

Asia: VN/8871/2019

Lausuntopyyntö hallituksen esitysluonnoksesta eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta ja maakuntien perustamista koskevaksi lainsäädännöksi

Taustatiedot

Onko vastaaja

järjestö

Vastaajatahon virallinen nimi

Suomen Diabetesliitto ry

Vastauksen kirjanneen henkilön nimi ja mahdolliset yhteystiedot

Laura Tuominen-Lozic, sosiaali- ja terveystieteiden asiantuntija

p. 0400 723 655

laura.tuominen-lozic@diabetes.fi

Viranomaisille: Lausuntovastauksen käsitelleen toimielimen nimi ja käsittelypäivämäärä

Diabetesliiton hallitus 23.09.2020

Kysymyksiä uudistuksen tavoitteista

1. Voidaanko esityksellä kaventaa väestön terveys- ja hyvinvointieroja sekä parantaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta? Jos ei, niin miten ehdotusta tulisi siltä osin muuttaa?

Esitys sisältää paljon terveys- ja hyvinvointierojen kaventamista tukevia sekä yhdenvertaista saatavuutta parantavia elementtejä. Näitä ovat sote-palvelujen järjestäjien määrän merkittävä väheneminen, sote-integraatio, maakuntien vastuu sote-palvelujen palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittämisestä ja yhteensovittamisesta (järjestämislaki 10§), valtakunnallisten strategisten tavoitteiden asettaminen, ministeriöohjaus, maakunnan oma strategia ja palvelustrategia.

Yhden järjestäjän myötä hoitoketjut voivat selkeytyä ja raja-aita perus- ja erikoissairaanhoidon väliltä poistua järjestäjän osalta, mikä parantaa tarkoituksenmukaista ja ripeää hoitoon pääsyä ja voi edistää moniammatillisia toimintatapoja ja joustavia konsultointikäytäntöjä. Hoitoketjut katkeavat usein siirryttäessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon puolelle, mikä aiheuttaa esimerkiksi kuntoutuksen epäonnistumista. Moniammatillisuus sote-keskuksissa parantaa palvelupalettia ja tuo myös harvemmin tarvittavat palvelut lähelle. Myös sosiaalihuollon integraatio vastaa moniammatillisen avun tarpeeseen. Sote-keskusten toiminnan verkostomaisuudelle luodaan hyvä pohja yhden järjestäjän mallilla.

Esimerkiksi diabeteksen hyvä hoito sote-keskuksissa edellyttää moniammatillisia hoitotiimejä ja myös erikoissairaanhoidollista osaamista. Diabetesliitto on jo pitkään tuonut esiin diabetesosaamisen vahvistamisen tarvetta ja esittänyt tyypin 1 diabeteksen ja vaativahoitoisen tyypin 2 diabeteksen hoidon keskittämistä moniammatillisiin diabeteksen hoitoon erikoistuneisiin osaamiskeskukseen ja –verkostoihin. Nämä voidaan toteuttaa eri sote-maakunnissa vaihtelevin järjestelyin varmistamalla diabetesosaamisen saatavuus sote-keskuksissa. Sote-maakunnissa on luontevaa olla keskitetty ja moniammatillinen diabeteksen osaamiskeskus, joka välittömän potilasohjauksen, hoidon ja seurannan lisäksi voi tarjota alueellista koordinoitua, konsultaatioita ja koulutusta kasvokkain tai verkossa maakunnan muille yksiköille.

Kuntien resurssit ja osaaminen sote-palvelujen järjestämiselle ovat vaihdelleet. Ehdotetussa mallissa olisi yksi järjestäjä ja yksi rahoitus valtiolta. Tämä vähentää osaoptimoinnin tarvetta ja parantaa perus- ja erikoissairaanhoidon työnjaon tarkoituksenmukaisuutta. Diabeteksen hoidossa suurin ongelma on ollut diabetesta sairastavien epäyhdenvertainen asema, mikä johtuu alueellisesta vaihtelusta hoitoon pääsyssä ja hoitokäytännöissä. Yksi esimerkki tästä on hoitoteknologian, kuten jatkuvan glukosisensoroinnin ja insuliinipumppuhoidon vaihteleva käyttöönotto diabetesta sairastavilla sekä diabetekseen liittyvien lisäsairauksien ilmaantuvuuden ja esiintyvyyden alueellinen vaihtelu. Asuinpaikka on määrittänyt saatavilla olevan hoidon ja hoidon laadun. Lakiehdotus toisi tähän kaivattua muutosta, koska järjestäjien vähentyminen yhdenmukaistaisi hoitokäytäntöjä.

Terveyseroja kavennetaan tehokkaimmin edistämällä terveyttä jo ennen sairauden syntymistä. Palvelujen kysynnän vähentäminen järjestelmällisellä ennaltaehkäisevällä toiminnalla on olennaista myös kustannusten kasvun hillitsemisen kannalta. Ministeri Kiurun koolle kutsuman sydän- ja verisuonitautien ja diabeteksen Pyöreän pöydän asiantuntijaryhmän suosituksissa tunnistettiin keskeisenä ongelmana, että sote-lainsäädännöstä puuttuu ennaltaehkäisyä ja hoidon tehostamista tukevia elementtejä. Puutteita on myös muissa säädöksissä, rakenteissa ja yhteiskunnalliseen ohjaukseen liittyvissä toimitissa. Lakiehdotus ei tuo toivottua muutosta nykytilanteeseen.

Esitys ei riittävällä tavalla tunnista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (hyte-työn) monitoimijaisen ja moniammatillisen kokonaisuuden merkitystä terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisessa. Erityisen ongelmallista on hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön osoittaminen ensisijaisesti kuntien vastuulle. Kuntien hyte-työ jää irralliseksi sosiaali- ja terveydenhuollon

kokonaisuudesta, vaikka sote-maakunnan ja kunnan yhdyspinnat hyte-työssä ovat ilmeiset, ja vaikka lakiesitys määrittelee sosiaali- ja terveydenhuollon sisältävän myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (järjestämislaki 2 § 1 mom.). Raja-aita kuntien ja sote-maakuntien välille syntyy väistämättä, mikäli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävä jätetään lakiesityksessä ensisijaisesti kuntien tehtäväksi. Sote-maakunnan tehtäväksi jää hyten osalta ensisijaisesti tukea kuntia tehtävässä, eikä tuen tapoja ja prosesseja riittävästi yksilöidä. Hyte-yhteistyön rakennetta olisi lakiehdotuksessa vahvistettava.

Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen asema jää esityksessä epäselväksi kahdella tapaa: sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävän osalta että sote-maakunnan asukkaiden osallisuuden ja vaikuttamisen kanavana. Järjestöjä ja järjestölähtöistä toimintaa ei esityksessä nähdä kiinteänä osana hyvinvointia ja terveyttä edistävän sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuutta. Järjestöjen tuottamat palvelut, vertaistuki, ohjaus ja neuvonta tavoittavat laajasti kansalaisia ja vastaavat erityisryhmien tarpeisiin. Järjestölähtöinen toiminta voi estää palvelutarpeen syntymistä ja järjestöt tavoittavat myös niitä, jotka eivät luontevasti hakeudu julkisen sektorin palveluihin. Järjestöjen tekemä hyte-työ tulee nähdä osana palvelukokonaisuuksia, joista sote-maakunta vastaa. Nykyisellään esitys ei riittävästi huomioi järjestöjen tuottamia palveluja ja muuta toimintaa palvelukokonaisuudessa ja palveluohjauksessa. Esityksen selkeä puute on, että järjestöyhteistyölle ei esitetä minkäänlaista virallista foorumia, esim. järjestöneuvottelukunta.

On kannatettavaa, että vastuu palveluketjuista ja palvelukokonaisuuksista osoitetaan sote-maakunnalle. Sote-maakunnat eivät kuitenkaan saa riittäviä edellytyksiä palveluketjujen rakentamiselle, koska hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, joka esityksessä asemoidaan osaksi sosiaali- ja terveydenhuoltoa (sote-järjestämislaki 2 § 1 mom.), on liiaksi irrallinen sote-palvelujen kokonaisuudesta ja sitä ei riittävän johdonmukaisesti osoiteta kokonaisuutena sote-maakunnan vastuulle. Palvelukokonaisuuksien laatimisessa olennaista on niiden rakentaminen asiakaslähtöisesti, mikä edellyttää myös muiden kuin sote-palvelujen huomioimista. Tulee luoda selkeät ja toimivat käytännöt sille, miten terveydenhuollosta ohjataan esimerkiksi liikuntapalveluihin ja järjestöjen hyvinvointia ja terveyttä edistävään työhön. Mikäli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työn (hyte) asema jää kaksijakoiseksi kuntien ja sote-maakuntien välille, ei palveluketjun kokonaisuus rakennu ehjäksi ja hallituksi.

Yhdenvertaisuuden lähtökohta edellyttää, että terveyseroja kavennetaan alueellisesti, mutta myös sosioekonomisesti eli tulo- ja koulutustason mukaisten väestöryhmien välillä. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen ei näy esityksen kokonaisuudessa riittävän selkeänä tavoitteena. Tiedetään, että sairastavuus on korkeampaa pienemmän tulotason ja matalamman koulutusasteen väestöosissa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen sote-maakuntien sisällä ja maakuntien välillä. Tähän tarvitaan väestötason seuranta maakunnissa sekä uusia ja asiakaslähtöisempiä palveluohjauksen ja -neuvonnan toimintatapoja. Lakiehdotus huomioi väestöryhmittäisen terveyden ja hyvinvoinnin seurannan esimerkiksi vuosittaisen THL:n asiantuntija-arvion osalta, mutta tätä tulee tähdentää erityisesti sosioekonomisten terveyserojen näkökulmasta.

Esitys vahvistaisi valtion ohjausta, strategisten tavoitteiden mukaisia painotuksia ja tavoitteiden saavuttamisen seuranta ja tiedolla johtamista. Järjestämislaki 27 §:n mukaan sote-maakunnan on seurattava alueensa väestön hyvinvointia ja terveyttä, järjestämänsä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, saatavuutta, laatua ja vaikuttavuutta, kustannuksia ja tuottavuutta sekä sitä, miten asiakkaiden palvelujen yhteensovittaminen on toteutunut. On hyvä, että terveys- ja hyvinvointivaikutusten arviointia on tehtävä systemaattisesti. Terveydenhuollon laadun seuraaminen ei kuitenkaan ole mahdollista ilman sairausryhmäkohtaisia kansallisia terveydenhuollon laaturekistereitä. Laaturekistereistä saadaan hoitoyksikkö- ja aluekohtaista tietoa hoidon tuloksista ja vaikuttavuudesta. Ilman hoitotuloksista ja vaikuttavuudesta kertovaa rekisteriä ei terveyseroja pidemmällä aikavälillä voida kaventaa, koska vertailupohja puuttuu.

