

25.9.2020

Sosiaali- ja terveysministeriö

Viite VN/8871/2019

**Tampereen yliopiston lausunto hallituksen esitysluonnoksesta eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta ja maakuntien perustamista koskeaksi lainsäädännöksi**

Tampereen yliopisto kiittää mahdollisuudesta esittää lausuntonsa otsikkorivin lainsäädäntökokonaisuudesta. Yleisenä arviona voidaan todeta, että aiempien hallitusten tekemien uudistusesitysten käsitteystä saatuja kokemuksia on hyödynnetty perustellulla tavalla. Uudistuksen kokonaisuus on rajauksiltaan hallitumpi, ja perustuslakivaliokunnan lausunnoissa esille otetut kriittiset seikat on keskeisiltä osiltaan huomioitu. Ehdotetun uudistuksen ja siihen liittyvän, nyt lausunnoilla olevan lakikokonaisuuden mittakaava on kuitenkin niin laaja, että lainsäädännön eduskuntakäsittelylle on varattava runsaasti aikaa.

Tässä Tampereen yliopiston lausunnossa on otettu kantaa vain eräisiin ehdotetun lainsäädännön kaikkiin keskeisimpiin teemoihin. Lausunnon valmistelussa ovat olleet mukana työelämäprofessori Elli Aaltonen, geriatrian tenure track -professori Esa Jämsen, sosiaali oikeuden professori Laura Kalliomaa-Puha, yleislääketieteen apulaisprofessori Tuomas Koskela, taloustieteen (julkistalous) professori Kaisa Kotakorpi, sosiaalipsykiatrian professori Sami Pirkola, sosiaalityön professori Tarja Pösö, julkisoikeuden apulaisprofessori Pauli Rautiainen, vararehtori Juha Teperi, tenure track -tutkija Liina-Kaisa Tynkynen ja Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunnan dekaani Tapio Visakorpi. Tampereen yliopiston asiantuntijat ovat jatkoprosessin aikana käytettävissä tarkemmin rajattujen osakokonaisuuksien käsitteilyyn asiantuntemuksensa mukaan.

**1. Sote-uudistukseen liittyvät rakenteelliset ja ohjaukselliset näkökannat**

Lakiesityksessä korostuu usko kuntia vahvempien tai laajempien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäjien kykyyn järjestää suomalaisten sote-palvelut paremmin kuin nykyisessä järjestelmässä. Uudistuksessa kansallista sote-järjestelmän ohjausta vahvistetaan huomattavasti. Tämä on ollut uudistuksen pitkän aikavälin monelta osin perusteltu tavoite. Samalla se kuitenkin herättää kysymyksen sote-maakuntien liikkumavarasta suhteessa valtionohjaukseen. Itsehallinto ei tässä suhteessa täysimääräisesti toteudu. Tämä on olennainen kysymys myös kansalaisten osallistumismahdollisuuksien näkökulmasta.

Uusien maakuntien kyky ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon laaja-alaista kokonaisuutta tulee haasteeksi myös toisesta suunnasta. Ehdotettujen sote-maakuntien alaisuudessa tulisi toimimaan erittäin suuria, vaativaan erityisosaamiseen nojaavia palvelutuotantoyksiköitä. On syytä kysyä, kuinka lainsäädäntöesitys osaltaan varmistaa sote-maakunnille riittävät voimavarat (mukaan lukien osaaminen) ohjata tasapainoisesti erittäin suurien erityistason palvelujen tuottajien ja pienempien peruspalvelujen tuotantoyksiköiden muodostamaa kokonaisuutta.

Lakiuudistuksella tavoitellaan nykyistä parempaa ja tasapuolisempaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saavutettavuutta ja saatavuutta samantasoisina eri puolilla maata. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen ja laadukkaiden sosiaali-

25.9.2020

ja terveystalouden turvaaminen eivät toteudu pelkästään luomalla sote-maakuntia – jota sitäkin tarvitaan. Hallintoreformin täytyy osaltaan johtaa hallintoa oleellisempaan palvelujen uudistamiseen sekä riittäviin panostuksiin hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.

Esitys pyrkii käsittelemään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä kokonaisuutena. Tarkastelu kohdentuu kuitenkin pääosin terveydenhuollon puolelle ja on vahvimillaan siellä. Näkökulmaa perustellaan terveydenhuollon, sairauden ja sairastamisen käsitteillä ilman, että tarkasteluun mahtuisi sosiaalihuollolle ominaisempaa käsitteistöä, ilmiöiden tunnistamista tai toimintaorientaatiota. Myös pelastustoimi jää irralliseksi osaksi kokonaisuudessa eikä esimerkiksi sen terveydenhuoltoon silloittavan ensihoidon asemaa ole tarkasteltu kuin pintapuolisesti.

Lakiesityksen mukaan Uudellemaalle perustetaan neljä "sote-maakuntaa" ja lisäksi Helsingin kaupungille annetaan järjestämisvastuu sote-palveluista. Malli on hallinnollisesti erittäin raskas. Alueella, jossa asuu noin yksi kolmasosa Suomen väestöstä, ei pitkään tavoiteltu yhden johdon alaisuus toteudu siten kuin muualla maassa. Käytännössä Uudellemaalle on syntymässä kolmiportainen sote-järjestelmä, jossa kunnat vastaavat osittain hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä samalla, kun sote-maakunnat ja Helsinki vastaavat sote-palveluiden järjestämisestä muulta osin kuin mitä HUS sote-maakuntayhtymälle vastuuta annetaan. HUS vastaa puolestaan ennen kaikkea vaativasta erikoissairaanhoidosta. Näin ollen pitkään tavoiteltu laaja sote-integraatio jää Uudellamaalla erityisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteensovittamisen osalta vajaaksi.

Lähipalvelujen näkökulmasta Uudenmaan ratkaisua voi pitää perusteltuna. Samoin ihmisten vaikutusmahdollisuudet oman sote-maakuntansa asioihin voivat olla paremmat. Ratkaisu sisältää kuitenkin ilmeisiä riskejä. Uudistuksen tavoitteiden toteutuminen Uudellamaalla tulee riippumaan paljon siitä, miten työnjaosta onnistutaan sopimaan eri toimijoiden kesken, miten omistajaohjaus HUS sote-maakuntayhtymän osalta toimii ja miten työvoima jakautuu eri sote-maakuntien, Helsingin kaupungin ja HUS sote-maakuntayhtymän välillä.

