

Vastausosoite: StV@eduskunta.fi

Asia: HE 241/2020 vp Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi

Teema: Ruotsin kielisten palvelujen järjestäminen Kuulemisen erityisteemana on ruotsinkielisten palvelujen järjestäminen, mutta voitte halutessanne tuoda lausunnossanne esiin näkemyksiänne uudistuksesta laajemmin.

Ruotsin kielisten palvelujen järjestäminen

Kaksikielisten palveluiden järjestämisen edellytyksiä on luotu lainsäädännössä, mutta sen todellinen toteutuminen on uhattuna, jos sitä ei riittävästi rahoituksessa huomioida. Tällä hetkellä kaksikielisyyden perusteella määräytyvät hyvinvointialueen laskennalliset kustannukset ovat liian matalat ja niitä tulisi korottaa.

Kaksikieliset palvelut eivät kuitenkaan palvelutuotannossa toteudu vielä näiden lainsäädännön linjausten perusteella. Viranomaisen velvoitteet vähemmistön oikeuksien turvaamiseksi käytännössä on varmistettava lainsäädännön tasolla, mutta keinojen löytäminen käytännössä on oltava hyvinvointialueiden tehtävä.

Kielellinen saavutettavuus koostuu eri tekijöistä ja sillä tarkoitetaan sitä, että asiakas tai potilas on tietoinen palveluista, saa palvelua, tulee ymmärretyksi, ymmärtää myös hoitoa koskevat ohjeet ja kykenee siten ottamaan itse vastuuta hoidostaan.

Ruotsinkielisten palveluiden aito toteutuminen edellyttää, että myös henkilöstössä on ruotsia äidinkielenään puhuvia henkilöitä ja koko henkilöstöltä edellytetään osaamista ruotsinkielellä. Palveluiden toteutumien ruotsinkielellä edellyttää myös kaksikielisen henkilökunnan koulutusta ja rekrytointia, ohjauksen ja neuvonnan monikanavaisuutta, tulkkipalveluiden saatavuutta ja sähköisten palveluiden saavutettavuutta. Tämän lisäksi myös hallinnon tulee toimia kaksikielisesti. Kaksikielisyyden kustannukset ovat helposti aliarvioitavissa, tästä on myös osoitusta, kun Pohjanmaa on yhdessä NHG:n kanssa tehnyt selvityksen kaksikielisyyden kustannuksista.

Koska Pohjanmaalla kansalliskielen lautakunta edistää suomenkielisten palveluiden toteutumista, meidän osaltamme lainsäädännössä syntyy ristiriitaa suhteessa järjestämislain 39 § kaksikielisten hyvinvointialueiden yhteistyötä koskevaan pykälään jossa tehdään yhteistyösopimus ruotsinkielisten palveluiden varmistamisesta. Kansalliskielen lautakunnan tehtävä on lainsäädännön mukaan tehdä ehdotuksia kaksikielisten hyvinvointialueiden yhteistyötä ja työnjakoa koskevan sopimuksen sisällöksi, antaa sopimuksesta lausunto aluevaltuustolle sekä seurata sopimuksen toteutumista. Pohjanmaalla kansalliskielen lautakunnan tehtävä on edistää ja varmistaa suomenkielisiä palveluita toisin kuin muilla kumppaneilla, joiden kanssa yhteistyösopimus tehdään. Valiokunnan käsittelyssä olisi hyvä huomioida, miten mahdollisia ristiriitoja ratkaistaan tähän suhteen.

Kärkellä ja vastaavasti myös alueellamme Esko ovat ylimaakunnallisia kehitysvammahuollon erityishuoltopiirejä, joiden henkilöstö, osaaminen ja omaisuus siirtyvät useampaan hyvinvointialueeseen. Tarvittava osaaminen, kehittäminen, resurssit ja erityistason palvelut on turvattava yli kieli- ja hyvinvointialuerajojen. Lisäksi tulee huomioida, että kaksikielisessä hyvinvointialueessa tulee kielestä riippumatta kohdella ihmisiä samalla tavalla ja antaa yhdenvertaisia

palveluita. Tällä hetkellä tämä ei toteudu, koska palveluita tuotetaan eri kuntayhtymistä. Lainsäädännön tulee varmistaa yhdenvertaiset palvelut kielitaustasta huolimatta. Yhdenvertaisuus on uudistuksen keskeisimpiä periaatteita. Käytännössä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjän tulee arvioida eri väestö- ja asiakasryhmien palvelutarvetta, suunnata voimavaroja todettujen tarpeiden perusteella ja yhtenäistää hoito- ja palvelukäytäntöjä.

