

EDUSKUNNAN SOSIAALI- JA TERVEYSVALIOKUNNALLE

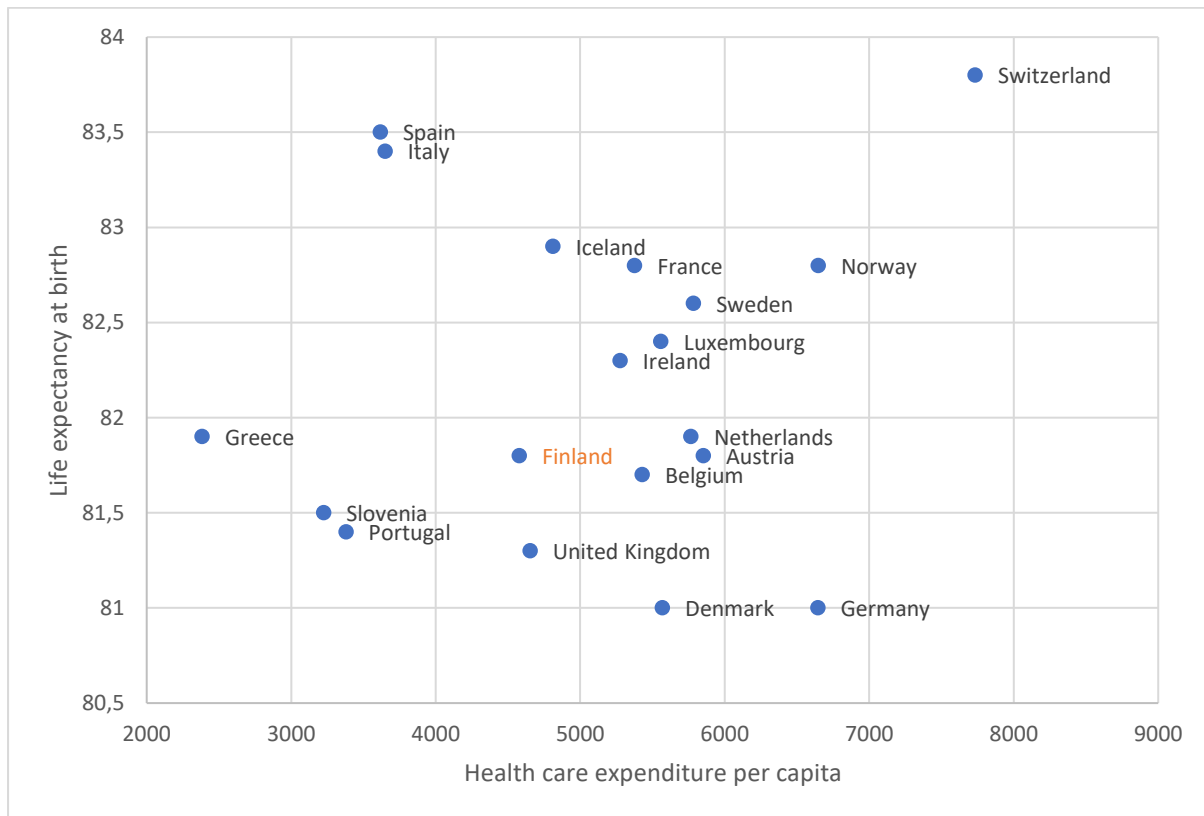
Asia: Lausunto hallituksen esityksestä 241/2020 vp eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi

Sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt minulta kirjallista asiantuntijalausuntoa hallituksen sote-uudistusta koskevasta esityksestä 241/2020 vp. Sosiaali- ja terveyspalveluja sekä pelastustointia koskevan uudistuksen tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveys- sekä pelastustoimen palvelut, parantaa turvallisuutta, palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta, turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastata yhteiskunnallisten muutosten mukaan tuomiin haasteisiin ja hillitä kustannusten kasvua. Tavoitteet ovat hyviä ja kannatettavia – ne kuitenkin ovat joiltain osin toistensa kanssa ristiriitaisia.

