LAUSUNTO Helsinki 15.4.2021

Eduskunta, talousvaliokunta

Viite: HE 241/2020 vp

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

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry on valtakunnallisten sosiaali- ja terveysjärjestöjen kattojärjestö. SOSTE on sosiaali- ja terveyspoliittinen vaikuttaja ja asiantuntijajärjestö, joka rakentaa sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edellytyksiä yhteistyössä jäsenyhteisöjensä kanssa. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry:n varsinaisina jäseninä on yli 230 valtakunnallista sosiaali- ja terveysalan järjestöä ja yhteistyöjäseninä yli 70 muuta sosiaali- ja terveysalan toimijaa.

Lisätietoja:

johtaja Anne Knaapi, anne.knaapi@soste.fi

erityisasiantuntija Minttu Ojanen, minttu.ojanen@soste.fi

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry

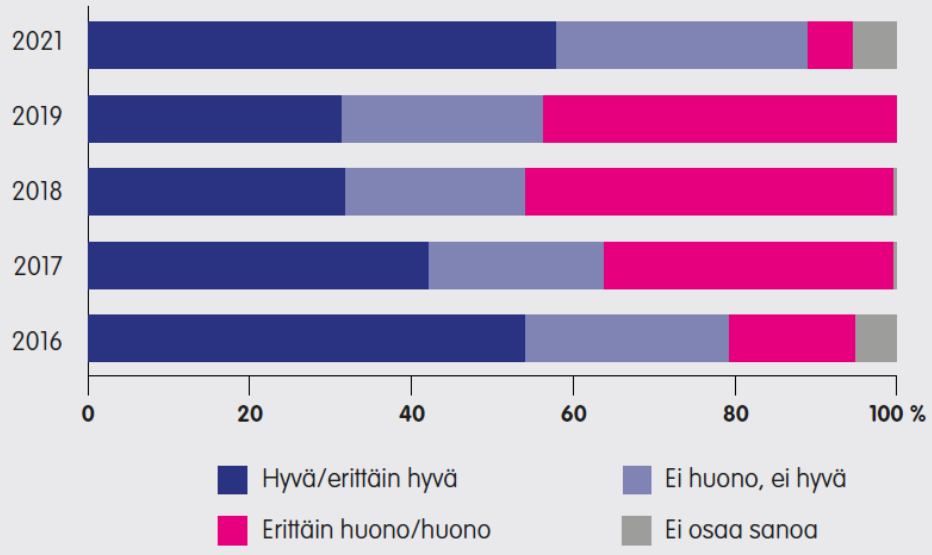
Vertti Kiukas
pääsihteeri

Lisäkysymyksiä

Jos uudistus viedään läpi esitetyssä muodossaan ilman muutoksia, onko se mielestänne parannus vai heikennys nykytilaan suomalaisten hyvinvoinnin kannalta?

SOSTE on pitänyt sote-uudistusta esitetyssä muodossaan parannuksena nykytilaan. SOSTE on katsonut, että nykyinen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä ei pysty turvaamaan riittäviä, oikea-aikaisia ja yhdenvertaisia palveluita eikä sillä pystytä kaventamaan väestön terveys- ja hyvinvointieroja. Eri väestöryhmien väliset ja alueelliset erot sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudessa ovat isot ja eriarvoisuus on kasvanut. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on välttämätön yhdenvertaisten palvelujen saatavuuden varmistamiseksi ja perusoikeuksien toteutumiseksi.

Myös SOSTEn toteuttama Sosiaalibarometri 2021 kertoo, että kuntien sosiaali- ja terveysjohtajat suhtautuvat nyt esitettyyn uudistukseen huomattavasti myönteisemmin kuin eräisiin aiempiin uudistussuunnitelmiin, joita kohtaan SOSTEkin oli huomattavasti kriittisempi.



KUVIO 1. Sosiaali- ja terveysjohtajien arviot sote-uudistuksesta* kokonaisuutena, %.

*tilastollisesti merkitsevä ero

Miten yksityisten palveluntarjoajien rooli muuttuisi uudistuksessa? Kuinka laaja mahdollisuus hyvinvointialueilla tosiasiassa on järjestää palveluja haluamallaan tavalla uudistuksen jälkeen?

