

Dnr: KHSHP/2066/06.00.00.01.01/2020

Asia: Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunta tiistai 16.02.2021 klo 10.00 / HE 241/2020 vp / Lausuntopyyntö

Eduskunnan sosiaali- ja terveystieteiden valiokunta on pyytänyt Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriltä asiantuntijalausuntoa koskien HE 241/2020 vp Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi.

Pidämme sote-uudistuksesta esitettyä lainsäädäntöä pääsääntöisesti tarkoituksenmukaisena emmekä tältä osin käsittele lakiesitysten sisältöä. Nostamme tässä lausunnossamme esille ne kohdat, joita pidämme ongelmallisina uudistuksen toteutettavuuden tai tavoitteiden kannalta:

- I) Kliinisiä palveluita tuottavien julkisomisteisten osakeyhtiöiden asema ja vaatimus virkalääkärien käytöstä uudistuksessa
- II) Investointien rahoitusta koskevat rajoitukset
- III) Uudistuksen toteuttamisen epärealistisen tiukka aikataulu

I) Kliinisiä palveluja tuottavat julkisomisteiset osakeyhtiöt ja virkalääkäri-vaatimus

Julkisomisteiset yhtiöt on niputettu tässä sote-uudistuksessa yhteen yksityisten yhtiöiden kanssa (JärjL 2 §), yhteinen nimitys ”yksityiset palveluntuottajat”. SOTE-järjestämislaki estänee Coxa Oy:n, Tays Sydänkeskus Oy:n ja Fimlab Laboratoriot Oy:n nykyisen kaltaisen toiminnan jatkossa.

Arviomme perustuu järjestämislain 12 §:ssä esitettyyn: ”Hankittavien palveluiden on oltava sisällöltään, laajuudeltaan ja määrälliseltä osuudeltaan sellaisia, että hyvinvointialue pystyy huolehtimaan kaikissa tilanteissa järjestämisvastuunsa toteuttamisesta myös hankittavien palveluiden osalta.” Hallituksen esityksessä todetaan lisäksi tältä osin: ”Turvataksaan järjestämisvastuunsa asianmukaisen toteuttamisen hyvinvointialue ei saisi antaa yksityisten palveluntuottajien tuotettavaksi esimerkiksi kokonaisia sosiaali- tai terveydenhuollon tehtäväaloja, kuten koko perusterveydenhuoltoa tai koko sosiaalihuoltoa tai kokonaisia lääketieteiden erikoisalojen mukaisia toimintoja.” Kyseisen pykälän säännöskohtaisissa perusteluissa todetaan hyvinvointialueille olevan mahdollista perustaa toisen hyvinvointialueen kanssa yhtiö palveluiden tuottamiseksi,

mutta yhtiöön sovellettaisiin ”yksityisiä palveluntuottajia” koskevia säännöksiä. Perustelutekstin useassa kohdassa viitataan näidenkin toimintojen osalta siihen, että kaikissa olosuhteissa hyvinvointialueen tulee itse kyetä järjestämään kyseiset palvelut. Tästä syntyy ristiriita, joka nähdäksemme saattaa estää mm. yllä mainittujen julkisomisteisten yhtiöiden toiminnan. Vähintään asia jää avoimeksi lain tulkinnalle ja syntyvälle oikeuskäytännölle.

On täysin selvää, että erikoissairaanhoidon palvelutuotannon on tulevaisuudessa perustuttava entistä suurempiin (hyvinvointialueita suurempiin) tuotantovolyyymeihin ja –rakenteisiin. Kehitystä ajaa niin lääketieteellisen kuin muun tiedon määrän kasvu ja siten asiantuntijuuden kaventuminen ja syventyminen kuin toisaalta teknologian kehittyminen. Siten lainsäädäntöesitykseen sisältyvä näkemys hyvinvointialueen monopolistisesta tai kaikkivoipaisesta tuotantorakenteesta kestää koko ajan heikommin toimintaympäristön kehitystä. Pikemmin lainsäädännössä tulisi eri tavoin mahdollistaa ja kannustaa laajempien yhteistyöverkostojen syntymiseen.

Yhtiömuotoisella toiminnalla on käytännössä saavutettavissa ketteryyttä ja kykyä nopeisiin muutoksiin, jota hyvinvointialueiden muulla yhteistoiminnalla, esimerkiksi yhteisen toimielimen kautta, ei ole saavutettavissa. Edelleen hyvinvointialueista esitetyn lain 58 §:ssä suljetaan pois hyvinvointiyhtymään perustuva yhteistyö muiden kuin tukipalveluiden osalta. Voidaan siten arvioida, että hyvinvointialueiden yhteistyö kliinisten palveluiden osalta tulee lakiesityksen perusteella varsin tehokkaasti estetyksi.