Hyvinvointialueiden rahoitus

Pohjanmaalla on tietoisesti resursoitu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Pohjanmaalla on Suomen tervein väestö. Hyvinvointialue lainsäädännön mukaisesti rahoitus vähenee Pohjanmaalla kolmanneksi eniten Suomessa, joulukuussa päivitettyjen laskelmien mukaisesti -160€/asukas eli yhteensä -28 miljoonaa. Jos verrataan naapurialueeseen, saadaan siellä rahaa palveluiden järjestämiseen 3 855 €/asukas, kun taas Pohjanmaalla vain 3 501 €/asukas. Lainsäädäntö edellyttää, että palvelujärjestelmän tulee kuitenkin järjestää samat palvelut molempien hyvinvointialueiden väestölle. Rahoitus ei ota huomioon koko palvelujärjestelmää, joka edellyttää samaa rakennetta kuitenkin jokaisella samankokoisella hyvinvointialueella riippumatta siitä, miten tervettä tai sairasta sen väestö on. Sama päivystys on järjestettävä. Onko tarkoitus silloin palkata vähemmän henkilökuntaa vai jättää jotain palveluita kokonaan tuottamatta jolloin palveluiden laatu kärsii ja kansalaisten tasaveroinen kohtelu ei toteudu? Näin voimakkaasti tarvevakioituun nojaava rahoituksen malli ei huomioi palvelujärjestelmää kokonaisuudessaan (mikä se kuitenkin on). Mallista puuttuu kannustimet tuottaa väestölle pärjäämistä ja hyvinvointia ilman että rahoitus pienenee. Malli ei huomioi aikaisempia, itsehallinnon nojalla, tehtyjä satsauksia. Erot tarvevakioiduissa menoissa voivat selittyä esimerkiksi palvelujen määrään tai laatuun liittyvillä tekijöillä tai tehokkuuseroilla, mutta niitä ei ole analysoitu tarpeeksi. Koska rahoituksen uusijako vaikuttaa perustavasti toimintaan ja kansalaisten saamiin palveluihin, valiokunnan on syytä varmistaa, että rahoitusmalli joka valitaan, on mahdollisimman toimiva ja läpinäkyvä sekä tukee itsehallinnon periaatteita.

Pohjanmaan hyvinvointialueen maantieteellisestä muodosta johtuen haasteeksi tulee myös se, että erityisesti hyvinvointialueen reuna-alueilla alueen väestö käyttää paljon palveluja naapurialueilta, joissa on käytössä enemmän rahaa. Tämä tulee vaikuttamaan meidän mahdollisuuksiin tuottaa oman väestömme käyttöön suunnattuja palveluita, kun maksamme toiselle hyvinvointialueelle enemmän ostopalveluista ja omaan palvelutuotantoon suunnattu rahamäärä vähenee.

Rahoitusmalli ei ole hyväksyttävissä esitetyssä muodossa. Rahoituslakia tulee kehittää siten, että rahoitusmalli kannustaa hyvinvoivaan väestöön, vahvistaa tosiasiallista itsehallintoa huomioi jo aiemmin ennaltaehkäisevään toimintaan tehtyjä panostuksia. Koska rahoitusmalli ei selkeästi ole vielä valmis, tulee sen käyttöönottoa viivästyttää tai muuttaa hyvinvointialueiden rahoituslain 35 § siirtymätasauksesta vielä pidemmälle, että rahoitusmalliin ehditään kehittämään parempi malli kannustimiin ja että se huomioi myös koko palvelujärjestelmän eikä perustu niin vahvasti diagnooseihin ja sairauksiin. Rahoituksessa kaksikielisyyden painokerroin tulisi nostaa vastaamaan todellisia kustannuksia.

