

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle
StV@eduskunta.fi

Viite: HE 241/2020 vp, HUS/449/2021

HUSin lausunto Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle sote-uudistusta koskevasta hallituksen esityksestä

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (HUS) lausuntoa hallituksen esityksestä eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta ja hyvinvointialueiden perustamista koskevaksi lainsäädännöksi (HE 241/2020 vp). HUS kiittää saamastaan lausuntopyynnöstä ja antaa seuraavan lausunnon.

Yleistä

Uudistuksessa esitetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtämistä kunnilta ja kuntayhtymiltä perustettaville itsehallinnollisille alueellisille viranomaisille eli hyvinvointialueille. Hyvinvointialueita esitetään perustettavaksi Suomeen 21 kappaletta. Lisäksi Helsingin kaupunki vastaa alueellaan hyvinvointialueille kuuluvista tehtävistä.

HUS näkee sote-uudistuksen tavoitteiden toteutumisen tärkeänä, mutta lausunnolla olevassa hallituksen esityksessä on useita sellaisia tekijöitä, jotka olennaisesti vaarantavat näiden tavoitteiden toteutumisen. Etenkin Uudenmaan maakunnassa hallituksen esityksen mukaisesti järjestetty ja rahoitettu palvelujärjestelmä ei kykenisi tarjoamaan väestölle riittäviä terveyspalveluja. **Merkittävimmät esityksen ongelmat liittyvät rahoitusmalliin ja investointien toteuttamistapaan, jotka jo sinällään tekevät ehdotetusta järjestelmästä tarkoitukseensa soveltumattoman ja toimimattoman.** Rahoituksen ja investointien lisäksi myös muissa osakokonaisuuksissa on puutteellisuksia, jotka esimerkiksi haittaavat palveluintegraation yhdenvertaista toteutumista Suomessa.

Hallituksen esitysluonnoksessa on myös olemassa olevaa järjestelmää selkeyttäviä ja tehostavia muutoksia. Nämä ovat kuitenkin kokonaisuuden kannalta olennaisesti vähäisempiä kuin esimerkiksi edellä mainitut rahoituskysymykset.

Lausunto on ryhmitelty asiakokonaisuuksittain seuraaviin teemoihin: Uudenmaan erillisratkaisu, Tiedon integraatio, Palveluintegraatio ja lähipalveluiden turvaaminen, Rahoitus ja sen riittävyys, Investointien toteuttamisen edellytykset, Yliopistollisuus ja yliopistosairaala, Valmiuden ylläpito ja varautuminen, Yhteistyöalueen rooli ja tehtävät, Valinnanvapauden ulottuvuus ja Lääkärin virka-asemaa koskevat ehdotukset. Tämän lisäksi erillisessä kappaleessa käsitellään muita, yksittäisiä kysymyksiä. Jokaisen teeman alkuun on nostettu tiivistyksenä keskeisimmät ongelmakohdat ja niiden vaatimat muutokset.

Uudenmaan erillISRatkaisu

- **HUS-yhtymän toimintaedellytysten varmistaminen erillISRatkaisussa edellyttää HUS-yhtymän, Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin kiinteitä yhteistyörakenteita ja yhdessä määrittelemiä strategisia tavoitteita, sekä näihin perustuvaa HUS-yhtymän yhdensuuntaista omistajaohjausta, sekä tiedon integraatiota.**
- **Erikoissairaanhoidossa erityisosaamista syntyy sinne, missä on muita suurempi perustoiminnan volyymi. HUSin näkemyksen mukaan HUS-yhtymän toimintakyvyn ylläpitäminen edellyttää HUS-yhtymän noin nykyistä vastaavaa erikoissairaanhoidon järjestämisvastuuta.**

Ehdotetun sääntelyn keskeinen arviointikohde koskee sitä, voidaanko HUS-yhtymä, hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin vastuulla olevien palveluiden toiminnallinen yhteensovittaminen ja saumattomat palveluketjut toteuttaa myös erillISRatkaisun piirissä ja toteuttaako erillISRatkaisu täten hoidon yhdenvertaisuutta muuta Suomea vastaavasti.

Integraatio on yksi uudistuksen keskeisistä työkaluista palveluiden laadun turvaamiseksi. Integraatiota edistävät muutokset ja toimenpiteet jaetaan kahteen ryhmään, eli toisaalta järjestämisen tai rakenteelliseen integraatioon ja toisaalta asiakastason palveluintegraatioon, jota kutsutaan myös toiminnalliseksi integraatioksi. Tiivistetysti näitä voi luonnehtia siten, että järjestämisen integraatio luo edellytyksiä integroiduille palveluille, joita toteutetaan toiminnallisen integraation kautta. Se ei kuitenkaan ole toiminnallisen integraation ehdoton edellytys. Toiminnallinen integraatio takaa viime kädessä sujuvat palveluketjut ja -kokonaisuudet.

Uudenmaan erillISRatkaisun osalta on todettu, että erilaiset olosuhteet Uudellamaalla voivat mahdollistaa ja suorastaan edellyttää Uudellamaalla toisenlaisia järjestämisen rakenteita, jos se on välttämätöntä potilaiden ja asiakkaiden perusoikeuksien turvaamiseksi. Ottaen huomioon integraation merkityksen koko uudistuksen tavoitteiden toteutumiselle, tulisi Uudellamaalla kuitenkin erillISRatkaisusta huolimatta tavoitella muuta maata vastaavaa toiminnallista integraatiota HUS-yhtymän ja hyvinvointialueiden sekä Helsingin kaupungin välillä. Tässä suhteessa lopputulos ratkaisee, eli yhdenvertaisuuden saavuttamiseksi tulee Uudenmaan asukkaiden palvelukokonaisuuksien olla laadullisesti vastaavia suhteessa muuhun maahan. Integraation ja palvelujen yhdenvertaisuuden toteutumisen näkökulmasta erityisesti keskeisiin tiedon integraation toteutumisedellytyksiin liittyy nyt ehdotetussa lainsäädännössä huomattavia ongelmia, joita käsitellään myöhemmin tässä lausunnossa. Myös palveluintegraatioon palataan myöhemmin tässä lausunnossa.

Uusimaa-lain 4 ja 5 §:ssä säädettäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuusta. Ehdotuksen mukaan HUS-yhtymällä olisi erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu terveydenhuoltolain 45 §:n perusteella HUS-yhtymälle keskitettävistä ja näihin rinnastettavista palveluista, opetuksen ja tutkimuksen järjestämisen kannalta tarpeellisista palveluista, terveydenhuoltolain 50 §:n mukaisesta kiireellisestä hoidosta pl. perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanotto toiminta, ensihoidosta, varautumisesta häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin sekä niistä erikoissairaanhoidon palveluista, joita edellä mainittujen palvelujen järjestäminen edellyttää, jotta turvataan HUS-yhtymän erikoissairaanhoidon palvelujen riittävä määrällinen ja sisällöllinen kokonaisuus osaamisen, potilasturvallisuuden, palvelujen laadun sekä kustannusvaikuttavuuden varmistamiseksi. Lisäksi HUS-

yhtymän vastuulle voidaan sote-järjestämislain 36 §:n mukaisessa yhteistyösopimuksessa ja Uusimaalain 9 §:n mukaisessa HUS-järjestämissopimuksessa osoittaa myös muita järjestämistehtäviä. Uusimaa-lain 6 §:ssä määritellään muut HUS-yhtymän vastuulla olevat tehtävät, joita ovat muun muassa HUS-yhtymän vastuulle kuuluviin palveluihin liittyvät tutkimus-, kehittämis- ja koulutus-tehtävät.

Erikoissairaanhoidon järjestämisen yleisiin lainalaisuuksiin kuuluu, että erityisosaamista syntyy sinne, missä toiminnan perusvolyyymi on muita suurempi. Riittävä perustoiminnan volyyymi mahdollistaa sen, että osa asiantuntijoista voi keskittyä harvinaisempiin tai vaativampiin tehtäviin. Mikäli sairaalan perustoimintaa vähennetään, tällä on väistämättä negatiivinen vaikutus myös vaativan tason erityistehtävien hoitoon esimerkiksi osaamisen rapautuessa, rekrytointien vaikeutuessa ja kustannusten kasvaessa, mikä puolestaan luo merkittävän riskin yhdenvertaisuuden ja potilasturvallisuuden toteutumiselle.

HUS perustettiin vuonna 2000, jotta hoidon kustannuksia saataisiin matalammaksi ja saatavuutta paremmaksi. Kustannusten hallinnan keinona oli purkaa päällekkäisiä palveluita, joita kolmessa eri organisaatiossa väkisinkin oli. HUS on eittämättä ollut menestystarina sekä erikoissairaanhoidon laadun kehittämisen että kustannuskehityksen hillinnän näkökulmasta. Esimerkiksi kustannusten kasvuvauhti on HUSissa ollut selvästi maltillisempaa kuin muissa Suomen sairaanhoitopiireissä.

Mikäli edelleen halutaan, että HUS-yhtymä kykenee säilyttämään nykyisen korkeatasoisen ja kustannusvaikuttavan erikoissairaanhoidon osaamisensa, myös HUS-yhtymän perustoiminnan riittävä volyyymi tulee varmistaa. Tämä tulee huomioida erillisratkaisuun liittyvässä lainsäädännössä ja sen toimeenpanon, erityisesti HUS-järjestämissopimuksen valmistelun, yhteydessä. **HUSin näkemysten mukaan HUS-yhtymän erityistehtävien turvaaminen ja osaamisen kehittämiseksi välttämättömät tekniset ja akateemiset kyvykkyydet edellyttävät HUS-yhtymän noin nykyisentasoista erikoissairaanhoidon järjestämisvastuuta.**

Oletusarvoinen työnjako Uusimaa-laissa on sinänsä asiallisesti määritelty HUS-yhtymän ja Uudenmaan hyvinvointialueiden välillä. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun tarkempi jakautuminen HUS-yhtymän ja Uudenmaan hyvinvointialueiden sekä Helsingin kaupungin välillä jää kuitenkin käytännössä HUS-järjestämissopimuksen varaan. Työnjakoon jää lisäksi paljon sellaisia elementtejä, jotka viime kädessä ratkaistaan tapauskohtaisesti lääketieteellisin perustein. Rakenteen tekee haastavaksi se, että työnjako on yleispiirteinen ja sitä on vaikea, ellei mahdoton kuvata tyhjentävästi. Tämä lisää riskiä päällekkäisille toiminnoille HUS-yhtymässä ja hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungissa. Tämä ei myöskään mahdollista sitä, että lain, tai edes sopimuksen, tasolla otettaisiin huomioon kaikkia toimintaan vaikuttavia velvoitteita. Työnjaon tulee joka tapauksessa toteuttaa paitsi Uusimaa-laista seuraavat velvoitteet, niin myös kaikki muut Uudenmaan hyvinvointialueisiin ja HUS-yhtymään kohdistuvat velvoitteet. Tämä todetaankin asianmukaisesti sote-järjestämislain 3 §:n 1 momentissa, jonka mukaisesti ”sosiaali- ja terveydenhuoltoa järjestettäessä ja tuotettaessa on noudatettava lisäksi, mitä sosiaali- ja terveydenhuollon yleis- ja erityislainsäädännössä säädetään”.