Onnistuneet palveluketjut vaativat hyvinvointialueilta hyvää hankintaosaamista. Palveluiden asiakaslähtöisyyden näkökulmasta on tärkeää, että järjestöt voivat jatkossakin toimia palveluntuottajina. Esimerkiksi järjestöiden tuottamia palveluja hankkimalla voidaan vastata yksilölliseen palvelutarpeeseen ja hyvinvointialueen alueellisiin erityispiirteisiin. Uudessa toimintaympäristössä nykyisiä kuntia huomattavasti suurempien hyvinvointialueiden tulee panostaa entistä enemmän laadun ja vaikuttavuuden hankintaan.

SOSTE katsoo, että hyvinvointialueilla tulee olla laaja-alaiset mahdollisuudet järjestää palveluja haluamallaan tavalla uudistuksen jälkeen. Tämänhetkisen arviomme mukaan nyt suunniteltu lainsäädäntö ei aseta tälle esteitä.

Lausunnoissa kannetaan huolta kuntien ja hyvinvointialueiden välisestä integraatiosta ja näiden väliin jäävissä palveluissa. Erityisesti ennaltaehkäisen hoidon saatavuuden, kannusteiden ja Uudenmaan erillisratkaisun suhteen esiintyy huolta. Millä tavoin integraation vahvistaminen on huomioitu uudistuksessa?

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa säädettäisiin, että hyvinvointialueen olisi huolehdittava sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelemisestä sekä edistettävä toiminnan yhteensovittamista kunnan, valtion ja hyvinvointialueen muiden palvelujen kanssa sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä.

SOSTE on esittänyt sosiaali- ja terveysvaliokunnalle, että palvelujen integraation varmistamiseksi tulisi perustaa lakisääteinen toimielin, jossa koko palveluita ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen -toimintoja tarjoavat toimijat (hyvinvointialue, kunnat, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat) olisivat mukana. SOSTE esittää, että **sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 10 § (Asiakkaiden palvelujen yhteensovittaminen) 2. mom. alkuun lisätään: Hyvinvointialueella tulee olla palvelujen integraatiota varmistava toimielin, jossa kaikilla sidosryhmillä on jäsenyys.**

Lakiesityksessä esitetään, että Uudenmaan hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä yhteistyössä sopisivat lakisääteisessä HUS-järjestämissopimuksessa yhteisistä toimenpiteistä osapuolten palveluiden yhteensovittamisesta kokonaisuuksiksi ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien yhteisestä määrittelemisestä. Sopimukseen sisältyväksi ehdotetut koko Uudenmaan alueen kattavat, yhdessä määritellyt palveluketjut ja palvelukokonaisuudet ohjaisivat yhteensovittamista ja yhteistyötä. **SOSTE pitää lakisääteistä HUS-järjestämissopimusta oleellisena integraation toteutumisen varmistamiseksi.** Olennaista ihmisten näkökulmasta on se, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito toimivat saumattomasti apua tarvitsevan yksilöllisistä tarpeista käsin.

SOSTE näkee, että kuntien ja hyvinvointialueen välistä integraatiota tukee laki hyvinvointialueesta 14 § kirjaus hyvinvointialueen ja kuntien neuvottelusta. Pykälässä säädettäisiin, että hyvinvointialueen ja sen alueen kuntien on neuvoteltava vähintään valtuustokausittain tehtäviensä hoitamiseen liittyvästä yhteistyöstä, tavoitteista ja työnjaosta.

Asiantuntijakuulemisessa on väitetty, ettei uudistus sisällä riittäviä kannustimia kustannusvaikuttavuuden kehittämiseen ja ennaltaehkäisevään työhön. Millaiset ovat hyvinvointialueiden kannustimet kustannusvaikuttavuuden kehittämiseen ja ennaltaehkäisevään työhön?

Vaikka sote-sektorin tuottavuuden merkittävä parantaminen kokonaisuutena on haastavaa, SOSTE korostaa, että nykyjärjestelmässä on runsaasti osa-alueita, joilla tuottavuutta voidaan parantaa. Suomi onnistuu esim. muita Pohjoismaita heikommin torjumaan ennaltaehkäistäviä sairauksia.

