



22.2.2021

**Länsi-Pohjan sosiaali- ja terveyspalvelujen ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän
lausunto HE 241/2020 vp**

Länsi-Pohjan sosiaali- ja terveydenhuollon ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän neljä kuntaa ovat perustaneet yhteisyrityksen, joka tuottaa pääosan somaattisen erikoissairaanhoidon palveluista alueen kunnille. Sopimuksen alainen toiminta on aloitettu kesäkuussa 2018. Sopimus on 15 vuoden pituinen.

Osassa jäsenkuntia perusterveydenhuollon palvelut on myös ulkoistettu. Valiokunta on pyytänyt lausuntoa erityisesti palvelujen hankkimisesta yksityiseltä palveluntuottajalta erityisesti Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ulkoistuksen näkökulmasta.

Onko 28 §:n mukainen ulkoistamissopimusten mitättömyyttä koskeva sääntely perusteltu ja turvaako se osapuolten aseman riittävästi?

Pitkät ja laajat ulkoistamissopimukset voivat vaarantaa maakunnan mahdollisuuden hoitaa järjestämistehtäväänsä tarkoituksenmukaisesti ja huomioiden palvelujen tasa-arvoisuus maakunnan eri osien kesken. Pitkät ja laajat ulkoistamissopimukset vaativat mittavaa valvontaa ja omavalvontaa ja valvonnan toteuttaminen tulee olemaan maakunnalle erityisen haasteellista. Länsi-Pohjassa toteutettu laaja ulkoistus on nyt kestänyt vajaa kolme vuotta. Tässä mittakaavassa toteutetun ulkoistuksen valvonta on osoittautunut erittäin vaikeaksi. Valvonnan näkökulmasta on perusteltua lainsäädännöllä ohjata terveydenhuollon toimintaa siihen suuntaan, etteivät perustettavat hyvinvointialueet joutu suuriin vaikeuksiin palveluiden järjestämisen suhteen. Länsi-Pohjassa toteutetussa ulkoistuksessa on edelleen nykylainsäädännön vastaisia kohtia, joita ei ole saatu tilaajan ja tuottajan kesken ratkaistua. Esimerkkinä tästä on päivystystoiminnan johtamiskysymys virkavastuulla.

Länsi-Pohjassa toteutettu ulkoistus on osoittautunut myös kustannusten kannalta vaikeasti hallittavaksi. Tällaisen sopimuksen siirtyminen hyvinvointialueen vastuulle vaarantaa hyvinvointialueen talouden hallinnan. Länsi-Pohjan ulkoistusta säätelevä ns. palvelusopimus on osoittautunut erittäin puutteelliseksi ja sen siirtyminen tulevan hyvinvointialueen vastuulle ei ole tarkoituksenmukaista.

Länsi-Pohjan osalta palvelusopimus on tällä hetkellä ns. rajoittamislain (548/2016) vastainen, koska siinä ei ole irtisanomisehtoa. Kun käyttöoikeussopimukset huomioidaan hankintalain mukaisesti, sopimus ylittää rajoittamislain sopimuksen tekoaikana olleen 50% rajan. Sopimuksessa on kuitenkin kirjaus, jolla irtisanomisehto voidaan lisätä sopimukseen. Jos sitä ei lisätä, on sopimus rajoittamislain 6 § mukaan mitätön. Länsi-Pohjan ulkoistussopimuksen mitätöinti tulevassa lainsäädännössä ei aiheuta merkittävää taloudellista vahinkoa kummallekaan sopijaosapuolella, sillä ulkoistuksessa on



22.2.2021

pelkistettynä kyse vain laajasta henkilöstövuokrauksesta. Tuottajalle ei ole syntynyt tarvetta laajoille investoinneille, koska toiminnan edellyttämät tilat, laitteet ja tietojärjestelmät ovat tilaajan eli sairaanhoitopiirin omaisuutta ja kustannusvastuulla. Koronapandemian kaltaisten kriisien hoidon kannalta on tärkeää, että julkisen terveydenhuollon rakenteet ovat riittävän vahvat ja kykenevät ottamaan vastuun tämänkaltaisten kriisien hoidosta.