HUS-yhtymän toimintakyvyn kannalta keskeisenä erillisratkaisuun liittyvänä riskinä on, että Uudenmaan hyvinvointialueet asettavat hyvin eritasoisia ja -suuntaisia tavoitteita ja sitä kautta vaa-

teita HUS-yhtymälle. Käytännön tasolla tämä tarkoittaisi sitä, että HUS-yhtymän tulisi kyetä sovitamaan omaa toimintaansa viiteen erilaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Tämä heikentäisi merkittävästi HUS-yhtymän yleisiä toimintaedellytyksiä ja sillä olisi tätä kautta merkittäviä heijastevaikutuksia myös HUS-yhtymän vaativan erityistason tehtävien hoitoon. Käytännössä tällaisessa palvelujärjestelmäympäristössä toimiminen saattaisikin pahimmillaan osoittautua HUS-yhtymälle mahdottomaksi ja johtaa HUS-yhtymän hajoamiseen.

Jotta erillisratkaisun toimeenpano voisi onnistua, tulisi Uudenmaan maakunnan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän kyetä nykyistä tiiviimpään dialogiseen strategiseen yhteistyöhön. **Yhteistyön keskeisenä tavoitteena tulisi olla kaikille toimijoille yhdessä ja yhteisesti asetetut strategiset tavoitteet ja mittarit, joiden kautta Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin HUS-yhtymään kohdistama omistajaohjaus olisi mahdollisimman yhdensuuntaista sekä strategisella että operatiivisella tasolla. Tämä puolestaan edellyttäisi Uudellemaalle kiinteitä talouden ja toiminnan strategisia ja operatiivisia yhteistyörakenteita, joita ei tulisi jättää HUS-järjestämissopimuksen varaan, vaan joista tulisi säätää Uusimaa-laissa.** Lisäksi Uusimaa-lain 9 §:ää tulisi täydentää siten, että yhteisten kehittämistavoitteiden lisäksi HUS-järjestämissopimuksessa tulisi sopia myös yhteisistä strategisista tavoitteista. Tämä parantaisi toimivan yhteistyön edellytyksiä ja samalla takaisi nykyistä paremmin palvelujen yhdenvertaisen toteutumisen Uudenmaan maakunnan alueella. Hyvä esimerkki tällaisesta rakenteesta olisi HUSin yhdessä Uudenmaan kuntien kanssa vuonna 2019 perustama HUS Strato (strategia, talous, toiminta) yhteistyöryhmä.

Lakiesityksen mukaan HUS-yhtymässä on oltava perusterveydenhuollon yksikkö, jossa on moniammatillinen terveystalon tuntemus ja joka tukee HUS-järjestämissopimuksessa sovitulla tavalla palvelujen yhteensovittamista erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä sosiaalihuollon välillä. Lain perusteluissa todetaan, että säännös on tarpeen, koska muualla Suomessa ei ole vastaavaa tarvetta säätää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta, koska vastaavaa hallinnollista jakoa ei ole ja tehtävästä vastaa kukin hyvinvointialue kokonaisuudessaan. HUS-yhtymän integroiva perusterveydenhuollon yksikkö on erittäin tarpeellinen ja sen tehtävät palvelujen yhteensovittamisessa korostuvat tilanteessa, jossa Uudenmaan palvelutuotanto hajautetaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kesken. On myös perusteltua, että ehdotettu perusterveydenhuollon yksikkö sijoittuu HUS-yhtymään, jonka toimialue kattaa koko Uudenmaan alueen. Perusterveydenhuollon yksikölle tulee taata järjestämissopimuksessa riittävä osaaminen ja voimavarat integraatiotehtävän hoitamiseksi.

Nykyisin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kuntayhtymässä lakisääteisen perusterveydenhuollon yksikön rinnalla toimii myös sosiaalialan osaamiskeskuslakiin perustuva pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca, mutta sen roolia ei ole lakiehdotuksessa HUS-yhtymän perusterveydenhuollon yksikköä vastaavalla tavalla määritelty. Toistaiseksi on epäselvää, pysyykö sosiaalialan osaamiskeskuslaki voimassa ja myönnetäänkö sille edelleen rahoitusta valtion budjetista. Integraation varmistamiseksi HUS-yhtymässä voisi olla perusterveydenhuollon yksikköä vastaava sosiaalialan yksikkö tai yhteinen perusterveydenhuollon ja sosiaalialan yksikkö, erityisesti jos sosiaalialan osaamiskeskuslaki ei enää ole voimassa.

HUS-yhtymän vastuulle tulisi myös erillisratkaisussa päivystyksen ja ensihoidon järjestäminen. Tämä ehdotus on kannatettava, koska toisaalta päivystyksellä on kiinteä yhteys erikoissairaanhoidon toimintaan yli 50 % vuodeosastopotilaista tullessa nykyisin sairaalaan päivystyksen kautta, ja

toisaalta koska sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuoltotasaisen päivystyksen yhdistäminen ja keskittäminen yhteispäivystykseen on edelleen kannatettavaa. Erityisesti yhteispäivystysten yleislääkäripäivystyksen järjestämiseen ja yleislääkäripäivystäjien saatavuuteen liittyy kuitenkin nykytilanteessa huomattavia haasteita. HUSilla itsellään ei ole muuta yleislääkäritasoisia toimintaa, eikä siten omia yleislääkäreitä. Lukuisista Uudenmaan kuntien kanssa käydyistä keskusteluista huolimatta kunnat eivät ole toimittaneet yleislääkäripäivystäjiä HUSin yhteispäivystykseen. Tilannetta on jouduttu paikkaamaan mm. ostopalveluin. Vallitseva tilanne tulee erillISRatkaisun yhteydessä säilymään ennallaan ja siten myös poikkeamaan muun Suomen hyvinvointialueista. ErillISRatkaisun yhteydessä tulisi säätää hyvinvointialueiden velvollisuudesta antaa yleislääkäripäivystäjiä HUS-yhtymän ylläpitämien yhteispäivystysten käyttöön.

Tiedon integraatio

- **Tiedon integraation varmistaminen on erillISRatkaisun toimeenpanon ehdoton edellytys**
- **Uudenmaan maakunnan sote-toimijoiden yhteinen tietopohja tulee turvata**
- **Sote-tiedon käytölle Uudenmaan maakunnan sote-toimijoiden kesken ei saa muodostaa esteitä**
- **Nyt tehdyt ehdotukset heikentävät merkittävästi tiedon integraation mahdollisuuksia nykytilanteesta. Integraatio on välttämätön toiminnan vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden kehittämiseksi.**

Nykytilassa HUS-kuntayhtymän ja alueen kunnallisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjat muodostavat terveydenhuollon yhteisen potilastietorekisterin, jonka rekisterinpitäjänä ovat kaikki rekisteriin liittyneet terveydenhuollon toimintayksiköt niiden omien potilasasiakirjojen osalta (terveydenhuoltolaki 9 §). Uudistuksen yhteydessä kyseistä pykälää esitetään kumottavaksi, mikä heikentää tiedon integraatiota huomattavasti.

Palvelujen integraatio edellyttää yhteistä tietopohjaa. Ilman tätä integraation toteutumisella ei yksinkertaisesti ole edellytyksiä, ja tiedon integraatio on täten myös erillISRatkaisun toimeenpanon ehdoton edellytys. Terveydenhuollossa tämä käytännössä tarkoittaa sitä, että potilasta hoitavilla henkilöillä tulee olla lakisääteisen tehtävän suorittamista varten välttämättömät ajantasaiset tiedot potilaan terveydentilasta, potilaalle laadituista hoitosuunnitelmista sekä annetusta hoidosta ja sen vaikutuksista. Jos eri toimijoilla ei ole käytettävissään ajantasaista tietoa potilaan terveydentilasta ja asiakkaan kokonaistilanteesta, voidaan tuskin puhua mistään integraatiosta.

Hallituksen esityksen (sote-järjestämislaki 58 §) lähtökohtana on, että hyvinvointialue toimii sen järjestämisvastuulle kuuluvassa toiminnassa syntyneiden asiakas- ja potilastietojen rekisterinpitäjänä, mikä myös todetaan eksplisiittisesti pykälässä. Asiakas- ja potilastietojen tarkemman käsitteelyn osalta viitataan erityislainsäädäntöön ja lisäksi säädettäisiin tietojen käsittelyssä tilanteissa, joissa järjestämisvastuulle kuuluvia palveluita tuottaa yksityinen palvelutuottaja.

ErillISRatkaisusta seuraa, että Uudellamaalla on kuusi erillistä rekisterinpitäjää. Uudistuksessa ei kuitenkaan ole mitään tiedon integraatioon velvoittavia elementtejä

Uudenmaan osalta. Tiedon kulku Uudenmaan toimijoiden välillä itse asiassa heikenee nykytilanteeseen verrattuna, kun edellä mainittu terveydenhuoltolain 9 § esitetään kumottavaksi 1.2.2021 lausuntokierrokselle toimitetussa luonnoksessa hallituksen esitykseksi nk. sote100 -lakimuutoksissa. Sote-järjestämislain 58§ mukaisessa sääntelyssä ei lainkaan huomioida, että rekisterinpitäjän asema on EU:n tietosuojasetuksen mukaan sekä lainsäädännöllinen että toiminnallinen käsite (Guidelines 7/2020 on the concepts of controller and processor in the GDPR, European Data Protection Board). Määritelmään vaikuttaa keskeisesti organisaation faktiset mahdollisuudet päättää henkilötietojen käsittelyn tarkoituksista ja keinoista.

Ehdotettu sääntelykokonaisuus johtaisi käytännössä siihen, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön edellyttämän tiedonhallinnan osalta palattaisiin 2010 voimaantullutta terveydenhuoltolakia edeltäneeseen toimintamalliin, jossa potilastietojen hyödyntäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisten hoitoketjujen edellyttämiin tarpeisiin edellyttäisi asiakkaalta nimenomaista suostumusta. Tämä heikentäisi hyvin merkittävästi Uudenmaan erillISRatkaisun piirissä HUS-yhtymän vastuulla olevien erikoissairaanhoidon ja hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin vastuulla olevien peruspalveluiden yhteensovittamista nykytilaan verrattuna ja aiheuttaisi Uudenmaan erillISRatkaisun toiminnallisen integraation toimeenpanolle suuria vaikeuksia. Alueen asukkaat asetettaisiin ehdotetussa sääntelyssä tietojensa käyttömahdollisuuksien osalta eri asemaan muiden hyvinvointialueiden asukkaisiin nähden, eikä asiakasprosessien tarpeita vastaavan tiedonkulun toteuttaminen Uudellamaalla olisi mahdollista myöskään valtakunnallisten Kanta-palveluiden avulla. **Pahimmillaan tämä myös heikentää huomattavasti asiakas- ja potilasturvallisuutta, mikä ei voi olla tietosuojasääntelyn tarkoitus.**

Käytännössä muualla Suomessa hyvinvointialueet tulevat siis ylläpitämään omaa asiakas- ja potilastietojärjestelmää ja toteuttamaan tiedon integraatiota sen kautta. **Riittävän integraation takaamiseksi Uudenmaan toimijat tulee vähimmillään velvoittaa ylläpitämään yhteistä tietovarantoa. Lisäksi tiedon sujuva liikkuminen Uudenmaan toimijoiden välillä tulee turvata vähintään nykytilannetta vastaavasti pitämällä nykyinen terveydenhuoltolain 9 § tai sitä vastaava säännös voimassa. Tätä mieluummin tiedon integraatiota tulisi kehittää esimerkiksi koko Uudenmaan yhteisillä asiakas- ja potilasrekistereillä**, mihin HUS-yhtymän tulkinna mukaan ei pitäisi olla lainsäädännöllisiä esteitä. Uudistuksessa tulee joka tapauksessa varmistaa tietojärjestelmien yhteensopivuus ja yhteinen tietopohja Uudenmaan alueella erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon integraation mahdollistamiseksi sekä resurssien- ja kustannusten hallitsemiseksi sote-uudistuksen tavoitteiden mukaisesti.