Esimerkiksi diabeteksen hoidon laaturekisterin suunnittelu ja alueiden vertaiskehittäminen on käynnistynyt hyvin, ja työn jatkuminen edellyttää resurssien ja rakenteiden vahvistamista. Diabeteksen hoidon resurssien ja laadun alueellinen vaihtelu on tuottanut mm. alueellisia eroja lisäsairauksien ilmaantuvuuteen ja esiintyvyyteen. Riittämätön diabeteksen hoito diabetestyyppistä riippumatta altistaa vakaville lisäsairauksille silmissä, munuaisissa ja hermoissa sekä sydän- ja verisuonisairauksille ja masennukselle. Nämä heikentävät työkykyä ja johtavat ennenaikaiseen kuolemaan. Diabetesta sairastaa puoli miljoonaa ihmistä, ja inhimillisen kärsimyksen vähentämisen lisäksi diabeteksen hoidon kehittämisellä saavutetaan merkittäviä säästöjä, koska lisäsairaudet moninkertaistavat diabeteksen kustannukset. Sote-maakuntamalli antaa erinomaiset mahdollisuudet laadun seurannan toteuttamiseen.

Tavoitteiden saavuttamista ei voida turvata pelkin lainsäädännöllisin keinoin. Paljon riippuu käytännön toteutuksesta. Yhdenvertaisuutta edistäviä ja terveyseroja kaventavia elementtejä on esityksessä useita, mutta merkittäviä parannuksia saadaan aikaan vain, kun panostetaan tiedolla johtamiseen (laaturekisterit), hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen (ei vain kunnissa, seuranta ja arviointi) ja asiakaslähtöiseen palveluohjaukseen ja jo sairastuneiden omahoidon tukeen. Tämä edellyttää ennen kaikkea toimintatapojen muutosta. Lisäksi tulee kehittää asiakasmaksujärjestelmää siten, että asiakasmaksut eivät muodostu kenellekään esteeksi hakeutua sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Käsillä oleva ehdotus luo raamit, jotka mahdollistavat aiempaa paremmat edellytykset yhdenvertaisen, vaikuttavan ja kustannustehokkaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle.

2. Voidaanko esityksellä kehittää pelastustoimen palvelujen saatavuutta, yhdenmukaisuutta ja vaikuttavuutta valtakunnallisesti, alueellisesti ja paikallisesti? Varmistaako esitys pelastustoimen pelastustoiminnan ja sosiaali- ja terveystoimen ensihoitopalvelujen synergiahyödyt? Jos ei, miten ehdotusta tulisi kehittää?

-

3. Toteutuuko demokratia esityksessä riittävällä tavalla? Jos ei, miten esityksen kansanvaltaisuutta voisi vahvistaa?

Järjestöjen merkitystä asukkaiden osallisuuden kanavana ja osallisuuden organisoijana ei tunnisteta esityksessä riittävästi. Esitys jättää järjestöjen toiminnan, kunta – sotemaakunta -järjestö -yhteistyön

ja järjestöjen vaikutusmahdollisuudet liiaksi tulevaisuudessa ratkaistavaksi asioiksi. On ongelmallista, että sen enempää sote-maakunnalla kuin kunnallakaan ei ole lakisääteistä velvollisuutta järjestöyhteistyön toimielimen perustamiselle. Merkittävä puute on, että ministeriöiden neuvottelukunnissa ei olisi järjestöjen edustusta. Järjestöjen asema uhkaakin jäädä irralliseksi ja toimintaedellytyksiltään hyvin epävarmaksi niin hyten kuin sotenkin osalta. Sosiaali- ja terveysalan järjestöillä on merkittävä rooli sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä että palvelujärjestelmän täydentäjinä.

Järjestöjen toimintaedellytysten turvaaminen edellyttää selkeää vastuun osoittamista sote-maakunnalle sekä ohjausta ja seuranta. Osana sosiaali- ja terveysministeriön sekä sote-maakunnan vuotuisia neuvotteluja tulee seurata myös järjestöjen toimintaa ja toimintaedellytyksiä maakunnassa.

Terveydellä on yhteys poliittisen osallistumisen eriytymiseen. Terveys vaikuttaa poliittiseen osallistumiseen muista taustamuuttujista, kuten iästä, sukupuolesta ja sosioekonomisesta asemasta riippumatta. Hyvin toimeentulevien, aktiivisesti äänestävien kansalaisten intressit näkyvät selvemmin poliittisen päätöksentekoprosessin tuotoksissa kuin heikosti toimeentulevien. Järjestöt kanavoivat heikommassa asemassa olevien ääntä ja näkökulmaa päätöksentekoon. Tästäkin syystä järjestöjen näkemysten huomioimiseksi tulisi perustaa erillinen järjestöyhteistyön tai -edustuksen toimielin, kuten järjestöneuvottelukunta.

Kysymyksiä sote-maakuntalaista

4. Muodostaako sote-maakuntalaki tarkoituksenmukaisen yleislain tulevien sote-maakuntien hallinnon ja talouden järjestämiselle?

ei kantaa

5. Sote-maakuntalain 6 §:ssä säädetään maakunnan mahdollisuudesta alueellaan ottaa hoitaakseen sen lakisääteisiä tehtäviä tukevia tehtäviä sekä harjoittaa vähäriskistä liiketoimintaa, joka tukee sen lakisääteisten tehtävien toteuttamista. Tukeeko ehdotettu sääntely maakunnan itsehallinnon toteuttamista?

ei kantaa

6. Sote-maakuntalain 5 luvussa säädetään sote-maakunnan asukkaiden osallistumisoikeuksista. Ovatko osallistumisoikeudet turvattu esityksessä riittävällä tavalla?

kyllä pääosin [On hyvä, että sote-maakuntavaltuston tehtäväksi säädetään asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista huolehtiminen (sote-maakuntalaki 29 §). Säännöskohtaisissa perusteluissa todetaan, että näiden laajuus ja muodot jäisivät pitkälti valtuuston päätettäväksi ja niitä tulisikin täsmentää 41 § mukaisessa sote-maakuntastrategiassa. Esimerkinomaiset vaikuttamisen keinot ja osallisuuden väylät eivät vielä riittävästi takaa asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia, ja ko. keinojen käyttöä tulisikin aktiivisesti seurata ja arvioida osana valtion ohjausta. Järjestöjen toiminta ei saa lakiehdotuksesta riittävää tukea, esimerkiksi pykälän 29

kirjauksen mukaan sote-maakuntavaltuuston on pidettävä huolta monipuolisista ja vaikuttavista osallistumisen mahdollisuuksista esim. tukemalla asukkaiden, järjestöjen ja muiden yhteisöjen oma-aloitteista asioiden suunnittelua ja valmistelua, mutta ei toimintaa. Yhtenä keinona osallisuudelle mainitaan asukasraadit. Säännöskohtaisissa perusteluissa todetaan, että asukasraati olisi yläkäsite myös esimerkiksi asiakas- ja potilasraatien järjestämiseksi. On hyvä, että potilasraati tunnistetaan erikseen perusteluissa. Kuitenkin potilas- ja asukasraatien lisäksi palveluiden käyttäjien ja sote-maakunnan asukkaiden näkökulmaa voidaan kanavoida myös järjestöjen kautta. Järjestöjen merkitystä asukkaiden osallisuuden kanavana ja osallisuuden organisoijana ei tunnisteta esityksessä riittävästi. On ongelmallista, että sen enempää sote-maakunnalla kuin kunnallakaan ei ole lakisääteistä velvollisuutta järjestöyhteistyön toimielimen perustamiselle. Osallistumista käsittelevissä säännöskohtaisissa perusteluissa tunnistetaan järjestöjen rooli erityisesti heikommassa asemassa olevien väestöryhmien edustajina, joiden ääni ei muuten kuulu yhteiskunnallisessa osallistumisessa. Kuitenkaan järjestöille ei osoiteta tämän äänen kanavoimiseksi keinoja tai paikkaa sote-maakunnan tarjoamissa osallistumisen ja vaikuttamisen keinoissa eikä järjestöjen toimintaedellytysten tuesta säädetä velvoittavasti. Järjestöneuvottelukunnan tms. järjestöjen ja sote-maakunnan yhteisen toimielimen puuttuminen lakiehdotuksesta on valitettavaa. Sote-maakunnassa tulisi asettaa nuorisovaltuusto tai nuorten vaikuttajaryhmä, vanhusneuvosto sekä vammaisneuvosto ja huolehtia näiden toimintaedellytyksistä (sote-maakuntalaki 32 §). Jäsenmäärästä, kokoonpano ja toimielinten toimintatavat päätettäisiin kussakin sote-maakunnassa itsenäisesti, alueellisten olosuhteiden mukaan. Vaarana on, että toimintatavat jäävät koordinoimatta ja sote-maakuntien välille muodostuu eroja osallistumisen syvyydessä ja vaikuttamisen mahdollisuuksissa. Olisi tärkeää, että sote-maakunnat tarkastelisivat keskenään asukkaiden osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollistamisessa onnistumista ja toimielinten toiminnasta kerättäisiin vertailtavaa tietoa valtakunnallisesti, jotta osallisuuden tapoja voitaisiin jatkuvasti kehittää.]

7. Sote-maakuntalain 8 luvussa säädetään sote-maakuntien yhteistoiminnasta. Onko siitä esitetty säädettäväksi sote-maakuntien toiminnan ja yhteistyön näkökulmasta tarkoituksenmukaisesti?

ei kantaa

8. Sote-maakunnan talouden ohjaus perustuu erityisesti sote-maakuntalakiin ja sote-maakuntien rahoituslakiin. Ohjaavatko sote-maakuntien rahoitusmalli ja sote-maakuntalain mukainen taloudenohjausmekanismi sote-maakuntien taloudenhoitoa tarkoituksenmukaisella tavalla?

ei kantaa

9. Sote-maakuntalain 3 luvussa säädetään muun ohella sote-maakunnan lainanottovaltuudesta sekä investointien ohjauksesta koko julkisen talouden tasapainon huomioon ottavalla tavalla. Sote-maakunnille siirtyvien toimitilojen hallinnoinnista ei esitetä erikseen säädettäväksi. Turvaako ehdotettu investointien rahoitus- ja ohjausmalli tarpeellisten investointien toteuttamisen tarkoituksenmukaisella tavalla? Vastauksessa voi ottaa kantaa toimitilojen hallinnoinnin järjestämiseen paikallisella, alueellisella tai valtakunnallisella tasolla.

ei kantaa

10. Maakuntalain pykäläkohtaiset muutosehdotukset. OHJE: Erittele vastaukseen, mihin pykälään muutosehdotus liittyy lisäämällä pykälän numero ennen muutosehdotusta. Tee näin jokaisen pykälän kohdalla, jota kommentoit.

2. momentti, kohta 6: Muutetaan: "tukemalla asukkaiden, järjestöjen, ja muiden yhteisöjen oma-aloitteista toimintaa."

2. momentti: lisätään uusi kohta 7: "perustamalla järjestöneuvottelukunnan".

