

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 HUSLABilta (nykyisin osa HUS Diagnostiikkakeskusta) lausuntoa hallituksen esityksestä 241/2021 vp koskien hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämistä eli ns. sote-uudistusta. 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.

Hallituksen esityksessä on tarkoitus muodostaa riittävän vahvoja hyvinvointialueita, jotka pystyisivät huolehtimaan asukkaidensa sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudesta kaikissa tilanteissa. Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi hyvinvointialueella on oltava palveluksessaan toiminnan edellyttämä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö sekä hallinnollinen ja muu henkilöstö, hallinnassaan asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet sekä muut tarvittavat toimintaedellytykset. Lisäksi hyvinvointialueella on oltava järjestämisvastuunsa toteuttamisen edellyttämä riittävä oma palvelutuotanto.

Diagnostiset palvelut osana sote-toimintoja

Sairaanhoito muodostuu potilaan tutkimuksesta ja hoidosta. Osa lääketieteen erikosisaloista on keskittynyt potilaan tutkimukseen eli taudinmääritykseen tai hoitopäätösten tukemiseen. Näitä erikosisaloja ovat kliininen kemia, kliininen mikrobiologia, patologia, perinnöllisyyslääketiede, kliininen farmakologia, kliininen fysiologia, kliininen neurofysiologia sekä radiologia.

Ehdotetun järjestämislain 8 §:n mukainen sote-palvelujen järjestämisvastuu kaikissa tilanteissa on julkisella sektorilla. Hyvinvointialue ei voisi hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta niin laajoja alueellisia tai toiminnallisia kokonaisuuksia, ettei se kykene tosiasiasa huolehtimaan järjestämisvastuutaan. Kukin palvelusektorin ja lääketieteen erikosisalan sisällä voidaan kuitenkin hankkia erilaisia palveluja. Tällöin on otettava huomioon myös järjestämislain 12 §:n sääntely. Yksityisten hoidettavaksi ei voida antaa hyvinvointialueen järjestämistehtäviä tai julkista valtaa sisältäviä tehtäviä, jotka hyvinvointialueen on hoidettava viranomaisena. Oman palvelutuotannon tulisi muodostaa toiminnan ytimen siten, että eri toiminnoissa tarvittava oman henkilöstön palvelutuotantoon liittyvä osaaminen sekä toiminnan vakaus olisi turvattu eikä palvelutuotanto vaarantuisi häiriötilanteissa.

Terveydenhuollossa oman henkilöstön osaamisen tulisi olla riittävällä tasolla eri lääketieteen erikosisaloilla siten, että järjestäjän osaaminen ulkoistettujen palvelujen sisällöllisen ja laadullisen arvioinnin tekemisessä on turvattu sekä toiminnan vakaus ja sellaiset ydintoiminnot, kuten päivystys kyetään asianmukaisesti toteuttamaan kaikissa tilanteissa.

Diagnostisten palvelujen osuus terveystalouden menoista

Tuoreimman OECD aineiston mukaan Suomen terveydenhuollon kokonaiskustannus asukasta kohti on 4578 euroa, joka on alhaisempi kuin kaikissa muissa Pohjoismaissa ([Unmet health care needs | Health at a Glance: Europe 2020 : State of Health in the EU Cycle | OECD iLibrary \(oecd-ilibrary.org\)](#)). Elinikäennusteen osalta Suomi on toiseksi huonoin Pohjoismaista. Lisäksi julkisen rahoituksen osuus terveydenhuoltomenoista on Pohjoismaiden pienin. Suomessa julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon käyttömenoista oli v. 2018 vain 76,9 % kun se Ruotsissa oli 85,1 ([OECD Health Statistics 2020 -taloustietoja | Kuntaliitto.fi](#)). Nyt arvioitavana olevan hallituksen esityksen mukaan tulevasta palvelutarpeen kasvusta rahoitettaisiin vain 80 %, mikä käytännössä johtaisi siihen, että terveydenhuollon julkinen rahoitus Suomessa asukasta kohden laskien olisi hallituksen esityksessä ehdotetun siirtymäkauden lopussa v. 2030 vain 65 % Ruotsissa käytetystä rahamäärästä, jos Ruotsin julkisen terveydenhuollon rahoitusosuus pysyy ennallaan. Kokonaisuutena voidaan todeta, että julkisen terveydenhuollon rahoitus on Suomessa riittämätöntä, mikä heijastuu myös diagnostisten palvelujen saatavuuteen maan eri alueilla.