Yleisellä, sote-toimintaan suoraan liittymättömällä tasolla voidaan todeta, että ehdotettu ratkaisu monimutkaistaa suomalaista hallintojärjestelmää. Siinä luodaan kaksi uudenlaista organisaatiota: 1) maakunnan tehtäviä hoitava kunta ja 2) maakuntayhtymä. Maakunnan tehtäviä hoitavan kunnan (Helsinki) luominen lisää hallintorakenteen monimutkaisuutta ja pakottaa luomaan Helsingin sisälle sote-talouden kunnan muusta taloudesta erottavan palomuurijärjestelyn, jota on esityksen valmisteluvaiheessa arvioitu vain vähäisesti. Vaikka on epätodennäköistä, että Helsinki joutuisi kriisikuntamenettelyyn on syytä huomata, että nyt omaksuttu kriisikunta- ja kriisimaakuntamenettely ei toimi maakunnan tehtäviä hoitavan kunnan kohdalla. Tämä liittyy yleisemminkin siihen, ettei nyt omaksuttua rahoitusratkaisua ole jäsennetty vielä kattavasti maakunnan tehtäviä hoitavan kunnan näkökulmasta. Myöskään vaikutuksia maakunnan tehtäviä hoitavan kunnan poliittiseen toimintaan ja hallintoon ei ole käsitelty erityisesti hallituksen esityksen luonnoksessa, vaikka niiden voisi ajatella olevan tuntuvia. Maakuntayhtymämalli imaisee nykyisen kuntayhtymämalliin kansanvaltaisuuteen ja talouteen liittyvät ongelmat maakuntarakenteen sisään. Näin hallituksen esitys ei aidosti pura kuntayhtymämalliin liittyviä ongelmia Uudellamaalla. Toisaalta olisi syytä selvittää, voisiko maakuntayhtymiä käyttää esimerkiksi erilaisten erityisryhmien (kielivähemmistöt, kehitysvammaiset yms.) palveluiden järjestämiseen sekä pelastustoimen alueella.

## 2. Sote-uudistukseen liittyvät rahoitukselliset ja verotukselliset näkökannat

Sote-maakuntien rahoitus perustuu pääosin väestön palvelujen tarpeeseen. Maakunnat saavat noin 80 prosenttia rahoistaan väestön palvelutarpeita kuvaavien tekijöiden perusteella. Näitä tekijöitä ovat maakunnan ikärakenteen ja erilaisten sosioekonomisten tekijöiden lisäksi muun muassa kustannuksiltaan

25.9.2020

merkittävien sairauksien yleisyys maakunnassa. Rahoitusmallin hyötyjiä ovat köyhemmän ja sairaamman väestön sote-maakunnat – paremmassa taloudellisessa tilanteessa olevat ja terveemmän väestön alueet kärsivät. Esimerkiksi Helsingin, Länsi-Uusimaan ja Pohjanmaan rahoitus tulee supistumaan merkittävästi. Muutoksen vaikutuksia vaimennetaan seitsemän vuoden siirtymäajalla. Sen aikana rahoituksen maakuntakohtaiset muutokset rajataan vuosittain euromääräisesti. Pitkä siirtymäaika antaa maakunnille aikaa sopeuttaa toimintaa muuttuvaan rahoitusraamiin ja rahoituksen tasoa korjataan jälkepäin.

Kokonaisrahoituksen niukkuus tulevaisuuden palvelutarpeisiin nähden on iso haaste. Vaikka väestön palvelutarpeen ennakoidaan kasvavan lähivuosina noin 1,2 prosenttia vuodessa, kasvua ei oteta rahoituksessa huomioon täysimääräisesti. Esimerkiksi vanhuspalvelut ovat jo nykyisinkin alirahoitettuja ja palvelujen tietoinen alirahoittaminen on vastakkainen sen uudistuksen keskeisen tavoitteen kanssa, jonka mukaan kaikille turvataan riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut.

Rahoituksen yhtenäistämisen pitäisi palvella palveluiden yhteensovittamista ja koordinaatiota, minkä yhdessä terveys- ja muun teknologian kanssa voi olettaa tuovan tehokkuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Epäselväksi kuitenkin jää, miten varmistetaan taloudellisten ja muiden voimavarojen jakaantuminen tarkoituksenmukaisella tavalla sote-maakunnan sisällä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon välillä. On ilmeinen riski, että erityistason kehittyvät hoidot vievät kasvavan osuuden voimavaroista, vaikka painotuksen tulisi siirtyä ennaltaehkäiseviin ja perustason palveluihin.

Rahoitusmallissa sosiaalihuollon asema on jäänyt marginaaliin, koska mallin laadintaa näyttäisi ohjanneen pyrkimys siirtää rahoituksen nykyiset määräytymiskijät kuntien valtiosuuslainsäädännöstä maakuntien rahoituslainsäädäntöön. Tämä on sinällään mahdollista, mutta samalla monet nykyisellään rahoitusperiaatteen toteutumiseen liittyvät haasteet tulevat imaistuksi maakuntien rahoitusmalliin. Vaikuttaakin selvältä, että tämä rahoitusmalli pikemminkin mahdollistaa siirtymän maakuntarakenteeseen kuin muodostaa pohjan kestäväälle rahoitusmallille.

Lakiesitykseen sisältyvät valtion rahoituksen määräytymisperusteet voivat vaikuttaa haitallisesti maakuntien kannusteisiin, kun maakunta saa sitä enemmän rahoitusta, mitä sairaampaa maakunnan väestö on. Tämä on perusteltua tarvevakioinnin näkökulmasta, mutta toisaalta vähentää kannusteita ponnistaa ennaltaehkäisevään työhön. Erityisen haitallisesti kannusteisiin vaikuttaa se, että rahoituksen taso tarkistetaan vuosittain vastaamaan todellisia kustannuksia, kuten lakiluonnoksessa esitetään. Tämä toki tehdään koko maan tasolla, mikä on parempi ratkaisu kuin jos tarkistus tehtäisiin jokaiselle maakunnalle erikseen. Se ei kuitenkaan täysin poista kannustinongelmaa varsinkaan isojen maakuntien kohdalla. Kirjattuihin diagnoositietoihin perustuvaan rahoituksen määräytymiseen liittyy myös se ongelma, että alueet, joilla puutteellisten resurssien tai toimimattomien palveluiden vuoksi diagnostiikka ja hoito toteutuvat huonosti ja sairauksia alidiagnosoidaan, tulevat yhä enemmän aliresursoiduiksi.