Pienempi, mutta tulevaisuuden modernin yhteiskunnan kannalta erittäin tärkeä, esimerkki samanlaisesta yhteiskunnassa vaikuttavien megatrendien vastaisesta ajattelusta on saman pykälän perusteluissa esiintyvä kielto järjestää palveluja toisen hyvinvointialueen asukkaille sähköisin tai etäyhteyksiin perustuvien menetelmin.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä on erittäin hyvät kokemukset palveluiden saatavuuden, laadun, asiakasyytyväisyyden ja kustannusten hallittavuuden suhteen esimerkiksi Tays Sydänkeskus Oy:n toiminnasta. Toiminnan siirtäminen jälleen sairaanhoitopiiriin omaksi toiminnaksi todennäköisesti heikentäisi palveluiden saatavuutta ja luultavasti asiantuntijoiden saatavuus vaikeutuisi ja palkkakustannukset kasvaisivat.

Toteamme lisäksi, että seuraavien näkökohtien vuoksi sairaanhoitopiiriin toimintoja jatkossa on vaikeaa suunnitella koskien sitä, kuinka nyt julkisomisteisten yhtiöiden toiminnaksi järjestetyt merkittävät toiminnot tulisi jatkossa toteuttaa:

- Julkisomisteisten yhtiöiden alasajolle tai toiminnan muutokselle ei ole asetettu lakiehdotuksessa siirtymäaikaa. Sote-järjestämislakiehdotuksen 12 § estää nähdäksemme palvelujen hankkimisen tällaiselta yhtiöltä 1.1.2023 alkaen. Mitkä ovat käytännön mahdollisuudet toteuttaa tarvittavat yritysjärjestelyt, kuten yhtiöiden purku ja toimintojen pilkkominen ja siirto hva:lle ilman siirtymäaikaa?
- Vaikka lainsäätäjä on tietoinen sääntelyn tuottamasta tilanteesta, se ei ole lakiehdotuksen perusteluissa arvioinut sote-järjestämislain 12 §:n vaikutuksia nykyisten sairaanhoitopiirien omistamien kliinisiä palveluja tuottavien yhtiöiden asemaan ja toiminnan tulevaan palauttamiseen hv-alueille.
- Vaikka lainsäätäjä on niputtanut yksityiset ja julkisomisteiset yhtiöt, se ei ole HE:ssä yritysvaikutuksia arvioidessaan ottanut mitään kantaa julkisomisteisiin yrityksiin (paitsi Keiturin Sote Oy:hyn), vaan ainoastaan yksityisomisteisiin yrityksiin (kohta 4.2.1.12 Yritysvaikutukset). Toisaalta Tays Sydänkeskus Oy:n ja Fimlab Laboratoriot Oy:n kanssa tehtyjä sopimuksia ei ole pidetty myöskään irti-sanottavina tai mitättöminä sopimuksina. Lakiehdotuksen vaikutuksia julkisomisteisten yhtiöiden

osalta ei ole lakiehdotuksessa arvioitu eikä annettu toiminnan muutoksen vaatimaa siirtymäaikaa. Kuitenkin Coxa Oy:n liikevaihto on noin 20 M€, Tays Sydänkeskus Oy:n noin 70 M€ ja Fimlab Laboratoriot Oy:n noin 130 M€ ja vaikutukset ulottuvat yhtiöiden lisäksi useisiin omistajasairaanhoidotpiireihin / -hyvinvointialueisiin. Tältä osin lainvalmistelua ei voida pitää asianmukaisena vaikutusten arvioinnin puuttumisen vuoksi.

Hallituksen esityksessä käsitellyt yksityisiä palveluntuottajia koskevat riskit keskittyvät konkurssiriskiin, toiminnan häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin. Perusteluissa esiintyy myös maininta, että ostoja yksityisiltä palveluntuottajilta kannattaa hajauttaa toiminnan jatkuvuuden turvaamiseksi.

Kokonaan hyvinvointialueiden omistuksessa olevia yhtiöiden osalta konkurssi ei ole riski. Julkisosomisteisten sidosyksikköyhtiöiden yhtiöjärjestyksissä ja osakassopimuksissa todetaan säännönmukaisesti, ettei niiden tehtävä ole tuottaa voittoa, vaan niiden tehtävä on tuottaa omistajilleen näiden järjestämisvastuulle kuuluvia terveydenhuollon palveluja väestön palvelutarpeen mukaisesti ja yhdenvertaisesti. Tällaisten yhtiöiden kanssa on mahdollista sopia yksityiskohtaisesti vastuista toiminnan häiriötilanteissa ja varautumisesta poikkeusoloihin. Hyvinvointialueiden omistaja- ja sopimusohjauksessa ja ministeriön valvonnassa tulisi kiinnittää erityistä huomiota hyvinvointialueiden kokonaan omistamien yhtiöiden tai muiden yhteisöjen ohjaukseen. Jo nykyisellään Fimlab Laboratoriot Oy:llä ja sen omistajina olevilla sairaanhoidotpiireillä on erillinen sopimus valmiuden ylläpidosta ja toiminnasta häiriötilanteissa. Pandemian aikana kertyneiden kokemusten seurauksena toimintatapoja on jo käyty yhdessä läpi ja täsmennetty.