Tämän lisäksi tulee mahdollistaa se, että Uudellamaalla laajimmin käytetyn asiakas- ja potilastietojärjestelmän eli Apotin käyttö mahdollistetaan kaikille Uudenmaan hyvinvointialueille. Uudistuksen voimaantullessa järjestelmä on jo käytössä HUS-yhtymässä, Helsingin kaupungilla ja Vantaa-Keravan hyvinvointialueella.

Palveluintegraatio ja lähipalveluiden turvaaminen

- Perustason vahvistaminen ei saa tarkoittaa erikoissairaanhoidon lähipalvelujen hävittämistä

- **Potilaiden yhdenvertaisuus edellyttää järjestämisvastuun keskittämistä suljetussa psykiatrisessa osastohoidossa ja tahdosta riippumattomassa hoidossa.**

Uudistuksen keskeisenä tavoitteena on perustason vahvistaminen, mikä pitää sisällään myös ajatuksen palveluintegraatiosta. Palveluintegraatio on puolestaan perusteltua palveluiden yhdenvertaisuuden, alueellisen tasavertaisuuden, laadun ja kustannustehokkuuden kannalta. Perustason vahvistamista koskevasta tavoitteesta huolimatta terveydenhuoltolain 10 §:n mukainen lähipalveluvelvoite jää edelleen voimaan, ja kyseinen velvoite koskee sekä Uudenmaan hyvinvointialueita että HUS-yhtymää. Sen mukaan terveydenhuoltopalvelut tulee järjestää lähellä asukkaita, paitsi jos palvelujen keskittäminen on perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi. **Tiivistetysti perustason vahvistaminen ei saa johtaa siihen, että alueellinen erikoissairaanhoidon palvelutuotanto siirtyy kokonaisuudessaan tai merkittävältä osiltaan perustason toiminnaksi.** HUS-yhtymän pitää olla siis jatkossakin maakunnallinen toimija ja osaltaan toteuttaa terveydenhuoltolain mukaista lähipalveluperiaatetta.

Tämä ei luonnollisestikaan tarkoita sitä, että työnjakokysymyksiä ei tulisi käydä läpi ja toteuttaa sellaisia tehtäväsiirtoja HUS-yhtymän ja Uudenmaan hyvinvointialueiden välillä, jotka parantavat palvelujen laatua ja kustannustehokkuutta. HUS-yhtymän alueelliset palvelut tulevat toimimaan tiiviissä yhteistyössä hyvinvointialueiden toimintojen kanssa ja tulevat tukemaan hyvinvointialueiden palvelutuotantoa omalla asiantuntemuksellaan. Digipalveluja ja teknologiaa kehittämällä ja hyödyntämällä HUS voi tuoda palvelunsa entistä paremmin suoraan perustason käyttöön. Näin vahva erikoissairaanhoito parantaa suoraan myös perustason toimintakykyä. Lakiesityksen mukainen sote-palvelujen perustason vahvistaminen ei siten saa vaarantaa nykyisin hyvin toimivia erikoissairaanhoidon lähipalveluja. Kuten edellä on kuvattu, tällaisilla tehtävien siirroilla voisi olla vaikutusta myös HUS-yhtymän kykyyn ylläpitää korkeatasoista vaativan erikoissairaanhoidon osaamistaan.

Työnjakokysymysten osalta HUS esittää Uusimaa-lain 5 §:n luetteloa HUS-yhtymän vastuulle kuuluvista tehtävistä täydennettäväksi siten, että luetteloon lisätään suljetun psykiatrisen osastohoidon ja tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon järjestäminen.

Käytännössä HUS huolehtii tällä hetkellä Helsingin kaupunkia lukuun ottamatta psykiatrisen osastohoidon järjestämisestä Uudellamaalla. Tämä mahdollistaa osaamisen keskittämisen ja osastohoidon erikoistumisen kautta saavutettavat osaamis-, laatu-, kustannusvaikuttavuushyödyt. HUS ja Helsingin kaupunki valmistelevat yhdessä ns. Laakson yhteissairaala-hanketta, johon on tarkoitus keskittää kaikki osapuolten vastuulla oleva psykiatrinen osastohoito. Sairaalan suunnittelu lähtee siitä, että sairaalaan ei suunnitella erikseen HUSin ja Helsingin osastoja. Rakennushankkeen ohjausryhmässä on todettu, että ”tärkeänä hanketta ohjaavana tavoitteena on Helsingissä nykyisin toimivien erillisten HUSin ja kaupungin psykiatrisen sairaanhoidon organisaatioiden integraatio”. Nykytilanteessa helsinkiläiset potilaat käyttävät HUS:n hoitovastuuta olevia kuntia enemmän psykiatrasta osastohoitoa (sairaalakäyttö n 0,5 ss /1000 asukasta Helsingissä vs. noin 0,4 ss/1000 asukasta muualla HUS alueella). Psykiatrisen osastohoidon jääminen uuden sote-järjestelmän aikana-kin kahteen eri organisaatioon olisi pysyvä este psykiatrisen palvelujärjestelmän kehittämisessä.

Toisaalta tahdosta riippumaton psykiatrinen hoito on vakavasti ihmisten perusoikeuksiin puuttuva hoitomuoto, joka on vaativuudeltaan verrattavissa vaativimpaan erikoissairaanhoidon tai somaattiseen tehohoitoon. Huomioiden vakavat perusoikeusvaikutukset, ei minkäänlaisia alueellisia vaihteluita laadun, saatavuuden, osaamistason tai potilasturvallisuuden osalta tulisi hyväksyä. Näin ollen psykiatrisen osastohoidon keskittäminen HUS-yhtymän järjestämisvastuulle takaisi 6 mom. sisältyvien tavoitteiden toteutumisen.

Psykiatrian kiireellinen hoito muodostuu päivystyksen, akuuttiosastojen ja kiireellisen vastaanotto-toiminnan kokonaisuudesta. Tahdosta riippumaton osastotoiminta on välttämätöntä integroidun psykiatrisen akuuttihoiton järjestämiseksi. Psykiatrisen päivystyksen järjestämisvastuu on jo keskitetty HUSille ja osastotoiminnan integrointi tämän yhteyteen parantaisi palveluketjuja merkittävästi.

Rahoitus ja sen riittävyys

- **Esitetty rahoitusmalli leikkaa Uudenmaan palveluja voimakkaasti.**
- **Edelleen, esitetty rahoitusmalli sisältää mekanismeja, jotka todennäköisesti kasvattavat sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia, mutta epätasa-arvoisesti.**
- **Yhdenvertainen erikoissairaanhoido Uudellamaalla ja HUS-yhtymän erityistehtävät on turvattava.**
- **Rahoitusperusteita on muutettava merkittävästi.**

Laissa hyvinvointialueiden rahoituksesta esitetään valtion rahoituksen myöntämisen periaatteet hyvinvointialueille. Rahoitus myönnetään asukasmäärän, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta kuvaavien tekijöiden, asukastiheyden, vieraskielisyyden, kaksikielisuuden, saamenkielisuuden sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimien perusteella. Yleiskatteisesta rahoituksesta 79,7 % määräytyisi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeeseen perustuen.

Lain kolmannen luvun 14 §:ssä säädetään terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelutarvekertoimesta. Palvelutarvekertoimet esitetään laskettavan terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelujen tarvetta ja kustannuksia kuvaavien sairauksiin ja sosioekonomisiin tekijöihin perustuvien tarvetekijöiden ja niiden painokertoimien sekä terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon tehtäväkohtaisten painotusten perusteella. Palvelutarvekertoimia määriteltäessä esitetään käytettävän Digi- ja väestötietoviraston, Eläketurvakeskuksen, Kansaneläkelaitoksen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Tilastokeskuksen tietoja varainhoitovuotta edeltävää vuotta edeltäneeltä vuodelta.

Sote-palvelujen järjestämisen siirtäminen kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille voi periaatteessa johtaa säästöihin esimerkiksi skaalaetujen ja toiminnan muun tehostumisen kautta. Tehostamisella tarkoitetaan sitä, että parempia palveluita voidaan tuottaa samoilla kustannuksilla tai samoja palveluita halvemmalla. Tehostaminen on siis määritelmän omaisesti tavoiteltava asia niin veronmaksajien kuin potilaiden kannalta. Tehostamista tapahtuu kuitenkin vain, jos hyvinvointialueilla on siihen riittävät kannustimet. **Ehdotetun järjestelmän keskeinen ongelma on se, että hyvinvointialueilla ei ole juurikaan kannustimia säästöihin.**

Nyt ehdotetussa rahoitusmallissa hyvinvointialueille jaettava rahasumma tarkistetaan jälkikäteen vastaamaan syntyneitä kustannuksia. Hyvinvointialue ei hyödy mahdollisista säästöistä itse vaan sen mahdollisesti saavuttamat säästöt siirtyvät mekanismin välityksellä valtiolle. Tämä mekanismi luo kannusteen käyttää kaikki saatu raha viimeistä euroa myöden, jotta seuraavan vuoden määrärahan pohjaluku ennen korotuksia olisi samalla tasolla kuin aiemmin. Taloustieteessä tämä ongelma tunnetaan pehmeän budjettirajoitteen nimellä (Kornai 1979, 1986, Oates 2005 ja Weingast 2009). Tutkimuskirjallisuuden sekä esimerkiksi Norjasta saatujen kokemusten perusteella pehmeän budjettirajoitteen ongelma on erityisen relevantti terveydenhuoltopalvelujen järjestämisessä (Tjerbo and Hagen 2009, Kortelainen ja Lapointe 2019).

Rahoitusmallissa kustannustason kasvusta johtuvaa räsitusta on ajateltu kompensoitavan vuosittain tehtävällä tarkistuksella. Tarkistus tehdään hintaindeksillä, joka muodostetaan hyvinvointialueiden hintaindeksien painotettuna keskiarvona. Hyvinvointialueiden hintaindeksi taas muodostuu yleisestä koko maan ansiotasoindeksistä (60 %), kuluttajahintaindeksistä (30 %) ja työnantajan sosiaaliturvamaksuista (10 %). **Indeksikorjaus ei siis huomioi sitä, että kustannuskehitys eri alueilla voi olla erilainen.** Jos oletetaan, että kustannustaso nousee jatkossakin kasvukeskityksissä nopeammin enemmän kuin taantuvilla alueilla, kustannustason noususta koituva rahamäärän lisäys hyödyttää suhteettoman paljon taantuvia alueita.

Tämä on erityisen ongelmallista Uudellamaalla sijaitsevien hyvinvointialueiden osalta, jossa tarvakiot muutenkin ovat keskimääräistä alhaisempia ja kustannustaso keskimääräistä korkeampi. **Malli johtaa siihen, että Uudenmaan hintojen noususta seuraava lisärahoitus ohjautuu tarvakioiden kautta alueille, joissa kustannustaso ei välttämättä nouse samassa tahdissa kuin Uudellamaalla.**

Ehdotettu rahoitusmalli siis perustuu nykyisiin kustannuksiin, joita kasvatetaan kustannustason ja palvelutarpeen kasvun sekä hyvinvointialueille osoitettujen lisätehtävien perusteella. Kun tähän lisätään edellä käsitellyt mallin negatiiviset kannusteet kustannusten hillintään, **on todennäköistä, että sote-kustannukset Suomessa kasvavat arvioitua enemmän.** Kustannusten kasvuun tulee lisäksi vaikuttamaan hankkeesta aiheutuvat muutuskustannukset, uuden väliportaalin hallinnon kustannukset ja uudistukseen liittyvät palkkojen harmonisoinnista aiheutuvat kustannukset. Edelleen siirtymäajan tasaus vaikuttaa kustannuksia nostavasti. Uudistuksesta puuttuvat mekanismit, jotka helpottaisivat julkistalouden kestävyysvajetta Suomessa, kuten se, että hyvinvointialueiden tulisi kattaa osat kustannuksistaan omalla verotuksella.

