

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta 25.2.2021

Pyydetty asiantuntijalausunto

Juhani Lehto, sosiaali- ja terveyspolitiikan professori emeritus

Asia: 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 <https://www.eduskunta.fi/valtiopaivaasiakirjat/HE+241/2020>

LAUSUNTO

Perustelen lausunnossani seuraavat esitykset:

- 1) Pidän esitettyä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen keskittämistä valtiolle ja ohjaamista alueille tarveperustaisesti uudistuksen vahvimmin tutkimusnäyttöön perustuvana osana. *Ongelmana ei ole rahoitusmalli, vaan kokonaisrahoituksen riittämättömyys*
- 2) Asukkaiden eriarvoisuuden vähentämiseksi uudistukseen olisi liitettävä jo edellisillä valmistelukausilla valmistelussa ollut kunnianhimoinen *asiakasmaksujen, omavastuiden* ja eri asukasryhmiä eriarvoistavan *monikanavarahoituksen uudistus*.
- 3) Asukkaan saamien eri palvelujen yhteensovittaminen (*integraatio*) edellyttää ennen muuta *omalääkäri-, omahoitaja- ja omasosiaalityöntekijäresurssien lisäämistä* perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa. Integraatiota on käsitelty liiaksi hallinnon ylätasoin ratkaisuna
- 4) Asukkaan oikeus tarvitsemiensa palvelujen saamiseen oli esillä Sipilän hallituksen sote-esityksen eduskuntakäsittelyssä *asiakas/palvelusuunnitelman oikeudellista asemaa* koskevissa sosiaali- ja terveysvaliokunnan ja perustuslakivaliokunnan pohdintoissa. Tämä kysymys olisi tärkeää ratkaista myös Marinin hallituksen esityksen yhteydessä.
- 5) Hyvinvointialueen hallinnon kansanvaltaisuuden turvaamiseksi olisi harkittava eräiden hallintosääntöjä koskevien *minimivaatimusten säätämistä lakitasolla*.

Rahoitus

Erityisesti terveydenhuollon rahoitusjärjestelmien kansainvälisessä tutkimuksessa on saatu vahva näyttö siitä, että rahoituksen jakautuminen liian pienille yksiköille – ovatpa nämä sitten vero- tai vakuutusmaksurahoitusta kerääviä – johtaa riskiin alibudjetoinnista ja palvelujen tarvitsijoiden eriarvoisuudesta. On hyvät perusteet olettaa, että sama pätee myös sosiaalihuollon rahoituksessa. Vahvasti kunta- tai maakuntapohjaisessa rahoitusmallissa tätä riskiä kasvattaa tuntuvasti väestön kokonaismäärän ja ikärakenteen alueellisesti eriytyvä kehitys. Toki näitä riskejä voisi vähentää myös kuntien tai maakuntien nykyistä huomattavasti runsaammilla valtionavustuksilla ja alueiden eroja tasaavalla valtionrahoituksella. Alueiden voimakkaasti eriytyvän väestökehityksen oloissa pidän kuitenkin valtion suoraa rahoitusvastuuta selkeämpänä ja nopeammin mahdollisiin muutoksiin reagoivana.

Rahoituksen tarveperusteisuuden vahvistaminen yhdistettynä liiallisia muutospaineita hillitseviin muutosrajoittimiin sekä ohjaa kehitystä tasa-arvoiseen suuntaan että antaa aikaa muutokseen sopeutumiseen. Mielestäni tehtyjä koelaskelmia rahoituksen alueellisesta jakautumisesta on tulkittu toisinaan liian yksinkertaisten.

Rahoitusarvioiden heikko kohta ei ole alueellinen jakautuminen, vaan oletus rahoituksen kokonaissumman kehityksestä. Arvioissa säästöpotentiaalista ei ole otettu huomioon vanhusten hoivapalvelujen ja perusterveydenhuollon terveysasemapalvelujen kiistattomia resurssien lisäämistarpeita eikä lääkintäteknologian monien uusien kehitysaskelten sisältämiä hintapaineita. Sen sijaan on arvioitu esimerkiksi digitalisoinnin ja ikääntyvien terveyden edistymisen säästövaikutukset jopa liiankin optimistisesti.