Kun hyvinvointialueiden kokonaan omistama yhtiö on edellä kuvatulla tavalla omistajiensa ohjauksessa, näiden yhtiöiden toiminta erikoissairaanhoidossa tulisi vähintään rinnastaa yksityisiin palveluntuottajiin, jotka voisivat lakiehdotuksen mukaan tehdä hoidon tarpeen arvioinnin ja siihen liittyviä hoidon antamista koskevia ratkaisuja terveydenhuollon perustason palveluissa ja niihin kiinteästi liittyvissä perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavissa olevissa tietyissä erikoissairaanhoidon palveluissa. Hallituksen esityksessä perusterveydenhuollon osalta tehtyä linjausta on perusteltu seuraavasti:

”Perustason palvelujen ohjaaminen ja valvonta on järjestäjän toimesta huomattavasti selkeämpää ja yksinkertaisempaa, kun palvelut annetaan valtaosaltaan usein samalla käynnillä ja ne ovat yleisesti ottaen myös kustannuksiltaan huomattavasti edullisempia. Näin ollen perustason palveluissa ei synny samalla tavalla palveluntuottajalle kannustimia vaikuttaa palvelujen antamiseen taloudellisin perustein. Näin ollen järjestäjän mahdollisuudet valvoa palvelujen saatavuutta ja yhdenvertaista toteutumista sekä julkisten varojen käyttöä ovat perustasolla ongelmattomammat, vaikka hoidon tarpeen arviointia ja hoitoa koskevien ratkaisujen tekeminen tapahtuisi yksityisen palveluntuottajan toimesta.” (HE 241/2020 vp, s. 693)

Jo nykyisin Kanta-Hämeen sairaanhoidotpiirillä on Tays Sydänkeskus Oy:n kanssa voimassa olevassa palvelusopimuksessa tavoitekustannusmalli, jolla palveluntuottajaa ohjataan toimimaan palvelujen järjestämisen, yhdenvertaisuuden ja saatavuuden näkökulmasta tarkoituksenmukaisella tavalla ja näin on hyvin pystytty torjumaan palvelun tuottamiseen herkästi kytkeytyviä epäterveitä taloudellisia kannustimia. Yhtiöiden toiminnan ohjaukseen kuuluu myös säännöllisesti kokoontuvat yhteistyöryhmät, joissa käsitellään ja ratkaistaan yhteistyöhön liittyviä kysymyksiä ennen kuin ongelmia ehtii syntyä.

Hoidon tarpeen arviointi ja hoitoratkaisut

Hoidon tarpeen arviointi ja hoitoratkaisut eivät ole julkisen vallan käyttöä eikä niihin tarvita virkasuhteessa olevaa lääkäriä. Esitetty lainkohta rajoittaisi tarpeettomasti lääkärin ammattioikeuksiin kuuluvaa oikeutta tutkia ja arvioida potilaan hoidon tarvetta ja päättää hoitoratkaisuista erikoissairaanhoidossa.

Lakiesitys sallisi perusterveydenhuollossa työskenteleville ostopalvelulääkäreille mahdollisuuden tutkia ja hoitaa potilasta normaaliin tapaan. Sama lääkäri arvioisi myös potilaan hoidon tarpeen ja tekisi hoitoratkaisut ja kirjoittaisi tarvittaessa lähetteen erikoissairaanhoidon. Tämä koskisi myös perusterveydenhuollon yhteydessä ns. peruserikoissairaanhoidon palveluissa työskentelevää lääkäriä.

Erikoissairaanhoidossa potilaan tilanne muuttuisi. Vain virkasuhteessa hyvinvointialueeseen oleva lääkäri voisi tutkia potilaan, päättää diagnoosista, tehdä hoidon tarpeen arvion ja päättää hoitoratkaisuksista.

Lakiehdotuksessa on kokonaan sivuutettu vakiintunut tulkinta julkisen vallan käytöstä terveydenhuollossa. Sitä ovat käsitelleet niin oikeusasiamies kuin korkein hallinto-oikeuskin.

Ei ole mitään perusteltua syytä edellyttää, että erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi tulisi aina tehdä virkasuhteessa. Potilashan ei voi suoraan hakeutua ei-kiireelliseen erikoissairaanhoidon, vaan ensin on saatava lähete perusterveydenhuollosta.