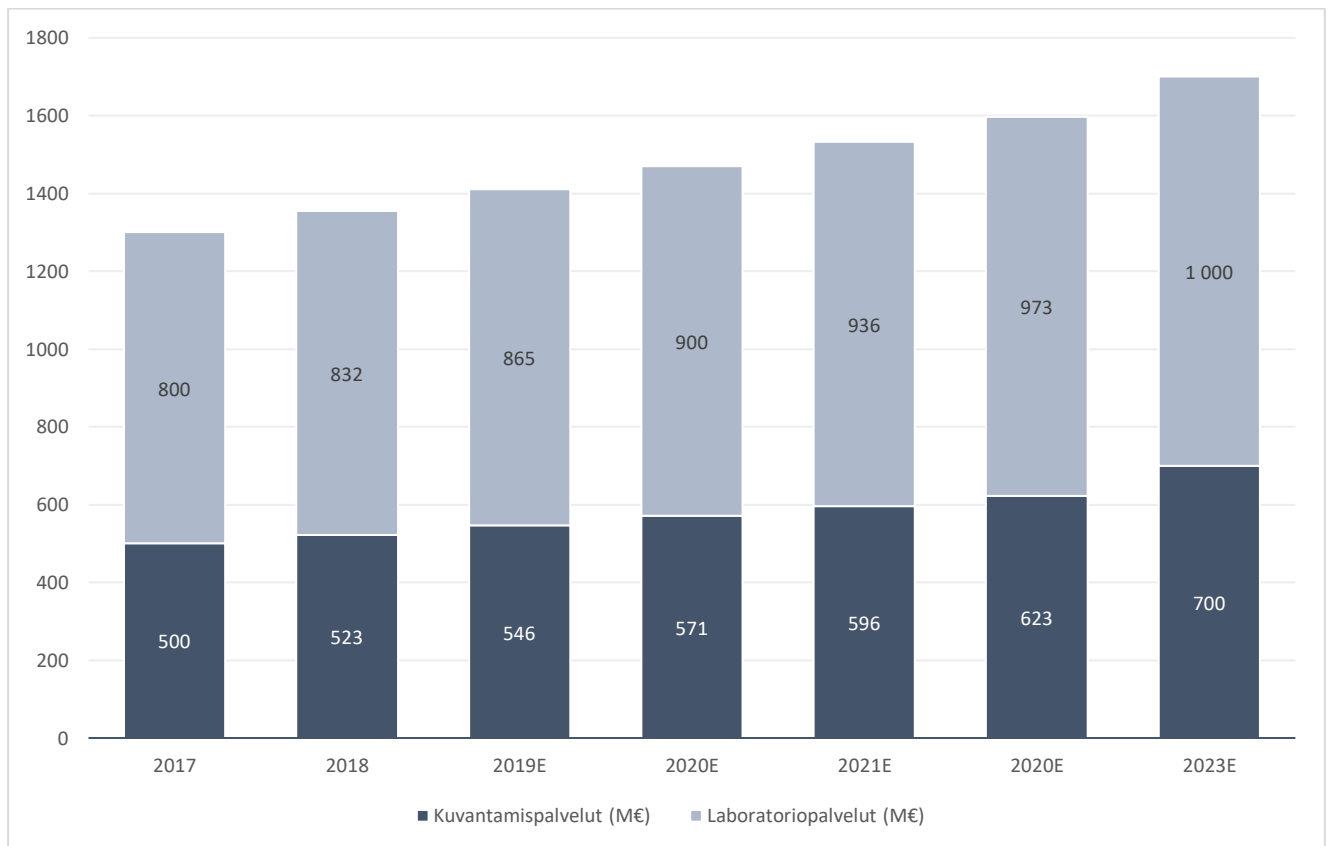
Diagnostisten palvelujen osuus erikoissairaanhoidon toimintakuluista on n. 15 % ja kaikista sote-menoista 7-8 %. Kuluvan vuoden 2021 osalta diagnostisten palvelujen tuottamiseen Suomen julkiselle ja yksityiselle terveydenhuollolle arvioidaan kuluvan n. 1,5 mrd euroa (taulukko 1).

Taulukko 1: Diagnostisten palvelujen osuus Suomen sote-menoista

(Miljardia euroa)	Kuvantamispalvelut	Laboratoriopalvelut	Diagnostiikka	Sote-menot	DG-osuus sote-menoista
2020	0,6	0,9	1,5	19,4	7,6 %
2021	0,6	0,9	1,5	19,9	7,7 %
2020	0,6	1,0	1,6	20,3	7,8 %
2023	0,7	1,0	1,7	20,8	8,2 %

Lähteet: 6/2017 Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan pyytämä asiantuntijalausunto (Kuvantamis- ja laboratoriopalvelut sote –uudistuksessa), OECD Health at Glance 2018, Wise Guy Reports, THL: Terveydenhuollon kustannukset, Talent Vectia -analyysi

Diagnostisten palvelujen käytön kasvunopeus ylittää tällä hetkellä sairaanhoidon kustannusten kasvunopeuden (Kuva 1). Euroopassa diagnostisten palvelujen käyttö kasvaa n. 7 % vuodessa. Suomessa kasvu on ollut jonkin verran tätä hitaampaa eli n. 5 % vuodessa. Keskeisenä syynä diagnostisten palvelujen nopeaan kasvuun ovat sekä väestön kasvavat terveystarpeet että uudet teknologiat. Mm. yksilölliseen lääketieteeseen liittyvä geenitestien käyttö sekä parantuneet kuvantamistekniikat (tulevaisuudessa mm. 3-D kuvantaminen) lisäävät lähivuosina diagnostisten palvelujen kustannuksia. Lisäksi monien kroonisten sairauksien parantunut ennuste sekä väestön vanheneminen niin Euroopassa kuin Suomessakin lisäävät diagnostisten tutkimusten käyttöä, kun aiemmin monet kuolemaan johtavat sairaudet pystytään hoitamaan ja hoidettujen potilaiden seurannassa käytetään diagnostisia palveluja. Vuosina 2020-21 myös koronaepidemia on lisännyt merkittävästi diagnostisten palvelujen käyttöä (koronavirustestit ym.). On myös selvää, että ilman moderneja ja laadukkaita testimenetelmiä (esim. kyky SARS-CoV-2-viruksen varianttien tunnistamiseen), ei koronaepidemian hallinta Suomessa olisi lainkaan onnistunut.