11. Muut vapaamuotoiset huomiot maakuntalaista.

-

Kysymyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaista

12. Muodostaako sote-järjestämislaki tarkoituksenmukaisen yleislain julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle?

kyllä pääosin

13. Turvaavatko sote-järjestämislain säännökset sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaisen saatavuuden?

ei pääosin [Yhdenvertaisuutta lisääviä elementtejä on useita, kuten sote-palvelujen järjestäjien määrän merkittävä väheneminen, sote-integraatio, maakuntien vastuu sote-palvelujen palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelemisestä ja yhteensovittamisesta (järjestämislaki 10§), valtakunnallisten strategisten tavoitteiden asettaminen, ministeriöohjaus, maakunnan oma strategia ja palvelustrategia. Uudistus on ensisijaisesti rakenneuudistus. Palvelujen saatavuuteen vaikuttavat monet muutkin asiat. Palvelujen saatavuuden parantuminen riippuu myös esim. hoitotakuulain velvoittavuudesta ja sote-palvelujen toimintatapojen uudistamisesta, ml. etä- ja digipalvelujen käyttö. Yhdenvertaisessa palvelujen saatavuudessa ja saavutettavuudessa on huomioitava alueellisen tasa-arvon lisäksi väestöryhmittäinen tasa-arvo, esim. ikääntyneiden, pitkäaikaissairaiden, paljon palveluja tarvitsevien, vammaisten, lapsiperheiden tai heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien yhdenvertainen palvelujen saatavuus. Palvelujen saatavuuden lisäksi tulee kiinnittää huomiota myös palvelujen saavutettavuuteen, mikä tarkoittaa matalaa kynnystä. Pelkkiä rakenteita uusimalla ei tehdä sote-keskuksesta helpommin lähestyttävää. Kysymys on voimakkaasti toimintakulttuurista, asiakaslähtöisyydestä sekä palveluohjauksesta palvelujen saavutettavuuden turvaamiseksi. Rakenneuudistus on merkittävä ja voi saada kansalaisissa ja palvelujen käyttäjissä aikaan epävarmuutta toimintatavoista. Lisäksi sote-palveluiden yhdenvertaiseen saatavuuteen vaikutetaan palveluista perittävillä asiakasmaksuilla. Asiakasmaksut muodostavat toisen sote-maakuntien rahoituslähteen valtiorahoituksen lisäksi, ja ainoan keinon sote-maakunnille itsenäisesti vaikuttaa rahoituksen kertymiseen. Asiakasmaksuja kohtuullistamalla, huojentamismenettelyn käyttöönotolla ja asiakasmaksujärjestelmän uudistamisella vaikutetaan merkittävästi palvelujen saatavuuteen ja käyttöön. Sote-uudistuksen tavoitteita ei saavuteta, ellei samalla sitouduta pitkäjänteisesti asiakasmaksujärjestelmän kehittämiseen palvelujen yhdenvertaista saatavuutta turvaavalla tavalla.]

14. Varmistaako laissa esitetty tehtävien määrittely kunnan ja maakunnan osalta väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutumisen? "

ei pääosin [Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (hyte) osalta lakiehdotus muodostaa raja-aidan kuntien ja sote-maakuntien hyte-työn välille. Kuntien hyte-työn ensisijaisuus suhteessa sote-maakuntiin on poistettava. Merkittävä osa hyte-työstä tapahtuu sote-palveluiden sisällä, rinnalla tai

niiden yhdyspinnassa. Tämä tarkoittaa esimerkiksi elintapamuutos- ja vertaistukea sekä sopeutumisapua. Näitä toimintoja ei voi jättää ensisijaisesti kunnan vastuulle, koska ne liittyvät läheisesti sote-maakunnan vastuulla oleviin sote-palveluihin. Esitystä onkin muutettava siten, että hyte-työn vastuut ovat jaettu kuntien ja maakuntien kesken niin, että ensisijainen vastuu sote-palveluiden yhdyspinnassa olevasta hyte-työstä on sote-maakunnilla. Nyt sote-maakunnan tehtäväksi jää esityksessä ensisijaisesti kuntien tukeminen, eikä tälle osoiteta selkeitä prosesseja. Ehdotettu työnjako luo rakenteen, jossa aiempi osaoptimointi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on vaarassa siirtyä nyt kuntien terveyden edistämisen työn ja sote-maakuntien sote-palveluiden välille. Tämä ei ole kustannustehokasta eikä maksimoi terveyshyötyä. On hyvä, että sekä kunnan että sote-maakunnan on arvioitava ennakkoon ja otettava huomioon päätösten vaikutukset eri väestöryhmien hyvinvointiin ja terveyteen. Samoin on hyvä, että kunnan on nimettävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutaho (järjestämislaki 6 §). Sote-maakuntien osalta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisuus ja vastuu jää epäselväksi. Myös sote-maakunta on veloitettava nimeämään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutaho, tämä kirjaus puuttuu nyt pykälästä 7. Lisäksi lakiehdotuksessa sote-maakunnan vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä rajoittuu sosiaali- ja terveydenhuollon piirissä oleviin henkilöihin tavoitteen asettelu osalta. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet ja toimenpiteet sidotaan liiaksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen ja tuottamiseen eli sote-palveluihin (7§). Näiden lisäksi hyvinvointia ja terveyttä edistetään merkittävässä määrin jo ennen siirtymistä sote-palvelujen käyttäjäksi. Lakiehdotuksen 7§ todetaan, että sote-maakunnan on "asetettava suunnittelussaan tavoitteet, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja tuottaminen edistää hyvinvointia ja terveyttä." On tarkoituksenmukaista, että sote-maakunta koordinoisi koko maakunnan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisuutta. Pykälää tulisi muuttaa, esim. seuraavasti: "... Sen on myös asetettava suunnittelussaan maakunnan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet...". Näin hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen etenisi linjakkaasti ja loogisesti sote-maakunnan tasolta kuntien tasolle, osana sote-maakunnan strategiaa. Järjestöjen hyte-työn asema osana kokonaisuutta on heikko. Järjestöjen toimintaedellytykset on turvattava niin kunnan kuin maakunnan tasolla. Kuntien järjestöille myöntämällä avustuksilla on mahdollistettu järjestöjen tuottamia yleishyödyllisiä palveluja ja esim. vertais- ja liikuntaryhmien toimintaa. Pykälässä 7 todetaan sote-maakuntien osalta, että niiden on "osaltaan mahdollisuksiensa mukaan edistettävä järjestöjen toimintaedellytyksiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä." Säännöskohtaisista perusteluista käy ilmi, että käytännössä tämä voisi tarkoittaa esimerkiksi sote-maakunnan asukkaiden ohjaamista järjestöjen toiminnan piiriin, kuten vertaistukeen tai vapaaehtoistoimintaan, asiantuntija-avun antamista, toimitilojen luovuttamista järjestöjen käyttöön ja sote-maakunnan harkinnan mukaan myös avustusten myöntämistä järjestöille. Vaikka lain perustelut mahdollistavat harkinnanvaraiset sote-maakuntien avustukset järjestöille, jää järjestöjen toimintaedellytysten tuki käytännössä heikoksi lakiehdotuksessa. Sote-maakunnille tulee luoda järjestöjen avustusmekanismi ja niissä tulee olla nimetty viranhaltija tai yksikkö järjestöavustusten valmistelua varten. Riittävän vahvan sote-maakunnan ja järjestöjen yhteistyön turvaamiseksi sote-maakuntia tulee velvoittaa perustamaan sote-järjestöneuvottelukuntia, joiden tehtävänä on mm. hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja varhaisen tuen yhteistyö. Myös kuntien velvollisuutta tukea järjestöjen toimintaedellytyksiä tulee esityksessä vahvistaa. Käytännön työnjako kunnan ja sote-maakunnan hyte-työn välillä tarkentuisi lisäämällä täsmennyksiä kuntien ja sote-maakuntien hyte-toiminnan alasta uutena momenttina pykäliin 6 ja 7 (ks. pykälämuutosehdotukset). Kunnille tulee kuitenkin säätää sote-maakuntien kanssa yhtäläinen ja sama velvoite järjestöjen toimintaedellytysten tukemiseksi pykälässä 6, esimerkiksi toiseksi viimeisessä momentissa: "Kunnan on edistettävä järjestöjen toimintaedellytyksiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä." Järjestöjen toimintaedellytyksiä ja järjestöjen toimintaa

tulee kunta- ja sote-maakuntatasolla seurata osana hyvinvointikertomusta, joiden valmistelussa järjestöjen tulee olla mukana. Kertomuksen sisällössä on huomioitava järjestölähtöinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työ. Jotta järjestöyhteistyö sote-maakunnassa olisi järjestelmällistä, tulee järjestöyhteistyölle nimetä sote-maakunnassa vastuutaho tai pysyvä toimielin. 7 § viimeisen momentin tulisi kuulua esim.: ”Sote-maakunnan on myös osaltaan mahdollisuuksiensa mukaan edistettävä järjestöjen toimintaedellytyksiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä ja nimettävä järjestöyhteistyön vastuutaho.”]

15. Turvaako 8 §:n sääntely sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä toteutumisen riittävällä ja tarkoituksenmukaisella tavalla?

ei kantaa [Lakiehdotuksen 8 § mukaan sote-maakunnalla on oltava riittävä osaaminen, toimintakyky ja valmius vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja sen on huolehdittava asukkaidensa palvelutarpeen mukaisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudesta kaikissa tilanteissa. Tämä on periaatteessa kannatettava ja selkeä esitys ja osoittaa sote-maakunnalle järjestämistä vastuun. Kuitenkin pykälässä säädettäisiin myös, että järjestämistä vastuunsa toteuttamiseksi sote-maakunnalla on oltava palveluksessaan toiminnan edellyttämä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö, hallinnollinen ja muu henkilöstö sekä hallinnassaan asianmukaiset toimitilat, toimintavälineet ja muut tarvittavat toimintaedellytykset sekä järjestämistä vastuunsa toteuttamisen edellyttämä riittävä oma palveluntuotanto. Esimerkiksi sote-järjestöillä on erityisosaamista mm. kuntoutuksesta, sopeutumisvalmennuksesta ja erityisryhmien asumispalveluista. Nämä palvelut ovat lakisääteisiä ja kuuluisivat maakunnan järjestämistä velvollisuuden piiriin, mutta niitä maakunnan ei välttämättä olisi aina perusteltua tai mahdollista järjestää itse tai ylläpitää niihin vaadittavaa osaavaa henkilökuntaa itse. Järjestöjen palveluntuotannon rooli ei aina ole täydentävä, vaan kiinteä ja korvaamaton osa sote-palvelujärjestelmän toimintaa etenkin erityisryhmien palveluissa. Käytännössä tällaisissa palveluissa riittävän maakunnan oman palveluntuotannon ylläpitäminen johtaisi järjestölähtöisen toiminnan pyyhkiytymiseen pois ja todennäköisesti kasvattaisi kustannuksia. On punnittava, turvaako yllä oleva 8 pykälän säännös riittävästi sote-maakunnan harkintavaltaa ja tarkoituksenmukaista työnjakoa julkisen sektorin ja järjestöjen kesken ja onko vaarana, että se romuttaa nykyisen, vakiintuneen ja tarkoituksenmukaisen työnjaon. Toisaalta lakiehdotuksen perusteluissa todetaan, että sääntely ei sinänsä estäisi hyvin toimivien palvelukokonaisuuksien hankkimista yksityisiltä palveluntuottajilta, kunhan järjestely ei vaaranna järjestämistä vastuun toteuttamista ja laissa säädetyt edellytykset, kuten yksityistä palveluntuottajaa koskevat vaatimukset sekä sote-maakunnan riskienhallintaa ja hankintasopimuksessa sovittavia asioita koskevat edellytykset muutoin täyttyvät. Lakiehdotuksen kirjauksen ja perusteluiden välillä on ristiriita.]