Hallituksen esityksessä erikoissairaanhoidon virkalääkärivaatimusta perustellaan muun muassa hoidon suurilla kustannuksilla. Hyvinvointialueelle on kuitenkin esitetty erilaisia mahdollisuuksia ohjata ja valvoa terveydenhuollon toimintaa. Terveys- ja hyvinvointialueen toimintayksiköllä tulee olla myös vastaisuudessa vastaava lääkäri, joka johtaa ja valvoo toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa. Hyvinvointialueen vastaava lääkäri vastaa näin osaltaan myös siitä, että hyvinvointialueella tehtävät hoitoratkaisut ovat lääketieteellisesti perusteltuja eikä resursseja käytetä lääketieteellisesti epätarkoituksenmukaisella tavalla. Edellä poistettavaksi ehdotetulle virkalääkärivaatimukselle ei valvonnan eikä kustannusten hallinnan kannalta ole esitetty kestäviä juridisia perusteluja.

Jos erikoissairaanhoidon potilasta hoidettaisiin ostopalveluna lakiesityksen mukaisella tavalla, olisi potilas ennen hoidon aloittamista käynyt läpi useita eri lääkärin arvioita: ensimmäisen lähetteen laatimisvaiheessa, toisen lähetteen saapuessa virkalääkärin arvioitavaksi ja kolmannen kerran hoitavan tahon lääkärin arvioidessa potilaan hoitoa. Lisäksi hoitavan lääkäri tulisi potilaan hoitosuhteen aikana hoitoratkaisuja tehdessään pyytää virkalääkärin ratkaisu asiassa. Tämä taas edellyttäisi virkalääkärin ja potilaan tapaamista. Näin lisättäisiin merkittävästi terveydenhuollon kustannuksia.

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 lääkärityöstä voisi virkalääkärivaatimuksen seurauksena tulla muutoksenhakukelpoisia. Tämä on suoraa seurausta perustuslain 21 §:n 1 momentin mukaisesta perusoikeutena turvatusta oikeudesta oikeusturvaan, jonka mukaan mm. jokaisella on oikeus saada ”oikeuksiinsa ja velvollisuuksiinsa koskeva päätös tuomioistuinten tai muun riippumattoman lainkäyttöelimen käsiteltäväksi”. Lopputulos olisi ilmeisen epätarkoituksenmukainen ja kasvattaisi lisäarvoa tuottamattoman byrokratian määrää huomattavasti. KHO katsoo

lisäksi lausunnossaan, että lakiesityksen perustelut julkisen hallintotehtävän alan laajentamisesta katta-
maan mm. hoidon tarpeen arviointia ja potilaan tutkimiseen liittyviä ratkaisuja ”eivät vaikuta oikeudelli-
sesti kestävältä”.

Järjestämislain 12 §:ään esitetystä virkalääkärivelvoitteesta tulee luopua sellaisissa erikoissairaanhoi-
don toiminnoissa, joita ei ole tähän asti pidetty julkisen vallan käyttönä vaan tavanomaisena palvelu-
tuotantona.

Virkasuhteisten lääkärin käyttämisestä lakiesityksessä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 12
§ ja perustelutekstissä todetaan:

- Erikoissairaanhoidon palveluissa hoidon tarpeen arvioinnin, hoitoratkaisut ja ratkaisun asiakkaan
ottamisesta erikoissairaanhoitoon tekisi virkasuhteessa oleva lääkäri tai hammaslääkäri, jonka teke-
män hoidon tarpeen arvioinnin perusteella yksityiseltä palveluntuottajalta olisi kuitenkin mahdol-
lista hankkia monenlaisia erikoissairaanhoidon palveluja
- Hyvinvointialue voisi hankkia asiakkaalle annettavia sosiaali- ja terveyspalveluja yksityiseltä palve-
luntuottajalta, jos palvelujen hankkiminen olisi tarpeen tehtävien tarkoituksenmukaiseksi hoita-
miseksi
- Ostopalveluna ei saisi hankkia julkisen vallan käyttöä sisältäviä palveluja

Edelleen 13 § ja perusteluteksti:

- Hankitun tai vuokratun työvoiman käyttö olisi tilapäisesti tai henkilöstön saatavuusongelmissa sal-
littua ympärivuorokautisessa päivystyksessä muutoinkin kuin täydentävästi kiireellisen hoidon saa-
tavuuden ja saavutettavuuden turvaamiseksi.
- Hankittuna tai vuokrattuna työvoimana toimiva lääkäri tai hammaslääkäri voisi tehdä hoidon tar-
peen arviointia ja hoitoratkaisuja myös ympärivuorokautisessa päivystyksessä ja erikoissairaanhoi-
toon otetun potilaan osalta.
- Hoidon kiireellisyyden tai hoidon saavutettavuuden turvaamisen sitä edellyttäessä hankittuna tai
vuokrattuna työvoimana toimiva lääkäri tai hammaslääkäri voisi tehdä myös ratkaisun asiakkaan
ottamisesta erikoissairaanhoitoon.