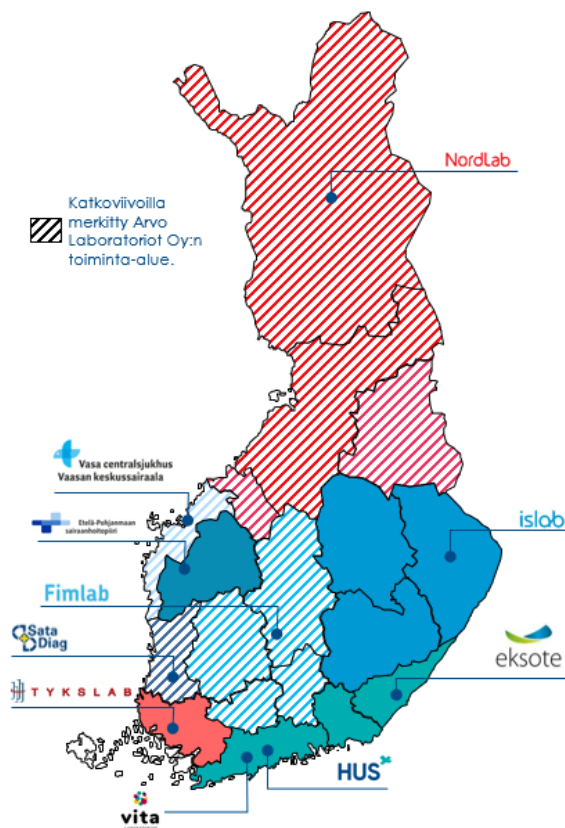


Kuva 1: Diagnostiikkapalvelujen käytön ennustettu kasvu Suomessa

Diagnostisten palvelujen järjestäminen Suomessa

Suomessa julkisen sektorin laboratoriopalveluja on parin viime vuosikymmenen ajan koottu yhteen yliopistosairaaloitten erityisvastuualueilla. Monet alueet ovat solmineet yhteistyösopimuksia vastataksaan lisääntyvään volyymi- ja kustannuspaineeseen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin osakeyhtiömuotoinen laboratorio Fimlab on kuitenkin pyrkinyt kasvattamaan kansallista markkinaosuuttaan ja näin rikkomaan erityisvastuualuekohtaista työnjakoa.

Suomessa julkinen sektori tuottaa tällä hetkellä lähes 90 % laboratoriopalveluista. HUS Diagnostiikkakeskus on laboratorioalan suurin yksittäinen toimija Suomessa (toimintatuotot v. 2018 n. 328 milj. euroa). HUSin jälkeen toiseksi suurin toimija markkinoilla on Fimlab Laboratoriot Oy (liikevaihto v. 2018 107 milj. euroa). Fimlabin lisäksi TAYS:n alueelta toimii Arvolaboratoriot Oy, jossa osakkaina ovat Fimlab, Vaasan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ja Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Arvolaboratoriot ovat out-house yhtiö, jonka tavoitteena on saavuttaa merkittävä markkina-asema työterveyshuollon diagnostiikkapalveluissa. Merkittävin yksityinen toimija Suomessa vuonna 2012 aloittanut SYNLAB Finland Oy (liikevaihto 2018 n. 48 milj. euroa), joka tarjoaa palveluitaan maanlaajuisesti ja hakee kasvua Suomen laboratoriomarkkinoilta yritysostojen avulla. SYNLAB Finland Oy osti v. 2018 Suomen suurimman yksityislaboratorion Yhtyneet-Medix Oy:n liiketoiminnat.



Kuvantamisen palvelut julkisella sektorilla tuotetaan pääsääntöisesti sairaanhoitopiirien toimesta keskussairaaloissa ja suurimmissa terveyskeskuksissa. HUS Diagnostiikkakeskus on Suomessa myös kuvantamisen suurin julkinen toimija. HUS Diagnostiikkakeskus tuottaa palveluita oman sairaanhoitopiirin lisäksi Kymenlaakson sairaanhoitopiiriin (Kymsote) ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiriin (Eksote) alueella.

Muita sairaanhoitopiirejä, jotka ovat keskittäneet sekä kuvantamisen että laboratorion palvelut ovat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (TYKS), Satakunnan sairaanhoitopiiri (SataDiag) ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Lisäksi markkinoilla toimii joukko pieniä erikoistuneita toimijoita, jotka pyrkivät optimoimaan oman laitekannan käyttöasteen hinnoittelun avulla. Esimerkkinä tällaisista toimijoista on Unilabs tai Helsingin magneettikuvaus.

Palvelujen keskittäminen ja hyvinvointialueiden yhteistyö

Laboratorio- ja kuvantamistoimintoja alettiin keskittää sairaanhoitopiirien toiminnaksi osana ns. kansallista terveysprojektia 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä. Kansallisen terveysprojektin arviointiraportissa keskittämisen arvioitiin tuoneen kansallisesti n. 200 milj. euron kustannushyödyn (https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74145/Arviointiselvitys_vuosi_2002_2007_toteutetusta_Kansallisesta_terveyshankkeesta_fi.pdf?sequence=1).

Valtioneuvoston terveydenhuoltolain (1326/2010) 45 §:n nojalla antama ns. keskittämisasetus (A 582/2017) edellyttää yliopistosairaaloiden sopivan työnjaosta Suomessa. Julkisen terveydenhuollon jakaantuminen eri toimijoiden kesken ei siis perustu kilpailutuihin markkinaosuuksiin vaan pyrkimyk-

seen varmistaa, että kaikkialla Suomessa on tarjolla riittävät palvelut ja että erityisen vaativat palvelut keskitetään sellaisiin toimipisteisiin, jossa on ao. palvelun tuottamisen kannalta riittävä osaaminen ja resurssit.