Hallituksen esitys taustamateriaaleineen massiivinen eli yhteensä 1669 sivua. Tämän vuoksi keskityn lausunnossani esityksen keskeisiin ongelmiin sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan kannalta. Näitä ovat rahoituksen palvelutarvetta alhaisempi taso, terveyttä edistävien ja toiminnan vaikuttavuutta lisäävien kannustimien puute sekä palvelujen puutteellinen integraatio.

Rahoituksen taso suhteessa palvelutarpeeseen

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän vertailu muihin OECD maihin perustuu vuosien 2017–2019 tietoon. OECD aineiston mukaan Suomen terveydenhuollon kokonaiskustannus asukasta kohti on 4578 eur, joka on alhaisempi kuin kaikissa muissa Pohjoismaissa. Ennenaikaisesti menetettyjen elinvuosien (Potential years of life lost) osalta Suomi on huonoin Pohjoismaista. Eliniänodotteessa Suomi on Pohjoismaista toiseksi viimeinen, Tanskan edellä (ks. Kuva 1).

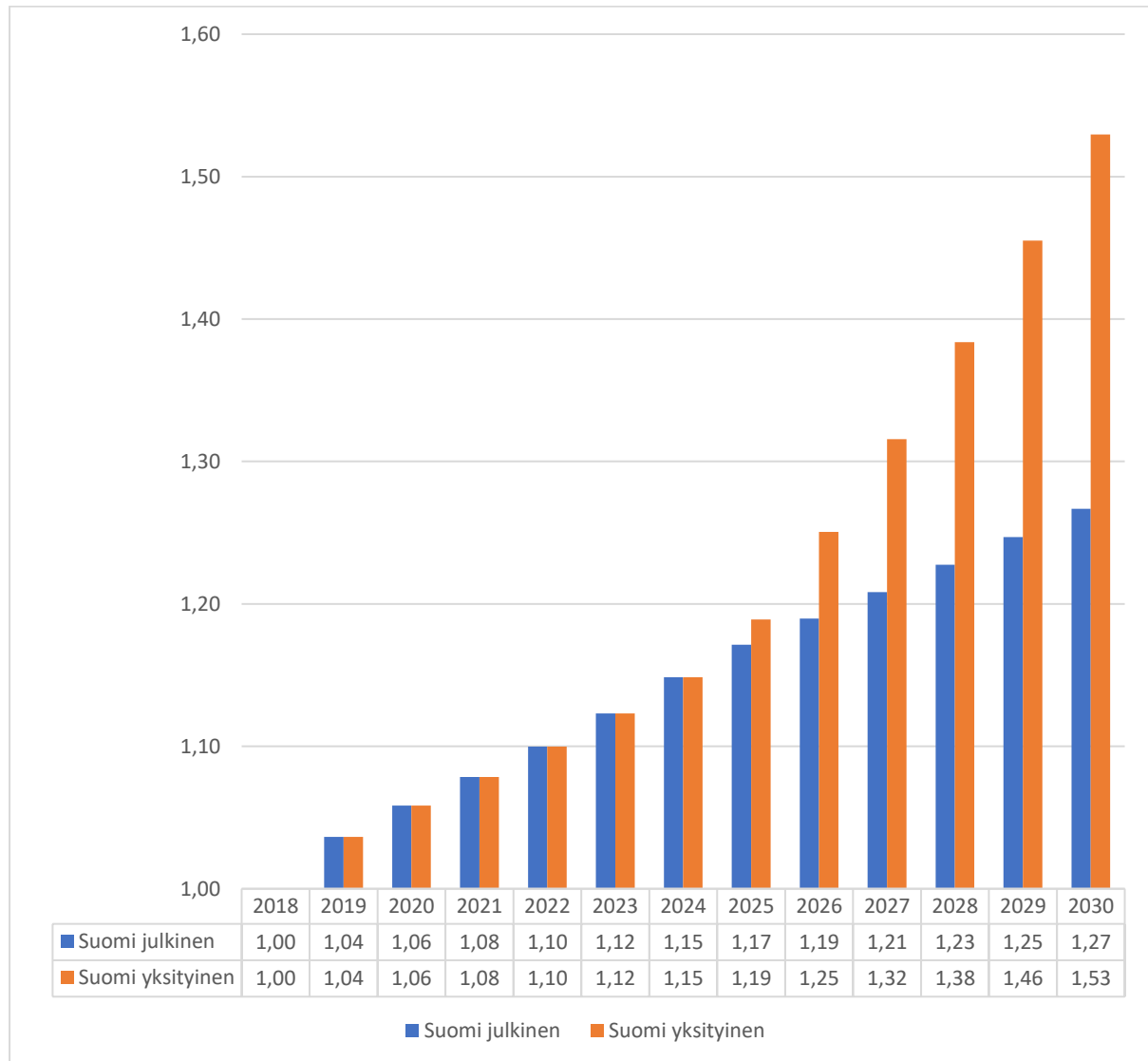


Kuva 1. Terveydenhuollon kustannukset asukasta kohti ja eliniänodote (OECD)

Terveydenhuollon kustannusten osuus Suomen bruttokansantuotteesta (BKT) oli OECD:n mukaan v. 2015 noin 9,7 %, Ruotsissa vastaava luku on 11,0 %. OECD:n ennusteen mukaan Suomen terveydenhuollon osuus BKT:sta vuonna 2030 on 11,6 % ja Ruotsissa 13 %. Bruttokansantuotteen ja väestön ennustetun kasvun huomioon ottaen terveydenhuollon kustannus asukasta kohti kasvaa Suomessa ilman palvelutarpeen leikkuria noin 5400 euroon, sote-laki-esityksen mukaisen kustannuskasvun leikkurin huomioiden noin 5300 euroon, mutta vertaillua Ruotsissa jo 7200 euroon.