Valtion rahoituksen määräytymisperusteiden laatiminen siten, että kannustinongelmilta vältyttäisiin, on erittäin haastavaa. Tästäkin syystä olisi todennäköisesti edullisempaa, että sote-maakuntien rahoitus muodostuisi valtionrahoituksen ja oman verotusoikeuden yhdistelmästä. Tällöin valtion rahoituksen täsmällisten määräytymisperusteiden merkitys pienenee. Verotusoikeus vahvistaisi myös maakuntaitsehallinnon kansanvaltaisuutta, mikä sivuutetaan esityksessä. Hallitusohjelman mukaan maakuntien verotusoikeus valmistellaan parlamentarisessa komiteassa vuoden 2020 loppuun mennessä ja sen käyttöön otosta päätetään erikseen. Lakiesityksessä pyritään kuitenkin perustelevaan, miksei verotusoikeutta ole syytä ottaa käyttöön.

Perusteena esitetään kolme seikkaa. Ensimmäinen perustelu on maakuntien suuri määrä ja niiden väliset erot, mikä saattaisi johtaa veroprosenttien eriytymiseen. Maakuntia on kuitenkin paljon vähemmän

25.9.2020

kuin kuntia, joten maakuntien suuri määrä ei ole järkevä perustelu sille, miksei valtion rahoituksen ja verotusoikeuden yhdistelmä sopisi myös maakuntien rahoitusmalliksi. Veroprosenttien mahdollinen eriytyminen ei myöskään olisi pelkästään huono asia, vaan maakunnat voisivat halutessaan panostaa palveluihin enemmän tai vähemmän. Toinen esityksessä mainittu perustelu on, että kokonaisveroasteen ei haluta nousevan. Verotusoikeuden myöntäminen maakunnille voisi kuitenkin tutkimuskirjallisuuden perusteella joko nostaa tai laskea kokonaisveroastetta. Lakiesityksessä ei selitetä, miksi veroasteen arvioidaan todennäköisemmin nousevan. Kolmas esitetty perustelu on, että verotuksen monimutkaisuus kasvaisi, kun ansiotuloista kerättävien verojen lukumäärä kasvaisi. Erilaisten verojen lukumäärä ei kuitenkaan ole oleellinen mittari verojärjestelmän monimutkaisuudelle tai sen aiheuttamille kustannuksille.

Yksi ratkaisu sote-maakuntien itsehallinnon kansanvaltaisuuden vahvistamiseksi voisi olla jo valmistelussa oleva verotusoikeuden antaminen sote-maakunnille. Valtionrahoituksen ja verotusoikeuden yhdistelmällä voidaan päästä parempaan ratkaisuun kuin kummallakaan näistä yksinään. Valtionrahoitus tuo maakunnille turvaa maakunnasta riippumatonta kustannusten vaihtelua vastaan ja verotusoikeus eli osavastuu rahoituksesta luo kannusteet hillitä kustannusten kasvua. Toimivassa järjestelmässä nämä elementit, vakuutus ja kannusteet ja vastuu, kulkevat käsi kädessä.

Sosiaali- ja terveysalan tulevan kehityksen kestävyys edellyttää vahvaa tietopohjaa. Pelkät toimintaa ja taloutta kuvaavat tilastotiedot eivät riitä. Tarvitaan myös investointia kunnianhimoiseen tutkimukseen, joka auttaa suuntaamaan palvelujärjestelmän kehittämistä oikealla tavalla. Esimerkki tällaisesta tutkimuskentästä on palvelujen vaikuttavuuden tutkimus. Rajallisten voimavarojen vuoksi tulevaisuudessa on välttämätöntä, että palveluja kehitetään ja rahoitetaan ottaen huomioon niistä koitua todellinen hyöty terveytenä ja hyvinvointina. Siksi lakiesityksessä olisi tärkeää varmistaa, että alan tutkimukselle yleensä sekä maakuntien ohjausta tukevalle tutkimus- ja kehittämistoiminnalle kyetään osoittamaan riittävät voimavarat.

### 3. Sote-uudistukseen liittyvät ostopalveluja ja julkisen vallan käyttöä koskevat näkökannat

Uudessa sote-lainsäädännössä täsmennetään sitä, mitä palvelujen järjestäjältä eli sote-maakunnalta vaaditaan, mitä sote-järjestäjän pitää tuottaa itse ja mitä se voi hankkia ulkopuolelta.

Kunnilla on tällä hetkellä varsin suuri vapaus tehdä erilaisia ratkaisuja sote-palveluiden järjestämiseksi. Yritykset hoitavat pienempiä tai suurempia kokonaisuuksia kuntien palveluista. Osa ulkoistuksista liittyy kuntien strategiseen suunnitteluun: kunnissa on paikoin tietoisesti laajennettu palveluverkkoa enemminkin ulkoistuksin ja ostopalveluin kuin omaa palvelutuotantoa lisäämällä. Osa kuntien ulkoistuksista on puolestaan tehty pakon edessä esimerkiksi henkilöstön saatavuuteen liittyvien ongelmien vuoksi. Äärimmäisiä tapauksia ovat olleet ns. kokonaisulkoistukset tai yhteisyritykset yksityisten tuottajien kanssa, joissa kunta (usein pieni kunta) on siirtänyt merkittävän osan palveluistaan yksityisen palveluntuottajan hoidettaviksi. Kokonaisulkoistusten taustalla on usein tavoite lisätä sote-kustannusten ennakoitavuutta, parantaa henkilöstön saatavuutta ja halu säilyttää palvelut oman kunnan alueella.

