden. Järjestelmän selkeytyminen on kyseenalaista ja siirtyminen kapitaatiolaskutukseen vaikeutuu. Ylipäätään mekaaninen väestöpoh-

javaatimus monipuolisesti varustetun terveyskeskuksen säilyttämiseksi on aivan eri asia esimerkiksi alle 20000 asukkaan Kuhmon kuin yli 20000 asukkaan Lempäälän olosuhteissa, mutta suuri osa asiantuntijoista vannoo yhtenäiskriteereihin maan asutusrakenteesta piittaamatta. Sitä paitsi useita muitakin järjestämis- ja rahoitusmalleja on tarjolla (ks. esim. THL 2011: 93–101).

Julkisen perusterveydenhuollon asemaa on vahvistettava nykyisen monikanavaisen rahoituksen uudelleen arviointia varten. Monissa maissa, myös muissa Pohjoismaissa, terveyspalvelujen järjestäjä ostaa lääkäripalvelut itsenäisiltä ammatinharjoittajilta. Tämä ns. perhelääkärijärjestelmä sisältää kotikäyntejä, puhelin- ja sähköpostiasiointia ja päivystystä. Suomessa sen sijaan jonotetaan terveyskeskuksiin. Kelan korvaamat yksityislääkärikäynnit korkeine omavastuuosuuksineen ovat puolinaisen versio perhelääkärijärjestelmästä. (Hiilamo 2013.) Ja maaseudulla eivät sitäkään.

Mitkä ovat kuntauudistuksen ja sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistuksen mahdollisuudet ja uhat maaseudulle? Suuri lupaushan sisältyy siihen, että uudistuksilla parannetaan nimenomaan julkisten peruspalveluiden laatua ja saatavuutta lähialueilla. Vastuukunnat ja muut kaksitasoiset kuntamallit herättävät kuitenkin maaseudulla aiheellista huolta palvelujen asteittaisesta kaikkoomisesta. Kaupungin ja ympäröivän maaseudun yhteisvastuuta terveydenhuollossa voidaan edistää toisinkin, esimerkiksi lääkäripoolilla. Maaseudun kuntien näkökulmasta tällainen järjestämisvastuun keskittäminen turvaa luultavasti parhaiten lähialueiden säilymistä. Maaseutukunta voi hankkia keskuskaupungilta terveydenhuollon hallinnon ja lääkäreiden vaihtuvuus vähenee olennaisesti keikkalääkäreiden käyttöön verrattuna. Lääkäripoolin kaltaiset palveluhenkilöstön liikkuvuuden ja kierron ratkaisut tuovat aidosti ”leveämpiä hartioita” maaseudulle, mutta tällaiset käytännölliset vaihtoehdot ovat olleet oudon vähän esillä rakenteita painottavassa sote-keskustelussa.

Uhat on puolestaan liitetty siihen, että jos julkisen sektorin kestävyysvajeeseen vastaavaa kunta- ja sote-uudistusta ei saada aikaan, perusterveydenhuollon heikkeneminen jatkuu maaseudulla kaikkien kuntien pitäessä kynsin hampain kiinni terveyskeskuksistaan ja aluesairaaloistaan. Vaihtoehtona on sil-

loin myös rahoituksen kiinnittäminen asiakkaaseen laajentamalla lakisääteisen sairausvakuutuksen roolia. Tällöin asiakas pääsisi tai joutuisi itse valitsemaan palvelun tuottajan yksityiseltä, julkiselta tai kolmanelta sektorilta. Kela ja mahdolliset muut vakuuttajat vastaisivat korvauksista ja palvelujen laadun seurannasta (vrt. Hiilamo 2013; Soininvaara 2013). Tämä malli vahvistaisi asiakasnäkökulmaa sikäli, kun se kyseenalaistaisi vanhan uskomuksen, jonka mukaan julkisilla palveluilla huolehditaan parhaiten sosiaalisesta ja alueellisesta tasa-arvosta hyvinvoinnissa eli turvataan palvelujen tasapuolinen saatavuus niin vähäosaisille kuin maaseudulla asuville.