16. Onko 12 §:n sääntely ostopalvelujen hankkimisesta ja 12 a §:n sääntely vuokratyövoiman käytöstä tarkoituksenmukainen ja toteutettavissa käytännössä?

ei kantaa [Lakiesityksen 12 § mukaan sote-maakunta voi lähtökohtaisesti hankkia palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta, jos se on tarpeen lakisääteisten ja yhdenvertaisten palvelujen järjestämiseksi sekä tehtävien tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi. Hankittavien palvelujen on oltava sisällöltään, laajuudeltaan ja määrälliseltä osuudeltaan sellaisia, että sote-maakunta pystyy huolehtimaan kaikissa tilanteissa järjestämistä vastuunsa toteuttamisesta myös hankittavien palvelujen osalta. Järjestämistä vastuun toteuttamisesta huolehtiminen kaikissa tilanteissa voi olla käytännössä ongelmallista, sillä se tarkoittaa varautumista omana tuotantona toteutettavaan palveluun myös sellaisten palvelujen osalta, jotka on perustellusti katsottu parhaaksi toteuttaa esim. järjestöjen tai yritysten avulla. Työnjako on muodostunut tarkoituksenmukaiseksi ja paras asiantuntemus on voitu varmistaa. Esim. tiettyjen erityisryhmien kuntoutus- tai asumispalveluita voidaan ostaa järjestöiltä

eikä niiden muuttaminen maakunnan omaksi toiminnaksi voisi kaikissa tilanteissa ilman merkittävää katkosta palvelujen saannissa onnistua. Mitä toimia lakiehdotuksen kirjaus käytännössä sote-maakunnalta vaatisi? Lisäksi esitetään: ”Lähetteen perusteella tehtävän terveydenhuoltolain 52 §:ssä tarkoitetun ratkaisun asiakkaan ottamisesta sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön sairaanhoitoa varten ja siihen liittyvän hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoratkaisut sekä sairaalaan otetun asiakkaan erikoissairaanhoidon palvelujen antamiseen liittyvän hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoratkaisut tekee kuitenkin virkasuhteessa oleva lääkäri.” Tämä saattaa aiheuttaa turhaa byrokratiaa, koska käytännössä esim. ilman virkasuhdetta työskentelevien sijaisten käyttö on yleistä. Asiakkaan palveluntarvetta ei tulisi arvioida eri tavoin lääkärin työsuhteeseman perusteella. Jo nyt esim. asiakkaan hoitosuunnitelma hyväksytetään julkisessa terveydenhuollossa (jos yksityislääkäri sen on laatinut). Onko vaikutuksia potilaan kannalta pohdittu, voiko esimerkiksi hoitoon pääsy viivästyä?]

17. Ovatko 13 §:n mukaiset yksityistä palveluntuottajaa koskevat vaatimukset perusteltuja

ei kantaa

18. Onko 16 §:n sääntely yksityisen palveluntuottajan alihankinnasta tarkoituksenmukainen ja toteutettavissa käytännössä?

ei kantaa

19. Onko sote-maakuntien yhteistyöaluetta ja yhteistyösopimusta koskeva 33–36 §:n sääntely kokonaisuudessaan tarkoituksenmukainen?

ei kantaa

20. Turvaako 37 §:n sääntely kaksikielisten sote-maakuntien yhteistyöstä osaltaan ruotsinkielisten palveluiden saatavuuden?

ei kantaa

21. Onko 49 §:n sääntely valmiuskeskuksesta tarkoituksenmukainen ja perusteltu?

ei kantaa

22. Minkä sote-maakunnan tehtäväksi tulisi säätää ruotsinkielisten palvelujen kehittämisen tukeminen (31 §) koko maassa?

-

23. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain pykäläkohtaiset muutosehdotukset. OHJE: Erittele vastaukseen, mihin pykälään muutosehdotus liittyy lisäämällä pykälän numero ennen muutosehdotusta. Tee näin jokaisen pykälän kohdalla, jota kommentoit.

6 §

1 mom.: Lisätään alkuun uutena kappaleena: Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuuluu sekä kunnan että sote-maakunnan tehtäviin. Kunnalla on ensisijainen vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä niiltä osin, kun työ tai kunnan antama tuki kytkeytyy kunnalle kuuluviin tehtäviin tai kunnan ja kuntalaisten yleiseen elinvoimaisuuteen.

1 mom. Lisätään: "Lisäksi valtuustolle on kerran valtuustokaudessa valmisteltava hyvinvointikertomus ja-suunnitelma, jonka valmistelussa on tehtävä yhteistyötä järjestöjen ja muiden yhteisöjen kanssa."

3 mom. Lisätään: "Kunnan on edistettävä järjestöjen toimintaedellytyksiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä." (kuten maakunnan nyt, vrt. 7§)

7 §

1 mom.: Lisätään alkuun uutena kappaleena: Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuuluu sekä kunnan että sote-maakunnan tehtäviin. Sote-maakunnalla on ensisijainen vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä niiltä osin, kun tämä työ tai sote-maakunnan antama tuki kytkeytyy sosiaali- ja terveyspalveluihin.

Lisätään 7 § ensimmäisen momenttiin myös: Lisäksi sote-maakunnan on määriteltävä tavoitteita tukevat toimenpiteet ja vastuutahot, joista ainakin yhden on oltava toimielin, jossa hyvinvointia ja terveyttä edistävillä järjestöillä on monipuolinen edustus.

7§ 1 mom: Muutetaan: "Sen on myös asetettava suunnittelussaan tavoitteet, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja tuottaminen edistää hyvinvointia ja terveyttä." seuraavasti: "Sen on myös asetettava suunnittelussaan maakunnan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet."

7 § 1 mom. lisätään: "Hyvinvointikertomus ja -suunnitelma laaditaan yhteistyössä alueen kuntien ja järjestöjen kanssa."

7 § viimeinen mom. Lisätään: "Sote-maakunnan on myös osaltaan mahdollisuuksiensa mukaan edistettävä järjestöjen toimintaedellytyksiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä ja nimettävä järjestöyhteistyön vastuutaho."

22§

2 mom. lisätään: "Neuvottelukunnassa on sote-maakuntien, sosiaali- ja terveysalan järjestöjen sekä sosiaali- ja terveysministeriön ja muiden sote-maakuntien tehtävien ohjaamisesta vastaavien ministeriöiden edustus."

23 §

3. momentti: Lisätään omaksi kohdaksi käsiteltävien asiakokonaisuuksien joukkoon terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen ja sosioekonominen yhdenvertaisuus sote-maakunnan alueella.

3 mom. Kohta 3, lisätään: "hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja tätä koskeva yhteistyö kuntien, järjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa."

27 §

Esitettyä pykälää 27 tulee täydentää niin, että siinä selkeästi viitataan kansallisiin laaturekistereihin. Rekisterien käyttöönotto pitää valmistella rinnan sote-uudistuksen jatkovalmistelun kanssa.

28 §

Lain 28§:ään on lisättävä uusi viides momentti, jonka nojalla THL:n on nojattava kansallisiin laaturekistereihin arviointityössään.

29 §

Lain 29 §:ssä on veloitettava STM vuotuisessa selvityksessään nojaamaan myös kansallisiin laaturekistereihin.

24. Muut vapaamuotoiset huomiot sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaista.

Sote-järjestämislain 57 § veloitetaan sote-maakunta huolehtimaan, että henkilökunta osallistuu riittävästi koulutukseen. Kirjaus on tulkinnanvarainen eikä realisoitu käytäntöön ilman soveltuvaa seurantaa. Mikä on riittävä koulutus, kenen toimesta sitä järjestetään, millä mittareilla koulutuksen riittävyyttä seurataan ja kenelle siitä raportoidaan? Nämä kysymykset jäävät auki myös säännöskohtaisissa perusteluissa lukuun ottamatta viittausta mahdolliseen täsmennykseen valtioneuvoston asetuksella. Perus- ja täydennyskoulutuksen kehittämisen tarve on tunnistettu myös ministeri Kiurun koolle kutsuman Pyöreän pöydän asiantuntijaryhmän suosituksissa valtimosairauksien ja diabeteksen ehkäisyyn, hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseksi.

Diabetesbarometri 2019 mukaan terveydenhuollon ammattilaisten diabetesosaaminen herättää huolta tyyppin 1 diabetesta ja vaativahoitoista tyyppin 2 diabetesta sairastavien keskuudessa. Diabetes on niin yleinen sairaus, että diabeteshoidon perusosaamista tarvitsevat kaikki terveydenhuollon ammattilaiset. Diabeteshoitajan ja diabeteslääkärin lisäksi tarvitaan moniammatillinen hoitotiimi diabeetikon tueksi. Varmistamalla diabetesosaamisen saatavuus perusterveydenhuollossa ja keskittämällä tyyppin 1 diabetesta ja vaativan tyyppin 2 diabeteksen hoitoa erityisosaajille diabetesosaamiskeskukseen ja -verkostoihin voidaan parhaiten taata diabetesta sairastaville hoitosuosittelun mukainen, vaikuttava ja parhaan terveyshyödyn tuottava hoito.

Osaamisen varmistaminen liittyy myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Erityisesti kuntien osalta on riski siihen, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutahoksi määritellään sellainen taho, jolla ei ole terveyden edistämisen kokonaisuuden osaamista. Sote-palveluiden siirtyessä maakunnille on vaarana, että kuntiin ei jää riittävästi sote-/terveyden edistämisen osaamista. Vaikka terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on monialaista toimintaa, eikä rajoitu vain sote-palvelujen piirissä työskenteleviin, niin terveyden edistämisen osaaminen on usein sote-alalta. Sote-maakuntia tulisi velvoittaa ylläpitämään ja hankkimaan kattavaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamista. Sama pätee kuntiin. Kuntien tulee varmistaa, että niiden henkilöstössä on riittävästi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamista.