Asukkaiden eriarvoisuuden vähentäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Uudistuksen keskeiseksi tavoitteeksi on asetettu jo kohta 20 vuotta asukkaiden tasa-arvoisuuden lisääminen heidän tarvitsemiensa palvelujen saamisessa. Asukkaiden eriarvoisuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa on kuntien ja alueiden välillä, eri tulonsaaja- ja koulutustasoryhmien välillä, eri ongelmien vuoksi palvelua tarvitsevien (kuten mielenterveysongelmista, akuuteista taudeista, kroonisista taudeista, huolenpidon puutteesta, pitkäaikaistyöttömyydestä jne. kärsivien) välillä. Uudistusesityksen hallinto- ja rahoitusmuutokset mahdollistavat eriarvoisuuden vähentämistä kuntien ja alueiden välillä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisjärjestelmässä on kuitenkin monia rakennetta ja rahoitusratkaisuja, joiden eriarvoistaviin vaikutuksiin uudistusesitys ei puutu. Tällaisia ovat esimerkiksi:

- pienituloisille ja paljon palveluja tarvitseville liian korkea asiakasmaksu- ja omavastuurasitus, jonka on osoitettu nostavan erityisesti kynnystä hammashoidon ja lyhytaikaisen kotihoidon palvelujen hakemiseen tarpeen syntyessä
- työterveydenhuollon kautta tarjottu kunnallista/tulevaa maakunnallista järjestelmää nopeampi ja joustavampi perusterveydenhuollon ja monissa tapauksissa joidenkin erityispalvelujenkin saanti
- jo noin 1,2 miljoonan asukkaan hankkima yksityisen sairauskuluvakuutuksen turva nopeammalle ja joustavammalle hoitoon pääsulle,

Hallituksen esityksen perusteluissa kyllä viitataan asiakasmaksulain uudistumiseen ja eräisiin monikanavarahoitusta koskevien pienehköjen muutosten valmisteluun. Näiden uudistusten tulisi olla kunnianhimoisempia ja nopeampia, jotta nykyisen järjestelmän eriarvoisuus ei suurimmalta osin periytyisi myös tulevien hyvinvointialueiden vastuulle tulevaan palvelujärjestelmään. Toivon että valiokunta voi vaikuttaa näiden sote-hallintouudistusta täydentävien ja sote-uudistuksen eri valmistelukausiensa aikana selvitysten kohteena olleiden uudistusten etenemiseen.

Integraatio

Asukkaan erilaisten palvelujen yhteensovittaminen (integroiminen) toimivaksi kokonaisuudeksi palvelupisteestä toiseen pompottelevan pirstaleisen ja epävarman prosessin sijaan on sekä palvelun laadun että koko järjestelmälle aiheutuvan kokonaiskustannuksen kannalta tärkeä asia.

Integraatio syntyy tai on syntymättä palvelujärjestelmän ”ruohonjuuritasolla”, jossa asukas ja eri ammattiryhmiä ja palveluorganisaatioita edustavat ammattilaiset kohtaavat. Tällä tasolla keskeistä on, että on palvelutarpeita arvioiva ja palvelusuunnitelmaa tekevä ja toteuttamista ohjaava työntekijä – omalääkäri, omahoitaja, oma sosiaalityöntekijä tai vastaava -, joka voi vastata asiakkaan kanssa yhteensovittamisesta. Ei siis riitä, että vain pääsee lääkärin tai sosiaalityöntekijän tai muun työntekijän vastaanotolle 7 vuorokaudessa tai nopeammin. Tuon omatyöntekijän on hyvä tuntea asiakas pitemmältä ajalta. Hänellä on oltava mahdollisuus ja velvollisuus huolehtia siitä, että sovitut

palvelut toteutuvat suunnitellulla tavalla. Ja asiakkaalla pitää olla mahdollisuus saada viivytyksettä yhteys työntekijään, jos joutuu paikasta toiseen pompottelun kohteeksi, että kokee yhteensovituksen epäonnistuneen.

Ruohonjuuritason integraatio on edellä kuvatulla tavalla keskeinen perustelu sille, että perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon perustason palvelujen vahvistamista tarvitaan kiireisesti. Tämän tason palvelutarpeen arviointi ja palveluohjaus tulkitaan sosiaalihuollon osalta pitkälti julkisen vallan käyttämiseksi. Olisi hyvät perusteet noudattaa samaa tulkintaa myös perusterveydenhuollon osalta, koska arvioinnin ja ohjauksen merkitys asukkaan tarpeen mukaisten palvelujen saamiselle on samankaltainen kuin sosiaalihuollon ohjaavan ammattilaisen hallintopäätöksiksi tulkituilla ratkaisuilla.

Ruohonjuuritason ammattilaisten ratkaisuihin vaikuttavat monet palvelujärjestelmän ominaisuudet. Taloudelliset kannustimet voivat joko kannustaa yhteensovittamiseen tai asiakkaan pompotteluun toimijalta toiselle. Eri toimijoiden toimintaohjeet voivat olla yhdenmukaiset tai keskenään ristiriitaiset. Eri palveluorganisaatioilla päätösvalta asiakasta koskevista ratkaisuista voi olla eri tavoin keskitettyä. Byrokraattiset määräykset tai niiden tulkinnat voivat vaikeuttaa yhteensovittamista. Yhteensovittamiseen osallistuvat palvelutuotanto-organisaatiot voivat olla hyvin erilaisia – kooltaan yksittäisestä ammatinharjoittajasta suureen keskussairaalaan, julkisia, kolmannen sektorin toimijoita, pienistä paikallisista yrityksistä kansainvälisen johdon alla toimiviin suuryrityksiin.