Kansallisen terveysprojektin suosittama laboratorio- ja kuvantamispalveluiden keskittäminen sairaanhoitopiireihin tapahtui vapaaehtoisesti. Myös yliopistosairaanhoitopiirien erityisvastuualueilla viime vuosina tapahtuneet palvelujen keskittämiset ovat tapahtuneet vapaaehtoisuuteen perustuen. Terveystieteiden lain 43 § edellyttää nykyisellään, että kunkin yliopistosairaalan erityisvastuualueeseen kuuluvat sairaanhoitopiirit sopivat laboratorio- ja kuvantamispalveluiden järjestämisestä erityisvastuualueella. Järjestämissopimukset eivät kuitenkaan aina ole toimineet erityisvastuualueen hoitopolkuja tukien, sillä esimerkiksi KYS-ervaan kuuluva Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ei käytä IS-LABin (vaan Fimlabin) palveluja, Tyks-ervaan kuuluva Vaasan sairaanhoitopiiri ei käytä TYKSLABin (vaan Fimlabin) palveluja eikä Hyks-ervaan kuuluva Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä HUS Diagnostiikkakeskuksen (vaan Fimlabin) palveluja. Tämä vaikeuttaa sujuvien hoitoketjujen ja hoidon integraation toteuttamista erityisvastuualueella. Haasteena myös on, ettei vähemmistöosuuden yhtiössä omistava sairaanhoitopiirin luottamuselin todellisuudessa käytä päätösvaltaa oman alueensa julkisten laboratoriopalvelujen tuottamisesta, vaan sitä käyttää ao. yhtiön hallitus.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yhtiöiden toiminta onkin selvästi vaikeuttanut työnjaosta sopimista erityisvastuualueiden sisällä. Käytännön esimerkkinä tästä ovat esimerkiksi syöpäpotilaiden hoitoon Lahdessa liittyvät vaikeudet. HUS Syöpätautien osaamiskeskuksen yksikkö Lahdessa huolehtii osaltaan joidenkin syöpäpotilaiden hoidosta, vaativa syöpäkirurgia on keskitetty Helsinkiin, mutta patologian palveluiden osalta PHHYKY käyttää Fimlabin palveluja. Viiveet näytteiden käsittelyssä sekä puutteelliset tiedot potilaiden laboratoriotutkimuksista (ml. patologin lausunnot) aiheuttavat jatkuvasti viiveitä syöpäpotilaiden hoidossa.

Palvelujen keskittämiseen liittyy myös riskejä. Erityisesti riski liittyy riittävän henkilöstön saamiseen ja päivityksen järjestämiseen. Tämä riski on suurin kliinisten erikoisalojen osalta, sillä jos esim. elektiviset tekonivelleikkaukset siirtyvät keskussairaala muualle ja ortopedit houkutellessaan leikkauksipalveluja tuottavan yhtiön (esim. Coxa Oy) palvelukseen, heikkenee keskussairaalan kyky järjestää traumapäivystys merkittävästi. Vastaava kehitys voi tapahtua myös radiologien osalta, joita heitkin tarvitaan 24/7 sairaaloiden päivystysvalmiuden ylläpitoon.

Hallituksen esityksen mukaan hyvinvointialue vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueellaan ja on järjestämisvastuussa asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollosta. Ehdotetun järjestämislain 8 §:n perusteella hyvinvointialue saa järjestää ja tuottaa itse sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja toisen hyvinvointialueen alueella vain toimiessaan yhteistyössä tai yhteistoiminnassa kyseisen hyvinvointialueen kanssa. Yksityisellä palveluntuottajalla tarkoitettaisiin kaikkia hyvinvointialueelle sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavia osakeyhtiöitä, osuuskuntia ja muita yhtiöitä, yhdistyksiä, säätiöitä ja itsenäisiä ammatinharjoittajia. Yksityisen palveluntuottajan on täytettävä palveluja tuottaessaan yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain ja yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain mukaiset edellytykset. Yksityisen palveluntuottajan määritelmä kattaisi jatkossa siis myös julkisomisteiset eli hyvinvointialueen, kunnan ja valtion omistamat yhtiöt ja mahdolliset muut julkisomisteiset säännöksessä mainitut yhteisöt. Niihin sovellettaisiin palvelujen hankkimisesta yksityisiltä palveluntuottajilta annettuja säännöksiä. Pidän esitettyä sääntelyä sinänsä perusteltuna ottaen huomioon hallituksen esityksen tavoitteet varmistaa, että sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen järjestäjällä on aina valmius huolehtia alueensa väestön tarvitsemista palveluista.

Ehdotetun järjestämislain 36 § 4 momentin mukaisesti yhteistyöalueen hyvinvointialueiden on sovitava työnjaosta, yhteistyöstä ja toiminnan yhteensovittamisesta lääkinnällisten tukipalvelujen ja muiden tukipalvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa. Kohdan nojalla tulisi mm. sopia siitä, miten hyvinvointialueet yhteistyössä toteuttaisivat toimintayksikköjensä tarvitsemat laboratorio- ja kuvan-

tamispalvelut, taudinmäärittämiseen liittyvien näytteiden säilyttämisen ja näytteiden mahdollisen tutkimuskäytön. Järjestämislain 36 § (hallituksen esitys, s. 756) 6 momentin perusteella yhteistyöalueen hyvinvointialueiden olisi lisäksi sovittava sellaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta, jotka harvoin tarvittavina tai erityisen vaativina edellyttävät toistettavuutta tai laaja-alaista erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin, välineisiin tai toimitiloihin. Tältä osin sääntely vastaa pitkälti nykyisen terveydenhuoltolain järjestämissopimusta koskevaa sääntelyä. Kuten edellä on kuvattu, ongelmaksi jää kuitenkin edelleen, että sopimuksen sitovuus on heikko ja sitä tulisi käsitykseni mukaan vahvistaa. Muussa tapauksessa ne ongelmat palvelujen integroimisessa perustason ja erityistason välillä, jotka ovat nyt olemassa jatkuvat edelleen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yhtiömuotoiset toimijat vaikeuttavat osaltaan sote-uudistuksessa tavoitellun palveluintegraation toteuttamista niiden toimiessa usealla erityisvastuualueella/yhteistyöalueella ilman, että ne ovat sitoutuneet järjestämissopimuksen/yhteistyösopimuksen velvoitteisiin.

Uudenmaan erilliskäyttö ja diagnostiset palvelut

Palvelujen keskittäminen on kustannushyötyjen lisäksi parantanut toiminnan laatua, toimintavarmuutta sekä asiakaslähtöisyyttä. Esimerkiksi HUS Diagnostiikkakeskuksen toiminta-alueella potilas voi valita minkä hyvänsä laboratorion tai kuvantamisen toimipisteen. Yhteisten tietojärjestelmien kautta eri sairaaloiden ja terveyskeskusten lääkäreillä on käytössään yliopistosairaalan asiantuntemus. Iso kokonaisuus pystyy turvaamaan myös toimintavarmuuden kriittisten avainhenkilöiden osalta, joiden saatavuuteen (esim. radiologit, patologit) liittyy usein haasteita.