Edelleen 20 § ja perusteluteksti:

- Virkavastuu ulotettaisiin koskemaan kattavasti yksityisen palveluntuottajan ja tämän alihankkijan
palveluksessa olevia sekä vuokratyövoimaa ja yksityiseltä palveluntuottajalta hankittua työvoimaa
silloin, kun nämä antavat asiakkaille hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevia sosiaali- ja tervey-
denhuollon palveluja.

Ylläolevan perusteella voi todeta yksityisen palveluksessa olevan terveydenhuollon työntekijän voivan
työskennellä erikoissairaanhoidon päivystyksessä tarpeen vaatiessa samoin edellytyksin ja oikeuksin
kuin virkalääkäri. Lisäksi rikosoikeudellinen virkavastuu koskee yksityisen palveluksessa olevia lääkäreitä
samalla tavalla kuin virassa olevia heidän toimiessaan hyvinvointialueen järjestämissä palveluissa. Näin
ollen on haastavaa ymmärtää, miksi pääsääntöisesti julkisessa omistuksessa olevat yhtiöt (TAYS Sydän-
keskus Oy, Coxa Oy) eivät voisi tuottaa hyvinvointialueen järjestämää palvelua samoin edellytyksin kuin
hyvinvointialueen palveluksessa olevat virkalääkärit.

Yllä olevalla perusteella ehdotamme, että sote-järjestämislakia tulisi muuttaa joko vaihtoehdon 1 tai 2 mukaisesti seuraavasti:

Vaihtoehto 1:

Sote-järjestämislain 2 §:n 4 k tulisi muuttaa

4) yksityisellä palveluntuottajalla osakeyhtiötä, osuuskuntaa ja muuta yhtiötä sekä yhdistystä, säätiötä ja itsenäistä ammatinharjoittajaa, joka tuottaa hyvinvointialueelle sopimuksen perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, ei kuitenkaan hyvinvointialueen sidosyksikköjä;

Edelleen järjestämislain 8 §:ään tulisi lisätä seuraava lause:

Hyvinvointialueen omaan palvelutuotantoon luetaan myös sidosyksikköasemassa olevien yhteisöjen tuottamat palvelut.

Edelleen 12 §:stä tulisi poistaa vaatimus virkasuhteessa olevan käytöstä palveluissa, joissa kyse on tavanomaisista hoitoratkaisuista:

”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.”

Vaihtoehto 2:

Jos ei ole valmiutta luopua sidosyksikköyhtiöiden rinnastamisesta yksityiseen palveluntuottajaan muutoin, pitäisi 8 ja 12 §:iin vähintään kirjata, että

- a. kokonaisen lääketieteen erikoisalan ulkoistaminen on kuitenkin mahdollista hyvinvointialueen yksin tai yhdessä toisten hyvinvointialueiden kanssa omistamalle sidosyksikölle.
- b. Hoitoratkaisujen tekemisessä näissä yhteisöissä meneteltäisiin kuten perusterveydenhuollon yhteydessä yksityisten palveluntuottajien tekemien hoitoratkaisujen osalta, eli ne olisi mahdollista tehdä muutoin kuin virkasuhteessa.

II) Hyvinvointialueiden rahoituskysymykset

Hyvinvointialueiden lainanottovaltuus määräytyy hyvinvointialueita koskevan lain mukaan. Laissa on määritetty hyvinvointialueen lainanotolle tarkat rajat, joista voi poiketa vain valtioneuvoston erillisellä päätöksellä. Seuraavassa on esitetty hyvinvointialueiden rahoitusta koskevien säännösehdotusten sisältöä lainoituksen osalta.

Omaisuuksijärjestelyt ja valtion takaus

Sairaanhoitopiirien kuntayhtymät siirtyvät hyvinvointialueelle varoineen, velkoineen ja sitoumuksineen. Hyvinvointialueen on tehtävä ilmoitus velkojille ja sopimusosapuolille hyvinvointialueelle siirtyvistä veloista,

vastuista ja sopimuksista viimeistään 30.4.2022. Siirtyville veloille myönnetään valtiontakaus, jolla turvataan velkojien asema ja säilytetään lainat nollariskiluokassa.

