Liina-Kaisa Tynkkynen, FT, dosentti
Tenure track -tutkija (Assistant Professor)

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Tampereen yliopisto

liina-kaisa.tynkkynen@tuni.fi
040 190 1675

LAUSUNTO
Perustuslakivaliokunta

Viite: Perustuslakivaliokunnan etäkuuleminen 4.5.2021

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

Teema: Lakiehdotusten suhde perustuslain 124 §:ään ja erityisesti julkisomisteisten yhteisöjen rooli uudistuksessa

Lausunto

Kiitän valiokuntaa mahdollisuudesta antaa asiantuntija-arvioni edellä mainitusta hallituksen esityksestä. Valiokunta on pyytänyt arvioimaan ennen kaikkea lakiehdotusten suhdetta perustuslain 124 §:ään ja erityisesti julkisomisteisten yhteisöjen roolia uudistuksessa. Oma asiantuntemukseni liittyy sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmien ja -politiikan alueelle. Näiden linssien läpi tarkastelen myös annettua teemaa. Annan aluksi lyhyen kokonaisarvion uudistuksesta ja sen jälkeen käsittelen julkisomisteisten yhtiöiden roolia uudistuksessa sekä lakiehdotuksen suhdetta perustuslain 124 §:ään oman asiantuntijuuteni puitteissa.

Yleinen arvio uudistuksen perusratkaisuista

Yleisesti totean uudistuksen olevan periaatteiltaan kannatettava ja linjassa aikaisempien rakenneuudistusyritysten kanssa. Hallitus esittää sosiaali- ja terveyspalveluiden (jatkossa sote-palveluiden) järjestämisvastuun siirtämistä 22 järjestäjälle nykyisten noin 200 järjestäjätahon sijaan. Yleisen arvion mukaan, nykyisen kuntapohjaisen järjestelmän mahdollisuus kestävällä tavalla turvata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille, etenkin isojen kasvukeskusten ulkopuolella asuville asukkaille, on rajallinen. Palvelujärjestelmä onkin rakenteiltaan jo kehittynyt kohti laajempia, nyt esitettyjen hyvinvointialueiden kokoisia järjestäjätahoja. Esitettyä uudistusta onkin mahdollista katsoa melko loogisena jatkumona jo pitkään käynnissä olleelle uudistusprosessille. Nyt käsittelyssä oleva uudistus rakentuu pitkälti edellisten esitysten päälle ja on toteutettavuudeltaan tältä osin myös pitkässä sote-uudistusten saagassa toteuttamiskelpoisin. Se rakentuu sosiaali- ja terveyspalveluiden horisontaalisen ja vertikaalisen integraation ajatukselle ja sitä kautta tukee pitkäaikaista sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmäpolitiikan tavoitetta yhteensovitetuista palveluista. Rakenteellinen uudistus luo muutospotentiaalia mutta sen rinnalle tarvitaan palvelureformeja sekä uudenlaista orientaatiota palvelujärjestelmän strategiseen ohjaukseen. Sote-uudistus ei tule valmiiksi mutta ottaa yhden askeleen eteenpäin.

Esityksen keskeisenä heikkoutena voidaan katsoa olevan sen, että monet hyvinvointialueet ovat jäämässä melko pieniksi esimerkiksi vaativan erikoissairaanhoidon ja muiden kalliiden ja erityisosaamista vaativien palveluiden järjestämisen näkökulmasta. Tältä osin yhteistyöalueiden roolia ja vaativien palveluiden järjestämisvastuun keskittämistä kansallisella ohjauksella voi olla syytä tulevaisuudessa vahvistaa. Alueiden pieni koko voi muodostaa ongelman myös mahdollisille rahoitusjärjestelmän uudistuksille (esimerkiksi aluevero).

Uudistuksessa kansallista sote-järjestelmän ohjausta vahvistetaan huomattavasti. Tämä on ollut pitkän aikavälin tavoite, joka on myös monelta osin perusteltu. Valtiontason ohjauksen vahvistamisen puolesta puhuu myös se, että ainakin alussa hyvinvointialueiden rahoitus olisi valtiollista. Samalla se kuitenkin herättää kysymyksen hyvinvointialueiden todellisesta itsehallinnosta, kansalaisten osallistumismahdollisuuksista ja alueellisen demokratiasta. Järjestelmän ketteryys ja kyky sopeutua paikallisiin tarpeisiin eivät saisi vaarantua uudistuksessa. Jos keskeiset päätökset esimerkiksi hyvinvointialueiden rahoituksen tasosta tehdään muualla kuin hyvinvointialueilla ei itsehallinto kaikilta osin toteudu. Tämä on asia, jota on syytä uudistuksen mahdollisesti siirtyessä toimeenpanovaiheeseen seurata ja jatkokehittää vastaamaan vahvempaa paikallista ja alueellista toimijuutta.