Tämä moninaisuus usein unohtuu, kun järjestelmätason integraatio yksinkertaistetaan kysymyksen siinä, ovatko kaikki toimijat saman järjestämisvastuullisen maakunnallisen johdon alaisia vai eivät. Tämän johdon vaikutus ruohonjuuritasolle välittyy erilaisten välitason johtajien kautta, erilaisten palvelutuotanto-organisaatioiden hierarkioiden kautta, erilaisten yksityisten toimijoiden kanssa tehtyjen sopimusten ja niiden valvonnan kautta, erilaisten ammattiryhmien kautta, erilaisten tietojärjestelmien kautta ja myös eri sote-toiminnoille annettujen lainsäädännöllisten velvoitteiden ja rajoitteiden kautta.

Integraatiota koskeva tutkimusnäyttö ei ole kovin vahvaa, mutta yhteenvedoissa on usein arvioitu, että keskeisempää kuin kaiken kokoaminen yhden johdon alaisuuteen saattaa olla se, että päätösvaltaa on delegoitu riittävän paljon ruohonjuuritasolle ja lähijohtajille ja että kannusteet yhteensovittamiseen ovat vahvemmat kuin kannusteet olla yhteen sovittamatta.

Edellä sanotun perusteella:

- en pidä Uudenmaan hallinnollista erityisratkaisua liian isona riskinä integraatiolle, vaan pitäisin myös muualla maassa avoimena mahdollisuuden akuuttisairaaloiden organisoinnin useamman hyvinvointialueen yhteisen yhtymän muodossa
- pidän erityisen tärkeänä, että hyvinvointialueiden sisäisessä organisoitumisessa vältetään siilomaista päätösvalan liiallista keskittämistä ja suositaan pikemminkin seutukunnallisia ja pienempienkin alueiden integroivia väliportaita
- pidän keskeisenä integraation edellytyksenä riittävästi resursoitua omalääkäri-, omahoitaja- ja omasosiaalityöntekijäpalvelua palvelutarpeen arviointiin, palvelusuunnitelman tekoon ja palvelusuunnitelman toteutumisen ohjaukseen.

Asukkaan oikeus tarvitsemiensa palvelujen saamiseen

Suomalaisen sote-järjestelmän rakentamisessa on edetty kahta tietä sen turvaamiseksi, että palvelun tarvitsija saa ne palvelut, jotka hän on yhdessä ruohonjuuritason ammattilaisen kanssa todennut tarpeelliseksi.

Kansanterveyslaissa, sosiaalihuoltolaissa ja eräissä erityislaeissa lähtökohtana oli se, että julkisessa lähipalvelussa asukkaan oikeuden turvana ovat yleiset hallinnon oikeudenmukaisuuden periaatteet ja se, että päätöksenteko tapahtuu asukkaita lähellä olevassa kuntahallinnossa. Yksinkertaistaen: turvana on lähidemokratia sekä viranomaisten velvollisuuksina eikä subjektiivisina yksilön oikeuksina määritellyt oikeudet palveluihin.

Sairausvakuutuslaissa taas lähtökohtana oli, eurooppalaisten lakisääteisten sairausvakuutus pohjais-ten palvelujärjestelmien tapaan, että oikeus lääkkeiden, sairausloman ja lääkärin määräämisen hoitojen korvattavuuteen syntyy asukkaan tutkineen lääkärin reseptillä, todistuksella tai läheteellä. Kela voi antaa yleisiä ohjeita näiden lääkärin valtuuksien rajoista, mutta Kela tai apteekki tai yksityinen hoito ei voi kiistää potilaan subjektiivista oikeutta korvaukseen. Subjektiivinen oikeus siis syntyy asukkaan ja ruohonjuuritason ammattilaisen yhteisestä palvelutarpeen arvioinnista ja sen mukaisesta palvelusuunnitelmasta.