HUS on teettänyt THL:n tarvakiointimallista asiantuntija-arvion. Keskeisimmät arvioinnissa esiin tulleet ongelmat ja epävarmuudet ovat:

Hoitoilmoitukset. Terveydenhuollon tilastoaineisto poimitaan hoitoilmoituksista, joiden kirjauksissa on merkittäviä laadullisia ja alueellisia eroja. Diagnoosien erilainen käyttö johtaa siihen, että sairausluokkien sisältö on alueellisesti erilaista ja mallin lopputuloksena saatavat tarvakiointimet eivät kuvaa sairastavuutta yhdenmukaisesti.

Yksikkökustannukset. THL:n malli käyttää keskimääräisiä yksikkökustannuksia tarvakiointien estimointiin. Valinta on väärä, sillä keskimääräisten kustannusten käyttö ei huomioi kustannustasojen eroja eri alueilla. Malli suosii matalan kustannustason alueita ja rokottaa kalliimpia alueita. Kustannustason nousu mallissa kyllä huomioidaan hyvinvointialueiden painotetun hintaindeksin

kautta, mutta koska kustannustason kehitys on voimakkaampaa kehittyvissä kaupungeissa, tarvekertoimilla rahaa jaetaan enemmän syrjäseuduille. Uudenmaan kustannustason noususta hyötyvät syrjäseudut eikä Uusimaa.

Sairausluokat. THL:n mallin ytimen muodostaville sairausluokille on laskettu estimointikertoimet, joka liittyy tiettyyn sairauteen rahamäärän eli kustannukset. Terveystieteiden mallin puutteena on, että se keskittyy krooniseen sairastavuuteen ja ohittaa akuuttisairaanhoidon ja siitä aiheutuvat kustannukset lähes kokonaan. Sairausluokkien tilastollinen valintamenettely on johtanut epäloogiseen valikoimaan, joka kattaa heikosti väestön todellisen sairastavuuden (selitysasteet alaiset) ja korjaavana toimenpiteenä malliin tulee lisätä riittävä määrä sairausluokkia ja mallissa jo olevien sairausluokkien diagnoosien määrää tulee lisätä toimialan validoinnin pohjalta. Valittu malli johtaa siihen, että mallissa suuri osa väestöstä vaikuttaa terveeltä, vaikka todellisuudessa he ovat olleet sairaita ja hyödyntäneet sote-palveluja, joista on aiheutunut kustannuksia. Malli ei näin ollen kohtele väestöä yhdenvertaisesti ja tasapuolisesti sote-palveluiden tarvetta arvioitaessa, koska malli jakaa rahaa vain joidenkin sairauksien perusteella, mutta ei toisien. Kun korkeaa teknologiaa käyttävät kalliit, mutta tehokkaat hoidot lisääntyvät, tämä epäsuhta kasvaa tulevaisuudessa nopeasti. Pahimmillaan tämä voi ohjata terveydenhuollon resursseja sellaisiin sairauksiin, jotka malli huomioi tarvekertoimien laskemisessa. Malli ei myöskään täytä alueellisen tasa-arvoisuuden periaatetta, koska on todennäköistä, että huomioimatta jäävien sairauksien ilmenevyys eroaa eri alueilla.

Toisin sanoen, **malliin valikoidut sairausryhmät eivät riittävästi vangitse niitä kustannuksia, joista terveydenhuollon kustannukset todellisuudessa aiheutuvat.** Yksinkertaisesti pitää kysyä miten ja millä painoarvolla mallin ulkopuolelle jääneiden potilaiden kustannukset huomioidaan lopullisessa rahoituksessa?

Sairausluokkien oikeellisuus tulee varmistaa ennen kuin malli otetaan käyttöön rahan jakamisen välineenä. Esimerkiksi HUS-kuntayhtymän oman palvelutuotannon vuoden 2019 kustannuksista THL:n valitsema diagnoosit kattavat 54 prosenttia (1 miljardi euroa). Kustannuksista 870 milj. euroa jää diagnoosivalinnan ulkopuolelle.

Muut ongelmat ja mallin luotettavuusongelma

Terveystieteiden mallilla on myös muita puutteita. Laatutekijöitä tai tarjontapuolen tekijöitä eli saatavuuteen liittyviä tekijöitä, ei huomioida mallissa lainkaan. Joidenkin malliin otettujen muuttujien vaikutus on eliminoitu tarvekertoimia laskettaessa eikä estimoituja tarvekertoimia korjata tyydyttymätöntä palveluntarvetta mittavilla tekijöillä tai alueindikaattoreilla, joiden korjaavaa vaikutusta raportissa kyllä on pohdittu. HUS-kuntayhtymän teettämässä asiantuntija-arviossa alueindikaattorin lisääminen malliin muutti alueiden välisiä tarvekertoimia suuntaan, joka kuvastaa paremmin kustannusten todellista jakautumisen kuin hallitukselle annettu sote-esitys.

THL:n tarvevakiointimallin luotettavuutta tilastollisena mallina heikentää ennen kaikkea se, että **raportissa ohitetaan kokonaan mallin epävarmuudet ja tilastollinen testaus: mallin pysyvyydestä tarkastelu puuttuu kokonaan eikä estimaattien keskivirheitä tai luottamuskäyriä raportoida lainkaan.** HUS-kuntayhtymän teettämässä asiantuntija-arviossa mallin pysyvyyttä testattiin useamman eri muuttujan avulla; esimerkiksi huomioimalla hyvinvointialueiden väliset erot, Uudenmaan tarvekerroinpohjainen rahoitus kasvaa vuosittain 200 miljoonaa euroa.

Rahoitusmalli jättää huomioimatta myös keskeisiä hyvinvointialueiden tehtäviä. Hyvinvointialueiden on esimerkiksi varauduttava häiriö- ja poikkeustilanteisiin, eikä näitä tarpeita huomioida ehdotetussa rahoitusmallissa. Mm. Helsingin yliopistollisen sairaalan (HYKS) valtakunnallista roolia erikoissairaanhoidon valmiuden ylläpidossa ja valtakunnallisen eritysvastuuseen liittyvien palveluiden tuotannossa ei huomioida Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin rahoituksessa mitenkään.

Lisäksi rahoitusmalli ei mitenkään huomioi hoitojonoja ja hoitovelkaa. Käytettäessä palvelujen rahoituksen pohjana nykyistä palvelujen käyttöä, arvioinnista jää siten huomioimatta sekä ns. piilevä palvelutarve että tuleva palvelutarpeen lisääntyminen, joiden takia koko sote-uudistusta tehdään ja jotka julkisen vallan tulisi järjestää. Malli voi siten johtaa esimerkiksi tilanteeseen, jossa Joensuussa sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidon pääsee nopeammin kuin Vantaalla, mutta ehdotettu rahoitusmalli lisäsi palvelujen rahoitusta Joensuussa ja vähentäisi sitä Vantaalla.

Tarvekertoimissa tai rahoitusmallissa ei ole myöskään huomioitu yliopistosairaaloiden opetus- ja tutkimustoimintaa. Opetus- ja tutkimustoiminnan harjoittaminen on välttämättömyydenä terveydenhuoltojärjestelmän jatkuvuuden takia, mutta palvelujärjestelmälle aiheutuu siitä ylimääräisiä kustannuksia, jotka kohdistuvat erityisesti yliopistosairaaloihin. HUS haluaa tässä yhteydessä muistuttaa, että noin vuoteen 1990 Suomessa oli käytössä rahoitusmalli, jossa yliopistosairaalat saivat koulutus- ja tutkimustoiminnasta aiheutuviin ylimääräisiin kustannuksiin erillisen valtionosuuden, jonka suuruus oli 5-10 % sairaalan kokonaisrahoituksesta. Erikoissairaanhoidon rahoituksen siirtyessä kuntien vastuulle, valtio maksoi yliopistosairaaloille edelleen koulutuksen ja tutkimuksen erityisvaltionosuutta. Tämän rahoituksen suuruus on kuitenkin vuosien saatossa jatkuvasti ja hyvin merkittävästi pienentynyt ja vastaa HUSin arvion mukaan tällä hetkellä alle 20-30 % koulutuksesta aiheutuvista todellisista kustannuksista ja noin 7 % HUSin tutkimusrahoituksesta, mikä on jouduttu vastaavasti kompensoimaan kuntarahoituksella. On arvioitu, että yliopistosairaaloiden suoritehinnat ovat keskimäärin noin 5 % korkeampia keskussairaaloihin verrattuna, mikä edustaa opetus- ja tutkimustoiminnasta tulevaa ylimääräistä rasitetta palvelujärjestelmälle ja sen kuntarahoittajille. **Tarvevakioitu rahoitus edellyttää ehdottomasti sitä, että sekä koulutustoiminnan että opetustoiminnan kustannukset pitää kokonaisuudessaan kompensoida yliopistosairaaloille.** Kustannukset osaamisen ylläpidosta, muille sairaanhoitopiireille annetusta konsultaatioavusta sekä koulutuksesta eivät tule esille potilas- tai tautikohtaisessa tilastoinnissa, mutta niiden huomiotta jättäminen voisi vakavasti vaikeuttaa yliopistosairaaloiden toimintaedellytyksiä ja lääketieteen koulutusta ja kehitystä.

Uusi rahoitusmalli ja siihen liittyvä tasausjärjestelmä johtaa merkittävään tulonsiirtoon Uudeltamaalta muualle Suomeen. Mallin mukaan uuteen rahoitusmalliin siirrytään vaiheittain vuoteen 2029 mennessä. Lakiehdotuksen liitemateriaalin mukaan vähenemä suhteessa vuoden 2020 talousarvion kustannuksiin on Uudellamaalla 230 M€. Vähenemä kuitenkin todellisuudessa kasvaa edellisestä etenkin kolmesta syystä. Ensinnäkin uusi malli ei ota huomioon kustannusten perustana olevaa palvelutarpeen muutosta kuin 80 prosenttisesti. Toiseksi malli ottaa huomioon asukasmäärän kasvun vain viiveellä. Tiivistetysti tämä tarkoittaa sitä, että palvelutarve pitää täyttää heti, mutta rahoitus kasvaa kahden vuoden viiveellä, mikä aiheuttaa useiden prosenttiyksiköiden vajeen rahoitukseen. Kolmanneksi kustannustason muutoksessa käytettävät indeksit eivät huomioi Uudenmaan kalliimpia elinkustannuksia. HUSin arvion mukaan varovainen arvio

rahoituksen supistumisesta koko Uudenmaan soten osalta on n. 400 M€ vuodessa, mikä HUS-yhtymän osalta tulee tarkoittamaan yhteensä yli 100 milj. euroa vuodessa. Jos 100 milj. muutetaan henkilötyövuosiksi, tarkoittaisi se HUS-yhtymässä noin 1500 henkilötyövuoden vähentämistä, kun henkilötyövuoden keskimääräinen hinta on noin 65 t €. Kokonaisuutena rahoituksen supistuminen 400 M € kymmenessä vuodessa tarkoittaa Uudenmaan asukaskohtaisen rahoituksen putoamista 13,5 %, 3 100 eurosta 2 683 euroon. Lopputulos on ilmeisen mahdoton ja rikkoo karkealla tavalla perustuslain rahoitusperiaatetta ja viime kädessä valtion velvollisuuksia huolehtia perusoikeuksien toteutumisesta. Yhdessäkään sotaa tai vastaavaa katastrofia käymättömässä maassa vuotuinen terveydenhuollon rahoitus ei ole laskenut aikoihin. Edelleen Suomen terveydenhuollon rahoitus on kasvanut vuosittain viimeiset 20 vuotta, keskimäärin 3 % vuodessa. Ehdotettu rahoitusmalli on todellisuudelle vieras.

