

Hallintovaliokunta
hav@eduskunta.fi

Viite: Hallintovaliokunnan lausuntopyyntö: 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

Satakunnan sairaanhoitopiirin lausunto

Satakunnan sairaanhoitopiiri kiittää mahdollisuudesta lausua viitekohdassa mainitusta asiasta ja toteaa lausuntonaan seuraavaa:

Perusteet siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu ja rahoitusvastuu kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille, ovat kestävät.

Uudistuksen tavoitteet – 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 – ovat hyvät ja riittävän kunnianhimoiset.

Lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 1 § on todettu, että:

Tämän lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä varmistaa yhdenvertaiset, yhteentoimivat ja kustannusvaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut koko maassa.

Tämä keskeinen tavoite ei riittävällä tavalla käy ilmi säädöksistä. Vaikka uudistuksen tavoitteena on siirtää painopistettä korvaavista palveluista ennaltaehkäiseviin palveluihin, tämä tavoite näkyy koko lakipaketissa vain kahdessa pykälässä.

6 §: Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa

7 §: Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen hyvinvointialueella

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä tulisi olla selkeä vastuutaho - hyvinvointialue tai kunta. Nyt vastuu jakautuu kahdelle taholle, mikä yleensä tarkoittaa sitä, että vastuu ei ole kenelläkään.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen tulisi kirjoittaa yhteen ja samaan pykälään siten, että vastuut on selkeästi määritelty.

Kaiken kaikkiaan ennalta ehkäisevillä palveluilla ja niiden järjestämisellä sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisellä tulisi lakiehdotuksessa olla merkittävästi suurempi painoarvo.

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 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.”

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 hoitoratkaisuista.

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. Terveystieteiden 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 virkalääkäriin ratkaisu asiassa. Tämä taas edellyttäisi virkalääkäriin 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 kestävältä”.

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 §

Hoidon tarpeen arviointi ja hoitoratkaisut eivät ole julkisen vallan käyttöä, vaan normaalia lääkärin työtä niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa riippumatta siitä, onko lääkäri virkasuhteessa vai jossakin muussa suhteessa palvelun järjestäjään.

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 palvelutuotantoon kuuluvaksi, vaikka hyvinvointialueella tai -alueilla olisi omistamaansa osuuskunta- tai osakeyhtiömuotoiseen toimintaa täysi määräysvalta. In house - eli sidosyksikköasema määrittää 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 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 järjestämis-vastuunsa asianmukaisen toteuttamisen hyvinvointialue ei saisi antaa yksityisten palveluntuottajien tuotettavaksi esimerkiksi kokonaisia sosiaali- tai terveydenhuollon tehtävälajeja, kuten koko perusterveydenhuoltoa 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 hyvinvointialueiden 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 eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta olla virkavastuuseen sidottua, jotta hyvinvointialueiden omistamien ja ohjaamien yhtiöiden ja osuuskuntien lääkärit voisivat tehdä myös hoidollisia päätöksiä potilaiden sairaalaan ottamisesta.

Lainanottovaltuus ja investoinnit

Isojen investointien suunnittelu ja niihin sisältyvä rahoituksen järjestely, mukaan lukien hyvinvointialueen lainanottovaltuus tehdään vahvassa valtionvarainministeriön ohjauksessa. Tässä järjestelmässä maakuntien tasapuolinen kohtelu tulee varmistaa; malli, jossa korvausinvestointien taso määräytyy pääosin poistojen kautta ja rahoitetaan suoraan hyvinvointialueiden valtionosuudella, tulee todennäköisesti asettamaan alueet eriarvoiseen asemaan rahoituksen riittävyyden suhteen. Lainanhoitokatteen laskukaava ei ole realistinen huomioiden rakennusinvestointien poistoaika.

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 kirjanpitolaitakunnan ohjeen mukainen poistoaika on 20 – 50 vuotta. Liian tiukka laskennallisen lainanlyhennyksen laskukaava jättää tulevien hyvinvointialueiden lainanottomahdollisuudet 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.

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 lainan-ottovaltuutta, jos hyvinvointialueen investointitarve 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 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 valtioneuvoston avulla. Valtioneuvostossa valtio sitoutuu omavelkaiseen vastuuseen hyvinvointialueen puolesta suhteessa velkojiin. Tätä menettelyä ei hallituksen esityksessä ole kuitenkaan ulotettu hyvinvointialueiden rahoitus- ja maksuvalmiusjärjestelyihin. Kuntarahoituksen poistuminen hyvinvointialueiden rahoitusvaihtoehdoista vaikuttaa hyvinvointialueiden rahoituskustannuksiin nostavasti. Lisäksi hyvinvointialueen lyhytaikaisen maksuvalmiuden ylläpitäminen poikkeustilanteissa kuten esimerkiksi korona-pandemian aikana vaarantuu. Valtioneuvoston tulee turvata hyvinvointialueiden rahoitukselle ja maksuvalmiusjärjestelyille.

Ermo Haavisto
sairaanhoitopiirin johtaja
Satakunnan sairaanhoitopiiri