Se, että hyvinvointialueilla ei ole mahdollisuutta säätää oman rahoituksensa tasoa (so. verotusoikeuden puuttuminen) voi rajoittaa alueiden mahdollisuuksia toteuttaa palveluiden

järjestämisvastuutaan, vähentää kannusteita resurssien vaikuttavaan ja tehokkaaseen kohdentamiseen ja edelleen aiheuttaa riskin kustannusten ei-tarkoituksenmukaiseen kasvuun. Koska rahoitus tulee alkuvaiheessa pelkästään valtiolta (pois lukien asiakasmaksut) sisältyy malliin ns. pehmeän budjettirajoitteen ongelma. Tämä tarkoittaa, että valtio viimekädessä vastaa hyvinvointialueiden rahoituksesta, vaikka ne ylittäisivätkin budjettinsa tai joutuisivat muuten taloudelliseen ahdinkoon. Väestön hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen näkökulmasta hyvinvointialueiden kannustimet proaktiiviseen ja vaikuttavaan ennaltaehkäisevään toimintaan yhdessä kuntien kanssa voivat myös olla heikot. Taloudellisten kannustimien ja alueellisen hyvinvointipolitiikan näkökulmasta hyvinvointialueiden verotusoikeus yhdistettynä valtionosuusjärjestelmään olisikin perusteltu seuraava askel, jos nyt esitetty uudistus siirtyy toimeenpanovaiheeseen. Mahdollisen alueveron näkökulmasta esityksen keskeisenä heikkoutena voidaan katsoa olevan sen, että monet hyvinvointialueet ovat jäämässä melko pieniksi ja ne ovat niin väestönsä kuin tarvetekijöiden suhteen hyvin erilaisia. Jos (ja kun) alueiden veropohjissa on suurta variaatiota voi alueveron säätäminen muodostua jo tästä näkökulmasta haastavaksi. Tällöin keskeinen kysymys rahoitusmallin kehittämisen näkökulmasta on, kuinka suuri alueiden oman rahoitusvastuun (so. veron suuruus) tulisi olla, jotta se loisi kannusteita alueille vaikuttavien palveluiden järjestämiseksi ja miten kansallista rahoitusmallia voitaisiin suunnata paremmin vaikuttavuuspohjaiseen suuntaan.

Rahoitusmallia on kritisoitu paljon julkisuudessa. Oman arvioni mukaan ongelmia koituu ennemmin riittämättömästä kokonaisrahoituksen tasosta, ei niinkään siitä mallista, jonka mukaisesti rahat jaetaan hyvinvointialueille. Nähdäkseni nyt esitetty rahoitusmalli on voimavarojen kohdentamisen näkökulmasta kuitenkin parannus nykytilanteeseen. Rahoitusmallissa tarvetekijöiden rooli korostuu, minkä voidaan katsoa olevan linjassa yleisten terveyspoliittisten tavoitteiden kanssa. Sen voi katsoa luovan nykyistä paremman pohjan yhdenvertaisempien palveluiden toteutumiseen maan eri alueiden välillä. Maantieteellisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta palvelujärjestelmän resurssit ovat vahvimmat alueilla, joilla useilla mittareilla väestö voi kaikista parhaiten. Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen onkin tärkeää ennen kaikkea niiden asiakasryhmien näkökulmista, jotka peruspalveluidensa osalta nojaavat vahvasti julkisiin, verovaroin rahoitettuihin palveluihin (etenkin ensisijainen terveydenhuolto ja sosiaalipalvelut) ja niiden alueiden palveluiden turvaamisen kannalta, joiden väestön tarpeet ja palveluihin käytössä olevat voimavarat eivät nyt kohtaa. Jotta tulevaisuuden haasteisiin olisi mahdollista vastata myös PeL 19 § mukaisesti on kokonaisrahoituksen tasoon kiinnitettävä huomiota ja vakavasti harkittava sitä, missä määrin sosiaali- ja terveydenhuollon jo nyt verrattain alhaista julkisen rahoituksen tasoa on mahdollista kasvavien tarpeiden tilanteessa enää sopeuttaa.