Olisi toivottavaa, että asiakaskohtaisen suunnitelman (hoitosuunnitelma, palvelusuunnitelma) laatimisen sääntelyä selkeytettäisiin. Lakiehdotuksen mukaan (sote-järjestämislaki 10 §) sote-maakunnan velvollisuudesta huolehtia asiakkaan oikeuksista ja etuuksista tiedottamisesta, palvelujen käyttöön liittyvästä neuvonnasta, yksilöllisestä palvelutarpeen arvioinnista ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskohtaisten suunnitelmien laatimisesta sekä näihin liittyvästä ohjauksesta säädetään erikseen. Nykyinen sääntely esimerkiksi terveydenhuoltolain sisällä ei ole käytännössä turvannut asiakaskohtaisten suunnitelmien laatimista.

Eriyisenä huolena sote-palveluissa nostamme esiin sopeutumisvalmennuksen järjestämisen tulevaisuudessa. Sopeutumisvalmennus luetaan lääkinälliseksi kuntoutukseksi, ja se on ollut kuntien järjestämisvastuulla. Diabeteksen sopeutumisvalmennusta on jo nyt merkittävästi aiempaa vähemmän. Kuntoutus on jakaantunut kuntien ja Kelan vastuulle ja Kelan resurssit kuntoutuksen järjestämiseksi ovat pienentyneet. Järjestöjen apu ja osaaminen on korvaamatonta kuntoutuksen kokonaisuudessa.

Käsillä oleva lakiehdotus koskee julkista palvelujärjestelmää ja sen kehittämistä. Tuomme esiin huomionamme, että työterveyshuollon ja yksityisen terveydenhuollon rajapinta jää kokonaisuudessa tarkastelematta. Monitoimijaiset terveydenhuollon rakenteet sisältävät myös työterveyspalvelut ja yksityiset terveyspalvelut. Osa diabetesta sairastavista hoitaa diabetestaan näiden kautta. Ko. palvelujen irrallisuus muusta järjestelmästä tulee tunnistaa riskinä yhteistyölle ja potilaiden terveyshyödyn maksimoinnille.

Lisäksi tuomme esiin, että hallitusohjelmaan kirjattu tavoite pääsystä 7 päivässä perusterveydenhuoltoon pitäisi olla tavoitteena uudistusta tehtäessä.

Kysymyksiä pelastustoimen järjestämislaista

25. Lain 8 §:ssä ehdotetaan säädettävän pelastustoimen järjestämisen valtakunnallisista tavoitteista. Säännöksessä luetellaan asiat, jotka valtakunnallisissa strategisissa tavoitteissa on määriteltävä. Luettelo ei ole tyhjentävä. Ovatko säännöksessä luetellut kohdat tarkoituksenmukaisia?

ei kantaa

26. Mikä pitäisi lisätä/mikä pitäisi poistaa?

-

27. Lain 13 §:ssä ehdotetaan säädettävän sote-maakunnan seuranta- ja arviointivelvollisuudesta. Lisäksi lain 16 §:ssä ehdotetaan säädettävän sote-maakunnan pelastustoimen omavalvonnasta. Onko sote-maakunnille ehdotettu seuranta-, arviointi- ja omavalvontakokonaisuus tarkoituksenmukainen?

ei kantaa

28. Pelastustoimen järjestämislain 5 pykälässä säädetään tehtävien kokoaminen suurempiin kokonaisuuksiin, jos se on välttämätöntä palvelujen saatavuuden, yhdenmukaisuuden tai laadun turvaamiseksi taikka tehtävien vaativuuden tai niistä johtuvien suurten kustannusten perusteella. Ovatko säännöksessä esitetyt koottavat tehtävät perusteltuja?

ei kantaa

29. Mitä kansainvälisessä pelastustoiminnassa hyödynnettäviä erityisresursseja (kalusto, muodostelmat) olisi tarkoituksenmukaista koota jonkun maakunnan/maakuntien hoidettavaksi?

-

30. Mitä kansainvälisen avunannon ja vastaanottamisen edellyttämiä toimintoja (hälyttäminen, varustaminen jne.) olisi tarkoituksenmukaista koota johonkin maakuntaan/maakuntiin ja jos kyllä, mihin maakuntaan/maakuntiin?

-

31. Pelastustoimen järjestämislain pykäläkohtaiset muutosehdotukset. OHJE: Erittele vastaukseen, mihin pykälään muutosehdotus liittyy lisäämällä pykälän numero ennen muutosehdotusta. Tee näin jokaisen pykälän kohdalla, jota kommentoit.

-

32. Muut vapaamuotoiset huomiot pelastustoimen järjestämislaista.

-

Kysymyksiä voimaanpanolaista

33. Sote-maakuntien aluejaon pohjana on kuntaperusteinen maakuntajako, josta säädetään voimaanpanolain 5 §:ssä. Onko ehdotettu aluejako tarkoituksenmukainen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen näkökulmasta?

ei kantaa

34. Sote-maakuntarakennelain 3 §:n mukaan maakuntajako toimii nykyiseen tapaan myös muiden valtion aluejakojen perustana. Lisäksi maakuntajako toimii maakuntien liittojen toimialuejaon pohjana. Onko ehdotettu 5 §:n mukainen aluejako tarkoituksenmukainen muun aluehallinnon näkökulmasta?

ei kantaa

35. Lakiehdotuksessa Etelä-Savon ja Pohjois-Savon maakuntia ehdotetaan muutettavaksi siten, että Enonkoski, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava siirtyisivät Etelä-Savosta Pohjois-Savoon. Muutos vaikuttaa sekä sote-maakuntaan että valtion aluejakojen pohjana olevaan maakuntajakoon. Mihin maakuntaan näiden kuntien tulisi kuulua ja mitä vaikutuksia vaihtoehtoilla olisi lausunnonantajan toimintaa:

-

36. Lakiehdotuksessa Uudenmaan maakunnan alueella sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaisi neljä sote-maakuntaa (Itä-Uusimaan sote-maakunta, Keski-Uusimaan sote-maakunta, Länsi-Uusimaan sote-maakunta, Vantaa-Keravan sote-maakunta) sekä Helsingin kaupunki, joka ei kuuluisi

mihinkään sote-maakuntaan. Muiden aluejakojen osalta Uudenmaan nykyinen maakunta olisi yksi kokonaisuus. Onko ehdotettu sääntely aluejakojen näkökulmasta tarkoituksenmukainen?

ei kantaa

37. Turvaako väliaikaisten toimielinten kokoonpano ja laissa säädetyt tehtävät uudistuksen toimeenpanon (7 - 8 §)?

ei kantaa

38. Voimaanpanolain 4 luvun mukaan sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien kuntayhtymät, sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtäviin liittyvä kuntien ja eräiden kuntayhtymien irtain omaisuus, lomapalkkavelka ja sopimukset siirtyvät sote-maakunnille. Kuntien toimitilat ja kiinteistöt jäävät kuntien omistukseen. Onko omaisuusjärjestelyä koskeva ratkaisu hyväksyttävä?

ei kantaa

39. Voimaanpanolain 4 luvussa säädetään kuntien oikeudesta saada valtiolta korvaus uudistukseen liittyvien omaisuusjärjestelyjen aiheuttamista välittömistä kustannuksista sekä korvausmenettelystä. Korvaus kohdistuisi ensisijaisesti kunnille ja kuntayhtymille jääviin omaisuuseriin, esimerkiksi siirtymäajan jälkeen käytöstä poistuvien toimitilojen kustannuksiin. Onko kompensatiosääntely hyväksyttävä?

ei kantaa

40. Voimaanpanolain 17 §:n mukaan kunnallisia sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palveluja tuottavissa organisaatioissa työskentelevä henkilöstö siirtyisi maakuntien palvelukseen liikkeenluovutuksen periaatteiden mukaisesti. Lisäksi henkilöstö, joka muualla kunnan hallinnossa tai tukipalveluissa tekee pääasiallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä, siirtyisi maakuntien palvelukseen. Onko henkilöstön siirtymisestä esitetty säädettäväksi henkilöstön aseman näkökulmasta tarkoituksenmukaisesti?

ei kantaa

41. Onko 28 §:n mukainen ulkoistamissopimusten mitättömyyttä koskeva sääntely perusteltu ja turvaako se osapuolten aseman riittävästi?

ei kantaa

42. Turvaako Kärkullan toiminnan jakamista koskevat ehdotukset sen toiminnan jatkuvuuden sote-maakuntien toimintana?

-

43. Uudistus tulisi ehdotuksen mukaan voimaan vuoden 2023 alusta. Onko uudistus toteutettavissa uudistuksessa ehdotetussa aikataulussa?

ei kantaa

44. Voimaanpanolain pykäläkohtaiset muutosehdotukset. OHJE: Erittele vastaukseen, mihin pykälään muutosehdotus liittyy lisäämällä pykälän numero ennen muutosehdotusta. Tee näin jokaisen pykälän kohdalla, jota kommentoit.

-

45. Muut vapaamuotoiset huomiot voimaapanolaista.

-

Kysymyksiä maakuntien rahoituslaista

46. Valtio rahoittaa pääosin perustettavien sote-maakuntien toiminnan, eli vastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden ja pelastustoimen rahoittamisesta osoitetaan valtiolle. Onko ratkaisu uudistuksen tavoitteiden näkökulmasta tarkoituksenmukainen?

ei kantaa

47. Valtion rahoituksen taso kullekin varainhoitovuodelle perustuu lähtökohtaisesti sote-maakuntien edellisen vuoden laskennallisiin kustannuksiin. Valtion rahoituksen tasoa korotetaan vuosittain arvioidun palvelutarpeen muutoksen (7§), kustannustason (hintojen) (8 §), tehtävämuutosten (9 §) sekä toteutuneiden kustannusten perusteella (10 §). Palvelutarpeen muutoksen osalta esitykseen sisältyy valtion rahoituksen kasvua osittain hillitsevä tekijä siten, että arvioidusta tarpeen muutoksesta huomioidaan 80 %:n osuus kolmannesta vuodesta lähtien (36 §). Lisäksi sote-maakunnalla on oikeus lisärahoitukseen, edellyttäen, että lain 11 §:ssä tarkoitettut edellytykset täyttyvät. Onko sote-maakunnilla riittävät taloudelliset edellytykset suoriutua lakisäätelisistä tehtävistä?

ei kantaa [Terveydenhuollon asiakasmaksujen kerääminen on sote-maakuntien ainoa tapa itsenäisesti vahvistaa rahoituspohjaansa. Tuomme esiin huolestamme siitä, että esitetty rahoitusmalli voi kannustaa sote-maakuntia nostamaan sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasmaksut lakisäätelisiin maksimitasoihin ja luoda niihin korotuspainetta. Suomessa kotitaloudet rahoittavat noin viidenneksen terveydenhuollon kokonaisuudesta suorilla asiakasmaksuilla ja omavastuilla, mikä on Pohjoismaiden korkein osuus. Tiedetään, että terveydenhuollon asiakasmaksut ja omavastuut kasautuvat ikääntyneille ja/tai pienituloisille. Tutkitusti eri terveysmenolajeista selkeästi suurimmat köyhdyttävät vaikutukset on julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuilla. Pienituloisiin kotitalouksiin kohdistuvaa terveysmenorasitetta voidaan keventää tehokkaimmin alentamalla julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuja. Tämä lisää yhdenvertaisuutta palvelujen saatavuudessa ja kaventaa sosioekonomisia terveyseroja.]