Esitystä voi tulkita niin, että siinä halutaan puuttua ennen kaikkea isoihin ulkoistuksiin. Sote-maakunnat eivät voisi lakiesityksen mukaan enää ulkoistaa esimerkiksi kokonaisia palvelualueita yksityisille palveluntuottajille, vaan niillä tulisi olla hallinnassaan kiinteistöjä ja palveluksessaan henkilöstö, jotta palvelutuotanto kaikissa tilanteissa on turvattu. Tältä osin lakiluonnoksen voidaan tulkita selkeyttävän yksityisen ja julkisen sektorin roolitusta ja työnjakoa.

25.9.2020

Esitys voi johtaa siihen, että julkista tuotantoa on joillain paikkakunnilla alettava kasvattaa niissä palveluissa, joissa yksityisen rooli on ollut huomattavan suuri. Sote-maakuntien realistiset mahdollisuudet kasvattaa oman tuotannon osuutta voivat kuitenkin olla rajalliset. On todennäköistä, että esitetyn kaltainen vaatimus omasta palvelutuotannosta johtaa ainakin väliaikaisesti palvelujen heikkenemiseen joillakin alueilla, todennäköisimmin harvaan asutuilla seuduilla.

Pitkällä tähtäyksellä kestävin periaate olisi määritellä palveluille saatavuuden, laadun ja vaikuttavuuden kriteerit. Näiden saavuttamiseksi maakunnilla tulisi olla riittävä vapaus järjestää palvelut alueen olosuhteisiin sovitetuilla, tarkoituksenmukaisilla tavoilla.

Lakiluonnokseen sisältyy myös pykälä, joiden nojalla osa yksityisten palveluntuottajien kanssa tehdyistä sopimuksista voitaisiin mitätöidä. Toimenpide olisi radikaali eikä sen vaikutuksia sote-maakunnille tai yksityisille toimijoille ole kyetty kunnolla arvioimaan. Myös monet mitätöimisen ja mitätöitymisen prosessiin liittyvät seikat ovat epäselviä. Tältä osin sääntelyä tulee tarkistaa. Uudistuksen riittävän laajapohjaisen hyväksynnän näkökulmasta voi olla parempi luopua sopimusten mitätöintiin tähtäävistä pykälästä. Mikäli ulkoistus sopimusten purkamisen mahdollistetaan, on erityisesti pidettävä huoli siitä, ettei riittävien palvelujen alueelliseen saatavuuteen synny merkittäviä katkoksia.

Sisällön näkökulmasta katsottuna ulkoistaminen eli yksityisten palveluiden hyödyntäminen sopii tiettyihin palveluihin hyvin ja tiettyihin vain rajoitetusti. Sosiaalihuollon kannalta on tärkeää, että sote-maakunnilla on riittävä oma palvelutuotanto, jotta palvelut voidaan kaikissa olosuhteissa turvata kaikille ihmisille mahdollisimman yhdenvertaisesti. Erityisesti sosiaalihuollon asiakkaiden kannalta tämä on merkityksellistä, koska päätökset palveluiden antamisesta asiakkaalle kuuluvat julkiselle vallalle. Kuitenkin esimerkiksi lastensuojelun sijaishuolto ja siinä erityisesti laitoshuolto on pääasiassa (80–90 %) yksityisesti tuotettua. Lakiehdotus muuttaisi palvelukenttää merkittävästi, jos kentältä katoaisi valtaosa lastensuojelulaitoksista. Tämän ja mahdollisten muiden suurten muutosten vaikutusten pohdintaa olisi lain valmistelussa ollut tarpeellista tehdä.

Mielenterveyspalveluissa palveluiden hankkiminen yksityisiltä palveluntuottajilta sopii psykoterapioiden järjestämiseen (usein yksityisiä ammatinharjoittajia) ja kuntoutujien asumisen tuen ja kuntoutuksen palveluihin. Siitä suurempien kokonaisuuksien hankkiminen yksityisiltä palveluntuottajilta sisältää riskejä palveluiden pirstoutumisesta ja hoidon jatkuvuuden heikkenemisestä.

Valtiosääntöoikeudellisesta näkökulmasta arvioiden lakiesitysten sisältämä este ns. kokonaisulkoistuksille voitaneen perustella perustuslain pykälillä 19, 22 ja/tai 124. Ulkoistusasia on kuitenkin valtiosääntöoikeudellisesti moniulotteisempi kysymys kuin hallituksen esityksen luonnoksessa esitetään. Siksi lain jatkovalmistelussa olisi syytä sääntämisperusteluissa tarkastella myös niitä tekijöitä, jotka eivät puolla niin ankaraa tulkintaa kuin nyt tehdään. Samalla on syytä kiinnittää huomiota siihen, että perustuslakivaliokunta ei edellisen hallituksen sote-uudistusta käsitellessään lausunut ulkoistus sopimukseen puuttumiseen liittyvistä omaisuudensuojakysymyksistä, jotka ovat nyt (vaikkakin hieman eri muodossa) jälleen esillä. Edellisen hallituksen sote-pakettia käsiteltäessä valtiosääntöasiantuntijat esittivät teemasta toisistaan merkittävästi poikkeavia näkemyksiä.

Luonnoksessa esitetään, että sote-maakuntien omat sairaalat (esim. Tampereen Sydänsairaala tai Tekonivelsairaala Coxa) eivät voisi tarjota palvelujaan muiden sote-maakuntien alueella. Terveystieteiden mukaan potilaalla on kuitenkin oikeus valita kiireettömän hoidon hoitopaikka. Julkisten sairaaloiden kilpailun rajoittaminen kieltämällä toiminnan harjoittaminen toisen sote-maakunnan alueella kaventaa ihmisten valinnanmahdollisuuksia ja kaventaa jo nyt melko ohutta yksityistä erikoissairaanhoidon markkinaa. Tutkimuskirjallisuuden perusteella on syytä olettaa, että julkisten sairaaloiden välisellä kil-

25.9.2020

pailulla on hyödyllisiä vaikutuksia. Esityksen säätämisyjärjestysperusteluissa ei ole arvioitu riittävän hyvin valtiosääntöoikeudellisesta näkökulmasta sitä, miksi sote-maakuntien omat sairaalat eivät saisi tarjota palvelujaan muiden sote-maakuntien alueella ottaen huomioon toimivien markkinoiden asema perusoikeusjärjestelmän taustalla olevana metaperusoikeutena.