Hyvinvointialueiden itsehallinto ja kuntien kanssa tehtävä yhteistyö

Tulevaisuudessakin hyvinvointialueen ihmiset ovat kuntien asukkaita. Tärkein kumppani hyvinvointialueelle on alueen kunnat: vain kuntien ja hyvinvointialueen tiiviillä yhteistyöllä onnistutaan saamaan hyvinvoivia asukkaita. Lakiesityksessä valtion rooli korostuu ja hyvinvointialueen

tosiasiallinen itsehallinto jää kapeaksi erityisesti taloudessa, rahoituksessa ja investoinneissa. Lakiesitys ei myöskään tarpeeksi huomio hyvinvointialueiden erilaisuutta. Väestön erityistarpeisiin vastaavan todellisen itsehallinnon mahdollistamiseksi itsehallintoa on laajennettava talouden, investointimahdollisuuksien, lainanoton ja omasta organisaatiosta päättämisen suhteen.

Lakiesityksen tulisi paremmin huomioida hyvinvointialueiden ja alueella olevien kuntien välinen yhteistyö. Rajapintakysymyksiä ei ole huomioitu riittävästi valtakunnallisessa valmistelussa. Tavoitteena tulee olla, että hyvinvointialueet ovat riittävän joustavia toiminnassaan, jotta ne pystyvät toimimaan muuttuvassa ympäristössä. Lakiesitykseen sisältyy liiallinen keskittyminen hyvinvointialueen ja valtion välisiin menettelyihin, vaikka tosiasiallinen toiminta tapahtuu hyvinvointialueen ja kunnan rajapinnassa. Lakiesitys luo itsehallinnollisesti heikot hyvinvointialueet ja kaventaa myös oleellisesti autonomisten kuntien roolia.

Kruunupyyn tilanteen huomioiminen lainsäädännössä

Pohjanmaan alueella on tilanne, jossa Kruunupyy kuuluu Pohjanmaan maakuntaan ja siten Pohjanmaan hyvinvointialueeseen. Kruunupyy on kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunsa järjestänyt ja tuottanut osana Keski-Pohjanmaalla toimivaa kuntayhtymää Soitea. Lainsäädännöstä on jo ennen sen hyväksyntää erilaista tulkintaa, miten Kruunupyyn palvelut voidaan tulevaisuudessa tuottaa, kun järjestämisvastuu on Pohjanmaalla. On tärkeää, että tämä tulee tarpeeksi selkeästi esille lainsäädännössä ja siinä huomioidaan myös sen vaikutukset rahoituksen näkökulmasta.

Hyvinvointialueet ja osakeyhtiöt

Järjestämislakia tulisi kehittää myös siltä osin, että hyvinvointialueet voisivat tulevaisuudessakin tuottaa palveluitansa omistamiensa yhtiöiden kautta. Kustannustehokkaalle toiminnalle ongelmallisia vaatimuksia ovat:

- Hyvinvointialueen omistaman osakeyhtiön rinnastaminen täysin yksityisiin palveluntuottajiin (JärjL 2 §) e
- Velvoite hyvinvointialueen riittävän oman palvelutuotannon järjestämiseen kaikilla lääketieteen erikoisaloilla erikoissairaanhoidossa ja tähän liittyvät ulkoistusten rajoitukset yhtiöille (mm. JärjL 8 ja 12 §); ja
- Julkisen vallan käsitteen laajentava tulkinta ja lakisääteinen velvoite käyttää hyvinvointialueen palveluksessa olevaa virkalääkäriä erikoissairaanhoidossa (JärjL 12 §).