48. Ovatko sote-maakuntien valtion rahoituksen *sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien* rahoituksen määräytymistekijät (luku 3) ja niiden painokertoimet perusteltuja?

ei kantaa [Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kerroin on kannatettava. Säännöskohtaisten perustelujen mukaan sote-maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kerroin otettaisiin käyttöön vasta vuodesta 2026. Sote-maakunnan kahden ensimmäisen toimintavuoden aikana kertynyttä tietoa käytetään laskentaan, joka tehdään sote-maakuntien kolmantena toimintavuonna. Vuodesta 2026 sote-maakuntien valtion rahoituksesta noin 0,977 prosenttia perustuisi hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Miten hyten suhteen toimitaan väliaika vuoteen 2026, kuinka hyteä resursoidaan?]

49. Ovatko sote-maakuntien valtion rahoituksen *pelastustoimen tehtävien* rahoituksen määräytymistekijät (luku 4) ja niiden painokertoimet perusteltuja?

ei kantaa

a) Onko maakuntien rahoitukselle vuosille 2023–2029 esitetty siirtymäaika riittävä?

ei kantaa

b) Onko toistaiseksi pysyvä enimmäismuutostasaus kannatettava?

ei kantaa

51. Valtion rahoitus maksetaan sote-maakunnalle kuukausittain viimeistään kuukauden ensimmäisenä päivänä. Varainhoitovuoden tammikuussa ja kesäkuussa maksetaan molempina 2/12 koko vuoden rahoituksesta ja muina kuukausina jäljelle jäävä rahoitus yhtä suurina erinä (25 §). Sen lisäksi vuoden 2023 rahoituksen tammikuun maksuerästä puolet maksetaan sote-maakunnalle vuoden 2022 joulukuun 1 päivänä (37 §). Onko rahoituksen maksatuksen aikataulu maksuvalmiuden ja kassan hallinnan kannalta tarkoituksenmukainen?

ei kantaa

52. Maakuntien rahoituslain pykäläkohtaiset muutosehdotukset. OHJE: Erittele vastaukseen, mihin pykälään muutosehdotus liittyy lisäämällä pykälän numero ennen muutosehdotusta. Tee näin jokaisen pykälän kohdalla, jota kommentoit.

-

53. Muut vapaamuotoiset huomiot maakuntien rahoituslaista.

On tärkeää, että diabetes on mukana 14 § Terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelutarvekertoimessa. Diabeteksen hyvä hoito ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ovat yksiä keskeisimmistä kansanterveyden avaintekijöistä. Diabeteksen kustannukset ovat n. 15 % terveydenhuollon menoista. Valtaosa kustannuksista voidaan estää, kun perushoito toimii hyvin ja välttytään kalliilta lisäsairauksilta. Mikäli puolet lisäsairauksista jäisi ilmaantumatta, saavutettaisiin yli puolen miljardin euron vuosittaiset säästöt sairaanhoitokustannuksissa.

Diabeteksen aiheuttamat tuottavuuskustannukset eli sairauspoissaolot, ennenaikaiset eläköitymiset ja kuolemat moninkertaistavat kustannukset ja ovat selvästi diabeteksen aiheuttamia sairaanhoidon kustannuksia suuremmat.

Valtioneuvoston asetus sote-maakuntien rahoituksesta: on hyvä, että hyvinvoinnin ja terveyden indikaattoreissa (6§) on mukana elintapaneuvonnan toteutuminen tyypin 2 diabetesriskissä oleville Käypä hoito -suosituksen mukaisesti. Arvioidaan, että 40–80-vuotiaista suomalaisista 700 000 on kohonneessa riskissä sairastua tyypin 2 diabetekseen. Tämän ryhmän odotetut elinaikaiset tyypin 2 diabetekseen liittyvät yhteiskunnalliset kokonaiskustannukset ovat nykyarvossa lähes 9 miljardia euroa. Varovaisetkin arviot sairastumisten vähenemiseen johtavien elintapainterventioiden avulla saavutettavista säästöistä liikkuvat 1-2,1 miljardin euron tasolla. Elintapaohjaus ja sen onnistumisen seuranta on tällä hetkellä riittämätöntä. Sote-keskusten tulee tarjota matalan kynnyksen tukea ja seurantaa erityisesti korkeassa sairastumisriskissä oleville.

Kuntien rahoitusta koskeva lainsäädäntö

54. Ovatko valtionosuusjärjestelmään esitetyt, sote-uudistuksesta aiheutuvien merkittävien kuntakohtaisten muutosten lieventämiseksi esitetyt tasausjärjestelyt hyväksyttäviä ja riittäviä (laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta 29 ja 30 §)?

ei kantaa

55. Ovatko valtionosuuskriteerit sekä niiden painotukset yleisesti ottaen perusteltuja (laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta, luku 2 sekä luonnos valtioneuvoston asetukseksi kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta)?

ei kantaa

56. Kuntien rahoitusta koskevan lainsäädännön pykäläkohtaiset muutosehdotukset. OHJE: Erittele vastaukseen, mihin pykälään muutosehdotus liittyy lisäämällä pykälän numero ennen muutosehdotusta. Tee näin jokaisen pykälän kohdalla, jota kommentoit.

-

57. Muut vapaamuotoiset huomiot kuntien rahoitusta koskevasta lainsäädännöstä.

-

Verolainsäädäntö

58. Pidättekö maakuntien rahoituksen keräämiseksi esitetyt verojärjestelmän muutoksia hyväksyttävänä?

ei kantaa

59. Verolainsäädännön pykäläkohtaiset muutosehdotukset. OHJE: Erittele vastaukseen, mihin pykälään muutosehdotus liittyy lisäämällä pykälän numero ennen muutosehdotusta. Tee näin jokaisen pykälän kohdalla, jota kommentoit.

-

60. Vapaamuotoiset huomiot verolainsäädännöstä.

-

Maakuntien ja kuntien henkilöstöä koskeva lainsäädäntö

61. Kunnallista henkilöstöä koskevan lainsäädännön soveltamisalaa ehdotetaan muutettavaksi koskemaan myös maakuntien henkilöstöä. Maakuntien työnantajaedunvalvontaa hoitaisi uudella lailla säädettävä Kunta- ja maakuntatyönantajat KT. Onko henkilöstön asemasta ja työnantajaedunvalvonnasta esitetty säädettäväksi tarkoituksenmukaisesti?

ei kantaa

62. Onko eläkkeiden rahoittamisesta esitetty säädettäväksi tarkoituksenmukaisesti?

ei kantaa

63. Vapaamuotoiset huomiot henkilöstön asemasta ja/tai työnantajaedunvalvonnasta sekä eläkkeistä.

-

Uusimaa-laki

64. Turvaako Uudenmaan erillislaki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen alueella yhdenvertaisesti muuhun maahan verrattuna?

ei kantaa

65. Turvaavatko HUSin lakisääteisiä tehtäviä koskevat säännökset erikoissairaanhoidon järjestämisen sekä yliopistollisen sairaalan tutkimus-, kehittämis- ja opetustehtävät (5 §)?

ei kantaa

66. Onko terveydenhuollon järjestämismääräysten jakautumisesta Uudellamaalla esitetty säädettäväksi tarkoituksenmukaisesti (Uudenmaan sote-maakuntien ja Helsingin kaupungin ensisijainen järjestämismääräys, HUSin lakisääteiset tehtävät ja HUS-järjestämismääräys; 4, 5 ja 10 §)?

ei kantaa

67. Ovatko Helsingin kaupungin talouden eriyttämistä koskevat säännökset tarkoituksenmukaisia ja riittäviä turvaamaan toiminnan vertailtavuuden muuhun maahan nähden (5 luku)?

ei kantaa

68. Uusimaa-lain pykäläkohtaiset muutosehdotukset. OHJE: Erittele vastaukseen, mihin pykälään muutosehdotus liittyy lisäämällä pykälän numero ennen muutosehdotusta. Tee näin jokaisen pykälän kohdalla, jota kommentoit.

-

69. Vapaamuotoiset huomiot Uudenmaan erillislaista?

-

Yleishallintoa koskevat lait

70. Yleishallintoa koskevien lakien pykäläkohtaiset muutosehdotukset. OHJE: Erittele vastaukseen, mihin pykälään muutosehdotus liittyy lisäämällä pykälän numero ennen muutosehdotusta. Tee näin jokaisen pykälän kohdalla, jota kommentoit.

-

71. Vapaamuotoiset huomiot yleishallintoa koskevasta lainsäädännöstä.

-

Kysymyksiä sote-maakuntarakennelaista

72. Sote-maakuntarakennelaissa säädetään maakuntajaosta, joka toimii myös sote-maakuntien alueiden pohjana. Lisäksi laissa säädetään sote-maakuntien muuttamisesta, joka johtaa myös vastaavalla alueella maakuntajaon muutokseen. Onko esitetty sote-maakuntien ja niiden pohjana olevan maakuntajaon suhde

sekä jaon muutosprosessi kriteereineen selkeä ja tarkoituksenmukainen ottaen huomioon maakuntajaon merkityksen muille aluejaoille?

ei kantaa

73. Pidättekö esitettyjä edellytyksiä sote-maakuntien muuttamiseksi tarkoituksenmukaisena sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen näkökulmasta? (erityisesti sote-maakuntarakennelain 2, 5 ja 10 §:t)

ei kantaa

74. Sote-maakuntarakennelain pykäläkohtaiset muutosehdotukset. OHJE: Erittele vastaukseen, mihin pykälään muutosehdotus liittyy lisäämällä pykälän numero ennen muutosehdotusta. Tee näin jokaisen pykälän kohdalla, jota kommentoit.