Onko sote-maakuntien yhteistyöaluetta ja yhteistyösopimusta koskeva 33–36 §:n sääntely kokonaisuudessaan tarkoituksenmukainen?

Terveydenhuoltolain 50 § tulee muuttaa niin, että maakunnat voivat ylläpitää useampaa kuin yhtä päivystävää sairaalaa. ThL:ssa oikeus on nyt vain yliopistollisia sairaaloita ylläpitävällä sairaanhoitopiirillä. Länsi-Pohjalle ja Itä-Savolle on turvattu yhteispäivystyksen ylläpito vuoden 2032 loppuun saakka.

Aikarajan asettaminen kahden päivystävän sairaalan ylläpitämiselle vaikeuttaa toiminnan pitkäaikaista kehittämistä ja osaajien sitouttamista paikkakunnalla. Aikarajan sijaan keskeistä olisi lainsäädännössä luoda mekanismi sille, miten niiden maakuntien osalta, joita tämä haaste koskettaa päästään tarkoituksenmukaiseen erikoissairaanhoidon työnjakoon ilman nykyisen päivystävien sairaaloiden verkoston harvenemista.

Meneillään oleva koronapandemia on hyvin selkeästi tuonut esille sen, että väestökeskittymien hoidon kannalta nykyisen päivystävien sairaaloiden verkoston säilyttäminen pohjoisella erityisvastuualueilla on hyvinvointialueiden muodostamisesta huolimatta keskeistä. Länsi-Pohjan erityispiirre on vilkkaan kauttakulkuliikenteen lisäksi vilkas länsiraja Torniossa. Vain riittävän vahvat alueelliset terveydenhuollon toiminnalliset rakenteet mahdollistavat nyt meneillään olevan kriisin kaltaisesta poikkeustilanteesta selviämisen menestyksellisesti.

Onko 12§:n sääntely ostopalvelujen hankkimisesta ja 12 a §:n sääntely vuokratyövoiman käytöstä tarkoituksenmukainen ja toteutettavissa käytännössä?

Länsi-Pohjan keskussairaalassa toimiva yhteispäivystys koostuu yleis- ja akuuttilääketieteen lisäksi seuraavien erikoisalojen päivystystoiminnasta: anestesiologia ja tehohoito, synnytykset ja naistentaudit, radiologia, lastentaudit, sisätaudit, kirurgian erikoisalojen (kova/pehmyt) päivystys ja psykiatria (ainoa virkapohjalla toimiva päivystysrinki). Yhteispäivystyksen järjestäminen lainsäädännön edellyttämällä tavalla muusta erikoissairaanhoidosta erikseen on sekä kustannusten, että osaajien saannin kannalta mahdotonta. Päivystys on mahdollista toteuttaa vain osana muuta erikoissairaanhoidon toiminnallista kokonaisuutta.



22.2.2021

Päivystyksessä tulee voida käyttää myös vuokratyövoimaa osaajien saannin turvaamisen kannalta. Vuokratyövoimaksi ei tule tulkita hyvinvointialueiden kokonaan omistamien yhtiöiden kautta tuotettua työvoimaa (kts. myöhemmin in house-yhtiötoiminta). Yhteispäivystyksen johtaminen ja valvonta tulee toteuttaa suorassa virkasuhteessa, kuten nykyinenkin lainsäädäntö edellyttää. Tämä on potilasturvallisuuden toteutumisen kannalta keskeistä.

Tämän sääntelyn toteuttaminen Länsi-Pohjan keskussairaalassa edellyttää voimassaolevan ulkoistuksen purkamista.

Ensihoito

Ensihoito on osa terveydenhuoltoa ja sairaanhoitopiirien vastuulla. Ensihoidon osalta on turvattava riittävä rahoitus osana sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituspohjaa. Ehdotuksessa ei tule selvästi ilmi, millä periaatteilla ensihoidon rahoituspohja on laskettu.