Lainsäädäntöä tulisi kehittää siten, että hyvinvointialueen omana palvelutuotantona olisi pidettävä myös hyvinvointialueen määräysvallassa olevan yhtiön kautta tuotettuja palveluita; Järjestämislain 12 §:ssä asetettuja ulkoistamisrajoituksia ei tule soveltaa hyvinvointialueen määräysvallassa olevaan in-house -yhtiöön; Järjestämislain 12 §:ssä asetetusta velvoitteesta käyttää virkalääkäriä tulee luopua sellaisissa erikoissairaanhoidon toimissa, joita ei perinteisesti ole pidetty julkisen vallan käyttönä, vaan tavanomaisena palvelutuotantona.

Marina Kinnunen

Vaasan sairaanhoitopiirin johtaja sekä 1.1.2022 aloittavan Pohjanmaan hyvinvointialueen johtaja

Svarsadress: StV@riksdagen.fi

Ärende: RP 241/2020 rd Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagstiftning om inrättande av välfärdsområden och om en reform av ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet samt till lämnande av underrättelse enligt artiklarna 12 och 13 i Europeiska stadgan om lokal självstyrelse

Tema: Tillhandahållande av tjänster på svenska – Temat för hörandet berör särskilt tillhandahållandet av svenskspråkiga tjänster, men ni kan också om ni så önskar ge er syn på reformen i övrigt.

Tillhandahållande av svenskspråkiga tjänster

Lagstiftningen inrymmer villkor som gäller ordnandet av tvåspråkiga tjänster, men i praktiken äventyras möjligheterna om villkoren inte iakttas i tillräcklig utsträckning i finansieringen. För närvarande är de kalkylerade kostnaderna som fastställs på basis av tvåspråkigheten i välfärdsområdet för låga och borde därför höjas.

De tvåspråkiga tjänsterna blir ändå inte omsatta i praktiken i serviceproduktionen bara på grund av att man dragit upp riktlinjer i lagstiftningen. En myndighets skyldighet att trygga en minoritets rättigheter måste i praktiken tryggas på lagstiftningsnivå, medan det måste ligga på välfärdsområdena att i praktiken hitta de lösningar med vilka dessa kan tryggas.

Den språkliga tillgängligheten består av olika faktorer och innebär att kunden eller patienten är medveten om tjänsterna, får service, blir förstådd, förstår också de anvisningar som hänför sig till vården och förmår således själv ta ansvar för sin egen vård.

För att de svenskspråkiga tjänsterna på riktigt ska bli omsatta i praktiken måste personalen bestå av personer som har svenska som modersmål. Därutöver måste hela personalen förutsättas behärska det svenska språket. För att tjänsterna ska kunna tillhandahållas på svenska måste också tvåspråkiga anställda utbildas och rekryteras, handledning och rådgivning erbjudas via flera olika kanaler samt tolktjänster och digitala tjänster finnas till förfogande. Ytterligare måste också förvaltningen fungera på två språk. Utgifterna för tvåspråkigheten kan lätt undervärderas, vilket också påvisats i den utredning som Österbotten genomförde tillsammans med NHG för att klarlägga de utgifter som tvåspråkigheten föranleder.

I och med att nationalspråksnämnden i Österbotten främjar tillhandahållandet av finskspråkiga tjänster, så finns det en motstridighet i lagstiftningen för vår del med tanke på 39 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, enligt vilken tvåspråkiga välfärdsområden ska samarbeta och ingå samarbetsavtal för att trygga de svenskspråkiga tjänsterna. Enligt lagstiftningen har nationalspråksnämnden till uppgift att lägga fram förslag om innehållet i avtalet om samarbete och arbetsfördelning mellan tvåspråkiga välfärdsområden, ge utlåtande om avtalet till välfärdsområdesfullmäktige samt följa upp hur avtalet genomförs. I Österbotten har nationalspråksnämnden till uppgift att främja och trygga de finskspråkiga tjänsterna till skillnad från i de övriga landskapen med vilka samarbetsavtalet ska ingås. Utskottet kunde gärna i sin behandling också ge akt på hur dylika eventuella motstridigheter ska lösas.