Uuden rahoitusmallin keinot hyvinvointialueiden ja -yhtymien maksuvalmiuden hoitoon ovat ilmeisen riittämättömät. Ehdotuksessa ei oteta tarkemmin kantaa siihen, miten menetellään tilanteessa, jossa rahoitus loppuu kesken vuotta. Ei ole realistista, että tällaisessa akuutissa tilanteessa aloitetaan keskustelu lisärahoituksesta valtiovarainministeriön kanssa, vaan akuuttien maksuvalmiustilanteiden hoitoon tulee olla olemassa selkeät työkalut.

Edellä mainittujen seikkojen lisäksi uudistuksessa esitetään toimeenpanolain 33 §:ssä, että sairaanhoitopiirin taseeseen kertynyt alijäämä tulisi kattaa ennen kuntayhtymien siirtämistä hyvinvointialueelle tai HUS-yhtymään eli viimeistään vuoden 2022 aikana. Useilla sairaanhoitopiireillä on merkittäviä alijäämiä, joiden hoitamisesta jäsenkunnat vastaavat ennen laissa määriteltyjen tehtävien järjestämisvastuun siirtymistä hyvinvointialueille. Viimekädessä tämä vastuu voi kyseisten kuntien osalta tarkoittaa velkamäärien lisääntymistä tai vaihtoehtoisesti painetta kunnallisveroprosentin korottamiseen. Alijäämien kattaminen tulee olla tehtynä vuoden 2022 loppuun mennessä, joten niiden kattamiseen jää aikaa vain 2 vuotta normaalin alijäämän kattamisvelvoitteen sijaan, joka on neljä vuotta tilinpäätöksen vahvistamista seuraavan vuoden alusta lukien. Rajoituslain vuoksi omaisuuden myynti on lähes poissuljettu vaihtoehto alijäämien kattamiseksi ennen hyvinvointialueiden aloittamista. HUSin aiempien vuosien taseeseen kertynyt alijäämä on noin 15 milj. euroa. Vuoden 2020 tulos saatiin velattomaksi veloittamalla alijäämä omistajakunnilta. TA 2021 suunnitellaan nollatulostasoon, mutta ko. vuodelle kohdistuu merkittävästi vuodelta 2020 siirtyvää hoitovelkaa. Vuodelle 2022 jäisi täten vähintään noin 15 milj. euron sekä lisäksi hoitovelan kattamisesta syntyvän alijäämän kattamisvelvoite ennen hyvinvointialuemalliin siirtymistä (ilman valtion lisätalousarviota). On mahdoton ajatella, että HUS-yhtymä voisi uudessa mallissa nostaa jäsenkuntalaskutustaan vuodessa tällaisilla summilla tai leikata palvelutuotantoaan samalla määrällä. Ehdotettua alijäämän kattamisvaatimusta tulee muuttaa tavalla tai toisella: esimerkiksi pidentämällä kattamiseen annettua määräaikaa merkittävästi tai osoittamalla sairaanhoitopiireille ylimääräistä valtionavustusta.

Investointien toteuttamisen edellytykset

- Ehdotettua sote-investointien valtionohjausta ei tule toteuttaa
- Investointien suunnittelun tulee olla paikallisesti ohjattua
- Hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän investointikyky tulee turvata toiminnan edellyttämällä tasolla

Hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän investointien ohjaus perustuu erittäin vahvaan keskusjohtoiseen valtionohjaukseen. Ehdotuksen mukaan hyvinvointialue ja HUS-yhtymä tekevät vuosittain esityksen seuraavan neljän vuoden investoinneista STM:lle. Investointia ei saa toteuttaa ilman STM:n hyväksymää investointisuunnitelmaa.

Jos lainsäädäntö lähtee siitä, että maassa on 22 järjestäjää, tulee näiden kaikkien osalta varautua investointitarpeisiin. Jokainen rakennus ja laite saavuttaa elinkaarensa päässä hyvälläkin huollolla ja ne pitää korvata korvausinvestoinnin kautta. Tällä hetkellä osa yliopistollisista keskussairaaloista ja muista keskussairaaloista on toteuttanut jo merkittävät korvaavat investoinnit (mm. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri) ja osassa sairaanhoitopiireistä nämä investointitarpeet ovat vielä edessä.

Sairaanhoitopiirit pyrkivät laajempien rakennusinvestointien yhteydessä myös uudistamaan sairaanhoidon toiminnallisia rakenteita ja saamaan tätä kautta tehokkuushyötyjä investoinneistaan. Investoinnin suunnitteluprosessi on jatkuvaa vuoropuhelua hankkeen toiminnallisten suunnittelijoiden, rakentamisen asiantuntijoiden ja yksiköiden johdon välillä. Hankkeiden toiminnallinen suunnittelu vaatii syvällistä asiantuntemusta potilashoidon prosesseista ja niiden kehittämismahdollisuuksista.

Lainanottovaltuuteen ja investointisuunnitelman hyväksymismenettelyyn liittyvät lakikohdat eivät ole yksiselitteisiä, joten olemme joutuneet tekemään niistä tulkintoja valmistellessamme seuraavia huomioita.

Lakiesityksissä investointien valtionohjausmalli ei tue sote-uudistukselle asetettuja tavoitteita. Ohjausjärjestelmä on raskas eikä se mahdollista väestön palvelujärjestelmän tehokasta kehittämistä Uudellamaalla. Lainanottovaltuuksien enimmäismäärän koko maassa yhdenmukainen laskentakaava tukee hyvin julkisen talouden ja valtion takausvastuiden määrän hallintaa, mutta se ei mitenkään ota huomioon alueellisia eroja lähtötilanteessa ennen sote-uudistusta.

Laskennallinen lainanottovaltuus esitetyn kaavan mukaisesti vaarantaa pitkäjänteisen investointisuunnittelun. Joka vuosi erikseen määriteltävä lainanottovaltuuden määrä on HUSissa tehtyjen koelaskelmien mukaan tarpeiden ajoittumiseen nähden hyvin sattumanvarainen. Niinpä **pitkäjänteinen, HUS-yhtymän talouden hallintaa, toiminnan kehittämistä ja mm. valtakunnallisten tehtävien ja valmiuden ylläpitoa tukeva investointien suunnittelu ei tässä mallissa voi toteutua.** HUSissa on esimerkiksi vuonna 2021 meneillään noin 80 suurta rakennus-, tutkimuslaite- ja ICT-investointia, joiden käsittely ja yhteensovittaminen esitetyllä valtion ohjauksella ei ole tarkoituksenmukaista.

Toimintojen jatkuvuuden kannalta saattaa syntyä kestävätilanne: suuri kiireellinen investointi, esimerkiksi usean sadan miljoonan euron sairaalahanke siirtyy rahoitusjärjestelystä (oma investointi tai vuokratilakohde) riippumatta eteenpäin sen vuoksi, että suunnitellun aloitusvuoden lainanottovaltuus ei riitä.

HUSin jatkuvia peruskorjauksia vaativa, hajallaan sijaitseva rakennuskanta ja vaativien erityislaitteiden sekä ICT-järjestelmien kokonaisuus edellyttävät 2020-luvulla investointitasoa, joka mitä

ilmeisemmin ylittää lakiesityksissä ehdotetun laskennallisen tason. Valtaosa investointitarpeista liittyy peruskorjauksiin sairaalatoiminnan kehittyessä. Peruskorjaushankkeiden ja hoitolaitteiden korvaushankintojen kustannusten siirtäminen hyvinvointialueiden saaman yleiskatteisen rahoituksen varaan ei ole mahdollista Uudenmaan alueen tiukasta kokonaisraamista johtuen. Investointimenojen lisäksi vuokramallit, elinkaarimallit, leasing- sekä pitkät tilojen vuokrasopimukset otetaan huomioon lainanottovaltuutta vähentävinä.

HUS ei pidä esitettyä hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän investointien valtionohjausta toteutuskelpoisena. **Parempi vaihtoehto on malli, jossa vain taloudellisesti merkittävät investoinnit kuten uudet suuret sairaalahankkeet linjataan STM:ssä ja VM:ssä, mutta muut investoinnit jäävät hanketasolla alueelliseen harkintaan.** Ei ole mielekästä, että ministeriöiden resursseja käytetään keskussairaaloiden putkiposti- ja keittiöinvestointien arvottamiseen. Lisäksi on huomattava, että investointien ohjausjärjestelmän tulee kattaa myös ICT-investoinnit. Rahoitustarve sote-palvelujen digitalisaatiota, robotiikan hyödyntämistä, hyvää tuottavuuskehitystä ja palvelujen yhdenvertaista saatavuutta edistävälle ICT-hankkeille on kasvava.

Investointien ohjaus- ja rahoitusjärjestelyjä koskevista lakiesitysten kohdista puuttuu, miten vuoden 2023 alussa kesken olevat investointiprojektit rahoitetaan. Puutteena on myös, että kun alkavien leasing- ja tilavuokravastuiden määrä lasketaan mukaan ns. lainakattoon, päättyviä vastaavia sopimuskustannuksia ei oteta lainavaltuuden määrässä huomioon.

Laskennalliset lainanottovaltuudet esitetyn kaavan mukaisesti eivät arviomme mukaan tule riittämään HUS-yhtymän investointitarpeiden toteuttamiseen. **Lainanottovaltuuteen liittyvää laskentakaavaa esitetään muutettavaksi siten, että kaavan laskennallisissa lainanlyhenyksissä on mahdollisuus käyttää lainakannan todellista jäljellä olevaa juoksuaikaa jakajana 10 vuoden keskimääräisen laskennallisen lainanhoitoajan sijaan.** HUSin pitkäaikaiset lainat on nostettu 20–25 vuoden laina-ajalla, joten 10 vuoden keskimääräinen laskennallinen lainanhoitoaika heikentää HUSin lainanhoitokatetta ja pienentää lainanottovaltuutta. Vastaava muutos tulee tehdä myös lain 123 § Hyvinvointialueen talouteen liittyvät arviointimenettelyn edellytykset, yhtenevästi 15 § kanssa. Lainanottovaltuuden laskentatapaa ja sen vaikutuksia tulevien vuosien investointisuunnitelmaan pyydetään tarkentamaan esimerkkilaskelmin.

Investointeihin esitetyn mallin puutteet voidaan tiivistää kolmeen pääkohtaan: sote-investointien valtionohjaus on menettelynä epätarkoituksenmukainen, investointisuunnitteluun kaavailtu malli on joustamaton eikä tue toiminnan ylläpitämistä ja lainanottovaltuudet ovat liian kaavamaiset.