Hyvinvointialueen lainaottovaltuus

Hyvinvointialueen lainaottovaltuudesta säädetään hyvinvointialueita koskevan lain 15 §:ssä. Valtioneuvosto päättää valtiovarainministeriön esityksestä hyvinvointialueen tilikausittaisen valtuuden ottaa pitkäaikaista lainaa investointien rahoittamiseksi. Tähän viitataan myös lakiesityksen 115 §:ssä, jonka mukaan investointia varten hyvinvointi-alue voi kuitenkin ottaa pitkäaikaisen lainan, jos valtioneuvosto on antanut siihen valtuuden 15 §:n mukaisesti.

Lainojen enimmäismäärä lasketaan hyvinvointialueen lainanhoitokyvyn mukaan, jota arvioidaan lainanhoitokate-tunnusluvulla. Laskennallisen lainahoitokatteen arvon tulee olla vähintään yksi.

- *Laskentakaavassa tuloslaskelman vuosikatteeseen lisätään korkokulut ja summa jaetaan korkokulujen ja laskennallisten lainanlyhennyksen summalla. Laskennalliset lainalyhennykset saadaan jakamalla lainamäärä kymmenellä.*

Lakiesityksen 15 §:n mukaan valtioneuvosto voi myöntää hyvinvointialueelle poikkeuksellisen lainaottovaltuuden, jos hyvinvointialueen investointitarve on kiireellinen ja investointi on välttämätön hyvinvointialueen järjestämisvastuulle kuuluvien palveluiden turvaamiseksi eikä investointitarvetta voida muulla tavoin kattaa.

Valtiovarainministeriö nimeää tätä valmistelua varten valmisteluryhmän johon kuuluvat edustaja valtiovarainministeriöstä, sosiaali- ja terveysministeriöstä, sisäministeriöstä ja hyvinvointialueelta. Valmisteluryhmän tehtävänä on arvioida lainaottovaltuuden muuttamisen edellytyksiä, tarvittavan lainaottovaltuuden suuruutta sekä hyvinvointi-alueelle asetettavia ehtoja. Lisälainaottovaltuus johtaa hyvinvointialueen lainanhoitokykyä suurempaan lainamäärään, joten se on yksi hyvinvointialueen arviointimenettelyn käynnistävistä kriteereistä.

Arviointimenettely

Hyvinvointialueen arviointimenettelystä säädetään lakiesityksen 122 ja 123 §:ssä

Valtiovarainministeriö voi käynnistää hyvinvointialueen arviointimenettelyn, jos:

1. hyvinvointialue ei ole kattanut taseeseen kertynyttä alijäämää viimeistään toisen talousarviovuotta seuraavan vuoden aikana
2. hyvinvointialueen konsernituloslaskelman vuosikatteen ja poistojen suhde on alle 80 prosenttia kaksi tilikautta peräkkäin
3. konsernitilinpäätöksen laskennallinen lainanhoitokate on alle 0,8 kaksi tilikautta peräkkäin
4. hyvinvointialueelle on myönnetty valtioneuvoston päätöksellä poikkeuksellinen lainaottovaltuus tai hyvinvointialueelle on myönnetty kaksi kertaa kolmen peräkkäisen tilikauden aikana lisärahoitusta hyvinvointialueen palveluiden järjestämiseen.

Investointirahoitukseen liittyvät ongelmat

Esitetty laskentamalli hyväksyttävälle investointisuunnitelmalle on erityisesti rahoituksen laskennallisen maturiteettivaatimuksen osalta niin tiukka, että erityisesti rakennuksia koskevien pitkävaikutteisten investointien toteuttaminen on yleisesti ottaen mahdotonta. Investointeja kuitenkin toteutetaan toisaalta välttämättömistä (esim. vaikea korjausvelka) syistä tai toiminnan tuottavuuden parantamiseksi. Siten pitkävaikutteisten investointien estäminen lähestulkoon kategorisesti ei voi olla perusteltua.

Julkisina investointeina – myös terveydenhuoltoon kohdistuen – toteutetaan myös paikallisvaikutusten vuoksi defensiivisiä investointeja. Näiden karsinta investointisuunnitelmista olisi kuitenkin toteutettava muulla tavoin kuin estämällä kategorisesti kaikki investoinnit. Tällä hetkellä käytössä oleva investointeja rajoittava lainsäädäntö poikkeuslupamenettelyineen toteuttaa käytännössä investointisuunnitelmien tarpeenmukaisuuden arvioinnin. Vastaavankaltaista menettelytapaa voitaisiin mahdollisesti soveltaa myös hyvinvointialueiden investointitarpeen arviointiin, jos arvioidaan että hyvinvointialueiden itsenäinen päätöksenteko ei ole riittävää arvioimaan investointien tarpeellisuutta.