Kustannusvaikuttavuutta tavoiteltaessa on kuitenkin syytä muistaa, että Suomessa terveyssektorin julkinen rahoitus ja kokonaisrahoitus ovat selvästi matalammat kuin muissa Pohjoismaissa. Tanska, Norja ja Ruotsi käyttävät keskimäärin 1,9 prosenttiyksikköä korkeamman osan bruttokansantuotteestaan (8,9 %) julkisiin terveysmenoihin kuin Suomi (7,0 %yks). Rahoitustaso ylittää Suomen hieman yli neljänneksellä (27 %). On vaikea saada pohjoismaisen tason terveydenhuoltoa, jos pohjoismaisen rahoitustason saavuttaminen edellyttäisi jo nyt 5 miljardin lisäystä terveydenhuollon resursseihin.

SOSTE katsoo, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on nostettava keskeiseksi yhteiskuntapoliittiseksi kysymykseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistuksen rinnalle. Hyvinvointialueiden valtion rahoituksesta noin 1 % perustuisi hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. **SOSTE esittää, että osuuden tulisi olla suurempi, jotta myös hyvinvointialueilla olisi vahvempi kannuste hyvinvoinnin ja terveyden edistämiselle.**

Pidemmällä aikavälillä tuottavuuden parantamiskannustimet olisi syytä pyrkiä kytkemään indikaattoreihin, joilla mitataan kansalaisten hyvinvointitulemia ja pääsyä niihin palveluihin, joihin heillä on oikeus. Tämä voisi myös luoda kannustimia hyvinvointialueille kohdentaa resursseja uudelleen hoidosta ennaltaehkäisyyn niillä hyvinvointialueilla, joissa erityissairaanhoidon asema on voimakkaasti korostunut perusterveydenhuollon ja ennaltaehkäisevän toiminnan kustannuksella.

Hyvinvointialueilla on oltava riittävästi liikkumavaraa kokonaisuuden kannalta tärkeisiin, palvelujen kehittämiseen liittyviin hyvinvointi-investointeihin.

Vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä jakautuu kuntien ja hyvinvointialueiden välille. Tähän on arvioitu asiantuntijakuulemisessa sisältyvän riski siitä, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jäisi ns. ”ei kenenkään maaksi”. Miten arvioitte väitettä? Koska hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osuus esimerkiksi kuntien saamasta rahoituksesta on melko pieni, se herättää kysymyksen siitä, miten se kannustaa kuntia panostamaan ennaltaehkäisevään ja hyvinvointia edistävän työhön?

SOSTE pitää hyvänä, että vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä on lakiesityksessä sekä kunnilla että hyvinvointialueella. Laki velvoittaisi kunnat ja hyvinvointialueet tekemään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä yhteistyötä toistensa sekä muiden julkisten toimijoiden, yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. Yhteistyön rakenne on kuitenkin jätetty hyvinvointialueiden päätettäväksi. SOSTE pitää tärkeänä, että jokaiselle alueelle muodostuu toimiva yhteistyörakenne.

Kunnille esitetään lakiesityksessä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen valtionosuuden lisäosaa. Tämä hyte-kerroin olisi kannustin, joka tarkoittaa, että kuntien rahoituksen valtionosuuden suuruus määräytyy osaksi niiden tekemän hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön mukaan. Kannustimella pyritään varmistamaan, että kunnat toimivat aktiivisesti asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi myös sote-uudistuksen jälkeen.

Alustavasti on kaavailtu, että jaettava summa olisi noin 100 miljoonaa euroa. Rahoitus olisi yleiskatteellista, eli se sisältyy kunnan saamaan valtionosuuteen. Kunta voi käyttää saamansa summan valtionosuuden perusteissa osoitettujen tehtävien hoitamiseksi. SOSTE katsoo, että kunnilla tulisi vahva kannustin huolehtia asukkaidensa hyvinvoinnista ja terveydestä. Tehtävä on kunnille lakisääteinen ja kuntien näkökulmasta olisi varsin lyhytnäköistä olla huolehtimatta kuntalaisten hyvinvoinnista.

Kuinka suurena uhkana näette koulutetun työvoiman saatavuuteen liittyvät ongelmat sote-sektorin kehittämisessä ja tuoko uudistus välineitä vaikuttaa asiaan?