Hallituksen esitykseen sisältyvä ns. Uudenmaan erilliskäyttö on diagnostisten palvelujen kannalta ongelmallinen. Hallituksen esityksessä ehdotetaan Uudellemaalle neljää hyvinvointialuetta ja Helsingin kaupungille erityisasemaa. Käytännössä pääkaupunkiseutu ehdotetaan jaettavaksi kahden hyvinvointialueen (Espoon sisältävän Länsi-Uusimaan sekä Vantaan ja Keravan muodostaman hyvinvointialueen) ja Helsingin kaupungin muodostamaan kolmeen erilliseen toimijaan. Diagnostisten palvelut eivät sisälly HUS-yhtymän järjestämisvastuulle. Vaarana tällöin on, että kukin toimija alkaa itsenäisesti järjestää diagnostisia palveluja, jolloin eri toimijoiden välinen osiooptimointi johtaa epätarkoituksenmukaiseen palveluverkkoon ja potilaiden kannalta hyvin toimivan palvelukokonaisuuden hajoamiseen.

Hallituksen esityksen (sote-järjestämislaki 58 §) lähtökohtana on, että hyvinvointialue toimii sen järjestämisvastuulle kuuluvassa toiminnassa syntyneiden asiakas- ja potilastietojen rekisterinpitäjänä. Uudenmaan erilliskäytöstä seuraa, että Uudellemaalla on kuusi erillistä rekisterinpitäjää. Uudistuksessa ei kuitenkaan ole mitään tiedon integraatioon velvoittavia elementtejä. Tiedon kulku Uudenmaan toimijoiden välillä itse asiassa heikkenee nykytilanteeseen verrattuna. 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. Riittävän integraation takaamiseksi Uudenmaan toimijat tulisi 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. Uudistuksessa tulee lisäksi varmistaa tietojärjestelmien yhteensopivuus ja yhteinen tietopohja Uudenmaan alueella erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon integraation mahdollistamiseksi sekä resurssien- ja kustannusten hallitsemiseksi.

Diagnostisten palvelujen edellyttämät investoinnit

Diagnostiset palvelut edellyttävät kalliita laitteistoja. Keskuslaboratorioiden toiminta perustuu pitkälti automaatioon, joka edellyttää linjaan kytkettyjä analysaattoreita. Kuvantamistoiminnot taas tarvitsevat kalliita kuvantamislaitteita (esim. magneettikuvauslaitteet). Laitteistojen osalta monissa osin maata on jo ennestään investointivelkaa, kun diagnostisia palveluja tuotetaan vanhentuneella laitekannalla. Mahdollisuus uusien vanhanaikaisien laitteistojen on myös keskeinen edellytys diagnostisten toimintojen tuottavuuden parantamiselle.

Ehdotetun järjestämislain 36 § (hallituksen esitys, s. 759) mukaan yhteistyöalueen hyvinvointialueiden on sovittava vaikutuksiltaan laajakantoisia tai taloudellisesti merkittäviä investointeja ja investointia vastaavia sopimuksia koskevasta työnjaosta ja yhteistyöstä sekä eri hyvinvointialueiden investointien ja investointia vastaavien sopimusten yhteensovittamisesta yhteistyöalueella siltä osin kuin se on tarpeellista 36 § 3 momentin 1–10 kohdassa tarkoitettujen asioiden kannalta.

Investoinnit ja investointeja vastaavat sopimukset on määritelty hyvinvointialueesta annettavan lain 16 §:n perusteluissa. Niiden laajakantoisuudella ja taloudellisella merkittävyydellä tarkoitettaisiin ehdotettavan lain 26 §:n 3 momentissa säädettyä. Tarkastelun kohteena tulisi olla yhteistyöalueen kaikkien hyvinvointialueiden tällaisten investointien muodostama kokonaisuus, jonka tulisi tukea yhteistyösopimuksessa sovittua muuta yhteistyöalueen työnjakoa, yhteistyötä ja yhteensovittamista siten, että hyvinvointialueet eivät toteuta päällekkäisiä tai muutoin tarpeettomia vaikutuksiltaan laajakantoisia tai taloudellisesti merkittäviä investointeja. Esimerkiksi kalliita diagnostiikkalaitteita ei olisi tarkoituksenmukaista hankkia paikkoihin, joissa laitteiden kapasiteetti ei olisi täydessä käytössä, jos hyvinvointialueiden työnjakoa kehittämällä selvittäisiin selvästi harvemmillä laitteilla, ja voitaisiin silti turvata riittävä ja yhdenvertainen sosiaali- ja terveydenhuolto. Myös esimerkiksi ICT-hankkeet saattaisivat usein olla kustannustehokkaampaa toteuttaa hyvinvointialueiden yhteistyönä. Sosiaali- ja terveydenhuollon osasuunnitelma voitaisiin jättää hyväksymättä, jos olisi ilmeistä, että siihen sisältyvä vaikutuksiltaan laajakantoinen tai taloudellisesti merkittävä investointi tai investointia vastaava sopimus taikka tällainen luovutus ei edistäisi sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavaa järjestämistä. Näin olisi tilanteissa, joissa investointi tai investointia vastaava sopimus olisi kustannuksiltaan suhteeton siitä saatavaan terveys- tai hyvinvointihyötyyn nähden, esimerkiksi sen vähäisen käytön vuoksi.

Investointeja koskevan yhteistyön ja niiden yhteensovittamisen tulisi osaltaan varmistaa kustannusvaikuttavien ja tuottavien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu-, yhteistyö- ja tuotantorakenteiden muodostuminen yhteistyöalueella. Yhteistyöalueen hyvinvointialueiden ei kuitenkaan tarvitsisi sopia yhteistyösopimuksessa työnjaosta, yhteistyöstä tai yhteensovittamisesta kaikkien vaikutuksiltaan laajakantoisten tai taloudellisesti merkittävien investointiensa, vaan ainoastaan sellaisten, joilla olisi merkitystä muiden momentin perusteella yhteistyösopimuksessa sovittavaksi edellytettävien asioiden kannalta.