Jos oletuksena on OECD:n ennuste terveydenhuollon kustannusten kasvusta, johtaa sote-uudistuksen mukainen ehdotettu rahoitusmalli siihen, että Suomessa yksityisen rahoituksen osuus kaikesta sote-rahoituksesta tulee lisääntymään (Kuva 2). Ei ole oletettavissa, että väestön Suomessa vanhetessa palvelutarve vähenisi. Samalla ero julkisen terveydenhuollon ja yksityisen terveydenhuollon palvelujen käyttäjien välillä syvenee, mikä on vastoin uudistuksen tavoitetta lisätä yhdenvertaisuutta ja vähentää terveyseroja. Suomessa sote-rahoitusmallin mukainen julkisen terveydenhuollon rahoituksen asukasta kohti ennakoidaan vuonna 2030 olevan 3987 euroa, kun vastaava luku Ruotsissa on 6144 euroa. Kun v. 2019 julkisen rahoituksen osuus ter-

veysmenoista on Ruotsissa 43 % Suomea suurempi, olisi julkisen rahoituksen osuus soten rahoitusmallin toteutuessa vuonna 2030 Ruotsissa jo 54 % Suomea suurempi. Palvelutarve (arvioituna mm. ennenaikaisesti menetettyjen elinvuosien määrän perusteella) on kuitenkin Suomessa Ruotsia suurempi.



Kuva 2. Suomen julkisen ja yksityisen terveydenhuollon indeksoitu kasvu

Hallituksen esitykseen sisältyvän rahoituslain 13 § pykälän mukaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon laskennalliset kustannukset muodostuvat laskemalla yhteen tulot, jotka saadaan kertomalla terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon *perushinnat* 14 §:ssä tarkoitetuilla hyvinvointialuekohtaisilla palvelutarvekertoimilla ja hyvinvointialueen asukasmäärällä. Rahoitusmalli huomioi kuitenkin vain suoraan siirtyvät kustannukset, mutta ei

siirtyvää hoitovelkaa. Vuoden 2020 aikana hoitoon jonottavien henkilöiden määrä on koronaepidemian takia lisääntynyt merkittävästi.

Tarvevakioinnin tarvetekijöissä ei juurikaan huomioida sosiaalihuollon palvelutarvetta. Sosiaalihuollon tarvetekijöiksi valituista 13 tautiluokasta ainoastaan kaksi (älyllinen kehitysvammaisuus ja CP-oireyhtymä) eivät esiinny terveydenhuollon tarvetekijöinä. Sosiaalihuollon palvelutarvetta kuvaavien tarvetekijöiden arviointia vaikeuttaa myös sosiaalihuollon valtakunnallisen tietopohjan puute.