LPSHP:n virkamiesjohto on osallistunut Sairaanhoitopiirin johtajat ry:n asiantuntijalausunnon laatimiseen. Lausunto sisältää merkittäviä investointeihin, rahoitukseen, virkalääkäritoimintaan sekä julkisomisteisten yhtiöiden ja osuuskuntien toimintaan sisältyviä perusteluja. LPSHP yhtyy seuraavassa esitettyihin näkemyksiin:

Sairaanhoitopiirien johtajat ry:n asiantuntijalausunto: HE 241/2020 vp Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi

Lainanottovaltuus ja investoinnit

Laki hyvinvointialueesta 15 § 2 momentti: Ehdotetaan muutettavaksi virke:

Laskennalliset lainanlyhennykset saadaan jakamalla taseen lainamäärä kymmenellä muotoon:

Laskennalliset lainanlyhennykset saadaan jakamalla taseen lainamäärä 25:llä. Lakiesityksen mukainen lainanhoitokatteen laskukaava on aivan liian tiukka, kun kaavassa laskennalliset lainanlyhennykset saataisiin jakamalla taseen lainamäärä kymmenellä. Suurin osa hyvinvointialueen merkittävistä investoinneista on suuria keskussairaaloihin kohdistuvia rakennusinvestointeja, joiden kirjanpitolautakunnan ohjeen mukainen poisto-aika on 20 – 50 vuotta. Liian tiukka laskennallisen lainanlyhennyksen laskukaava jättää tulevien hyvinvointialueiden lainanotto-mahdollisuudet todella pieniksi, jopa olemattomiksi, ja pysäyttää siten investoinnit kestävämmän matalalle tasolle. Tämä tulee lisäämään rakennusten korjausvelkaa ja tekee mahdottomaksi hoidon kannalta tärkeän uuden teknologian käyttöönoton.



22.2.2021

Liian tiukkaa laskennallisen lainanlyhennyksen laskukaavaa voidaan yrittää kiertää erilaisin taseen ulkopuolisin järjestelyin, mm. pitkäaikaisin vuokrasopimuksin tai leasingrahoituksella. Vuokraaminen ja leasingrahoituksen käyttö voi olla toiminnan ja talouden kannalta usein perusteltuakin, mutta tällaisten vaihtoehtojen rahoitusten

hinta voi muodostua moninkertaiseksi omaan taselainaan nähden. Tällaisiin järjestelyihin liittyy olennaisesti myös erilaisia sopimus- ja vastapuoliriskejä, joiden hallinta voi muodostua työlääksi.

Yleinen tapa kiinteistöjen rahoituksessa on sovittaa lainanlyhennykset ja poistot yhteen, jolloin lainat lyhennetään 25–30 vuodessa. Laskennallisen lainanlyhennyksen laskukaavaa tulee muuttaa siten, että taseen lainamäärä jaetaan vähintään 25:llä eikä kymmenellä.

Hyvinvointialuelakiesityksen 15 § 3 momentissa säädettäisiin pitkäaikaisen lainan ottamisen valtuudesta poikkeuksellisissa tilanteissa. Valtioneuvosto voisi poikkeuksellisesti muuttaa hyvinvointialueen lainanottovaltuutta, jos hyvinvointialueen investointitarve olisi kiireellinen ja investointi olisi välttämätön palvelujen turvaamiseksi. Säädoskohtaisten perustelujen mukaan lisälainanottovaltuutta käytettäisiin lähtökohtaisesti sellaisissa olosuhteissa, joissa palvelut vaarantuvat ulkoisten tekijöiden johdosta, kuten sairaalakiinteistön äkillisessä vahingoittumisessa tai asettamisessa käyttökieltoon taikka johtuen äkillisestä palvelutarpeen muutoksesta.

Lisälainanottovaltuus johtaisi käytännössä hyvinvointialuelakiesityksen 123 § mukaan valtionvarainministeriön käynnistämään hyvinvointialueen arviointimenettelyyn. Tästä syystä hyvinvointialueet eivät todennäköisesti tulisi tekemään valtioneuvostolle hakemuksia lainanottovaltuuden muuttamisesta silloinkaan, kun kansalaisten palvelujen tuottamisen näkökulmasta investoinnit olisivat kiireellisiä ja välttämättömiä. Lakiesityksessä pitkäaikaisen rahoituksen järjestämisen mahdollisuudet jäivät 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



22.2.2021

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.