Yliopistollisuus ja yliopistosairaala

- **Yliopistosairaalan toimintaedellytyksiä ei saa vaarantaa**
- **Toimiva yliopistosairaala edellyttää lainsäädännön tukea ja riittävää ja täysimääräisesti koulutus- ja tutkimustoimintaan kohdistuvaa rahoitusta. Ainoastaan menestyvät yliopistosairaalat mahdollistavat suomalaisen terveydenhoidon säilymisen korkeatasoisena.**

Suomalainen lääketieteen ja terveystieteiden koulutus ja tutkimus nojaa vahvasti yliopistosairaaloihin. Yliopistosairaaloiden toiminnasta säädetään nykyisin sekä terveydenhuoltolaissa että erikoissairaanhoitolaissa. Ehdotetun toimeenpanolain 2 §:n mukaisesti mm. erikoissairaanhoitolaki kumotaan uudistuksessa ja pääosa yliopistosairaaloiden toimintaa koskevasta sääntelystä poistuu. Toisaalta Uudenmaan erillislaissa useassa kohdassa määritetään yliopistosairaalan toimintaa siten, että sääntely kokonaisuutena on HUS-yhtymän osalta osin aiempaa parempaa. Uudistuksessa jää kuitenkin myös HUS-yhtymän osalta tiettyjä yliopistosairaalan toiminnan kannalta olennaisia elementtejä puuttumaan liittyen mm. yliopiston ja yliopistosairaalan jaettuihin palvelussuhteisiin. Edellä mainitusta huolimatta yliopistosairaalassa ei toiminnallisena kokonaisuutena ole kuitenkaan kyse vain Uttamaata ja HUS-yhtymää koskevasta asiasta, vaan **yliopistollisen sairaalan rooli ja tehtävät tulisi määritellä lainsäädännössä koko maata koskien yhdenmukaisin perustein**. Ainoastaan menestyvät yliopistosairaalat mahdollistavat suomalaisen terveydenhoidon säilymisen jatkossakin korkeatasoisena.

Konkreettinen tarve erillissääntelylle on ensinnä yliopiston ja yliopistosairaalan yhteisten tehtävien osalta, joista nykyisin on säädetty erikoissairaanhoitolain 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 potilashoitoon 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. Yhteinen palvelussuhde käytännössä toteutuu esimerkiksi siten, että yliopisto täyttää professorin tehtävän siitä annettujen määräysten mukaisesti (yliopistolaki 33 § ja yliopiston johtosääntö), sairaalan edustajat osallistuvat valintaprosessiin esimerkiksi lausunnotmenettelyn kautta ja professorin tehtävään valittu valitaan prosessin jälkeen sairaalan ns. sivuvirkaan sitä haettavaksi julistamatta. Tämä viimeksi mainittu on poikkeus kunnallisen viranhaltijalain 2 luvun 4 §:n erittäin vahvasta pääsäännöstä, jonka mukaan virkasuhteeseen ottaminen edellyttää julkista hakumenettelyä, jollei laissa toisin säädetä. **Erillissääntely on välttämätöntä yhteisten palvelussuhteiden mahdollistamiseksi.**

Voimassa olevassa lainsäädännössä on useita säännöksiä, joissa yliopistollista sairaalaa ylläpitävälle kuntayhtymälle ja yliopistollisille sairaaloille itselleen säädetään tehtäviä ja vastuita. Tällaisia säännöksiä on muun muassa terveydenhuoltolaissa, ns. keskittämisasiasetuksessa ja ns. päivystysasetuksessa. Nämä tehtävät liittyvät erikoissairaanhoidon työnjakoon sekä alueellisesti ja valtakunnallisesti keskitettävään erikoissairaanhoitoon. Yliopistollisen sairaalan tehtävät ja vastuut liittyvät erityisosaamisen, opetuksen ja tieteellisen tutkimuksen ja kehittämistoiminnan tuottamaan hoidon laadun sekä potilasturvallisuuden ylläpitoon ja parantamiseen. Yliopistollisille sairaaloille on asetettu suoranaisia velvollisuuksia lääkäreiden perusopetuksen ja erikoislääkärikoulutuksen tuottamisessa. **Erityisesti tarvitaan lakiin kirjaus siitä, että yliopistollisella sairaalalla on velvollisuus tehdä tieteellistä tutkimusta.** Nyt tällainen suoranainen velvoite puuttuu. Esimerkiksi kansainväliset yliopistosairaaloiden akkreditaatiot tätä kuitenkin edellyttävät. Tämä myös vaikeuttaa yliopistosairaalassa tutkimusta tekevien tutkijoiden rahoituksen saantimahdollisuuksia. Valtion tutkimusrahoituksen vähentyessä on muun rahoituksen osuus ollut merkittävä.

Konkreettinen tarve erillissäätelylle olisi myös yliopistosairaalan ja yliopiston keskinäisten taloudellisten suhteiden osalta koskien asianomaisten perustehtävänä olevan lääketieteellisen tutkimuksen ja opetuksen toteuttamista. Kummallakin osapuolella on tutkimukseen liittyviä resursseja kuten tiloja, laitteita ja myös henkilöstöä etenkin tutkimuksen tukipalveluissa. **Olisi 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.** Yhteistyötä voi perustella julkisista hankinnoista annetun lain 2 luvun 16 §:ssä kuvatulla horisontaalisella yhteistyöllä, mutta hankintalaki asettaa myös tälle rajoituksia. Erillinen sääntely parantaisi olennaisesti yliopiston ja yliopistosairaalan yhteistyön ja tätä kautta tutkimus- ja opetustoiminnan edellytyksiä.

Tarvetta olisi myös selkeyttää yliopistosairaalan roolia yliopiston ensisijaisena kumppanina lääketieteen alan 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 yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen koordinoinnissa ja myös terveydenhuoltolain 65 § koskien yliopiston oikeutta käyttää yliopistollisen sairaalan tiloja opetuksen ja tutkimuksen tarpeisiin. Käytännössä monilla erityisvastuualueilla opetusta ja tutkimusta on hajautettu myös yliopistosairaalan ulkopuolelle (esim. Tyks-erva, jossa lääketieteen perusopetusta annetaan Tyksin lisäksi SatSHP:ssä ja VSHP:ssä tai KYS-erva, jossa lääketieteen perusopetusta annetaan myös KSSHP:ssä, Siun sotessa ja Essotessa). Yliopistosairaala koordinoi kuitenkin myös tällöin kokonaisuutta ja varmistaa suhteessa yliopistoon sen, että edellytykset lääketieteelliselle tutkimukselle ja opetukselle ovat olemassa. Yliopisto päättää myös tällöin itsenäisesti, missä se antaa opetusta, mutta selkeä sääntely tältäkin osin varmistaa paremmin yliopiston perustehtävän toteutumisen.

Yliopistosairaalan määrittelyssä on kyse myös yliopiston roolista yliopistosairaalan hallinnossa. Nykyisin yliopistolla on oikeus erikoissairaanhoitolain 25 §:n mukaisesti nimetä kaksi jäsentä sairaanhoitopiirin valtuustoon 10 % ääniosuudella ja kaksi hallitukseen. Pääministeri Sipilän kaudella valmistellussa sote-uudistuksessa oli tarkoitus poistaa ainakin lain tasoinen sääntely koskien yliopistojen edustusta yliopistollisia sairaaloita ylläpitävien hyvinvointialueiden hallintoelimissä. Mahdollista olisi ollut huomioida yliopistojen edustus hyvinvointialueen sääntöjen kautta, jos aluevaltuusto olisi katsonut tämän tarkoituksenmukaiseksi. Vaaleilla valittuun aluevaltuustoon ei luonnollisestikaan olisi yliopiston edustajia ollut mahdollista sovittaa. **Kiinnitämme huomiota siihen, että kansainvälisissä yliopistosairaalan kriteereissä yliopiston edustus yliopistosairaalan hallinnossa on yksi yliopistosairaalan tunnusmerkki.** Esimerkiksi yhdysvaltalaisessa Joint Commission -akkreditaatiossa, joka on pääosassa osavaltioita edellytyksenä Medicare- ja Medicaid -ohjelmiin pääsyle, on edellytyksenä yliopistosairaalaksi rekisteröitymiselle se, että ”The applicant hospital is organizationally or administratively integrated with a medical school”. Vastaavasti esimerkiksi NHS:n piirissä yliopistosairaalan nimityksen käyttäminen edellyttää muun ohella ”Board membership of a non-Executive Director from the Faculty”. Koska lääketieteen tutkimus on kansainvälistä, niin olisi erittäin suotavaa, että myös suomalaiset yliopistosairaalat vastaisivat rakenteiltaan ulkomaisia verrokkejaan.

Sote-järjestämislakiin tulisi koko maan osalta yhdenmukaisesti sisällyttää yliopistosairaalan ylläpitämisen edellyttämä erillissäätely. Sääntelyssä tulisi käsitellä ainakin seuraavia asioita:

- Yliopiston tulee osallistua yliopistosairaalan hallintoon perussopimuksessa sovittavalla tavalla
- Yliopiston ja yliopistosairaalan välille tulee tehdä sopimus, jossa sovitaan yhteistyön käytännöistä
- Yliopistolla ja yliopistosairaalla voi olla yhteistä henkilöstöä, yhteisiä resursseja ja yhteisiä yksiköitä sovittavalla tavalla
- Yliopistosairaalan roolista tutkimuksen ja opetuksen edellytysten muodostamisessa
- Yliopistosairaalan tehtävänä on muun ohella harjoittaa tutkimusta
- Yliopiston ja yliopistosairaalan väliseen, perustehtävään liittyvään yhteistyöhön ei sovelleta hankintalakia

HUS esittää edellä mainituin perustein, että sote-järjestämislakiin lisätään uusi seuraavasti kuuluva 34 §:n 2 momentti ja uudet 34 a § ja 34 b §.

[Nykyinen 34 § Yliopistollinen sairaala: Hyvinvointialueilla, joiden alueella sijaitsevat Turun, Oulun ja Tampereen yliopistot ja Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden tiedekunta, sekä HUS-yhtymällä on oltava yliopistollinen sairaala.]

Uusi 2 momentti: ”1 momentissa tarkoitettujen hyvinvointialueiden hallintosäännöissä tulee olla määräykset asianomaisen yliopiston osallistumisesta yliopistollisen sairaalan hallintoon. HUS-yhtymän perussopimuksessa on sovittava Helsingin yliopiston osallistumisesta yliopistollisen sairaalan hallintoon”

Uusi 34 a § Yliopistollisen sairaalan tehtävät: Sen lisäksi, mitä terveydenhuoltolaissa (1326/2010) on säädetty yliopistollisen sairaalan tehtäväksi, vastaavat yliopistollista sairaalaa ylläpitävä hyvinvointialue ja HUS-yhtymä

1. lääketieteellisen ja muun terveystieteellisen tutkimuksen harjoittamisesta
2. yliopiston opetus- ja tutkimustehtäviin tarvitsemien resurssien koordinoinnista tämän lain 35 §:ssä tarkoitetulla sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella.

Uusi 34 b § Yliopiston ja yliopistollisen sairaalan yhteistyö: Lääketieteellistä koulutusta antavan yliopiston ja yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän (sopijapuolet) välille tulee laatia yhteistoimintasopimus.

Yhteistoimintasopimuksessa sovitaan opetus- ja tutkimustoimintaan liittyen

1. sopijapuoleen palvelussuhteessa olevan henkilökunnan toimimisesta myös toisen sopijapuolen palveluksessa
2. niistä ehdoista, joilla toinen sopijapuoli voi käyttää toisen sopijapuolen hallitsemia laitteita ja tarvikkeita ja joilla toinen sopijapuoli voi tuottaa toiselle palveluja
3. yhteisesti järjestetyistä yksiköistä, joissa hyödynnetään molempien sopijapuolten hallitsemia resursseja
4. muista opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämiseen liittyvistä asioista

Jos sopijapuolten välillä on sovittu 2 momentin 1 kohdassa tarkoitetulla tavalla yhteisestä tehtävästä, jota hoidetaan hyvinvointialueella tai HUS-yhtymässä virkasuhteessa, ja jonka työaika

hyvinvointialueella tai HUS-yhtymässä on alle 50 % vastaavasta kokoaikaisesta virasta, ei tällaisen virkasuhteen täyttämiseen sovelleta kunnan ja hyvinvointialueen viranhaltijasta annetun lain (304/2003) 5 § 1 momenttia.