-

75. Muut vapaamuotoiset huomiot sote-maakuntarakennelaista.

-

Maakuntien ohjaus

76. Valtion ohjausta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon että pelastustoimen järjestämisessä vahvistettaisiin. Onko tämä uudistuksen tavoitteiden näkökulmasta perusteltua?

kyllä pääosin [Palvelujen yhdenvertainen saatavuus, laadukkaat ja hoitosuositusten mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä kustannustehokkuus edellyttävät riittävää valtion ohjausta. Sote-uudistuksen tavoitteiden toteutumista tulee seurata kansallisella tasolla soveltuvin mittarein. Sote-uudistuksen keskeisenä tavoitteena on vastata paremmin kansalaisten palveluntarpeeseen. Tämä edellyttää tiedolla johtamista ja osana sitä myös alueellisten erityispiirteiden huomiointia. Esimerkiksi diabeteksen esiintyvyys vaihtelee sairaanhoitopiireittäin. Hoidon laadun, vaikuttavuuden, kustannustehokkuuden ja potilaiden yhdenvertaisuuden edistämiseksi tarvitaan valtion ohjauksen lisäksi ennen kaikkea tiedolla johtamista. Terveystieteiden laaturekisterit ovat keskeinen työväline hoidossa onnistumisen seuraamiseksi kansallisesti. Laaturekisterit ovat edellytys vaikuttavien ja kustannustehokkaiden hoitoketjujen sekä valtakunnallisesti yhdenvertaisten ja laadukkaiden palveluiden kehittämiseksi ja toiminnan arvioinnille. Päämäärä on parantaa potilaiden saaman hoidon laatua, hoidon vaikuttavuutta ja potilasturvallisuutta. Toiminnassa onnistumista on pystyttävä myös arvioimaan, jotta tunnustetaan kustannustehokkaat ja vaikuttavat toimintatavat sekä varmistetaan resurssien riittävyys. Esimerkiksi diabetesrekisterin kehitykselle on luotu hyvä pohja THL:n laaturekisterihankkeen ja alueiden vertaiskehittämisen avulla ja nyt tarvitaan selkeitä päätöksiä tulevaisuuden laatutyön varmistamiseksi.]

77. Ministeriöt ja maakunta kävisivät vuotuiset neuvottelut, joissa tarkasteltaisiin maakunnan toimintaa ja taloutta toteumatietojen ja ennusteiden näkökulmasta. Lisäksi erilliset ohjausneuvottelut käytäisiin vuosittain yhteistyöaluekohtaisesti. Onko neuvottelujen tavoite ja käsiteltävä asiakokonaisuus tarkoituksenmukainen?

ei kantaa [Palvelujen saannin yhdenvertaisuus ja terveyserojen kaventaminen ovat koko uudistuksen keskeisimmät tavoitteet. Niiden tulisi näkyä selkeästi koko esityksen sisällössä tavoitteenasettelusta

seurantaan ja arviointiin. Sote-maakuntien ja STM:n välisissä neuvotteluissa on välttämätöntä käsitellä myös terveys- ja hyvinvointierojen kaventamista sekä sosioekonomista yhdenvertaisuutta sote-maakunnan alueella. Mikäli niiden toteutumista ei käsitellä neuvotteluissa ja anneta niihin liittyviä ohjeistuksia, sote-maakunnilla ei välttämättä ole riittävästi kannustimia pyrkiä tavoitteiden saavuttamiseen. Nämä teemat tulee lisätä omaksi kohdaksi kolmannen momentin käsiteltävien asiakokonaisuuksien luetteloon. On kannatettavaa, että maakunnan ja ministeriön neuvotteluissa (sote-järjestämislain 23 §) käsitellään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asioita. Osana sosiaali- ja terveysministeriön sekä sote-maakunnan vuotuisia neuvotteluja tulee seurata myös järjestöjen toimintaa ja toimintaedellytyksiä maakunnassa. Järjestöjen hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen tulee nostaa näkyviin ko. asiakokonaisuuden kohdassa 3, jolloin se kuuluisi seuraavasti: ”hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja tätä koskeva yhteistyö kuntien, järjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa.”]

78. Maakuntien ja valtioneuvoston välille suunnitellaan ministeriöiden ja järjestämävastuussa olevien tahojen vuorovaikutukseen perustuvaa aktiivista ohjausta, joka perustuisi avoimeen näkemysten ja tietojen vaihtoon sekä järjestäjien toiminnan ja talouden jatkuvaluonteiseen arviointiin. Onko ohjausmalli uudistuksen tavoitteiden näkökulmasta perusteltu?

ei kantaa [Nelivuotistoimikausiksi asetettavassa sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnassa olisi sote-maakuntien sekä sosiaali- ja terveysministeriön ja muiden sote-maakuntien tehtävien ohjaamisesta vastaavien ministeriöiden edustus. Lakiehdotuksessa esitetään, että neuvottelukunnan tehtävistä, kokoonpanosta ja jaostoista voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Pykälän perusteluissa esitetään, että neuvottelukunta kuulisi myös sosiaali- ja terveydenhuoltoalan järjestöjä ja muita asiakasjärjestöjä, yksityisiä palveluntuottajia sekä tarvittaessa muita tahoja, mutta tästä ei säädetä lain tasolla. Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnassa on välttämätöntä olla myös sosiaali- ja terveysalan järjestöjen edustus sekä neuvottelukunnan että jaostojen tasolla. Sote-järjestöt ovat olennainen osa sote-palveluketjuja ja tarjoavat asiantuntemusta sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiakaslähtöiseksi kehittämiseksi. Järjestämislain 22§:n tulee lisätä sosiaali- ja terveysalan järjestöjen edustus neuvottelukunnan kokoonpanoon.]

Uudistuksen vaikutukset

79. Vaikutusten arvioinnissa on kuvattu ehdotuksen keskeiset vaikutukset. Miltä osin vaikutusten arviointia olisi korjattava, tarkennettava tai täydennettävä?

Ihmisvaikutusten arvioinnissa ei huomioida pitkäaikaissairaita, vaikka he ovat keskeinen sote-palvelujen käyttäjäryhmä. Arviointi on riittämätön myös sosioekonomisten terveyserojen näkökulmasta. Vaikutusarvioinnista puuttuu myös sen arviointi, voivatko joidenkin väestöryhmien palvelut esityksen myötä heikentyä. Vaikutukset yhdenvertaisuuteen on arvioitu riittämättömästi eikä niissä huomioida esimerkiksi erilaisia vähemmistöryhmiä. Vaikutusten arvioinnissa ei mainita vaikutuksia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työlle (vaikutuksia hyte-toiminnalle), vaikka lakiehdotuksen vaikutukset sille olisivat merkittävät.

4.2.1.3. Kustannusten kasvun hillintä

Kustannusten kasvun hillitsemisen toiminnallisissa mekanismeissa ei tunnisteta lainkaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (hyte) vaikutusta sote-palvelujen kustannuksiin. Kustannuksia

hillitään erityisesti vaikuttamalla sote-palvelujen kysyntään, mikä tapahtuu terveyttä ja hyvinvointia edistävällä työllä kuntien ja maakuntien yhteistyönä. Vaikutusarvioinnissa mainitut toiminnalliset mekanismit tunnistavat ennaltaehkäisyn keinona välttää sekundäärisiä sairauksia, terveysongelmien pahenemista sekä palvelutarpeen lisääntymistä ja raskaampien palvelujen käyttöön siirtymistä, mutta nämä toimet koskevat jo sote-palvelujen piirissä olevia. Kustannusten kasvun hillitsemisen tavoite ei näin ollen riittävällä tavalla huomioi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen merkitystä.

4.2.4.9. Vaikutukset järjestöihin

Järjestöjen asema uudistuksen toteutuessa jää selvittämättä. Vaikutusten arvioinnissa tunnistetaan, että "[m]otivaatio ja mahdollisuudet tukea kuntien toiminta-avustuksilla paikallisia yhdistyksiä ja järjestöjä saattaisi uudistuksen voimaantultua heiketä, kun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismäärä olisi siirtynyt sote-maakunnille." Sen sijaan ei tarjota riittävästi keinoja tämän estämiseen, lukuun ottamatta järjestöjen toiminnan sitomista osaksi sote-maakunnan hyvinvointikertomusta ja -suunnitelmaa sekä järjestöjen toiminnan käsittelyä osana vuotuisia sote-maakunnan neuvotteluja sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Järjestöjen mukana olo näissä neuvotteluissa tulee varmistaa esimerkiksi sote-maakunnan järjestöneuvottelukunnan tms. kautta. Järjestöt tulee nähdä systemaattisena ja korvaamattomana osana hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjua.

Vaikutusarviointi ei myöskään huomioi riittävästi järjestökentän heterogeenisyyttä. Uudistuksen jälkeen sote-maakunta vastaisi sosiaali- ja terveyspalvelujen hankinnasta järjestöiltä. Vaarana on etenkin pienten, paikallisten ja hyvin kuntasidonnaisten toimijoiden sekä pienten kohderyhmien järjestölähtöisten palvelujen putoaminen pois sote-palveluketjuista. Vaikutusten arvioinnissa viitataan sote-järjestöjen palvelutuotantoon, myös vertaistukeen, seuraavasti: "Sote-maakunnan strategiassa ja palveluiden suunnittelussa otettaisiin huomioon myös järjestöjen yleishyödyllinen vapaaehtoistoiminta ja vertaistuki. Järjestöjen tarjoama tuki ja palvelut voisivat olla osa palveluketjua tai -kokonaisuutta esimerkiksi varautumiseen ja valmiuteen liittyvissä asioissa, lapsiperheiden palveluissa, pitkäaikaissairauksien hoidossa, mielenterveys- ja päihdepalveluissa ja ikääntyvien palveluissa sote-maakunnan määrittelemällä tavalla. Se selkiyttäisi järjestöjen asemaa koko sote-maakunnan alueella." On hyvä, että järjestölähtöinen toiminta tunnustetaan laajasti, mutta nämä kirjaukset eivät riitä varmistamaan järjestölähtöisen toiminnan huomiointia osana kansalaisen palvelukokonaisuutta. Asiakslähtöinen ajattelu ei toteudu, mikäli järjestöjen välille syntyy epäjohdonmukaista jaottelua kuntatason ja maakuntatason toimijoihin ja epäselvyyttä niiden toiminnan sijoittumisesta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja korjaavien toimintojen alle. Tämä koskee etenkin ennaltaehkäisevän järjestölähtöisen työn asemaa: onko se hyteä vai sotea, kunta- vai sote-maakuntatason toimintaa ja kuinka varmistetaan toimintaedellytykset molempiin?

4.2.4.3.3.3 Vaikutukset palvelujen laatuun ja vaikuttavuuteen

Vaikutusarvioinnissa ei tunnusteta terveydenhuollon kansallisten laaturekistereiden merkitystä riittävän selkeästi. Ensisijaisena keinona laadun varmistamiselle esitetään ministeriön ja sote-maakuntien vuotuiset neuvottelut, KUVA-mittariston käyttö ja THL:n vaikuttavuusarviot vuosittain. Terveydenhuollon laaturekisterit mainitaan mahdollisena lisätiedon lähteenä, mutta ne ovat tosiasiallisesti ainoa keino saada luotettavaa tietoa hoitokäytäntöjen kehittämiseksi. KUVA-mittarit

ja neuvottelut kertovat yleistä tietoa palvelutasosta ja onnistumisesta, mutta sairauskohtainen laatu-tieto auttaa kehittämään nimenomaan hoitokäytäntöjä ja parantamaan vertailutietoon perustuvan kehittämisen kautta potilaalle koituvaa terveyshyötyä. Mikään muu mittaristo kuin sairauskohtainen laaturekisteri ei tätä kerro. Siksi tulee voimakkaasti panostaa laaturekisterien kehittämiseen ja resursointiin pysyväksi osaksi terveydenhuollon tietopohjaa. Diabetesrekisterin tulisi olla ensimmäisten valtakunnallisten rekisterien joukossa, koska rekisterienpito tulisi aloittaa kansanterveydellisesti merkittävimmistä potilas- ja sairausryhmistä ja diabetesrekisterin pohjaksi on tehty vakuuttavaa valmistelua osana THL:n laaturekisteripilottihanketta. Laaturekisteri auttaa parantamaan diabeetikoiden valtakunnallista yhdenvertaisuutta, diabeteksen hoitotuloksia ja ohjaa resursseja parhaaseen terveyshyötyyn auttaen näin diabeteksen kustannusten hallinnassa.