Hoidon tarpeen arviointi ja hoitoratkaisut eivät ole julkisen vallan käyttöä

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 12 § 3 momentti:

Ehdotetaan poistettavaksi virke

”Lähetteen perusteella tehtävän terveydenhuoltolain 52 §:ssä tarkoitetun ratkaisun asiakkaan ottamisesta sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön sairaanhoidon 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.”

Hoidon tarpeen arviointi ja hoitoratkaisut eivät ole julkisen vallan käyttöä eikä niihin tarvita virkasuhteessa olevaa lääkäriä. Esiitetty 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 hoitoratkaisuista.

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



22.2.2021

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. Terveydenhuollon toimintayksiköllä tulee olla myös vastaisuudessa vastaava lääkäri, joka johtaa ja valvoo toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoidon. 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 hoitoratkaisusta ja käytännön lääkärintyöstä 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 ”oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan koskeva päätös tuomioistuimen 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 kattamaan mm. hoidon tarpeen arviointia ja potilaan tutkimiseen liittyviä ratkaisuja ”eivät vaikuta oikeudellisesti kestäville”.



22.2.2021

Järjestämislain 12 §:ään esitetystä virkalääkärivelvoitteesta tulee luopua sellaisissa erikoissairaanhoidon toiminnoissa, *joita ei ole tähän asti pidetty julkisen vallan käyttönä vaan tavanomaisena palvelutuotantona.*

Omaan palvelutuotantoon tulee rinnastaa yhtiö ja osuuskunta, johon hyvinvointialue käyttää määräysvaltaa samalla tavoin kuin omiin toimipaikkoihinsa

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 12 § Ehdotus uudeksi 2 momentiksi 12 §:ään(tai vaihtoehtoisesti uudeksi 3 momentiksi 8 §:ään):

Hyvinvointialue voi tuottaa asiakkaalle annettavia sosiaali- ja terveyspalveluja hankkimalla niitä omistamaltaan tai usean hyvinvointialueen yhteisesti omistamalta yhtiöltä, osuuskunnalta tai muulta yhteisöltä, jos se on perusteltua tehtävien tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi. Mikäli hyvinvointialue yksin tai yhdessä muiden hyvinvointialueiden kanssa käyttää määräysvaltaa yhteisöön samalla tavoin kuin omiin toimipaikkoihinsa, hyvinvointialueen omistamalta tai usean hyvinvointialueen yhteisesti omistamalta yhteisöltä hankittavat palvelut rinnastetaan hyvinvointialueen omaan palvelutuotantoon arvioitaessa, pystyykö hyvinvointialue huolehtimaan kaikissa tilanteissa järjestämisvastuunsa toteuttamisesta.

Lakiesityksen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 8 § 2 momentin mukaan hyvinvointialueella olisi oltava riittävä osaaminen, toimintakyky ja valmius vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuusta. Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi hyvinvointialueella olisi oltava palveluksessaan toiminnan edellyttämä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö ja järjestämisvastuunsa toteuttamisen edellyttämä riittävä oma palvelutuotanto. Järjestämisvastuun kytkentä riittävään omaan palvelutuotantoon muuttuu ongelmalliseksi, kun em. järjestämislakiesityksen 2 § mukaan myös julkisomisteinen osakeyhtiö, osuuskunta ja muu yhteisö katsottaisiin yksityiseksi palveluntuottajaksi. Näin ollen hyvinvointialueen tai hyvinvointialueiden yhteisesti omistaman in house -yhtiön tai - osuuskunnan palvelutuotantoa ei laskettaisi omaan riittävään palvelu-tuotantoon kuuluvaksi, vaikka hyvinvointialueella tai -alueilla olisi omistamaansa osuuskunta- tai osakeyhtiömuotoiseen toimintaa täysi määräysvalta.

In house - eli sidosyksikköasema määritellään hankintalain (laki julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista 1397/2016) 15 §:ssä:

”Sidosyksiköllä tarkoitetaan hankintayksiköstä muodollisesti erillistä ja päätöksenteon kannalta itsenäistä yksikköä. Lisäksi edellytyksenä on, että hankintayksikkö yksin tai yhdessä muiden hankintayksiköiden kanssa käyttää määräysvaltaa yksikköön samalla tavoin kuin omiin toimipaikkoihinsa ja että yksikkö harjoittaa enintään viiden prosentin ja



22.2.2021

enintään 500 000 euron osuuden liiketoiminnastaan muiden tahojen kuin niiden hankintayksiköiden kanssa, joiden määräysvallassa se on.
Sidosyksikössä ei saa olla muiden kuin hankintayksiköiden pääomaa.”