Hyvinvointialueiden laskennallinen rahoitus huomioi ainoastaan viisi olosuhdetekijää. Malli jättää huomioimatta esimerkiksi liikkumisen hyvinvointialueiden välillä, vapaa-ajan asukkaat, suun terveydenhoidon, kehityshankkeet, palkkaharmonisoinnin, tietojärjestelmien yhtenäistämisen, kahden keskussairaalan hyvinvointialueet ja työterveyshuollon. Näin ollen rahoitus ei vastaa hyvinvointialueiden todellista kustannustilannetta ja palvelutarvetta.

Ehdotettu tarvevakiointi ei huomioi kaikkia oleellisia tautiryhmiä. Mallista puuttuvat mm. yli-paino, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, suun sairaudet, tehohoitoa vaativat taudit, jatkuva erikoissairaanhoidon vaativat sairaudet sekä vastasyntyneen sairaudet. Esimerkiksi HUS-kuntayhtymän oman palvelutuotannon vuoden 2019 kustannuksista THL:n valitsevat diagnoosit kattavat vain 54 %. HUS:n kustannuksista 870 milj. euroa jää ehdotetun tarvevakioinnin diagnosivallinnan ulkopuolella. Toisin sanoen, malliin valikoidut sairausryhmät eivät riittävästi kuvaan niitä potilaita, joista terveydenhuollon kustannukset todellisuudessa aiheutuvat. Voidaan kin kysyä miten ja millä painoarvolla mallin ulkopuolelle jääneiden potilaiden kustannukset huomioidaan sairaanhoidon rahoituksessa.

On erittäin ongelmallista, että esitetty rahoitusmalli johtaa enemmänkin terveyserojen kasvuun Suomessa kuin niiden kaventumiseen. Yhtenä keskeisenä uudistuksen ongelmana on, että uudistus ei puutu työterveyshuollon asemaan. Töissä käyvät saavat näin terveyspalveluja enemmän ja keveämmin perustein, kuin mitä palvelujen aito tarveperusteinen kohdentaminen edellyttäisi. Mikäli työnantajien ottamien sairauskuluvakuutusten käyttö lisääntyy entisestään (kuten oletettavasti käy, mikäli julkinen rahoitus sairaanhoidolle on riittämätön), kasvavat terveyserot entisestään ja silloin myös erikoissairaanhoidon palvelut eriytyvät työsuhteeseen ja työnantajan rahoitukseen/vakuutukseen perustuviin palveluihin ja muun väestön palveluihin.

Kannustimet terveyden toiminnan vaikuttavuuden parantamiseksi

Nykyinen rahoitusmalli toimii pääsääntöisesti niin, että jokaisesta hoidetusta potilaasta saa lähettää laskun. Uudessa mallissa rahoitus pysyy samana riippumatta hoidettujen potilaiden määrästä, mikä kannustaa vähentämään annettuja hoitoja eikä niinkään parantamaan väestön terveyttä. Koko sairaanhoidon toimintalogiikka muuttuisi uudistuksen myötä. Oikein toimivan rahoitusmallin pitäisi ohjata siihen, että hoidontarve vähenee. Useimmissa terveydenhuoltojärjestelmien muutoksissa tätä on toteutettu muuttamalla terveydenhuollon tuotteistusta kohti ns. arvoperusteista terveydenhuoltoa, jossa palvelusta maksetaan sen mukaan, kuinka hyvin se tuottaa terveyshyötyä (ks. esim. [024_defining-value-vbhc_en.pdf \(europa.eu\)](#)). Ehdotetussa rahoitusmallissa ei kuitenkaan ole mitään erityisiä kannustimia terveyshyödyn tuottamiseksi väestölle.