Edellisen hallituksen soteuudistusesityksen valinnanvapausmalliin sisältynyt asiakassetelimalli ja henkilökohtaisen budjetin käyttöönotto on nykyisessä esityksessä siirretty erilleen sote-uudistuksesta. Tätä voidaan pitää hyvänä asia sote-uudistuksen käsittelyn sujumisen kannalta. Samalla on syytä korostaa, että niin palvelusetelilainsäädännön uudistus kuin henkilökohtaisen budjetin käyttöä koskevan sääntelyn luominen on tärkeää. Voidaan pitää huolestuttavana, että nykyhallitus on edeltäjänsä tapaan käynnistänyt henkilökohtaisen budjetin kokeiluja ilman asianmukaista lainsäädäntöpohjaa, venyttäen nykyistä palvelusetelilainsäädäntöä äärimmilleen. Olisi tärkeää, että sote-sektorilla käytettäisiin pikeminkin tarpeellisen kokeilulainsäädännön säätämistä kuin olemassa olevan sääntelyn venyttämistä.

#### 4. Sote-uudistukseen liittyvät sisällölliset näkökannat

Lakiuudistus on terveydenhuoltokeskeinen, vaikka kiistaton tutkimustieto osoittaa sosiaalisten tekijöiden vaikuttavan suuresti myös terveyteen ja sairastavuuteen. Sosiaalihuolto on merkittävä myös julkisten menojen kannalta. Siihen kuuluvat esimerkiksi vanhojen ihmisten ja vammaisten asumispalvelut, kotihoito ja lastensuojelu. Sosiaalihuollon osuus on 6,7 miljardia eli lähes yhtä paljon kuin erikoissairaanhoidon menot ja kaksi kertaa suuremmat kuin perusterveydenhuollon kustannukset. Sosiaalihuollon jääminen uudistuksen sivuosaan asettaa sen asiakkaat ja heidän palvelujensa vahvistamisen heikoon asemaan. Merkittävä osa heistä tarvitsee sekä sosiaali- ja terveyspalveluja, joiden toimiva yhteensovittaminen on yksi keskeisimmistä kokonaisuudistuksen tavoitteista.

Sosiaalihuolto ymmärretään tässä esityksessä palveluiksi ja palveluiden tarkastelu niiden hallinnon tarkasteluksi. Tällä tavalla kadotetaan sitä potentiaalia, joka sosiaalihuollolla ja sosiaalityöllä on. Esityksestä puuttuu kokonaan toiminta, joka on lähellä ihmisten arkea ja yhteisöjä ja tekee työtä yhteisöjen parissa ja kanssa. Esimerkiksi opiskelijahuollosta todetaan erikseen, että "vaikka se sijoittuisi sote-maakuntaan, on oleellista, että toiminta toteutetaan lähellä lasten ja nuorten arkiympäristöjä, kouluissa". Tällaista yhteisöissä ja ihmisten arkirakenteissa toimimisen määrittystä ei esitetä sosiaalihuollolle, vaikka se on sosiaalihuollon ydintä. Lisäksi näkemys sosiaalihuollon palveluiden käyttäjistä on yksilöpohjainen ja sosiaalihuollon teemoissa myös lähes yksinomaan ongelmahakuinen.

Esityksessä sote-maakuntien tehtäviä koskevaksi lainsäädännöksi on useita väestön hoidon ja hoivan järjestämisen kannalta edullisia piirteitä. Uudistus voi ennen kaikkea parantaa yhdenvertaisuutta palveluiden saatavuudessa ja laadussa. Sisältöön liittyvissä ehdotuksissa edut ovat organisaatioiden välisten raja-aitojen madaltumisen myötä erityisesti tiedonkulun ja palveluiden koordinoinnin mahdollistuminen sosiaali- ja terveyspalveluiden välillä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio sekä kokonaisuuden huomiointi vaatii kuitenkin tarkennusta. Tästä konkreettinen ja esimerkki on sosiaalihuollon tarvetekijöiden lista. Lista perustuu lähes yksinomaan sairauksiin. Jo terveydenhuollon tarvetekijöissä on enemmän esimerkiksi perhetilanteeseen liittyviä tekijöitä kuin sosiaalihuollon tarvetekijälukituksessa.

Vaikka keskeinen tavoite on parantaa väestön terveyttä ja toimintakykyä, toimintakyky toiminnan tavoitteena ja hoidon vaikuttavuuden mittarina ei esityksessä tule kunnolla esille. Lähtökohta on enemmän diagnoosikeskeinen. Varsinkin iäkkäällä väestöllä, jossa monisairastavuus on erittäin yleistä, toimintakyky on keskeinen terveydentilan, ennusteen, hoidon ja hoivan tarpeen mittari. Väestön ikääntymisen

25.9.2020

aiheuttamien haasteisiin vastaamisessa ikääntyneen väestön toimintakyvyn säilyttäminen mahdollisimman hyvänä mahdollisimman pitkään on välttämätöntä. Toimintakyvyssä olisi huomioitava paitsi fyysinen, myös kognitiivinen/psykykinen ja sosiaalinen ulottuvuus.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuun jakautuminen kuntien ja sote-maakunnan välillä ei ole lakiesityksessä selkeä. On ymmärrettävää, että kunnilla säilyy vastuu ainakin osin asukkaidensa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä. Kuntien mahdollisuudet toteuttaa tätä tehtäväänsä poikkeavat kuitenkin toisistaan erityisesti erilaisten taloudellisten lähtökohtien vuoksi.