Tarkastelun perustana olisivat kunkin hyvinvointialueen omat arviot ja suunnitelmat tarvittavista investoinneista. Yhteistyösopimuksen valmistelun yhteydessä hyvinvointialueiden tulisi arvioida kunkin hyvinvointialueen investointisuunnitelmien merkitys suhteessa muiden hyvinvointialueiden olemassa olevaan ja suunniteltuun infrastruktuuriin. Valmistelun lähtökohtana tulisi olla 22 §:ssä tarkoitettujen sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet ja näistä etenkin investointeja koskevat linjaukset, tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon ja sen tiedonhallinnan kehittämiseksi sekä tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden lisäämiselle.

Hallituksen esityksen mukaan pitkäaikainen lainanotto on sallittua vain lainanottovaltuuden puitteissa investointisuunnitelmassa hyväksyttyihin investointeihin (Laki hyvinvointialueesta 15 §). Lainanottovaltuus perustuu ns. laskennalliseen lainanhoitokatteeseen (edellisen vuoden tuloslaskelman

vuosikate + korkokulut) / (korkokulut + laskennallinen lainanlyhennys)). Laskennallinen lainanlyhennys lasketaan jakamalla vuoden alun lainamäärä (lyhyt ja pitkäaikainen) kymmenellä. Tämä perustuu yksinkertaiseen laskennalliseen oletukseen, että lainojen takaisinmaksuaika on keskimäärin 10 vuotta. 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. Tautatietona 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 §).

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). Jopa viereisten hyvinvointialueiden asukkaiden pääsy kyseisellä hyvinvointialueella tuotettaviin palveluihin voi vaikuttaa investointisuunnitelman hyväksymiseen. Hyvinvointialue ei siis voi optimoida pitkäaikaisen lainan käyttöä investointeihinsa huomioiden pelkästään oman alueensa intressit. Investointisuunnitelmassa investointeihin rinnastetaan myös merkittävät, monivuotiset sopimukset kuten vuokrasopimukset. Merkittävää omaisuuden myyntiä ei voi tehdä, mikäli se vaarantaa hyvinvointialueen toiminnan. (Laki hyvinvointialueesta 16 §, Sote-järjestämislaki 25–26 §, Pela-järjestämislaki 11 §). Valtioneuvosto voi poikkeustilanteessa korottaa hyvinvointialueen lainanottovaltuutta, jos investointitarve on kiireellinen ja investointi olisi välttämätön palvelujen tuottamisen jatkuvuuden kannalta tai lainsäädännössä edellytettyjen palvelujen turvaamiseksi. Tämä johtaisi kuitenkin arviointimenettelyn käynnistymiseen. (Laki hyvinvointialueesta 123 §). 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 hyväksyttyihin 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 myös lisätä sote-palvelujen hankintaa yksityisiltä tuottajilta, joiden investoinnit tehdään perustuen kysyntään ja investoinnin kannattavuuteen nelivuotissuunnitelmien sijasta.

Vuosikatteen keskeinen rooli laskennallisen lainanottokatteen määrittelyssä voi johtaa vuosikatteen ”tasaisuuden” ylikorostamiseen toiminnan ja talouden suunnittelussa. Esim. joitain toiminnan näkökulmasta olennaisia toimenpiteitä voidaan siirtää seuraavalle vuodelle, jotta välttyttäisiin vuosikatte-tason alenemisesta johtuvasta lainanottovaltuuden alenemisesta. Lakiehdotukseen kirjattu mahdollisuus lainanottovaltuuden korottamiseen tarvittaessa edesauttaa toki hyvinvointialueiden mahdollisuutta suoriutua järjestämisvelvoitteistaan. Tämä johtaa kuitenkin arviointimenettelyyn, mikä on hyvinvointialueiden näkökulmasta epäsuotuisa ja äärimmäinen tilanne.

Kaiken kaikkiaan laissa esittely menettely johtaa investointien moniportaiseen hyväksymisprosessin (mm. aluevaltuusto, STM/SM ja VM) sekä rajoittaa aluevaltuuston kykyä investointeja koskevaan

päätöksentekoon tilikauden aikana hyväksytystä investointisuunnitelmasta poikkeavalla tavalla. Lakiehdotukseen ei sisälly kuvausta menettelystä, jossa investoinneista voitaisiin vuoden aikana sopia STM:n/sisäministeriön kanssa alkuperäisestä suunnitelmasta poikkeavalla tavalla.

Uudistukseen liittyviä hyvin merkittäviä ICT-järjestelmien uudistuksia ja yhteensovittamisia sekä kansallisella että hyvinvointialueiden tasolla (kansallisella tasolla arviolta 550–650 milj. euroa (hallituksen esityksen liite 2, s. 30). Valtio kattaa siirtymäkaudella ICT-järjestelmiin liittyvät muutostulokset. Tämän jälkeen niiden pitäisi sisältyä lainanottovaltuuden ja investointisuunnitelman piiriin, mikä tuo merkittäviä lisäpaineita hyvinvointialueiden taloudelle.

Suuret investoinnit (kuten uusien sairaaloiden meneillään olevat rakennushankkeet niihin liittyvine lainoineen) romuttavat käytännössä hyvinvointialueiden mahdollisuuden tehdä lisäinvestointeja 2023 alkaen ellei lakiehdotusta muuteta, sillä laskennalliseen lainanhoitokatteeseen perustuva lainan enimmäismäärä ei mahdollista tulevaisuudessa merkittävien uus- tai laajennusinvestointien toteuttamista, vaikka ne olisivat alueen väestön riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen kannalta välttämättömiä.