Kårkulla och Eskoo är specialomsorgsdistrikt som tillhandahåller landskapsöverskridande verksamhet i vår region, och vars personal, kompetens och egendom kommer att överföras till flera

välfrdsområden. Nödvändig kompetens, utvecklingsverksamhet, resurser och tjänster på specialnivå måste tryggas över språk- och välfrdsområdesgränserna. Därtill är det viktigt att ge akt på att människor i ett tvåspråkigt välfrdsområde, oberoende av språk, blir bemötta på samma sätt och erbjudna likvärdiga tjänster. I nuläget omsätts det här inte i praktiken, eftersom tjänsterna tillhandahålls av olika samkommuner. Lagstiftningen måste trygga tillgången till likvärdiga tjänster oberoende av språkbakgrund. Likvärdighet är trots allt en av de centrala principerna i reformen. I praktiken bör den som ordnar social- och hälsovård bedöma olika befolknings- och kundgruppers servicebehov, allokera resurser på basis av de konstaterade behoven och förenhetliga vård- och servicepraxisen.

Finansiering av välfrdsområden

I Österbotten har man medvetet allokert resurser till social- och hälsovårdstjänsterna. Befolkningen i Österbotten är den friskaste i Finland. I enlighet med lagstiftningen kommer finansieringen av välfrdsområdet i Österbotten att minska tredje mest i Finland – med -160 € per invånare, dvs. med totalt -28 miljoner euro – enligt de beräkningar som uppdaterades i december. Grannområdet kommer att få 3 855 €/invånare för att ordna sina tjänster, medan Österbotten bara kommer att få 3 501 €/invånare. Lagstiftningen förutsätter dock att servicesystemet ska tillhandahålla samma tjänster för befolkningen i bägge välfrdsområde. I finansieringen beaktas inte servicesystemet i sin helhet, eftersom varje välfrdsområde i samma storleksklass ska ha samma struktur oberoende av hur frisk eller sjuk befolkningen är i området. Samma jourverksamhet ska också tillhandahållas. Är tanken då att man ska anställa färre personer eller låta bli att ordna vissa tjänster överhuvudtaget, varvid servicekvaliteten blir lidande och det likvärdiga bemötandet av medborgarna inte förverkligas? En finansieringsmodell som är så här kraftigt behovskorrigerad beaktar inte servicesystemet i sin helhet (vilket det ändå är). Modellen saknar alltså incitament som sporrar till att befolkningen ska bli frisk och välmående utan att finansieringen minskar. I modellen tar man inte i beaktande de tidigare satsningar som man gjort med stöd av självstyrelsen. Skillnaderna i de behovskorrigerade utgifterna kan förklaras exempelvis med serviceomfattning eller kvalitetsrelaterade faktorer eller skillnader i effektivitet, men det här är något som inte har analyserats i tillräcklig omfattning. I och med att omfördelningen av finansieringen i väsentlig grad påverkar verksamheten och de tjänster som medborgarna erbjuds så har utskottet all anledning att säkerställa att den valda finansieringsmodellen blir så fungerande och transparent som möjligt men också stöder de principer som fastställts för självstyrelsen.

Även Österbottens geografiska form ställer till utmaningar för välfrdsområdet i och med att befolkningen i synnerhet i randområdena i omfattande grad söker tjänster i grannområdena som har tillgång till mera pengar. Det här kommer att påverka våra möjligheter att producera tjänster för vår egen befolkning, eftersom den penningssumma som vi kan använda för vår egen serviceproduktion minskar när vi blir tvungna att betala mer för tjänster som köps av ett annat välfrdsområde.

Finansieringsmodellen är inte godtagbar i föreslagen form. Finansieringslagen bör ses över så att den sporrar till en välmående befolkning, stärker en reell självstyrelse men tar i beaktande de satsningar som gjorts redan tidigare på förebyggande verksamhet. Eftersom finansieringsmodellen helt klart inte är färdig bör verkställandet av den fördröjas eller så bör överföringsutjämnningen i 35 § av lagen om välfrdsområdenas finansiering ännu skjutas längre fram i tiden för att man ska hinna utveckla en bättre incitamentsmodell som även beaktar servicesystemet i sin helhet och inte bygger så starkt på diagnoser och sjukdomar. Viktkoefficienten för finansieringen av tvåspråkigheten borde höjas för att den ska motsvara de verkliga kostnaderna.