Esityksessä sote-maakunnan rooli hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä kuvautuu passiivisena. Tätä voidaan pitää yllättävänä ottaen huomioon, että sote-maakunnan järjestämisvastuu pitää sisällään nykyisen perusterveydenhuollon, jonka keskeinen toiminta on nimenomaan ennaltaehkäisy ja johon liittyy monia hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyviä palveluita. Tällaisia ovat esimerkiksi neuvolatoiminta, rokotteet, elintapaneuvonta, kotihoito, iäkkäiden kaatumisten ehkäisy ja kuntoutus. Vastuun jakautumisen riskinä on, että vastuu ei kuulu kenellekään ja ennaltaehkäisevät toiminnot jäävät ali-resursoituiksi. Ennaltaehkäisevän työn osalta esitys on epäselvä, kun tavoitteena on kokonaisvaltainen ja integroiva palvelujärjestelmä. Ilmiökenttä on lakiesityksessä lisäksi hahmotettu vain terveydenhuollon käsitteistöllä. Ongelmia ehkäisevän työn toteuttamisessa syntyy, jos palveluiden integraatiota ohjataan yhden sektorin toiminnan pohjalta. Rahoitusvaraus ennakoivaan ja ehkäisevään sosiaali- ja terveydenhuoltoon on vähäinen, kun tavoitteena uudistuksella on kuitenkin estää sairauksia ja edistää kokonaisvaltaista ihmisten hyvinvointia. Näiden painotusten merkitys resurssien jaossa on pieni.

Mielenterveyspalveluiden näkökulmasta lakiesityskokonaisuuteen liittyy huoli laaja-alaisen palveluiden verkon toimivuudesta ja yhteistoiminnallisuudesta. Perustason palveluiden korostuminen ei saa tulevassa ratkaisussa tarkoittaa erikoislääkärijohtoisen toiminnan irtikytkentää, vaan päinvastoin integraatiota osaksi yhteistä kokonaisuutta. Mielenterveyspalveluiden kehittämistyössä sote-uudistus on jo pitkään nähty mahdollisuutena parantaa tällaista integraatiota tavalla, jota voisi kutsua yhteistoiminnallisuudeksi (kansainvälisessä kirjallisuudessa ”collaborative care models”).

Lähipalveluiden merkitys ei tule esityksessä riittävän selkeästi esille. Saavutettavuuden ja hoidon tarkoituksenmukaisen järjestämisen kannalta tiettyjen palveluiden tulee olla riittävän lähellä kunnan asukasta. Tällaisia palveluja ovat muun muassa perustason terveyspalvelut, muistisairauksien diagnostiikka ja hoito, kuntoutus ja lähes kaikki kotona asumista tukevat palvelut. Jos palvelut järjestetään liian etäällä arjesta, on riskinä tehdä käytännön kannalta epätarkoituksenmukaisia ratkaisuja, ja lisäksi palveluiden käyttäjille ja yhteiskunnalle voi muodostua merkittäviä kustannuksia kuljetuksista.

Merkittävä osa hyvin ikääntyneistä ja haavoittuvissa olosuhteissa elävistä (esimerkiksi asunnottomat ja päihteiden käyttäjät) ei pysty käyttämään etäyhteyksiä. Jokaisessa kunnassa tulisi olla paikka, jossa integroituu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palveluiden kokonaisuus ja josta käsin voidaan konsultoida sote-keskuksia kuntalaisten asioissa. Esimerkiksi sosiaalityö on hyvinvoinnin edistäjänä ihmisten arkielämässä mukana perustuen kumppanuuteen eri paikallisten toimijoiden, kuten kansalaisjärjestöjen kanssa. Lakiesityksessä tulisi kaiken kaikkiaan tarkemmin määritellä maakunnan palveluverkoston rakenne.

Paikallisdemokratian keskeinen tarkoitus on se, että kansalaiset voivat vaikuttaa omiin palveluihinsa. Nyt ehdotetussa mallissa nämä mahdollisuudet ovat rajalliset. Malli voi myös johtaa epäselvyyteen siitä, kenen vastuulla palveluiden laatu on, jos esimerkiksi maakuntien poliittiset päättäjät syyttävät palveluiden laatuongelmista liian vähäistä valtionrahoitusta. Tällaisista ongelmista on kokemuksia esimerkiksi Norjassa.

25.9.2020

## 5. Pelastustoimen järjestämiseen liittyvät näkökannat

Pelastustoimen järjestämislain mukaan sisäministeriö johtaa, ohjaa ja valvoo yleisesti pelastustointia ja sen palvelujen saatavuutta ja tasoa. Aiemmin poliisiin liittyvät lainvalmistelu- ja ohjaustehtävät on jo eriytetty kahteen eri virastoon - sisäministeriön poliisiosastolle sekä poliisihallitukseen. Julkisen vallan käytön legitimaation säilyttämisen kannalta voisi olla tarpeellista eriyttää lainsäädännön valmisteluun ja toisaalta ohjaustehtävään liittyvä toimeenpanovalta tämän uudistuksen myötä myös pelastustoimen alalla.

Ehdotetun pelastustoimen järjestämislain mukaan sote-maakuntavaltuusto päättää pelastustoimen palvelutasosta. Palvelutasopäätöstä tehtäessä on otettava huomioon kansallisesti merkittävät riskit, selvittävät alueella esiintyvät uhat ja arvioitava niistä aiheutuvat riskit sekä määriteltävä toiminnan tavoitteet, käytettävät voimavarat, tuotettavat palvelut ja niiden taso. Lisäksi tulisi huomioida valtakunnalliset strategiset tavoitteet. Pelastustoiminnan ja sen toimintavalmiuden lisäksi palvelutasopäätös sisältäisi lukuisan joukon muita tehtäviä. Rahoitusmallissa ei kuitenkaan ole kytketty palvelutasopäätöstä ja siinä määriteltäviä pelastustoimen palveluita pelastustoimen rahoitukseen eikä rahoitusta ole kytketty rahoituslaissa pelastustoimen palvelutasopäätökseen. Näin ollen pelastustoimen alueellisiin riskeihin perustuva palvelutason määrittely ja palvelutason rahoitus näyttäisivät kytkeytyvän hyvin ongelmallisella tavalla irti toisistaan.