Jos sopijapuolten välillä on sovittu 2 momentin 2 kohdassa tarkoitettulla tavalla laitteiden tai tarvikkeiden käytöstä tai palvelujen tuottamisesta sopijapuolten lakisääteisten tehtävien täyttämiseksi, ja sopimuksen perusteella toiselle sopijapuolelle suoritettava korvaus on enintään sopijapuolelle laitteiden tai tarvikkeiden käytöstä tai palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen, ei tällaiseen oikeustoimeen sovelleta julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista (1397/2006) annettua lakia.

Yliopistosairaalan koulutus- ja tutkimustoiminnan rahoitukseen liittyviä ongelmia on kuvattu edellä kohdassa ”Rahoitus ja sen riittävyys”.

Valmiuden ylläpito ja varautuminen

- **Ajantasaisen tilannekuvan merkitys on todistettu koronapandemian yhteydessä**
- **Esitys tarjoaa hyvän lähtökohdan poikkeusolojen johtamiselle**

Kokonaisuutena sote -toimialan varautumiseen liittyvät näkökohdat on otettu varsin hyvin huomioon ja nyt esitetty rakenne antaa varautumiselle ja esimerkiksi valtakunnallisen tilannekuvan koostamiselle ja ylläpidolle nykyistä huomattavasti paremmat edellytykset. Tämä osaltaan jättevöittää toimialan johtamista erilaisissa normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Hyvinvointialuelain 150 §:ssä on asianmukaisesti todettu, että jokainen hyvinvointialue vastaa itse omasta varautumisestaan ja siihen liittyvistä kustannuksistaan. **Pykälän sanamuodossa tulisi kuitenkin huomioida myös se, että hyvinvointialue vastaa tämän varautumisvelvoitteen ulottamisesta myös hyvinvointialueen kriittisiin palveluntuottajiin.** Yksityiskohtaisissa perusteluissa olisi aiheellista tuoda esille sitä, että hyvinvointialueen tulee resursoida varautumisen ja valmiuden ylläpitoon riittävät resurssit erityisesti sosiaalitoimen ja terveydenhuollon toimialoilta eikä varautumista saa ”ulkoistaa” hyvinvointialueen sisällä pelastustoimelle.

Järjestämislaissa luodaan järjestelmä, jossa yliopistollisten sairaaloiden yhteyteen perustetaan yhteistyöalueiden valmiuskeskukset. Järjestämislain mukaan HUS-yhtymä vastaa Uudenmaan yhteistyöalueen valmiuskeskuksesta ja hyvinvointialuelain mukaan HUS-yhtymä sekä Uudenmaan hyvinvointialueet vastaavat kukin omasta varautumisestaan. **HUS pitää esitettyä järjestelyä kannatettavana ja tarkoituksenmukaisena**, ja toteaa, että valmiuskeskusten koordinoitintehdävän tarve on konkreettisesti osoitettu koronapandemian hoidon yhteydessä.

Järjestämislain mukaan yliopistosairaala ylläpitävän hyvinvointialueen sote-tilannekeskuksen vastuulla on koostaa yhteistyöalueensa tilannekuva ja raportoida sen sosiaali- ja terveysministeriöön. Menneen kevään tapahtumat ovat konkreettisesti osoittaneet sen, että yhteisen tilannekuvan koostaminen edellyttää tarkkaa yhteisin kriteerein, prosessein ja teknisin järjestelmin toteutettua tiedon keruuta. Kerätyn datan tulee olla luotettavaa ja samoilla kriteereillä mitattua. Tähän ei riitä, että valmiuskeskuksella on valmiussuunnittelun koordinaatiota varten tiedonsaantioikeus. **Laissa tulee säätää hyvinvointialueiden raportointivelvoitteesta valmiuskeskukselle tilanne-**

kuvan aukottomuuden varmistamiseksi tietyllä raportointisyklillä ja tietyillä raportointiväilyillä käyttäen. Vastuu tämän tilannetiedon tuottamisesta ja siihen liittyvistä kustannuksista on kullakin hyvinvointialueella.

Yhteistyöalueen rooli ja tehtävät

- **Yhteistyöalueen puitteissa tulee turvata terveydenhuoltopalvelujen saatavuus kaikissa olosuhteissa.**
- **Laissa pitää mahdollistaa erilaiset yhteistyöratkaisut yhteistyöalueen toimijoiden kesken.**

Uudistuksessa ehdotetaan, että terveydenhuoltolain mukaisen erityisvastuualueen korvaa hyvinvointialueen yhteistyöalue. Lähtökohtaisesti yhteistyöalue on oikeudelliselta luonteeltaan ja velvoittavuudeltaan vastaava rakenne kuin erityisvastuualue. Alueella harjoitettu yhteistyö perustuu sopimukseen ja tätä kautta vapaaehtoisuuteen – laissa oleva velvoite koskee enemmän yhteistoiminnan muotoa kuin yhteistoiminnan sisältöä tai astetta.

Yhteistyöalueen yhteistoimintavelvoitteen piiriin kuuluva ja järjestämislain 36 §:ssä kuvattu tehtäväluettelo perustuu myös pitkälti erityisvastuualueen yhteistoiminnan piiriin kuuluville tehtäville, sillä täydennyksellä, että yhteistyö kattaa jatkossa koko sosiaali- ja terveydenhuollon. Oletettavaa onkin, että uudistuksen voimaantullessa voidaan tunnistaa konkreettisia yhteistyön mahdollisuuksia etenkin vaativassa ja erityisosaamista edellyttävässä sosiaalihuollossa (mm. vaativat lastensuojelukysymykset). Tosiasia kuitenkin lienee, että yhteistyöalueen toiminnasta pääosa muodostuu nykyisestä erikoissairaanhoidon erityisvastuualueyhteistyöstä vielä useiden vuosien ajan uudistuksen voimaantulon jälkeen. Tätä kuvaa hyvin se, että sote-järjestämislain 36 § mukaan konkreettiset yhteistyön tarpeet oletettavasti keskittyvät nimenomaan vaativiin ja erityisosaamista edellyttäviin palveluihin ja tukipalveluihin peruspalveluiden sijasta.

Nykyisen erityisvastuualueyhteistyön sisällöllinen velvoittavuus perustuu ensisijaisesti nykyiseen terveydenhuoltolain 42 §:n 1 momenttiin, joka kuuluu seuraavasti: ”Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirin on järjestettävä yhteistyössä alueensa erikoissairaanhoidon. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän, jonka hallinnassa on yliopistollinen sairaala, on järjestettävä erityistason sairaanhoito erikoissairaanhoidon 9 §:ssä tarkoitettulla vastuualueellaan.” Mainittua terveydenhuoltolain säännöstä on tulkittu niin, että viimekätinen vastuu erityisvastuualueen palvelutarjonnasta tietyllä erikoisalalla on yliopistosairaalalla. Tulkinta perustuu lainkohdan yksityiskohtaisiin perusteluihin, jonka mukaan työnjaon tarkoituksena on ”turvata erikoissairaanhoidon” (HE 90/2010 vp, s. 136). Jos erityisvastuualueen sairaanhoitopiiri ei pysty huolehtimaan tietyn erikoisalalan palvelutarjonnasta, pitää erityisvastuualueen muiden sairaanhoitopiirien ja viime kädessä yliopistosairaalan vaurautua tähän. Ei ole kuitenkaan tyydyttävää, että edellä kuvattu yhteistoimintavelvoitteen luonne perustuu yksinomaan tulkintaan, koska kyse on viime kädessä perusoikeuksien toteuttamisesta. **Sote-järjestämislaissa tai vaihtoehtoisesti terveydenhuoltolaissa tulisi selkeästi kuvata yhteistoiminta-alueyhteistyön oikeudellinen merkitys palvelujärjestelmän turvaamisen kannalta.**

Epäselvää on, miten edellä kuvattuja terveydenhuoltolain mukaisia vastuita tullaan tarkistamaan. Vaikka lähtökohtaisesti hyvinvointialue ei voi siirtää järjestämisvastuuta hyvinvointiyhtymälle kuin tukipalveluiden osalta hyvinvointialuelain 58 § 3 momentin mukaan, säädetään Uusimaa-lain 5 §:n 2 momentin 7. kohdassa, että HUS-yhtymä vastaa myös yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa hyvinvointiyhtymän vastuulle sovitusta palveluista. Potilasturvallisuuden takaamiseksi ja terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuden kannalta on välttämätöntä, että HUS-yhtymä voi sopia yhteistoiminta-alueen hyvinvointialueiden kanssa sekä terveystalveluiden järjestämisestä, että tuottamisesta. Tämä koskee niin varsinaisia sairaanhoitopalveluja, sairaanhoidollisia tukipalveluja kuin myös muita tukipalveluja. **Epäselvyyksien välttämiseksi HUS esittää, että Uusimaa-lain 2 §:ssä nimenomaisesti säädetäisiin siitä, että HUS-yhtymään ei sovelleta hyvinvointialuelain 58 § 3 ja 4 momenttia, joissa rajoitetaan muiden hyvinvointiyhtymien toimialaa ja mahdollisuutta tulla järjestämisvastuulliseksi.**

Yhteistyöalueelle laaditaan yhteistyösopimus, joka vastaa edellä kuvatuin tavoin erityisvastuualueen järjestämissopimusta. **Ehdotuksen mukaan HUS-yhtymä hoitaa oman yhteistyöalueensa yhteistyösopimuksen laatimisen edellyttämät hallinnolliset tehtävät. Tämä on kannatettava ehdotus.** Koska yhteistyöalueella tapahtuvasta yhteistyöstä merkittävin osa tulee liittymään HUS-yhtymän vastuulla oleviin tehtäviin vielä useiden vuosien ajan lain voimaantulon jälkeen edellä kuvatuin tavoin, on sopimuksen valmistelu tarkoituksenmukaista koordinoita HUS-yhtymän toimesta. Tätä puoltaa myös se, että HUS-yhtymällä on aiempaa kokemusta yhteistyöstä Eksoten, Kymsoten ja PHHYKY:n kanssa ja HUS on aiemminkin hoitanut järjestämissopimuksen valmistelun koordinoititehtävät.

Erityisvastuualue- ja yhteistoiminta-alueyhteistyön ja sen mukaisten velvoitteiden toteuttaminen edellyttää muun ohella moninaista taloudellista kanssakäymistä sairaanhoitopiirien ja vastaisuudessa hyvinvointialueiden välillä. Tällöin nousee esille kysymys hankintalain soveltamisesta. Hankintalain 16 § sallii sinänsä horisontaalisen yhteistyön hankintayksiköiden välillä. Lainkohdan 1 momentin mukaan hankintalakia ei sovelleta hankintayksiköiden väliseen hankintaan, jolla "hankintayksiköt toteuttavat yhteistyössä ja yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi niiden vastuulla olevat yleisen edun mukaiset julkiset palvelut". Epäselvää kuitenkin on, täyttääkö kaikki sairaanhoitopiirien välinen myynti aina horisontaalisen yhteistyön määritelmän. Kyse ei ole aina lähetteen perusteella tapahtuvasta potilashoidosta, vaan muusta myynnistä sairaanhoitopiirien välillä ts. resurssien myymisestä toiselle. Yhteistyön toteuttaminen saattaa edellyttää myös työvoiman vuokrausta toiselle osapuolelle. **Epäselvyyksien välttämiseksi esitämme, että sote-järjestämislain 35 §:ään lisätään seuraavasti kuuluva 4 momentti:**

Uusi 4 momentti: "Yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän myydessä sopimusperusteisesti omakustannushintaan tuottamia palveluja muille sote-järjestämislaissa tarkoitetulle yhteistyöalueensa hyvinvointialueille, ei tällaiseen oikeustoimeen sovelleta julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista (1397/2006) annettua lakia."