Avoimet asiat Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin näkökulmasta

- Sairaanhoitopiirissä on käynnistymässä uuden sairaalan rakentaminen. Assi-sairaalahankkeen lainoituksen kokonaismääräksi on arvioitu 353 milj. euroa. Lainat on tarkoitus nostaa rakennushankkeen etenemisen aikataulussa.
- Lakivalmistelussa on vielä määrittämättä, voidaanko keskeneräisen sairaalahankkeen lainojen nostosuunnitelmaa jatkaa hyvinvointialueen aloittaessa toimintansa vai määräytyykö lainanottovaltuus hyvinvointialuetta koskevan lainsäädännön mukaisesti. Sairaalahankkeen lainat on tarkoitus nostaa suunnitelman mukaisesti rakennushankkeen edellyttämässä aikataulussa. Tämä tarkoittaa sitä, että noin puolet hankkeen tarvitsemasta rahoituksesta on nostamatta hyvinvointialueen aloittaessa toimintansa vuonna 2023. Hyvinvointialueen lainanottovaltuus edellyttää lainahoitokatteelta lainmuukaista arvoa sekä laskennallisen 10 vuoden laina-ajan käyttöä tunnuslukua laskettaessa. Sairaalahankkeen edellyttämällä lainamäärällä lainanottovaltuuden edellyttämät kriteerit eivät täyty.
- Valtiontakaus myönnetään 30.4.2022 tilanteen mukaan olemassa oleville lainoille ja vastuille. Sairaanhoitopiiri ei tähän päivämäärään mennessä ole nostanut kaikkia sairaalahankkeen lainoja. Tällä hetkellä on epäselvää, saadaanko valtiontakaus myös edellä mainitun ajankohdan jälkeen nostettaviksi aiotuille lainoille.

Lakiesityksessä pitkäaikaisen rahoituksen järjestämisen mahdollisuudet jäävät avoimiksi ja rahalaitosten on ilman hyvinvointialueen verotusoikeutta vaikeaa arvioida hyvinvointialueiden riskiluokkaa. Hyvinvointialueiden asema raha- ja pääomamarkkinoilla poikkeaisi olennaisesti kuntien ja kuntayhtymien asemasta, koska hyvinvointialueilla ei ainakaan alkuvaiheessa olisi verotusoikeutta. Hyvinvointialueilla ei olisi niin sanottua nollariskiasemaa, kuten kunnilla ja kuntayhtymillä nyt on. Tämän vuoksi hallituksen esityksessä hyvinvointialueiden nollariskiasema toteutuisi siirtyvien lainojen osalta valtiontakauksen avulla. Valtiontakauksessa valtio sitoutuu omavelkaiseen vastuuseen hyvinvointialueen puolesta suhteessa velkojiin. Tätä menettelyä ei hallituksen esityksessä ole kuitenkaan ulotettu hyvinvointialueiden rahoitus- ja maksuvalmiusjärjestelyihin. Kuntarahoituksen poistuminen hyvinvointialueiden rahoitusvaihtoehtoista vaikuttaa hyvinvointialueiden rahoituskustannuksiin nostavasti. Lisäksi hyvinvointialueen lyhytaikaisen maksuvalmiuden ylläpitäminen poikkeustilanteissa kuten esimerkiksi korona-pandemian aikana vaarantuu. Valtiontakaus tulee turvata hyvinvointialueiden rahoitukselle ja maksuvalmiusjärjestelyille.

Sairaanhoitopiirin muutosesitykset lakiluonnokseen

Edellä olevalla perusteella esitämme, että hyvinvointialueista annettavan lain 15 §:ään lisätään lause koskien aiempien investointien poikkeuslupien huomioimista. Pykälän 1 mom teksti olisi tällöin:

Valtioneuvosto päättää vuosittain valtiovarainministeriön esityksestä hyvinvointialueen tilikausittaisen valtuuden määrästä pitkäaikaisen lainan ottamiseksi. Hyvinvointialue saa ottaa lainaa päätöksen mukaisen määrän 16 §:ssä tarkoitetun investointisuunnitelman mukaisten investointien rahoittamiseksi. Valtioneuvoston aiemmat päätökset valtuuden määrästä otetaan huomioon lainanottovaltuuden määrässä, samoin otetaan huomioon kuntien ja kuntayhtymien eräiden oikeustoimien väliaikaisesta rajoittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa annetun lain mukaisiin poikkeuslupiin liittyvä rahoitustarpeen määrä. Valtioneuvoston päätös perustuu 12 §:ssä tarkoitettuun julkisen talouden suunnitelmaan sekä 2 momentissa tarkoitettuun hyvinvointialueen lainanotto-valtuuteen. Jos julkisen talouden, valtiontalouden tai hyvinvointialueen rahoitusasema heikentyy merkittävästi ja poikkeuksellisesti, hyvinvointialueen lainanottovaltuus voidaan vahvistaa 2 momentin mukaista lainanottovaltuutta pienemmäksi.