Pelastuslaitosten rahoitus kytkeytyykin nyt esitetystä rahoitusmallista vahvasti siihen tapaan, jolla pelastustoimen operatiivista toimintavalmiutta on tähän saakka mitoitettu. Rakennuspaloihin liittyvät riskit eivät ole yhteismitallisia, ja esimerkiksi toimintakyvyltään rajoittuneille henkilöille suunnatussa palveluasumisessa tapahtuva tulipalo voi olla henkilövahinkopotentiaaliiltaan huomattavasti suurempi kuin tavanomaisessa asumisessa ja siten vaatia vahvempia onnettomuuksien ehkäisyyn liittyviä ja toisaalta tarvittaessa myös operatiiviseen toimintavalmiuteen liittyviä toimenpiteitä. On epäselvää, miksi pelastuslain 48 §:n mukaisten suuronnettomuusvaarallisten tuotantolaitosten määrä vaikuttaa rahoitukseen, mutta esimerkiksi pelastuslain 18 §:n mukaisten poistumisturvallisuusselvitysvelvollisten kohteiden määrä ei vaikuta. Onnettomuuksien ehkäisytehtävien rahoitus liittyy pelastustoimen toimintaedellytysten varmistamiseen mm. uudisrakentamisessa sekä rahoituksen kytkeytyminen pelastusviranomaisen valvontatehtävään yleisemminkin jättää auki olevia kysymyksiä.

Myös ensihoidon aseman käsittely pelastustoimen ja muun soten rajapinnalla jättää samaan tapaan kysymyksiä auki kuin se jätti edellisen hallituksen sote-esityksessä. Ensihoidon asemaan olisi hyvä kiinnittää vielä tarkemmin huomiota. Myöskään vapaapalokuntien asemaan liittyviä valtiosääntöjännitteitä ei ole nyt käsitelty tai ratkaistu.

## 6. Sote-uudistuksen liittyvät yliopistojen ja yliopistosairaaloiden erityisasemaa koskevat näkökannat

Sote-uudistuksen yhteydessä on tarkoitus kumota nykyinen erikoissairaanhoitolaki. Tällöin tarvittavat säädökset tulee siirtää erikoissairaanhoitolaista ajantasaistettuna muuhun lainsäädäntöön eli käytännössä joko terveydenhuoltolakiin tai sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavaan lakiin. Yliopistollisen sairaanhoitopiirin määritelmä on otettava mukaan lainsäädäntöön seuraavassa tarkemmin kuvatuin perustein.

Yliopistot huolehtivat yhdessä yliopistosairaaloiden kanssa lääketieteen ja terveydenhuollon alojen perus- ja jatkokoulutuksesta sekä lääketieteen korkeimmasta tutkimuksesta. Toiminta ja rakenteet ovat



25.9.2020

muodostuneet läheisiksi ja yliopistot toimivat merkittävässä roolissa yliopistosairaaloiden edustuksellisisissa elimissä mukaan luettuna yliopistosairaaloiden hallitus. Yliopiston professorit toimivat samoin merkittävässä tehtävässä omilla erikoisaloillaan sivuvirkajärjestelyjen kautta. On tärkeää, että nyt lausuttavana olevassa laissa määritettäisiin yliopiston rooli yliopistosairaalan hallinnossa kuten nykyisessä on tehty.

Lausuttavana olevassa lakiesityksessä yliopistojen ja yliopistosairaaloiden erityisasema jää pitkälti sopimus pohjaiseksi. Kun yliopistosairaaloiden rooli jää viiteen eri maakuntaan erikseen sovittavaksi, on selvää, että koulutuksen, tutkimuksen sekä myös yliopistollisten sairaaloiden erikoissairaanhoidon tilanne voi eriarvoistua. Perusterveydenhuollossa tapahtuvan käytännön koulutuksen koordinaatio ja laadun varmistaminen pitäisi säilyä jatkossakin erityisvastuualueen tasolla tiiviissä yhteistyössä yliopiston kanssa. Jos yliopistosairaaloiden asemaa ei laissa erikseen tarkasti määritellä ja tehtävänk mukaista rahoitusta turvata, jää maakuntien päätöksenteossa koulutuksen ja tutkimuksen merkitys helposti taka-alalle. Tämä voi johtaa kokonaisuudessaan korkeatasoisen koulutuksen ja tutkimuksen heikentymiseen nykyisestä.

Tarvetta on myös selkeyttää yliopistosairaalan roolia yliopiston ensisijaisena kumppanina opetuksen ja tutkimuksen edellytysten luomisessa. Rooli perustuu nyt terveydenhuoltolain yksittäisiin säännöksiin. Näitä ovat mm. terveydenhuoltolain 60 § koskien lääkärin peruskoulutuksen koulutuskorvauksia, terveydenhuoltolain 61 § yliopistollisen sairaanhoitopiirin velvoitteista yliopistotasoisen terveyden tutkimuksen rahoituksen koordinoinnissa ja myös terveydenhuoltolain 65 § koskien yliopiston oikeutta käyttää yliopistollisen sairaalan tiloja opetuksen ja tutkimuksen tarpeisiin. On tärkeä huomata, että sote-maakunta kokonaisuudessaan olisi jatkossa merkittävä sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus- ja harjoittelupaikka. Voimavarat tähän tulee varmistaa myös yliopistosairaalan ulkopuolella.

Sote-järjestämislaissa tulisi säännellä yliopistosairaalan ylläpitämistä yhdenmukaisesti koko maassa. Sääntelyssä tulisi käsitellä ainakin seuraavia asioita:

- Yliopiston tulee osallistua yliopistosairaalan hallintoon
- Yliopiston ja yliopistosairaalan välille tulee tehdä sopimus, jossa sovitaan yhteistyön käytännöistä
- Yliopistolla ja yliopistosairaalalla voi olla yhteistä henkilöstöä, yhteisiä resursseja ja yhteisiä yksiköitä
- Yliopistosairaalan rooli tutkimuksen ja opetuksen edellytysten muodostamisessa sekä tähän liittyvä erillishoidus
- Yliopistosairaalan tehtäviin tulee kuulua kliinisen tutkimuksen harjoittaminen
- Yliopiston ja yliopistosairaalan väliseen, perustehtävään liittyvään yhteistyöhön ei tule soveltaa hankintalakia

Konkreettinen tarve erillissäätelylle yliopiston ja yliopistosairaalan yhteisten tehtävien osalta on nykyisin säädetty erikoissairaanhoidolain 28 §:ssä. Yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan henkilöstöllä on lähtökohtaisesti kaksi samanaikaista palvelussuhdetta eli toinen yliopistoon ja toinen sairaalaan. Yliopiston palvelussuhde on välttämätön opetustehtävien hoitamiseksi, koska esimerkiksi professoreita ei voi olla muualla kuin yliopistolain tarkoittamissa yliopistoissa. Vastaavasti palvelussuhde sairaalaan on välttämätön potilashoittoon osallistumiseksi, koska ilman palvelussuhdetta tutkija on potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 §:n 2 momentin tarkoittaman sivullisen asemassa, eikä hänelle voida antaa potilashoittoa koskevia tietoja.