Mm. Valtiontalouden tarkastusvirasto on sote-uudistuksen rahoituksen osalta kommentoitunut kriittisesti sitä, että kustannusten kasvulle ei ole esitetty riittäviä kontrolleja: ”Valtion rahoitus tarjoaa koko maan tasolla riittävät taloudelliset edellytykset lakisääteisten tehtävien suorittamiseen. Se ei kuitenkaan välttämättä vastaa yksittäisten alueiden todellista palvelutarvetta, koska rahoituksen määrittämiseen käytettävät mallit ja aineistot eivät selitä aluekohtaisten palvelujen kustannusten vaihtelua kattavasti. Jos alueet joutuisivat turvautumaan lisärahoitukseen, rahoituksen taso koko maan tasolla kasvaisi.” Ts. ne hyvinvointialueet, jotka saavat yli oman tarpeen, saavat pitää rahoitustason ja ne, joilta jää rahoitusta puuttumaan saavat lisärahoitusta.

Valtiovallan kustannusleikkuri, eli ehdotus rahoittaa vain 80 % ennakoidusta palvelutarpeen kasvusta, ei mitenkään edistä väestön terveyttä ja vähennä palvelujen käytön tarvetta. Ainoana uutena tuottavuuden lisäämisen mekaniikkana esitellään tiukka valtionohjaus ja arviointinettely. On epäselvää, miksi ja miten hyvinvointialueet onnistuisivat uudessa mallissa merkittävästi enemmän kehittämään tuottavuuttaan erityisesti, kun niiden investointeja pyritään samalla rajoittamaan. Pitkäaikainen lainanotto ehdotetussa mallissa on sallittua vain lainanottovaltuuden puitteissa investointisuunnitelmassa hyväksyttyihin investointeihin (Laki hyvinvointialueesta 15 §). Lainanottovaltuus perustuu ns. laskennalliseen lainanhoitokatteeseen (edellisen vuoden tuloslaskelman vuosikate + korkokulut) / (korkokulut + laskennallinen lainanlyhennys)). Lainanottovaltuus on laskennalliseen lainanhoitokatteeseen perustuvan enimmäismäärän ja tilikauden alun ennakoidun lainamäärän erotus. (Laki hyvinvointialueesta 15 §). Vuoden 2023 lainanottovaltuus määritetään sairaanhoitopiireiltä ja erityishoitopiireiltä siirtyvien lainojen pohjalta. Taustatietona käytetään vuoden 2021 tilinpäätöstietoja ja vuoden 2022

talousarviota (Voimaannpanolaki 61 §). Hyvinvointialueiden lainanottovaltuutta ja mahdollisuutta pitkäaikaisen lainan hankkimiseen voidaan joutua kuitenkin rajoittamaan edelleen, mikäli julkisen talouden sopeuttaminen tätä edellyttää. Päätökset lainanottovaltuuden myöntämisestä tehdään vuosittain (Laki hyvinvointialueesta 15 §). Lakiehdotukseen ei sisälly kuvausta menettelystä, jossa investoinneista voitaisiin vuoden aikana sopia STM:n/sisäministeriön kanssa alkuperäisestä suunnitelmasta poikkeavalla tavalla. Helsingin kaupungilla on kuitenkin muita alueita huomattavasti laajemmat oikeudet suunnitella toimintaansa ja talouttaan. Se saa päättää vapaasti ottamansa pitkäaikaisen lainan määrästä. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla 17 § Helsingin kaupunkiin sovellettavat hyvinvointialueesta annetun lain ja kuntalain säännökset).

Investointisuunnitelmat hyväksytetään STM:ssä ja sisäministeriössä ja niiden hyväksymiseen vaikuttavat mm. investointien yhdenmukaisuus kansallisten strategisten tavoitteiden sekä hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa sovittujen investointien kanssa (ruotsinkielisten alueiden pitää huomioida erityisesti ruotsinkielisten alueiden yhteistyösopimus). Lainanottovaltuus koskee vain uus- ja laajennusinvestointeja (Hallituksen esitys, s. 1123) - muut investoinnit tulee kattaa käyttötalouden puolella. Pitkäaikaisen lainan käytön rajoittaminen vain uus- ja laajennusinvestointien edellyttää muiden investointien kattamista käyttötalouden puolella ja vaikeuttaa hyvinvointialueiden kykyä selviytyä järjestämistehtävästään annetun rahoituksen puitteissa.