Lisäksi Laki hyvinvointialueesta 15 § 2 momentti:

Ehdotetaan muutettavaksi virke

”Laskennalliset lainanlyhennykset saadaan jakamalla taseen lainamäärä kymmenellä”
muotoon

”Laskennalliset lainanlyhennykset saadaan jakamalla taseen lainamäärä 25:llä.”

III) Epärealistisen tiukka valmistelu- ja toteutusaikataulu

Lait tulevat voimaan 1.7.2021. Väliaikainen valmistelutoimielin vastaa hyvinvointialueen toiminnan ja hallinnon käynnistämisen valmistelusta kunnes aluevaltuusto on valittu ja sen asettama aluehallitus on aloittanut toimintansa. Käytännössä väliaikainen valmistelutoimielin pääsee aloittamaan toimintansa aikaisintaan elokuussa 2021.

- SOTE-toimeenpanolain 16 §:n mukaan ensimmäiset aluevaalit järjestetään 23.1.2022. Uusi aluevaltuusto aloittaa toimikautensa 1.3.2022.
- Toimeenpanolain 17 §:n mukaan väliaikainen valmistelutoimielin valmistelee aluevaltuuston ensimmäisessä kokouksessa käsiteltävät asiat.
- Toimeenpanolain 26 §:n mukaan kuntien on annettava viimeistään 28.2.2022 hyvinvointialueelle selvitys kunnasta siirtyvästä omaisuudesta, sopimuksista, vastuista ja kunnalta vuokrattavista toimitiloista.
- Toimeenpanolain 28 §:n mukaan aluevaltuuston on viimeistään 31.3.2022 käsiteltävä kuntien selvitykset ja tehtävä niiden perusteella päätös siirtymäkauden vuokrasopimusten solmimisesta sekä irtaimen omaisuuden, lomapalkkavelan ja sopimusten ja vastuiden siirtymisestä hyvinvointialueelle.

Käytännössä väliaikaiselle valmistelutoimielimelle ei jää minkäänlaista valmistelu-aikaa aluevaltuuston em. päätösasiassa kuntien määräajassa antamien selvitysten saamisen jälkeen. Kanta-Hämeen osalta kyseessä on kuitenkin 11 kunnan laaja-alaiset selvitykset, jotka eivät todennäköisesti tule valmistumaan ennen niille asetettua määräaikaa. Väliaikainen valmistelutoimielin on tältä osin kohtuuttoman tehtävän edessä eikä aikataulu mahdollista hyvän hallinnon toteuttamista päätöksen valmistelussa.

Väliaikaisen valmistelutoimielimen tehtävät (ajalla elokuu 2021 – maaliskuu 2022, käytännössä tehokasta työaikaa kaikilla omien töiden ohessa kuusi-seitsemän kuukautta):

- selvittää hva:lle siirtyvä henkilöstö ja valmistella aluevaltuustolle ehdotukset henkilöstön siirtosuunnitelmaksi ja –sopimuksiksi,
- osallistua hva:lle siirtyvän irtaimen omaisuuden ja kiinteän omaisuuden selvittämiseen,
- osallistua hva:lle siirtyvien hallinto- ja palvelutehtävien hoitamista tukevien tieto- ja viestintätekniisten järjestelmien ja ratkaisujen selvittämiseen,
- valmistella hva:n toiminnan ja hallinnon järjestämistä ja tilintarkastajan valintaa,
- päättää vuosien 2021 ja 2022 talousarviosta
- osallistua ensimmäisten aluevaalien järjestämiseen, valmistella muut hva:n toiminnan ja hallinnon käynnistämiseen välittömästi liittyvät asiat

Käytännössä tämä tarkoittaa, että kaikki yllä kuvatut työt pitää olla tehtynä vuoden kuluessa tämän asiantuntijalausunnon antamisesta lukien.

Hankkeen valmistelu on nykyisellä hallituskaudella edennyt sitä sinänsä järkevää periaatetta noudattaen, että ensin valmistellaan ja mahdollisesti hyväksytään lainsäädäntö ja varsinainen valmistelu käynnistyy vasta sen jälkeen. Tämän periaatteen mukaisesti paikallisesti on tehty vain jonkin verran esivalmisteluita.

Suunnitteilla on kuitenkin yksi Suomen historian suurimpia hallintouudistuksia ja myös sen toimeenpanolle olisi varattava realistinen aikataulu. Esitetyllä aikataululla hyvinvointialueiden toiminta käynnistyy kesken-eräisesti valmisteltuna. Edellä olevalla perusteella esitämme hankkeen toteuttamisen aikataulujen merkittävää tarkistamista.