Konkreettinen tarve erillissäätelylle syntyy myös yliopistosairaalan ja yliopiston keskinäisten taloudellisten suhteiden osalta koskien asianomaisten perustehtävänä olevan lääketieteellisen tutkimuksen ja

25.9.2020

opetuksen toteuttamista. Kummallakin osapuolella on tutkimukseen liittyviä resursseja kuten tiloja, laitteita ja myös henkilöstöä etenkin tutkimuksen tukipalveluissa. On erittäin tarpeellista, että osapuolet voisivat asettaa kyseisiä resursseja toisen osapuolen käyttöön esimerkiksi tila- ja laitevuokrana, palvelumyyntinä tai mahdollisesti henkilöstön vuokrauksena ilman, että kyse on julkisesta hankinnasta tai markkinoilla tapahtuvasta toiminnasta.

Yliopiston kliinisten alojen sivuviroista on nykyisin säädetty laissa (Erikoissairaanhoidolaki 28 §). Pidämme tätä tärkeänä yliopiston ja myös yliopistosairaaloiden näkökulmasta. Kliinisten professorien tulee jo pelkästään opetuksen ja tutkimuksen lähtökohdista olla mukana kliinisessä työssä ja sen johtamisessa. Yliopistoyhteys nykyisellään näkyy myös siinä, että kliinisessä lääketieteessä yliopiston myöntämä dosentin arvo lasketaan ammatillisen pätevyyden osoitukseksi. Yliääkärien virkojen saamisen edellytyksenä yliopistosairaaloissa on ollut dosentin arvo. Siksi on tärkeää, että tämä dosentin arvon vaatimus mainitaan myös nyt lausuttavana olevassa laissa.

Sivuvirkaisten opettajien yhteistyössä yliopiston kanssa tekemän korkeatasoisen tutkimuksen merkitys osana palvelujärjestelmän kehittämistä on viime vuosina kasvanut. Sen tuottavuus on myös elinkeinoelämän voimavara. Tutkimuksen resurssit on myös jatkossa turvattava, ja tutkimuksen on oltava osa palvelujärjestelmän toimintaa. Kliininen lääketiede muuttuu nopeassa tahdissa ja kliinikkojen on pystyttävä arvioimaan omaa toimintaansa tieteellisestä näkökulmasta. Näin toimien voidaan muuttuvassa tilanteessa omaksua nopeasti uusia hoitokäytänteitä, potilaiden eduksi.

Yliopistosairaalan määrittelyssä on kyse myös yliopiston roolista yliopistosairaalan hallinnossa. Nykyisin yliopistolla on oikeus erikoissairaanhoidolain 25 §:n mukaisesti nimetä kaksi jäsentä sairaanhoitopiirin valtuustoon 10 % ääniosuudella ja kaksi hallitukseen. Kansainvälisissä yliopistosairaalan kriteereissä yliopiston edustus yliopistosairaalan hallinnossa on yksi yliopistosairaalan tunnusmerkki. On tärkeää, että nyt lausuttavana olevassa laissa määritettäisiin yliopiston rooli yliopistosairaalan hallinnossa kuten nykylaissa on tehty kaikkien yliopistosairaaloitten, ei vain HUS:n osalta.

## 7. Sote-uudistukseen liittyvät informaatiota ja koulutusta koskevat näkökannat

Sote-maakunnan asiakas- ja potilastietojärjestelmistä ja muista rekistereistä syntyy huomattavan laajat tietoaaineistot tieteellistä tutkimusta varten. Se, että rekisterinpitäjien ja mahdollisesti tietojärjestelmien lukumäärä vähenee nykyisestä, helpottaa tutkimustiedon käyttöä. On kuitenkin tärkeä varmistaa, että em. tietovarannot ovat tieteellisen tutkimuksen ja niin organisaation sisällä kuin ulkopuolella toimivien tutkijoiden (yliopisto) käytettävissä riittävän helposti ja viiveettä. Voisi olla perusteltua antaa sote-maakunnalle esityksessä kuvattua aktiivisempi ja velvoittavampi rooli tieteellisen tutkimuksen ja toiminnan arvioinnin osalta. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottama raportointi syntyy vielä usein pitkällä viiveellä vaikkapa maakunnan sairaalatason toiminnan kehittämistä ajatellen.

Sosiaalihuollon tiedonmuodostusta käsitellään taustoittavassa osiossa ja otetaan huomioon sosiaalihuollon tutkimusrakenteiden ja rahoituskanavien puute. Toimenpideoiossa tiedontuotantotehtävää jätetään rakenteellisen sosiaalityön tehtäväksi, joka on tärkeää, koska työntekijät tuottavat tietoa käytännön pohjalta. Tämä ei kuitenkaan riitä vastaamaan niihin haasteisiin, joita tiedon tuotannossa on. Tältä osin laajemmat ja kunnianhimoisemmat linjaukset olisivat tervetulleita.

Perusterveydenhuollossa tapahtuvan käytännön koulutuksen koordinaatio ja laadun varmistaminen pitäisi säilyä jatkossakin erityisvastuualueen tasolla tiiviissä yhteistyössä yliopiston kanssa. Jokai-

25.9.2020

sessä sote-maakunnassa ei riitä resursseja eikä osaamista koulutuksen laadun varmistamisessa tarvittaviin tehtäviin. Lisäksi tehtävä edellyttää tiivistä yhteyttä yliopiston viranhaltijoihin. Nykyisten yliopistosairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksikköjen toiminta lääkärikoulutuksen koordinaation osalta tulee jatkua, ja siitä on syytä erikseen säätää yliopistosairaalatoimintaa ylläpitävissä sote-maakunnissa.

Mari Walls  
Rehtori

Juha Teperi  
Vararehtori, tutkimus