Lainanottovaltuus ja sen hyödyntämisoikeuden rajoittaminen vain investointisuunnitelmassa hyväksytyihin investointeihin rajoittaa merkittävästi hyvinvointialueiden itsemääräämisoikeutta sekä kykyä suunnitella omaa toimintaansa ja talouttaan pitkällä aikavälillä. Laissa kuvattu mahdollisuus rajoittaa lainanottovaltuutta vielä laskennallista lainanottovaltuutta alemmalle tasolle julkisen talouden sopeuttamistarpeen vuoksi heikentää entisestään hyvinvointialueiden mahdollisuutta toimintansa ja taloutensa pitkäaikaiseen suunnitteluun. Lainanottovaltuuden käyttöönotto tulee todennäköisesti ohjaamaan investointeja ns. ”uuteen malliin”, jossa leasing- ja vuokrasopimukset korostuvat. Malli saattaa näin ollen lisätä sote-palvelujen hankintaa yksityisiltä tuottajilta, joiden investoinnit tehdään perustuen kysyntään ja investoinnin kannattavuuteen nelivuotissuunnitelmien sijasta eli lopulta lisätä hyvinvointialueiden riippuvuutta yksityisen sektorin toimijoista.

Palvelujen puutteellinen integraatio

Keskeisenä keinona vastata lisääntyneeseen palvelutarpeeseen pidetään hallituksen esityksessä sote-palvelujen parempaa integraatiota. On kuitenkin todettava, että vaikka integroidut palvelut ovat vaikuttavuudeltaan eriytyneitä palveluja parempia ja myös aikaisempaa asiakaslähtöisempiä, ne eivät kuitenkaan ole aiempaa halvempia. Esimerkit palveluintegraation toteuttaneista hyvinvointikuntayhtymistä ja niiden talousvaikeuksista (mm. Eksote, Kymsote ja PHHYKY Hyks-ervan alueelta) osoittavat karulla tavalla, että asukasta kohden lasketut sote-kustannukset eivät palveluintegraatiolla vähene. Tämä on sinänsä loogista, kun muistaa, että palveluintegraation kautta monia palveluja tarvitseva henkilö pääsee nopeasti useiden kustannuksia aiheuttavien palvelutoimintojen piiriin.

Uudenmaan alueella erillislainsäädäntö hajottaa tavoiteltua palveluiden integraatiota. Muualla valtakunnassa sote-palvelut järjestää yksi toimija: hyvinvointialue. Uudenmaan erillisratkaisussa nykyinen Uusimaa jaetaan neljään hyvinvointialueeseen ja Helsingin kaupunkiin, joiden erikoissairaanhoidon palveluja hoitaa HUS-yhtymä. Uhkana on se, että kaikilla toimijoilla on erilaiset prosessit ja järjestelmät. Tällöin myös palveluiden toiminnallinen integraatio ja alueellinen yhteistyö vaikeutuvat merkittävästi.

Palvelujen integraatio edellyttää yhteistä tietopohjaa. Ilman tätä integraation toteutumisella ei ole käytännön edellytyksiä. Terveyspalveluissa tiedon integraatio tarkoittaa sitä, että potilasta hoitavilla henkilöillä tulee olla lakisääteisen tehtävänsä suorittamista varten ajantasaiset tiedot potilaan terveydentilasta, potilaalle laadituista hoitosuunnitelmista sekä annetusta hoidosta. Jos eri toimijoilla ei ole käytettävissään ajantasaista tietoa, vaarantuu niin potilasturvallisuus kuin kustannusten hallinta. Hallituksen esityksen (sote-järjestämislaki 58 §) lähtökohtana on, että hyvinvointialue toimii sen järjestämisvastuulle kuuluvassa toiminnassa syntyneiden asiakas- ja potilastietojen rekisterinpitäjänä. Uudenmaan erillisratkaisusta seuraa, että Uudellamaalla on kuusi erillistä rekisterinpitäjää. 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 erikseen pyydettyä 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.