Ehdotettu malli edellyttäisi HUS diagnostiikkakeskuksen osalta neuvotteluja Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson väliaikaisen toimielimen kanssa diagnostiikkapalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta 1.1.2023 jälkeen. Aluevaltuusto päättäisi hallituksen esityksen mukaisesti 1.3.2022 jälkeen palvelustrategian. Etelä-Suomen yhteistyösopimuksen solmimisen takaraja on kuitenkin vasta 31.12.2025. Sitä ennen on kuitenkin jo sovittava yhteistyöalueen investointisuunnitelman tekemistä ja sovittujen investointien sisällyttämistä hyvinvointialueiden investointisuunnitelmiin. Hallituksen esitys jättääkin auki, miten vuosien 2023, 2024 ja 2025 investointisuunnitelmat tehdään.

Yhteistyö julkisen ja yksityisen toimijan välillä

Voimassa oleva lainsäädäntö (laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksista 733/1992). Antaa järjestämisvastuulliselle taholle viisi eri vaihtoehtoa tuotantotavan järjestämiseen: Ne ovat: 1) hoitamalla toiminnan itse; 2) sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa; 3) olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä; 4) hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta; taikka 5) antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin.

Hallituksen esitykseen sisältyvää hyvinvointialueen omaa palvelutuotantoa koskevaa velvoitetta (Sote-järjestämislakia koskevan esityksen 8 §) ei ole määritetty tarkasti. Tämä jättää tulkinnanvaraa sille tuleeko riittävän oman palvelutuotannon toteutua yksittäisten palvelujen vaiko jonkun palvelukokonaisuuden (kuten esimerkiksi ikäihmisille tai kotiin tuotavien palveluiden tasolla).

Sote-palvelut kärsivät monissa osissa maata erityisosaajien puutteesta. Esim. yhteispäivystyksiin on usein ollut vaikea saada riittävää määrää lääkäreitä. Hallituksen esityksessä sote-järjestämislaiksi esitetään, että päivystyksessä lääkärin tehtäviä tulee tulevaisuudessa hoitaa virkasuhteessa. Järjestely estää tehokkaasti lääkäripalvelujen hankinnan yksityisiltä yrityksiltä, mutta epäselväksi jää, miten siten varmistetaan riittävä työvoiman saanti ympärivuorokautisen kiireellisen hoidon ja päivystyksen palveluissa. Vaatimuksella on toki siirtymäaikaa vuoden 2025 loppuun saakka, minkä jälkeen hyvinvointialue saisi käyttää hankittua ja vuokrattua työvoimaa omaa henkilöstöään täydentävästi. Epäselväksi kuitenkin jää, miten käytännössä kaikissa tilanteissa varmistetaan lääkäri työvoiman (ml. radiologian erikoislääkärit päivystykseen) saatavuus. Vakiintuneesti lääkärin julkisessa terveydenhuollossa tekemiä hoitopäätöksiä on kuitenkin pidetty ns. tosiasiallisena hallintotoimintana, joita on voitu tehdä niin työsuhteessa kuin virkasuhteessa.

Kiinnitän kuitenkin huomiota siihen, että myös diagnostiseen palvelutoimintaan sisältyy julkisen vallan käyttöä ja viranomaistoimintaa. Tällaista toimintaa ovat erityisesti eräät kliinisen mikrobiologian

laboratorioiden tartuntatautien vastustamiseen liittyvät tehtävät (ks. tartuntatautilaki 18,19, 23, 24 ja 28 §), jotka ovat korostuneet meneillään olevan koronaepidemian aikana. Nämä tehtävät ovat tulevaisuudessa myös lisääntymässä, jos Euroopan unionin sääntely ns. terveysunionista toteutuu. Tämä lisää klinisen mikrobiologian laboratorioiden terveysturvallisuuteen liittyviä viranomaisvelvoitteita ja yhteistyötä myös Euroopan unionin Tartuntatautiviraston (ECDC) kanssa.

Hallituksen esityksessä lähtökohtana on rajoittaa keskeisten sote-toimintojen ulkoistusta ja näin varmistaa, että julkinen palvelujärjestelmä pystyy kaikissa tilanteissa tuottamaan väestön tarvitsemat sote-palvelut. Käytännön tasolla vaikeuksia integroida palveluja on myös tilanteissa, joissa palvelun järjestäjä (nykyisin kunta) on ulkoistanut yksittäisen terveysaseman. Voimassa oleva hankintalaki rajoittaa nykyisellään mahdollisuuksia tuottaa diagnostisia palveluja ulkoistetulle terveysasemalle, sillä Suomen hankintalain 15 §:ssä määrätty sidosyksikön ulosmyyntiä koskeva raja (5 % liikevaihdosta tai enintään 500 000 euroa) on asetettu niin alas, ettei palvelujen myyminen ole käytännössä mahdollista. EU:n hankintadirektiiveissä rajana on 20 % liikevaihdosta, mikä antaisi mahdollisuuden ylläpitää kustannusvaikuttavia alueellisia diagnostisia palveluja myös tilanteessa, että joitain perustason terveyspalveluja tuottaa yksityinen toimija.

Johtopäätökset

Yhtenä hallituksen esityksen keskeisenä tavoitteena on sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio. Terveyspalvelujen osalta integraatio tarkoittaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon nykyistä parempaa yhteensovittamista. Diagnostisilla palveluilla on jo kahden viime vuosikymmenen ajan ollut keskeinen rooli integraation toteuttamisesta käytännön tasolla. Tämä on tarkoittanut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisiä diagnostisia palveluja ja tietojärjestelmiä. Tavoitteena on ollut toteuttaa nämä palvelut yhtenäisesti kunkin yliopistosairaalan erityisvastuualueella, jolloin voidaan turvata yhdenvertainen palvelujen saatavuus ja laatu aina terveyskeskuksesta yliopistosairaalaan asti. Haasteita alueelliselle integraatiolle yliopistosairaaloiden erityisvastuualueilla ovat asettaneet yhtiömuotoiset toimijat, jotka ovat pyrkineet kasvattamaan markkinaosuuksiaan työnjakosopimuksista riippumatta.