Kun palvelujärjestelmät monimutkaistuvat, päätöksenteko etääntyy lähidemokratiasta ja mukaan on tullut lisääntyvästi yksityisiä toimijoita, on syytä kysyä, onko 1970-luvun alussa luotu malli lähidemokratian ja viranomaisvelvoitteen turvasta asukkaan palveluoikeudelle vielä kestävä. Tämän pohtimisesta oli kysymys, kun eduskunnan perustuslakivaliokunta ja sosiaali- ja terveysvaliokunta käsittelivät vuosina 2018-2019 Sipilän hallituksen esitykseen sisältyneen asiakassuunnitelman (palvelusuunnitelman) oikeudellista asemaa. Asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyöllä tehdyn suunnitelman toivottiin olevan keskenään kilpailevia yksityisiä ja julkisia palvelutuottajia velvoittava ja silloin se muodostaisi myös asiakkaalle oikeuden suunniteltuun palveluun. Toisin sanoen asiakkaan kannalta sillä olisi samankaltainen oikeusmerkitys kuin on oikeus sairausvakuutuskorvaukseen. Asian käsittely jäi kesken, kun hallitus veti esityksensä pois eduskunnasta.

Mielestäni tähän kysymykseen olisi syytä palata, vaikka Marinin hallituksen sote-esityksessä ei luoda yksityisten ja julkisten tuottajien tasavertaista markkinakilpailua, vaan yksityiset tuottajat ovat eräänlaisessa alihankkija-asemassa. Asukkaan (potilaan, asiakkaan) kannalta kysymys palvelusuunnitelman oikeudellisesta asemasta on pitkälti sama: voiko suunnitelman toteutumiseen luottaa ja ovatko takeet siihen luottamiseen riittävän vahvat.

Edellisen pohjalta esitän, että valiokunta ottaa harkintaan edellisen vaalikauden ehdotukset ja taustatyöt asiakassuunnitelman/palvelusuunnitelman oikeudellisesta asemasta.

Hyvinvointialueen hallinnon kansanvaltaisuus

Kun esitetyssä uudistuksessa päätöksenteko siirtyy suurempiin alueellisiin hallintoyksiköihin, on syytä arvioida tämän vaikutuksia päätöksenteon avoimuuteen, poliittiseen edustavuuteen, tietoon perustuvuuteen ja asukkaiden vaikutusmahdollisuuksiin. Tältä osin lakiesityksen pykälät on rakennettu suurimmaksi osaksi kuntalain pykälää kopioimalla. Asukasmäärältään toki hyvinvointialueet eivät ole sen suurempia kuin kuntalakia noudattavat suurimmat kaupunkimme. Hyvinvointialueet ovat kuitenkin taajama- ja aluerakenteeltaan heterogeenisempia, etäisyydet suurempia ja yhteisöinä useampia perinteitä ja paikalliskulttuureita sisältäviä. Yksinkertaistaen: yhteisyyden kokemus

on heikompaa kuin useimmissa kunnissa. Näin, vaikka myös kunnissa on todettu monia yhteisöllisyyden rakoilun ilmiöitä.

Kuntien hallintoa koskevassa kriittisessä keskustelussa on tuotu esiin esimerkiksi kuntaliitosten jälkeen pitkään jatkuva eriyhteisöllisyys. Samoin on tuotu esiin kunnallisen toiminnan liikelaitostamiseen ja yhtiöittämiseen liittyvät riskit avoimuuden ja poliittisen edustavuuden heikkenemisestä ja asukkaiden vaikutusmahdollisuuksien heikentymisestä.

Lakiesitys jättää paljon kansanvaltaisuutta koskevia kysymyksiä ratkaistavaksi hyvinvointialueen valtuustossa yksinkertaisella enemmistöllä päätettävässä hallintosäännössä. Tällaisia ovat esimerkiksi hyvinvointialuehallituksen jäsenmäärä, mahdollisesti keskeiseen asemaan nousevien liikelaitosten hallitusten valintakriteerit ja jäsenmäärä sekä alueen kunnanvaltuustojen vaikutusmahdollisuudet hyvinvointialueen päätöksenteossa.

Esitän harkittavaksi:

- aluehallituksen jäsenmäärän minimin ja liikelaitoksen hallituksen valintakriteerien ja jäsenmäärän minimin säätämistä lailla eikä jättämistä kokonaan hallintosäännössä ratkaistavaksi
- säädöksiä kunnanvaltuustojen osallisuudesta hyvinvointialueen strategian, palveluverkkoa koskevien päätösten ja budjettien valmisteluun, osana asukkaiden osallistumismahdollisuuksia koskevaa kokonaisuutta
- kunnanvaltuustoille annettavaa oikeutta saada tekemänsä hyvinvointialueen toimintaa koskevat aloitteet hyvinvointialueen valtuuston käsiteltäviksi
- lakisääteistä velvollisuutta toteuttaa tietojärjestelmät ja tiedotus, joka mahdollistaa alueen eri osien asukkaiden ja eri asukasryhmien seurata ja arvioida eri alueisiin ja ryhmiin kohdistuvien palvelujen kehitystä