Keskeinen sote-järjestelmämme kestävyyttä tulevaisuudessa haastava kysymys liittyy henkilöstöön. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat työvoimavaltainen ala. Henkilöstön saatavuus vaikuttaa paljolti siihen, kuinka palveluiden saatavuus ja saavutettavuus kehittyy. Yksityinen ja julkinen sektori kilpailevat jo nyt monin paikoin osaavasta henkilöstöstä. Hyvinvointialueilla onkin edessään myös mittava työ profiloitua kiinnostavina ja vetovoimaisina työnantajina. Yksi merkittävä perustason palveluiden saatavuuteen vaikuttava tekijä on, miten hyvinvointialueet onnistuvat rekrytoimaan palvelukseensa osaavaa työvoimaa. Lisäksi palvelutuotannon johtoon ja palvelujärjestelmän ohjaamiseen rekrytoitavan henkilöstön saatavuus vaikuttaa palvelujärjestelmän kokonaisuuteen ja sen tuottamiin tuloksiin. Henkilöstö on avainasemassa myös toimintatapojen uudistamisen näkökulmasta. Rakenteellinen uudistus jää osin kuolleeksi kirjaimeksi, jos ammattilaiset eivät ole valmiita toiminnallisiin muutoksiin. Henkilöstö on monin paikoin hyvin kuormittunutta ja korona-pandemia on lisännyt kuormitusta ja heikentänyt alan veto-

ja pitovoimaa monin paikoin. Hallintoratkaisulla on vaikea ratkaista tätä kysymystä, jos samaan aikaan johtamisesta, henkilöstön vaikutusmahdollisuuksista ja ennen kaikkea riittävistä taloudellisista resursseista ei huolehdita.

Lopuksi totean, että uudistusta ei tehdä piirustuspöydällä vaan monet keskeiset valinnat jäävät toimeenpanon aikana ratkaistaviksi. Siksi uudistuksen vaikutuksia on hankala etukäteen ennustaa. Monet sisällölliset uudistusprosessit kulkevat omia latujaan ja realisoituvat mahdollisesti vasta tulevaisuudessa. Tämän vuoksi, jos uudistus etenee toimeenpanovaiheeseen, sen vaikutuksia on seurattava ja arvioitava laaja-alaisesti.

Lakiehdotusten suhde perustuslain 124 §:ään ja erityisesti julkisomisteisten yhteisöjen rooli uudistuksessa

Otan seuraavassa kantaa ennen kaikkea julkisomisteisten yhteisöjen asemaan enkä laajenna tarkastelua tätä laajemmalle. Totean kuitenkin, että esityksestä jää epäselväksi, mikä hyvinvointialueiden todellinen liikkumavara palveluiden hankintojen suhteen on ja miten monituottajamallin tulevaisuus näyttää. Oma näkemykseni on, että palveluiden järjestäjien liikkumavaraa ei ole syytä tarpeettomasti rajata. Keskeinen kysymys, joka yksityisen ja julkisen työnjakoon liittyy, on nähdäkseni se, missä määrin järjestäjällä on mahdollisuus ohjata palvelutuotantoa ja alueellista palvelujärjestelmään niin, että sen kautta voidaan toteuttaa uudistuksen tavoitteet. Tältä osin alueilla tulisikin olla mahdollisuus sellaisiin ratkaisuihin, jotka palvelevat alueen tarpeita parhaalla mahdollisella tavalla.

Perustuslain 124 §:ssä säädetään niistä edellytyksistä, joita on noudatettava, kun julkisia hallintotehtäviä luovutetaan muille kuin viranomaisille. Säännöksen mukaan julkinen hallintotehtävä voidaan antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla, jos se on tarpeen tehtävän tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi eikä vaaranna perusoikeuksia, oikeusturvaa tai muita hyvän hallinnon vaatimuksia. Merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä tehtäviä voidaan kuitenkin antaa vain viranomaiselle. Myöskään järjestämisvastuuta ei voi siirtää yksityiselle palveluntuottajalle.

Hallituksen esityksessä julkisomisteiset yhteisöt rinnastetaan yksityisiksi palveluntuottajiksi ja näin ollen ne eivät siis määritelmällisesti olisi viranomaisia. Koska tietyt tehtävät (kuten erikoissairaanhoidon palvelutarpeen arviointi) määritellään esityksessä julkisiksi hallintotehtäviksi, jotka sisältävät merkittävää julkisen vallan käyttöä ja niiden voidaan katsoa liittyvän myös järjestämisvastuun piiriin, ei niitä voitaisi siirtää muun kuin viranomaisen toteuttamiksi. Käytännössä tämä siis tarkoittaisi sitä, että esimerkiksi tiettyjen sairaanhoitopiirien sidosyksikköjen toiminta edellyttäisi, että hoidon tarpeen arvioinnin tekisi jatkossa virkalääkäri, koska kyseessä on erikoissairaanhoidon palvelu.

Julkisomisteisten yhteisöjen asema liittyy järjestämislain 12 §:än, jossa säädettäisiin niistä reunaehdoista, joiden puitteissa hyvinvointialue voisi hankkia palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. Järjestämislain 8 §:n mukaan ”*järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi hyvinvointialueella on oltava palveluksessaan toiminnan edellyttämä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö sekä hallinnollinen ja muu henkilöstö, hallinnassaan asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet sekä muut tarvittavat toimintaedellytykset. Lisäksi hyvinvointialueella on oltava järjestämisvastuunsa toteuttamisen edellyttämä riittävä oma palvelutuotanto*.” Julkisomisteisten yhteisöjen osalta keskeinen kysymys liittyy siihen, mitä tarkoitetaan riittävällä omalla palvelutuotannolla ja miten julkisomisteisten yhteisöjen toiminta tähän rinnastuu.