Integraatiota tarvitaan niin perus- ja erityistason palveluiden välillä (vertikaalinen integraatio) kuin perustason sosiaali- ja terveystalvelujen välillä (horisontaalinen integraatio). Optimitalanteessa horisontaalinen integraatio terveydenhuollossa toteutuu aina yliopistosairaalaasta terveyskeskukseen hyvin määriteltyjen hoitoketjujen ja hoidon porrastuksen mukaisesti. Tältä osin hallituksen esitykseen sisältyy useita ongelmia. Integraation sisältöä ei ole myöskään määritetty riittävän tarkasti yksityisten ja julkisten toimijoiden yhteistyön kannalta. Integraatiohaasteet nousevat esiin etenkin aloilla, joilla julkiset palveluntarjoajat tukeutuvat yksityisiin palveluntuottajiin (mm. ikäihmisten asumis- ja perusterveydenhuollon palvelut tai lastensuojelun palvelut) (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä 13§).

Integraation ongelmia lisäävät hyvinvointialueille asetetut yhteistyörajoitteet. Esityksen mukaan hyvinvointialueiden on järjestettävä kaikki niille laissa määrätty palvelut ja ne voivat vain hyvin rajallisesti järjestää niitä yhteistyössä muiden hyvinvointialueiden kanssa. Vaikka hallituksen esitys edellyttää palvelujen vertikaalista integraatiota, se ei anna hyvinvointialueille riittäviä työkaluja integraation toteutukseen.

Yhteistyöalueen hyvinvointialueiden olisi sote-järjestämislain 36 §:n mukaisessa *yhteistoimintasopimuksessa* sovittava työnjaosta, yhteistyöstä ja toiminnan yhteensovittamisesta lääkinnallisten tukipalvelujen ja muiden tukipalvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa. Kohdan nojalla tulisi sopia esimerkiksi siitä, miten hyvinvointialueet yhteistyössä toteuttaisivat toimintayksikköjensä tarvitsemat hankintapalvelut, lääkehuollon, välinehuollon, kuljetus- ja varastointipalvelut, taudinmääritykseen liittyvät palvelut, kuten laboratorio- ja kuvantamispalvelut. Mikäli yksittäinen hyvinvointialue esim. kliinisten tukipalvelujen osalta vastoin yhteistoiminta-alueen tavoitteita päättää hankkia palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta, vaarantuu perustason ja erityistason integraatio. Jotta integraatio perustason ja erityistason välillä toteutuisi, olisi tärkeää, että yhteistoimintasopimuksen sitovuutta lisätään.

Valtiovalta on pyrkinyt tehostamaan nykyisen palveluverkon toimintaa edellyttämällä niin valtakunnallisesti kuin alueellisesti työnjakoa (mm. ns. keskittämisasetus), jolloin esim. valtakunnallisesti keskitetyn toiminnan palveluja (esim. potilaan jatkohoidon ja seurannan osalta) on pyritty integroimaan alueelliseen toimintaan. Tätä työnjakoa ovat pyrkineet rikkomaan niin yksityiset kuin kuntaomisteiset yhtiöt, jotka ovat pyrkineet kasvattamaan liiketoimintaansa erityisvastuualueiden järjestämissopimuksista piittaamatta ja esim. ohjaamaan potilaita toisen alueen yksikköihin hoidettavaksi, jolloin kulut toiminnasta jäävät potilaan asuinkunnan mak-

settavaksi. Olisikin perusteltua rajata yksityisten palvelutuottajien tällaista toimintaa vain hyvinvointialueiden yhteistoimintasopimuksessa määriteltyihin hankintoihin, jotta perus- ja erikoistason integraation ei vaarannu.

Hallituksen esityksessä sote-järjestämislaiksi yksityisellä palveluntuottajalla tarkoitetaan kaikkia hyvinvointialueelle sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavia osakeyhtiöitä, osuuskuntia ja muita yhtiöitä, yhdistyksiä, säätiöitä ja itsenäisiä ammatinharjoittajia. Yksityisen palveluntuottajan määritelmä kattaisi myös julkisomisteiset eli hyvinvointialueen, kunnan ja valtion omistamat yhtiöt ja mahdolliset muut julkisomisteiset säännöksessä mainitut yhteisöt. Tämä on perusteltua mm. siltä kannalta, että hankintalainsäädäntö ei koske viranomaisyhteistyötä, mutta yhtiöt eivät ole viranomaisia.