Vastuorganisaatioiden lukumääriin ja tasoihin keskittyvä väentö on estänyt näkemästä sen, että hajautetut toimintamallit voivat edelleen olla Suomen menestystekijä. Yhteiskunnat, joissa on korkea koulutustaso ja korkea luottamus viranomaisiin, toimivat hajautetusti. Milloin tulee hallitus, joka ymmärtää tämän, eikä käynnistä uholle ja uhkakuville perustuvia rakenneuudistuksia. Ne vähentävät luottamuspääomaa, jonka varassa uudistamistyötä tehdään luontevasti ja jatkuvasti.

## Kiitokset

Osoitan kiitokset itäsuomalaisen maaseutukunnan terveyskeskuksessa vuodesta 1988 työskennelleelle yleislääketieteen erikoislääkärille, jota olen haastatellut artikkelia varten.

## LÄHTEET

Hallituksen kunta–sote -koordinaatioryhmä 2013. Koordinaatioryhmän linjaukset kuntauudistuksen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen yhteensovittamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain keskeisiksi periaatteiksi. 8.5.2013.

Hiilamo, Heikki 2013. Valinnanvapaus terveydenhuollossa. Helsingin Sanomat A 5, 6.8.2013.

Hiironniemi, Silja 2013. Kuntien tehtävien kartoitus. Raportti 2012. Valtiovarainministeriön julkaisuja (kunnat) 2/2013, Helsinki.

HS 2012. Keskusta ärtyi terveysuudistuksen viipymisestä. Asiantuntijat suosivat 50 000–100 000 asukkaan sote-alueita. Helsingin Sanomat A 4, 12.10.2012.

HS 2013a. Kaikki sote-rahut yhteen. HS:n sote-ryhmä antaisi vastuun palveluista 15–25 kunnalle. Helsingin Sanomat A 6–7, 3.5.2013

HS 2013b. Suomesta tuli osaoptimoinnin maa. Helsingin Sanomat A 6–7, 27.8.2013.

Huotari, Tiina & Jarmo Rusanen 2013. Ympäri vuorokautisten päivystyspisteiden saavutettavuus. Maantieteen laitos, Oulun yliopisto. PPT-esitys. Saatavissa: <http://www.kaks.fi/node/6414>. [Viitattu 27.9.2013].

Lääkäriliitto 2012. Väestökysely hoitoon pääsyn esteistä – perustulokset. Muistio 9.5.2012. Saatavissa: [http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1270/vaestokysely\\_perustulokset12.pdf](http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1270/vaestokysely_perustulokset12.pdf). [Viitattu 27.9.2013].

OECD 2012. OECD Economic Surveys: Finland 2012. Saatavissa: [http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-finland-2012\\_eco\\_surveys-fin-2012-en](http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-finland-2012_eco_surveys-fin-2012-en). [Viitattu 27.9.2013].

PeVL 2013. Perustuslakivaliokunnan lausunto 20/2013 vp, erivä mielipide 3.

Pihlaja, Ritva & Siv Sandberg 2012. Alueellista demokratiaa. Lähi-demokratian toimintamallit Suomen kunnissa. Valtiovarainministeriön julkaisuja (kunnat) 27/2012, Helsinki.

Rehunen, Antti & Satu Vesala 2012. Palvelujen ja palvelukeskittymien saavutettavuus. Teoksessa: Rehunen, Antti, Manu Rantanen, Ilkka Lehtola & Mervi J. Hiltunen (toim.). Palvelujen saatavuus muutoksessa. Maaseudun vakituisten ja vapaa-ajan asukkaiden palveluympäristön kehityssuunnat ja uudet mahdollisuudet. Helsingin yliopisto, Ruralia-instituutti, raportteja 88. 32–71

Soininvaara, Osmo 2013. Mikä sote-uudistuksessa meni metsään. Blogikirjoitus 16.5.2013. Saatavissa: <http://www.soininvaara.fi/2013/05/16/mika-sote-uudistuksessa-meni-metsaan/#more-8942>. [Viitattu 27.9.2013].

STM 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevalle työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:7, Helsinki.

STM 2012. Palvelurakennetyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:30, Helsinki.

STM 2013a. Selvitystyöryhmän ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:7, Helsinki.

STM 2013b. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:15, Helsinki.

THL 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4/2011, Helsinki.

Välimäki, Kari 2013. Kakkua jaettava. Kunnallisanon kehittämistäitiön Polemia-sarjan julkaisu nro 89, Sastamala.