Välfärdsområdenas självstyrelse och samarbete med kommunerna

Människorna i välfärdsområdet kommer även i framtiden att vara kommuninvånare. Den viktigaste samarbetsparten för välfärdsområdet är kommunerna i regionen; det är bara med hjälp av ett tätt samarbete mellan kommuner och välfärdsområdet som man kan få välmående invånare. I lagpropositionen framhävs statens roll, medan välfärdsområdets reella självstyrelse blir knapp i synnerhet när det gäller ekonomi, finansiering och investering. Lagpropositionen tar heller inte i tillräcklig grad hänsyn till de olikheter som finns mellan olika välfärdsområden. För att möjliggöra en reell självstyrelse som bemöter befolkningens behov måste självstyrelsen utvidgas i fråga om det beslutsfattande som hänför sig till ekonomi, investeringsmöjligheter, låntagning och den egna organisationen.

I lagpropositionen borde samarbetet mellan välfärdsområdena och kommunerna i regionerna tas bättre i beaktande. De angelägenheter som hänför sig till kontaktytor har inte beaktats i tillräcklig utsträckning i det nationella beredningsarbetet. För att välfärdsområdena ska kunna vara verksamma i en föränderlig miljö borde verksamheten kunna anpassas tillräckligt smidigt. I lagpropositionen blir förfarandena mellan välfärdsområdet och staten omåttligt centraliserade, trots att den reella verksamheten bedrivs i kontaktytan mellan välfärdsområdet och kommunen. Lagpropositionen skapar välfärdsområden med en svag självstyrelse och inskränker också väsentligt på de autonoma kommunernas roll.

Beaktande av situationen i Kronoby i lagstiftningen

I Österbotten har man en situation där Kronoby hör till landskapet Österbotten och således till Österbottens välfärdsområde. Kronoby har ändå ordnat och producerat sin social- och hälsovård via samkommunen Soite som är verksam i Mellersta Österbotten. Lagstiftningen har redan innan dess godkännande tolkats på varierande sätt om hur Kronoby i framtiden kan producera sina tjänster när anordnandeansvaret bärs av Österbotten. Det är viktigt att denna fråga fastställs tillräckligt tydligt i lagstiftningen och att man även tar i beaktande de konsekvenser som detta får för finansieringen.

Välfärdsområden och aktiebolag

Lagen om ordnande av social- och hälsovård borde också ses över för att välfärdsområdena även i framtiden ska kunna producera sina tjänster via bolag som de äger. Med tanke på en kostnadseffektiv verksamhet så är följande krav problematiska:

- Det att ett aktiebolag som ägs av ett välfärdsområde helt jämföras med privata tjänsteproducenter (2 §) e
- Åliggandet att välfärdsområdet ska ordna en tillräcklig serviceproduktion inom alla medicinska specialiteter inom den specialiserade sjukvården och de begränsningar som ställs bolag i fråga om utläggningar (bl.a. 8 § och 12 §); och
- Den mera vittomfattande tolkningen av offentlig makt och den lagstadgade skyldigheten att använda en läkare som är i tjänsteförhållande till välfärdsområdet inom den specialiserande sjukvården (12 §).

Lagstiftningen borde ses över för att tjänster som produceras via bolag som lyder under välfärdsområdets bestämmande inflytande även skulle räknas som välfärdsområdets egen

serviceproduktion, varför de utläggningsrestriktioner som fastställts i 12 § av lagen om ordnande av social- och hälsovård inte borde tillämpas på in-house-bolag som är under välfärdsområdets bestämmande inflytande; det åläggande som fastställs i 12 § av lagen om ordnande av social- och hälsovård om användning av läkare i tjänsteförhållande i verksamhet som traditionellt inte ansetts vara förknippad med utövning av offentlig makt, utan som sedvanlig serviceproduktion, borde tas bort.

Marina Kinnunen

Vasa sjukvårdsdistrikts direktör samt direktör för Österbottens välfärdsområde som inleder sin verksamhet 1.1.2022