Koulutetun työvoiman saatavuus muodostaa keskeisen ongelman sote-sektorin kehittämiselle. Työvoiman saatavuuden osalta on syytä erottaa toisistaan vähintään kolme eri kysymystä: 1) kuinka paljon koulutettua työvoimaa on saatavilla? 2) miten sote-sektori voi vaikuttaa työvoimatarpeeseensa ja 3) miten julkisesti rahoitettu sote-järjestelmä voi saada tarvitsemansa työvoiman?

Näistä ensimmäinen kysymys liittyy ensisijaisesti sote-sektorin koulutustarjontaan ja osaamisperäiseen maahanmuuttoon. Maahanmuutolla voidaan paikata kotimaisen

työvoimatarjonnan puutteita, mutta pitkällä aikavälillä kestävä ja riittävä koulutetun työvoiman saatavuus on syytä tarjota kotimaisen työvoimatarjonnan riittävyydellä ja siten riittävällä koulutustarjonnalla.

Koulutustarve-ennakoinnissa on koko 2000-luvun ajan oletettu toimialojen välinen tuottavuuskonvergenssi, jossa sotepuolen tuottavuus kasvaa keskimääräistä nopeammin (ja selvästi nopeammin kuin koskaan aiemmin), minkä lisäksi on oletettu lääkärityövoiman tarpeen laskevan heidän tehtäviensä siirtyessä osin (tiimityöskentelyn jne. avulla) sairaanhoitajille. Näin ei ole kaikin osin tapahtunut, mutta toisaalta lääkäreiden määrän kasvu on paikannut vajausta.

Sote-sektorilla tarvittavan työvoiman työmarkkinatarjonnan varmistamiseksi tarvittavat keskeiset ratkaisut kuuluvat ensisijaisesti koulutuspolitiikan saralle ja edellyttävät erityisesti terveyssektorin koulutuksen laajentamista.

Sote-sektorilla on myös digitalisaatiolla ja toimintatapoja kehittämällä edellytykset lisätä tuottavuutta ja siten vähentää työvoimatarvetta. SOSTEn aiemminkin korostaman Baumolin taudin takia ei ole odotettavissa, että sote-sektorin tuottavuuskasvu olisi talouden yleistä tuottavuuskasvua nopeampaa, joten sote-sektorin työvoimatarve osuutena koko työvoimasta tulee kasvamaan.

Kolmannen kysymyksen osalta järjestäjäkoon kasvu voi parantaa julkisen järjestäjän edellytyksiä kilpailusta koulutetusta työvoimasta. Tältä osin on kuitenkin huomattava, että koska sote-sektorin edellyttämän koulutuksen suorittaneilla, erityisesti esim. lääkäreillä, toteutunut työllisyysaste on jo nyt hyvin korkea, joten potentiaali siirtymistä työhön työvoiman ulkopuolelta tai työttömyydestä on hyvin rajoitettu. Tästä seuraa, että jos rakennemuutokset parantavat koulutetun työvoiman saatavuutta julkiselle sektorille parantamalla sen edellytyksiä kilpailla työvoimasta, tällä on heijastusvaikutuksia yksityisen sote-tuotannon työvoiman saatavuudelle.

Suomen edellytyksiä saavuttaa pohjoismainen terveydenhuollon taso rajoittaa paitsi se, että Suomessa terveyssektori on selvästi heikommin resursoitu kuin muissa Pohjoismaissa (n. 5 mrd resurssilisäys veisi meidät Pohjoismaiden keskitasolle). Lääkärimäärissä olemme suhteellisesti vielä enemmän pohjoismaista tasoa jäljessä kuin terveydenhuollon kokonaisrahoituksessa, joten resurssitason parantaminen ilman tarvittavan työvoiman tarjonnan lisäystä voi parantaa tilannetta vain rajallisesti.

Komissio on Suomen maakohtaisissa suosituksissa suositellut toimia terveydenhuollon henkilöstöpulaan puuttumiseksi. SOSTE esitti, että EU:n elpymis- ja palautumisvälineen resurssien käyttäminen yliopistollisen lääkärikoulutuksen määräaikaiseen 2000 lääkärin (200 miljoonaa euroa) ja ammattikorkeakoulujen sairaanhoitajakoulutuksen 10000 sairaanhoitajan

(280 miljoonaa euroa) koulutuslaajennukseen parantaisi terveydenhuollon henkilöstön saatavuutta keskipitkällä ja pitkällä aikavälillä sekä nostaisi väestön koulutustasoa.