Yhdenvertaisuuden edistämiseksi yhteistoiminta-alueilla HUS esittää lisäksi, että sote-järjestämislain 36 §:ssä edellytettäisiin yhteistoimintasopimuksessa sovittavan myös yhteisistä tavoitteista laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyen sekä myös terveydenhuoltolain 8 § mukaisten laadunhallinnan ja potilasturvallisuussuunnitelmien täytäntöönpanosta annettujen suunnitelmien koordinoinnista tarpeellisilta osin.

Valinnanvapauden ulottuvuus

- **Erikoissairaanhoidon nykymuotoinen valinnanvapausjärjestelmä on tarkoituksenmukainen, mutta siinä on epäselvyyksiä ja puutteita.**
- **Lakiehdotus selkeyttää nykyistä järjestelmää ja korjaa sen ongelmia.**

Ehdotetussa uudistuksessa nykyinen terveydenhuoltolaki jää sinänsä voimaan, vaikka sitä joudutaan tarkistamaan uusien palvelurakenteiden ja järjestämisvastuullisten viranomaisten vuoksi. Terveydenhuoltolaissa säädettyyn erikoissairaanhoidon valinnanvapauteen ei oletettavasti tule muutoksia. Näkemyksemme mukaan erikoissairaanhoidon nykymuotoinen valinnanvapaus on lähtökohtaisesti hyvä rakenne palvelutuotannossa. Terveydenhuoltolain mukainen erikoissairaanhoidon valinnanvapaus antaa potilaille lisää mahdollisuuksia ja sparraa julkisia toimijoita keskenään.

Ongelmana ovat kuitenkin olleet epäselvät pelisäännöt. Erityinen kysymys on ollut, onko sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä oikeus harjoittaa valinnanvapausjärjestelmään kuuluvaa palvelutuotantoa toisen kuntayhtymän alueella. **HUSin käsityksen mukaan palvelutuotannon harjoittaminen toisen kuntayhtymän alueella ei lähtökohtaisesti kuulu kunnan ja sitä kautta kuntayhtymän toimialaan.** Kunnan ja kuntayhtymän tehtävänä on vastata palveluiden järjestämisestä kunnan ja kuntayhtymän asukkaille, eikä toiminta toisen kuntayhtymän alueella palvele tätä päämäärää.

Ehdotuksessa uudeksi järjestämislaiksi (8 §) hyvinvointialueen järjestämisvastuu rajoitetaan sen maantieteelliselle alueelle. Hyvinvointialuelain 6 §:n mukaan hyvinvointialue voi harjoittaa alueellaan lakisääteisiä tehtäviä tukevia tehtäviä. Hyvinvointialue ei kuitenkaan voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltoa toisen hyvinvointialueen alueella, jos kyse ei ole hyvinvointialueiden välisestä yhteistyöstä.

Muutos on tältä osin yksiselitteisen positiivinen ja korjaa nykyisen valinnanvapausmallin pahimman ongelman.

Lääkärin virka-asemaa koskevat ehdotukset

- **Lääkärin virka-aseman vaatimusten muutoksilla pyritään rajoittamaan yksityisten palvelujen käyttöä.**
- **Em. tarkoituksessa valittu keino on kuitenkin epätarkoituksenmukainen ja sillä on huomattavia negatiivisia seurannaisvaikutuksia toisaalla. Se mm. jäykistää tarpeettomasti henkilöstörakennetta ja asettaa eri sektoreilla työskentelevät lääkärit perusteettomasti ja kohtuuttomasti eri asemaan.**
- **Lääkärin virka-asemaan ehdotettuja muutoksia ei tule toteuttaa.**

Nykyistä kunnallista viranhaltijalakia esitetään muutettavaksi siten, että se koskee myös hyvinvointialueiden viranhaltijoita. Lakia on kuitenkin tarkoitus muuttaa siten, että hyvinvointialueen ja

HUS-yhtymän ylintä viranhaltijaa ei voisi valita suostumukseen perustuen, vaan ainoastaan tavanomaisen hakumenettelyn kautta. Tämä poikkeaa nykyisiä sairaanhoitopiirejä koskevasta sääntelystä. Hyvinvointialueen ylimmän viranhaltijan vaali tullaan suorittamaan hyvinvointialueen ylimmän toimielimen toimesta, joka tulee olemaan poliittinen. Nykyistä vastaavan suostumusmenettelyn säilyttäminen on välttämätöntä riittävän poliittisen toimintavapauden turvaamiseksi hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän ylimmälle toimielimelle.

Nykyisen tulkinnan mukaan lääkärien työssä virkasuhdetta edellyttävät mielenterveyslain osalta tarkkailuun ottaminen, tarkkailulausunnon antaminen, hoitoon määrääminen, hoidon jatkaminen ja mielenterveyslain luvun 4a mukaista rajoitustoimenpiteistä päättäminen. Lisäksi mielenterveyslain 12 a §:ssa tarkoitetun ulkopuolisen lääkärin sekä poliisin virka-apua pyytävän lääkärin on oltava virkasuhteinen. Myös tartuntatautilaissa on virkasuhdetta edellyttäviä tehtäviä. Somaattista hoitoa antavissa hoitopaikoissa julkista valtaa käytetään puuttuttaessa potilaan itsemääräämisoikeuteen. Myös maksusitoumuspäätöksien antamisessa ja kieltäydyttäessä antamasta asiakirjatietoja on kysymys julkisen vallan käytöstä.

Esityksessä ollaan laajentamassa olennaisesti virkasuhteen käyttöä edellä kuvatusta ja selvästi vakiintuneista tulkinnoista poiketen. Ehdotetun sote-järjestämislain 3 luvun 12 §:ssä esitetään seuraavaa ”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 tai hammaslääkäri. Myös terveydenhuoltolain 40 §:ssä tarkoitetussa ensihoitopalvelussa hoidon tarpeen arvioinnista vastaavan vastuulääkärin ja kenttäjohtajan on oltava virkasuhteessa”.

Säännöksen varsinainen tarkoitus on rajoittaa terveydenhuollon palvelujen ulkoistamista. **Ottamatta kantaa tähän tavoitteeseen on vaikea nähdä, miksi edellä kuvatut päätökset olisivat julkisen vallan käyttöä tai julkisia hallintotehtäviä**, koska kyse on täysin vastaavan kaltaisesta toiminnasta kuin mitä yksityisen terveydenhuollon toimintayksikön palveluksessa oleva lääkäri harjoittaa. **Valittu keino ei ole tarkoituksenmukainen tavoitteen saavuttamiseksi erityisesti siksi, että sillä on tarkoitustaan huomattavasti laajempia vaikutuksia.** Lopputuloksena virkasuhteiden laajamittaisesta käytöstä on esimerkiksi se, että yksityisen ja julkisen terveydenhuollon palveluksessa olevien lääkärien tekemiä laiminlyöntejä ja virheitä tullaan arvioimaan eri rangaistusasteikoilla, vaikka kyse olisi täysin samasta teosta ja teonkuvauksesta. Lopputulosta ei voi pitää yhdenvertaisena yksittäisen lääkärin kannalta. Lisäksi virkasuhteiden käyttöön velvoittaminen vaikeuttaa tarkoituksenmukaisen henkilöstöhallinnon toteuttamista. Virkasuhteiden käyttö tarkoittaa sitä, että lääkärien osalta henkilöstöresursseista päätetään yksittäisen henkilön tasolla luottamuselimissä, kun muiden ammattiryhmien (mm. hoitohenkilökunnan) osalta voidaan henkilöstöresurssointia käsitellä huomattavasti joustavammin operatiivisen päätöksenteon puitteissa. Järjestely on myös siinä mielessä erikoinen, että vakiintuneesti lääkärin julkisessa terveydenhuollossa tekemiä hoitopäätöksiä on pidetty ns. tosiasiallisena hallintotoimintana, joita on voitu tehdä niin työsuhteessa kuin virkasuhteessa.

Korkein hallinto-oikeus on ottanut virkasuhteen käytön laajentamiseen kantaa oikeussuojan näkökulmasta lausunnossaan 25.9.2020 (dnro H316/20). Lausunnossa esitetään huoli siitä, että tämän seurauksena ”oikeussuojajärjestelmään voi kohdistua sellaisia vaatimuksia, joihin ei voida vastata

tuomioistuinten ratkaisulla”. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että hoitoratkaisuista ja käytännön lääkärintyöstä voi tämän seurauksena tulla muutoksenhakukelpoisia. Tämä on suoraa seurausta perustuslain 21 §:n 1 momentin mukaisesta perusoikeutena turvatusta oikeudesta oikeusturvaan, jonka mukaan mm. jokaisella on oikeus saada ”oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan koskeva päätös tuomioistuimen tai muun riippumattoman lainkäyttöelimen käsiteltäväksi”. **Lopputulos olisi ilmeisen epätarkoituksenmukainen ja lisäksi lisäarvoa tuottamattoman byrokratian määrää huomattavasti.** KHO katsoo lisäksi lausunnossaan, että lakiesityksen perustelut julkisen hallintotehtävän alan laajentamisesta kattamaan mm. hoidon tarpeen arviointia ja potilaan tutkimiseen liittyviä ratkaisuja ”eivät vaikuta oikeudellisesti kestäville”.

Esitämme, että virkasuhteiden käytölle asetettuja vaatimuksia ei tiukenneta nykyisestä. Jos lainsäädännössä halutaan rajoittaa ulkoistuksia, voidaan se tehdä nimenomaisilla säännöksillä turvautumatta rajoituksiin virkasuhteiden kautta.

Muita huomioitavia asioita

Sote-järjestämislaki rinnastaa hyvinvointialueiden omistamat yhtiöt mukaan lukien hankintalain tarkoittamana sidosyksikkönä toimivat yhtiöt yksityisiin palveluntuottajiin. Laissa esitetään säädettäväksi, että *”mitä tässä laissa säädetään yksityisestä palveluntuottajasta, sovelletaan myös hyvinvointialueen, kunnan ja valtion omistamaan yhtiöön tai muuhun yhteisöön”*. Sote-järjestämislain 12 §:ssä puolestaan rajataan, mitä hankintoja voidaan tehdä tällaiselta yhtiöltä. Yhtiöltä ei voi hankkia mm. palveluja, joihin sisältyy järjestämisvastuun toteuttamiseen liittyviä tehtäviä, tai palveluja, joihin sisältyy julkisen vallan käyttöä, kiireellisen hoidon ja päivystyksen palveluja eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta ja ensihoitopalveluja eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta. Ehdotus rajaisi hyvinvointialueiden itse ja yhdessä omistamat yhtiöt pääsääntöisesti tukipalveluihin.

Ehdotuksessa ei esitetä mitään järkeviä perusteluja sille, miksi sidosyksikkönä toimivien yhtiöiden toimintamahdollisuuksia rajoitetaan tässä kuvatulla tavalla. Tietyn palvelutuotannon eriyttäminen sidosyksiköksi voi olla tarkoituksenmukainen tapa tehostaa kyseistä toimintoa ja hakea uudenlaisia toimintatapoja. Esitämme, että sidosyksikkönä toimivia yhteisöjä ei tule pitää sote-järjestämislain tarkoittamina yksityisinä palveluntuottajina.