Johtopäätökset

Vaikka nyt käsiteltävänä olevan sote-uudistuksen tavoitteet ovat hyviä, on hallituksen esityksessä useita ongelmia, jotka vaarantavat uudistuksen tavoitteiden toteutumisen:

- 1) Terveyspalvelujen asukasta kohden laskettu rahoitus Suomessa on jo Pohjoismaiden alhaisin, vaikka väestö on Pohjoismaiden sairainta, eikä malli korjaa tilannetta. Hallituksen esitys ei riittämättömän rahoituksen takia turvaa väestölle sen tarvitsemia riittäviä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja;
- 2) Ehdotettu rahoitusmalli laskee terveydenhuollon julkisen rahoituksen osuutta, mikä vastoin sote-uudistuksen tavoitteita lisää eriarvoisuutta ja terveyseroja (esim. Ruotsissa terveydenhuollon julkinen rahoitus asukasta kohden olisi sotien rahoitusmallin toteututtua v. 2030 peräti 54 % suurempi kuin Suomessa);
- 3) Rahoitusmalli ei huomioi hoitovelkaa, hoitojonoja taikka piilevää hoidon tarvetta ja aliarvioi siksi terveydenhuollon rahoitustarpeen;
- 4) Sote-rahoituksen perustaksi ehdotettu ”tarvevakiointi” perustuu vain joihinkin tautiryhmiin, mutta jättää mm. huomioimatta ison osan erikoissairaanhoidossa kuluja aiheuttavista potilaista (ehdotettuun rahoitusmalliin sisältyvät potilasryhmät kattavat esim. vain 54 % HUSin kustannuksista);
- 5) Ehdotetussa rahoitusmallissa ei ole kunnon kannustamia tuottaa kustannusvaikuttavia sote-palveluja, vaan malli perustuu ns. *perversseihin kannustimiin*, joilla painostetaan alueita pysymään budjeteissaan, vaikka väestön terveys ja hyvinvointi palvelujen riittämättömän rahoituksen takia vaarantuisi;

- 6) Investointien keskusjohtoinen ohjaus ja rahoitus heikentää alueiden kykyä parantaa tuottavuuttaan ja pitää palvelunsa ajanmukaisina. Ehdotettu investointien ohjausmalli ei myöskään mahdollista investointiohjelma muutoksia budjettivuoden aikana, vaikka niille olisi kiireellinen tarve;
- 7) Alueiden pienet lainanottovaltuudet tulevat uudistuksen tavoitteiden vastaisesti lisäämään palveluostoja yksityissektorilta niiden kustannustasosta riippumatta, koska yksityinen sektori voi tehdä investointeja palvelukysynnän ja investoinnin kannattavuuden perusteella nelivuotissuunnitelmista riippumatta;
- 8) Uudenmaan alueella erillislainsäädäntö hajottaa tavoiteltua palveluiden integraatiota. Uudenmaan erilliskäytössä nykyinen Uusimaa jaetaan neljään hyvinvointialueeseen ja Helsingin kaupunkiin, joiden erikoissairaanhoidon palveluja hoitaa HUS-yhtymä. Uhkana on se, että palveluiden toiminnallinen integraatio ja alueellinen yhteistyö vaikeutuvat;
- 9) Palvelujen integraatio edellyttää yhteistä tietopohjaa. Uudenmaan erilliskäytöstä seuraa, että Uudellamaalla on kuusi erillistä rekisterinpitäjää. 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 erikseen pyydettyä suostumusta; ja
- 10) Yhteistyöalueen hyvinvointialueiden olisi yhteistoimintasopimuksessa sovittava työnjaosta, yhteistyöstä ja toiminnan yhteensovittamisesta lääkinnällisten tukipalvelujen ja muiden tukipalvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa. Jotta integraatio perustason ja erityistason välillä (aina yliopistosairaalaasta sote-keskukseen) toteutuisi, olisi tärkeää, että yhteistoimintasopimuksen sitovuutta lisätään.

Kunnioittavasti,

Lasse Lehtonen, oik.tri, lääk.tri

diagnostiikkajohtaja, HUS sekä

terveysoikeuden professori, Helsingin yliopisto