Mikäli yhtiö tai osuuskunta on in house -asemassa, hyvinvointialue yksin tai yhdessä muiden hyvinvointialueiden kanssa siis käyttää määräysvaltaa yhtiöön tai osuuskuntaan samalla tavoin kuin omiin toimipaikkoihinsa.

Tällöin on perusteltua rinnastaa yhtiöltä tai osuuskunnalta hankittavat palvelut hyvinvointialueen omien toimipaikkojen palvelutuotantoon arvioitaessa, pystyykö hyvinvointialue huolehtimaan kaikissa tilanteissa järjestämisvastuunsa toteuttamisesta.

Kokonaisuuden ongelmallisuutta lisää aiemmin tässä lausunnossa poistettavaksi ehdotettu järjestämislakiesityksen 12 §:ssä oleva vaatimus, että ratkaisu asiakkaan ottamisesta sairaalaan ja siihen liittyvän hoidon tarpeen arviointi ja hoitoratkaisut edellyttäisivät virkalääkäriä. Hyvinvointialueen yksin tai yhdessä muiden hyvinvointialueiden kanssa omistaman in house -yhtiön tai -osuuskunnan lääkäri ei voi työskennellä virkasuhteessa. Virkalääkärivaatimus vaikeuttaa hyvinvointialueen oman palvelutuotannon tukemista yhtiö- tai osuuskuntamuotoisen toiminnan kautta. Järjestämislakiesityksen 13 § 4 momentti tosin mahdollistaa sen, että hankittuna tai vuokrattuna työvoimana toimiva lääkäri voi hoidon kiireellisyyden vuoksi tehdä ratkaisun asiakkaan ottamisesta sairaalaan. Tämä lieventää hieman ongelmaa, mutta ei poista sitä.

Hallituksen esityksen sivulla 687 on kirjaus: ”Turvatakseen järjestämisvastuunsa asianmukaisen toteuttamisen hyvinvointialue ei saisi antaa yksityisten palveluntuottajien tuotettavaksi esimerkiksi kokonaisia sosiaali- tai terveydenhuollon tehtäväaloja, kuten koko perusterveyden- huoltoa tai koko sosiaalihuoltoa tai kokonaisia lääketieteen erikoisalojen mukaisia toimintoja”. Näin ollen hyvinvointialueen tai -alueiden omistamien in house -yhtiöiden ja -osuuskuntien mahdollisuus tuottaa kokonaisten erikoisalojen palveluita hyvinvointialueille rajautuisi perusteettomasti pois.

Osaamisen keskittyessä ja eläkepoistuman kasvaessa kansalaisten yhdenvertaisuuden turvaavien palveluiden tuottaminen mm. erikoissairaanhoidossa eri erikoisaloilla edellyttää tulevaisuudessa hyvinvointialueiden tiivistä yhteistyötä.

Julkisomisteista ja hyvinvointi- alueiden määräysvallassa olevaa osakeyhtiö- tai osuuskuntamuotoista toimintaa ei tulisi rinnastaa yksityiseen palvelutuotantoon. *Hyvinvointialueiden omistamien ja niiden määräysvallassa olevien yhtiöiden ja osuuskuntien palvelutuotanto pitäisi laskea osaksi hyvinvointialueen omaa palvelutuotantoa järjestämiskyvykkyyttä ja riittävää omaa palvelutuotantoa arvioitaessa. Lähetteen perusteella tehtävä ratkaisu asiakkaan ottamisesta sairaalaan ei pitäisi olla*



22.2.2021

eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta olla virkavastuuseen sidottua, jotta hyvinvointialueiden omistamien ja ohjaamien yhtiöiden ja osuuskuntien lääkärit voisivat tehdä myös hoidollisia päätöksiä potilaiden sairaalaan ottamisesta.

Asiantuntijana Jyri J. Taskila, johtajaylilääkäri, Länsi-Pohjan sosiaali- ja terveyspalvelujen ja sairaanhoitopiiri ky