Jotta sote-uudistuksen tavoitteet toteutuisivat, tulisi diagnostisten palvelujen osalta huomioida seuraavat asiat:

- 1) Diagnostisten palvelujen osuus erikoissairaanhoidon toimintakuluista on n. 15 % ja kaikista sote-menoista 7-8 %. Terveyspalvelujen asukasta kohden laskettu rahoitus Suomessa on jo Pohjoismaiden alhaisin, vaikka väestö on Pohjoismaiden sairainta, eikä ehdotettu soten rahoitusmalli korjaa tilannetta. Tämä vaikeuttaa myös riittävien diagnostisten palvelujen tuottamista niitä tarvitseville;
- 2) nykytilanteessa ns. keskittämisasietus (A 582/2017) edellyttää yliopistosairaaloiden sopivan työnjaosta. Vastuunjako eri toimijoiden kesken ei siis lähtökohtaisesti perustu kilpailutuihin markkinaosuuksiin vaan pyrkimykseen työnjakosopimuksin varmistaa, että kaikkialla Suomessa on tarjolla riittävät palvelut ja että erityisen vaativat palvelut keskitetään sellaisiin toimipisteisiin, jossa on ao. palvelun tuottamisen kannalta riittävä osaaminen ja resurssit;
- 3) työnjakosopimusten ulkopuolella toimivat julkisomisteiset yhtiöt vaarantavat toiminnallaan sote-uudistuksessa tavoitellun vertikaalisen integraation, kun diagnostisia palveluja ei voida yhteistyöalueilla järjestää niin, että diagnostiset palvelut ja tietojärjestelmäratkaisut tukisivat hoitopolkuja aina perusterveydenhuollosta yliopistosairaalaan asti;
- 4) palvelujen keskittämiseen liittyy myös riskiä. Erityisesti riski liittyy riittävän henkilöstön saamiseen ja päivityksen järjestämiseen, mikäli päivityspalvelujen edellyttämät osaajat siirtyvät yhtiömuotoisten toimijoiden palvelukseen muualle;

- 5) kunkin yhteistyöalueen hyvinvointialueiden olisi hallituksen esityksen mukaan sovittava sellaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta, jotka harvoin tarvittavina tai erityisen vaativina edellyttävät toistettavuutta tai laaja-alaista erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin, välineisiin tai toimitiloihin. Yhteistyösopimuksen merkitystä ja sitovuutta tulisi vahvistaa, jotta diagnostiset palvelut voidaan kullakin yhteistyöalueella tuottaa tarkoituksenmukaisesti;
- 6) myös diagnostiseen palvelutoimintaan sisältyy julkisen vallan käyttöä ja viranomaistoimintaa. Tällaista toimintaa ovat erityisesti eräät kliinisen mikrobiologian laboratorioiden tartuntatautien vastustamiseen liittyvät tehtävät (ks. tartuntatautilaki 18,19, 23, 24 ja 28 §), jotka ovat korostuneet meneillään olevan koronaepidemian aikana;
- 7) hallituksen esitykseen sisältyvä ns. Uudenmaan erillisratkaisu on diagnostisten palvelujen kannalta ongelmallinen. Vaarana on, että kukin hyvinvointialue ja Helsingin kaupunki alkavat itsenäisesti järjestää diagnostisia palveluja, jolloin eri toimijoiden välinen osaoptimointi johtaa epätarkoituksenmukaiseen palveluverkkoon ja potilaiden kannalta hyvin toimivan palvelukonaisuuden hajoamiseen. Diagnostiset palvelut olisi perusteltua määrätä HUS-yhtymän järjestämisvastuuseen;
- 8) riittävän integraation takaamiseksi Uudenmaan toimijat tulisi 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. Uudistuksessa tulee lisäksi varmistaa tietojärjestelmien yhteensopivuus ja yhteinen tietopohja;
- 9) ehdotettu investointien keskusjohtoinen ohjaus ja rahoitus heikentävät alueiden kykyä parantaa tuottavuuttaan ja pitää diagnostiset palvelunsa ajanmukaisina. Investointien ohjausmalli ei myöskään mahdollista investointiohjelma muutoksia budjettivuoden aikana, vaikka niille olisi kiireellinen tarve;
- 10) aluevaltuusto päättäisi hallituksen esityksen mukaisesti 1.3.2022 jälkeen palvelustrategian. Etelä-Suomen yhteistyösopimuksen solmimisen takaraja on kuitenkin vasta 31.12.2025. Sitä ennen olisi kuitenkin jo sovittava yhteistyöalueen investointisuunnitelman tekemistä ja sovitujen investointien sisällyttämistä hyvinvointialueiden investointisuunnitelmiin. Hallituksen esitys jättää auki, miten vuosien 2023, 2024 ja 2025 investointisuunnitelmat tehdään;
- 11) alueiden pienet lainanottovaltuudet tulevat uudistuksen tavoitteiden vastaisesti lisäämään palveluostoja yksityissektorilta niiden kustannustasosta riippumatta, koska yksityinen sektori voi tehdä investointeja palvelukysynnän ja kannattavuuden perusteella nelivuotissuunnitelmista riippumatta ja
- 12) hankintalain 15 §:n sidosyksikön ulosmyyntiä koskevat EU:n hankintadirektiivejä alemmat kansalliset rajat (5 % liikevaihdosta tai 500 000 euroa) estävät nykyisellään integroimasta ulkoistettuja terveysasemia ym. alueelliseen diagnostisten palvelujen järjestelmään.

Kunnioitavasti,

Lasse Lehtonen, oik.tri, lääk.tri
diagnostiikkajohtaja, terveysoikeuden professori,
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri / HUS Diagnostiikkakeskus