4.2.2.2. Oppilas- ja opiskeluhuollon siirtyminen maakuntaan

Uudistuksessa on tunnistettu riski sote-maakunnan etääntymisestä kuntien opetustoimesta ja oppilaitoksista (s. 81). Todetaan, että ”Kuntien opetustoimen ja sote-maakunnan opiskeluhuollon olisi tästä syystä kiinnitettävä erityistä huomiota sen varmistamiseen, että yhteistyörakenteet toimivat ja tietojenvaihto on riittävällä tasolla. Näillä keinoilla varmistettaisiin, että oppilaat ja opiskelijat saisivat tarvitsemansa tuen.” Tämä on erittäin tärkeä huomio ja ansaitsee erityistä seurantaa. Esimerkiksi diabetesta sairastavan koululaisen omahoidon tuki koulupäivän aikana on esimerkki oppilashuollon palvelusta, jossa tarvitaan kiinteästi yhteistyötä kunnan (opetustoimi, resurssien arviointi ja osoittaminen) ja sote-maakunnan (kouluterveydenhuolto oppilashuollon palveluna, diabetespoliklinikka, tarpeen arviointi) välillä. Jatkossakin on turvattava koko maakunnan alueen kaikkien kuntien jokaisessa koulussa riittävät omahoidon tuen palvelut, ja ne järjestyvät vain orgaanisella opetus- ja terveystoimen eli kunnan ja sote-maakunnan yhteistyöllä.

4.2.4.2 Vaikutukset asukkaiden vaikutusmahdollisuuksiin, demokratian toteutumiseen ja poliittiseen järjestelmään

Vaikutusarvioinnissa tunnistetaan, että uudistuksella on merkittäviä vaikutuksia demokratiaan kokonaisuudessaan. Vaikutusten kuitenkin todetaan riippuvan merkittävästi siitä, ”millaiseksi sote-maakuntien toiminta ja muun muassa toimielin- ja päätöksentekorakenteet muodostuvat ja missä määrin sote-maakunnissa otetaan käyttöön lain mahdollistamia osallistumis- ja vaikuttamistapoja ja miten niitä eri sote-maakunnissa sovelletaan”. Uuden hallinnontason perustamisen vaikutusten demokratiaan todetaan kytkeytyvän siihen, ”missä määrin sote-maakunnan asukkaat kiinnostuvat vaikuttamisesta ja haluavat osallistua sote-maakunnan toimintaan.” Demokratiaan kohdistuvien vaikutusten arviota ei voida jättää sattumanvaraisen kansalaisten kiinnostuksen varaan.

Kansalaisten kiinnostukseen päätöksentekoa kohtaan voidaan merkittävästi vaikuttaa järjestelmällisellä työllä päätöksenteon avoimuuden parantamiseksi, järjestöjen ja kansalaisten osallisuuden varmistamiseksi sekä näitä tukevien keinojen ja mittarien kehittämiseksi ja vahvistamiseksi. Tiedetään, että esim. poliittinen osallistuminen on heikompa matalamman koulutustason ja heikomman tulotason väestöryhmissä. Nämä ovat jo nyt tunnistettuja mekanismeja edustuksellisessa demokratiassa ja niiden purkamiseksi tulee tehdä aktiivisesti työtä. Sote-maakuntatason päättäjävaa li on monelta osin kansalaista ja hänen arkeaan lähellä, päätösten ala on konkreettinen ja arjen tasolla. Potentiaali osallistumiselle on suuri, mutta ei realisoitu ilman

aktiivista työtä. Tämä on osaltaan vaikuttamassa sote-maakuntauudistuksen legitimizeettiin kansalaisten parissa. Toivomme demokratian vahvistamiseen kiinnitettävän aktiivisesti huomiota uudistuksen toimeenpanovaiheessa.

80. Onko uudistuksen muutoskustannukset tunnistettu ja arvioitu asianmukaisesti?

ei kantaa

81. Uudistuksesta aiheutuvia ICT:n ja tiedonhallinnan muutoskustannuksia on arvioitu hallituksen esityksen vaikutusarvioinneissa edellisen vaalikauden maakunta- ja sote-valmistelussa tunnistettujen kustannusarvioiden perusteella. Millaisia tarkennuksia ja täydennyksiä nyt esitettyihin arvioihin tulisi tehdä?

-

82. Näkemyksenne muista mahdollisista ICT- ja digiasioihin liittyvistä vaikutuksista ehdotetussa palvelurakenteessa?

-

a) vuosina 2021-2022?

-

b) vuosina 2023-2024?

-

c) vuodesta 2025 alkaen?

-

a) vuosina 2021-2022?

-

b) vuosina 2023-2024?

-

c) vuodesta 2025 alkaen?

-

85. a) Tulisiko arvionne mukaan sote-maakunnille siirtyviä hankintasopimuksia mitätöitymään järjestämisvastuuta ja ostopalveluja koskevan sääntelyn nojalla?

-

b) jos kyllä, mikä olisi mitätöityvien sopimusten euromääräinen arvo?

-

c) liittyisikö arvionne mukaan mitätöityviin sopimuksiin yksityisille palveluntuottajille hyödyttömiksi jääviä investointeja, mitä nämä välittömät hyödyttömäksi jäävät investoinnit olisivat ja kuinka suurista menetyksistä olisi kyse?

-

Uudistuksen toimeenpanon tuki

86. Mihin aiheisiin liittyvää valtakunnallista tukea katsotte tarvitsevanne sote- ja maakuntauudistuksen alueelliseen toteutukseen?

-

muuta, mitä?

-

Muut kysymykset

87. Mahdolliset ehdotukset käsitteen ”sote-maakunta” korvaamiseksi jollain muulla käsitteellä.

-

88. Ehdotus sote-maakuntanne nimeksi.

-

89. Muut vapaamuotoiset huomiot hallituksen esitysluonnoksesta.

Suomen Diabetesliitto ry:n lausunto luonnoksesta valtioneuvoston sote-uudistusta koskevaksi hallituksen esitykseksi

TIIVISTELMÄ lausunnon keskeisistä kohdista

- Lakiehdotus antaa nykyistä paremmat edellytykset yhdenvertaisen, vaikuttavan ja kustannustehokkaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle. Se jättää paljon terveydenhuollossa nykyisin tunnistettuja ongelmia silti ratkaisematta, ja niiden kannalta keskeistä on panostaminen hyvinvointia ja terveyttä edistävään monialaiseen työhön (hyte), toimintakulttuurin muutos entistä asiakaslähtöisemmäksi (ml. digi- ja etäpalveluiden käyttö), tiedolla johtaminen (terveydenhuollon laaturekisterien käyttöönotto), hoitotakuun edistyminen ja asiakasmaksujärjestelmän pitkäjänteinen kehittäminen palvelujen yhdenvertaista saatavuutta turvaavalla tavalla. Lisäksi palvelurakenteita tulee kehittää kokonaisuutena potilaan terveyshyödyn maksimoimiseksi, huomioiden myös työterveyshuollon ja yksityiset terveystalot.
- Lakiehdotus ei tuo toivottua muutosta nykytilanteeseen, jonka keskeisenä ongelmana on tunnistettu ennaltaehkäisyn ja hoidon tehostamista tukevien elementtien puute.
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita on lakiluonnoksessa vahvistettava. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on ehdotuksessa jäämässä pääosin kuntien vastuulle ja irralliseksi sote-palvelujen kokonaisuudesta. Merkittävä osa hyte-työstä tapahtuu sote-palveluiden sisällä, rinnalla tai niiden yhdyspinnassa. Nämä toiminnot liittyvät läheisesti sote-maakunnan vastuulla oleviin sote-palveluihin, joten sote-maakunnan roolia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä tulee vahvistaa.

- Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen asema muodostuu esityksessä irralliseksi ja toimintaedellytyksiltään hyvin epävarmaksi niin hyten kuin sotenkin osalta. Sosiaali- ja terveysalan järjestöillä on merkittävä rooli sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi että palvelujärjestelmän täydentäjinä. Järjestöt ja järjestölähtöinen toiminta tulee nähdä kiinteänä osana hyvinvointia ja terveyttä edistävän sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuutta.
- Esitys ei luo järjestöille edellytyksiä toimia sote-maakunnan asukkaiden osallisuuden ja vaikuttamisen kanavana. Selkeä puute on, että järjestöyhteistyölle ei esitetä minkäänlaista virallista foorumia, kuten järjestöneuvottelukunta, kunnan tai sote-maakunnan rakenteisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista ohjausta tulee vahvistaa järjestöjen edustuksella Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnassa.
- Hoidon laadun, vaikuttavuuden, kustannustehokkuuden ja potilaiden yhdenvertaisuuden edistämiseksi tarvitaan ennen kaikkea tiedolla johtamista. Merkittäviä parannuksia terveyspalvelujen laatuun saadaan aikaan vain ottamalla käyttöön terveydenhuollon kansalliset laaturekisterit, joista diabetesrekisterin tulee olla ensimmäisten joukossa. Osana sote-uudistusta tulee voimakkaasti panostaa laaturekisterien kehittämiseen ja resursointiin pysyväksi osaksi terveydenhuollon tietopohjaa. Diabeteksen hoidon laaturekisteri auttaa parantamaan diabeetikoiden valtakunnallista yhdenvertaisuutta, diabeteksen hoitotuloksia ja ohjaa resursseja parhaaseen terveyshyötyyn auttaen näin diabeteksen kustannusten hallinnassa.
- Sote-keskusten toiminnan verkostomaisuudelle ja monialaisuudelle luodaan hyvä pohja yhden järjestäjän ja vahvan integraation mallilla. Diabetesliitto esittää tyypin 1 diabeteksen ja vaativahoitoisen tyypin 2 diabeteksen hoidon keskittämistä moniammatillisiin diabeteksen hoitoon erikoistuneisiin osaamiskeskukseen ja –verkostoihin. Sote-maakunnissa on luontevaa olla keskitetty ja moniammatillinen diabeteksen osaamiskeskus, joka välittömän potilasohjauksen, hoidon ja seurannan lisäksi voi tarjota alueellista koordinoitua, konsultaatioita ja koulutusta kasvokkain tai verkossa maakunnan muille yksiköille. Sote-maakunta-rakenne on osaamiskeskusten perustamiselle suotuisa.

90. Muut yksilöidyt säädösmuutosehdotukset.

-

Tuominen-Lozic Laura
Suomen Diabetesliitto ry