Teoreettisesti tarkasteltuna julkisen ja yksityisen tuotannon raja julkisrahoitettujen sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta ei ole dikotominen[1]. Ennemmin ”julkinen” ja ”yksityinen” ovat saman jatkumon ääripäät ja jatkumolle asettuu erilaisella omistus/rahoituspohjalla olevia toimijoita, joiden julkisuus- ja yksityisyysasteet vaihtelevat. Järjestämislain 12 §:n ja julkisomisteisten yhteisöjen aseman näkökulmasta keskeinen kysymys liittyykin nähdäkseni siihen, mihin raja ”julkisen” ja ”yksityisen” välillä tällä jatkumolla vedetään ja, kuten on jo todettu, miten riittävä oman tuotannon vaade määritetään. Lisäksi kysymys liittyy siihen, onko esimerkiksi erikoissairaanhoidon hoidontarpeen arvio tosiasiallisesti sellaista toimintaa, että sen toteuttaminen muun kuin virkalääkärin toimesta vaarantaisi resurssien kohdentumisen niin että se olisi väestön ja yksittäisten kansalaisten oikeuksien näkökulmasta haitallista.

Asiaan ei nähdäkseni ole olemassa yksiselitteisiä vastauksia. Tutkimuskirjallisuuden tai muiden maiden kokemusten pohjalta ei esimerkiksi voida vetää selkeitä johtopäätöksiä siitä, millaisen omistuspohjan kautta julkisrahoitetut sosiaali- ja terveyspalvelut tulisi tuottaa[2] eikä järjestämislaissa tarkoitetun riittävän oman tuotannon määrittäminen kategorisesti ole mahdollista. Keskeinen tarkasteltava kysymys liittyykin mielestäni siihen, onko mahdollista, että julkisomisteisten yhtiöiden toiminnan rajoittaminen tai vaihtoehtoisesti toiminnan jatkuminen ennallaan vaarantaa järjestämisvastuussa olevan hyvinvointialueen kyvyn turvata riittävät palvelut kansalaisille kaikissa tilanteissa.

Nähdäkseni riittävien sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaamisen näkökulmasta (PeL 19 §) olennaista on tarkastella, millaisia strategisen ohjauksen (*governance*) työkaluja ja kyvykkyyksiä palveluiden järjestäjällä on ohjata palvelujärjestelmän toimintaa asetettujen tavoitteiden suuntaan kaikissa tilanteissa. Hoitoindikaatioiden määrittely ja resurssien kohdentamisen kysymykset liittyvät tähän keinovalikoimaan keskeisesti, mutta esimerkiksi hoitosuositusten ja kiireettömän hoidon kriteereiden osalta ohjauksen tulisi olla keskeisesti kansallista tai vähintään hyvinvointialuetasoista eikä kohdentua yksittäisen virkalääkärin päätösten tarkasteluun. Lisäksi suomalaisessa järjestelmässä lääkäriprofession autonomia hoitopäätösten tekemiseen organisaation omistuspohjasta riippumatta on ollut suuri. Nyt esitetyssä mallissa virkalääkäri, joka tekisi esimerkiksi hoidon tarpeen arvion potilaan erikoissairaanhoitoon ottamisesta, edustaisi viranomaistahoa, jonka tehtävänä on yksittäisen potilaan hoidontarpeen arvioinnin lisäksi huolehtia järjestämistehtävästä siltä osin kuin se koskee erikoissairaanhoidon resurssien käyttöä. Julkisomisteisten yhtiöiden osalta kysymys liittyy siihen, koituuko niille siirretystä vastuusta esimerkiksi hoidontarpeen arvion suhteen uhka järjestämistehtävän toteuttamiselle. Oman arvioni mukaan näin ei ole tilanteessa, jossa esimerkiksi jotkin erikoisalakohtaiset palvelut on organisoitu julkisomisteisen yhtiön muotoon hyvinvointialueen sisällä.

[1] Tynkkynen L-K. 2013. Towards Partnership? Studies on public-private collaboration in health and elderly care services in Finland. Tampere: Tampere University Press.

[2] ks. esim. Tynkkynen L-K, Vrangbaek K. 2018. Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe. BMC Health Services Research 18:141 ja Sinervo T, Noro A, Tynkkynen L-K, Sulander J, Taimio H, Finne-Soveri H, Lilja R, Syrjä V. 2010. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.