

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 HUS:lta kuvantamistutkimusten osalta lausuntoa hallituksen esityksestä HE 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 hillitää 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 palveluksensa 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 erikoisaloista on keskittynyt potilaan tutkimukseen eli taudinmääritykseen tai hoitopäätösten tukemiseen. Näitä erikoisaloja ovat kliininen kemia, kliininen mikrobiologia, patologia, perinnöllisyyslääketiede, kliininen farmakologia, kliininen fysiologia, kliininen neurofysiologia sekä radiologia.

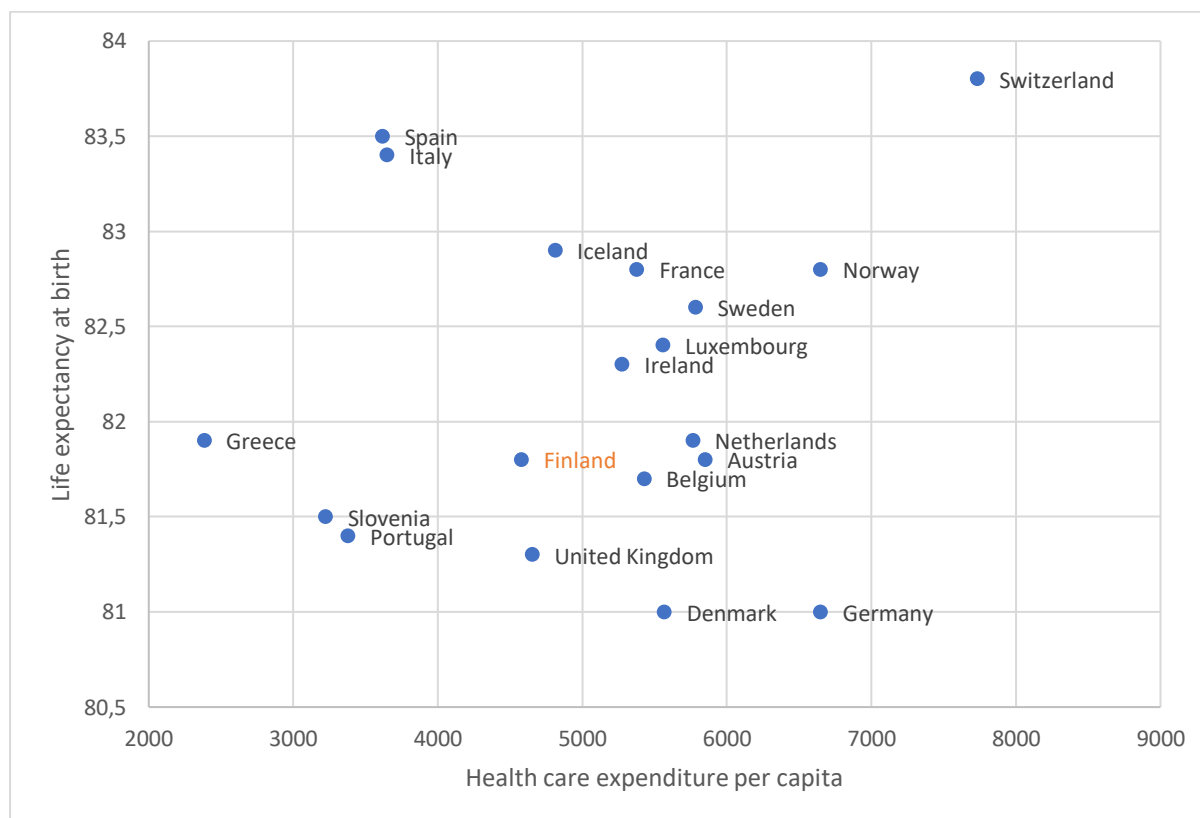
Ehdotetun järjestämislain 8 §:n mukainen sote-palvelujen järjestämisvastuu kaikissa tilanteissa on julkisella sektorilla. Hyvinvointialue ei voisi hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta niin laajoja alueellisia tai toiminnallisia kokonaisuuksia, ettei se kykene tosiasiaassa huolehtimaan järjestämisvastuustaan. Kukin palvelusektorin ja lääketieteen erikoisalan 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 erikoisaloilla 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.

Rahoituksen taso suhteessa palvelutarpeeseen

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



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

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

Jos oletuksena on OECD:n ennuste terveydenhuollon kustannusten kasvusta, johtaa sote-uudistuksen mukainen ehdotettu rahoitusmalli siihen, että Suomessa yksityisen rahoituksen osuus kaikesta sote-rahoituksesta tulee lisääntymään. Ei ole oletettavissa, että väestön Suomessa vanhetessa palvelutarve vähenisi. Samalla ero julkisen terveydenhuollon ja yksityisen terveydenhuollon palvelujen käyttäjien välillä syvenee, mikä on vastoin uudistuksen tavoitetta lisätä yhdenvertaisuutta ja vähentää terveyseroja. Suomessa sote-rahoitusmallin mukainen julkisen terveydenhuollon rahoituksen asukasta kohti ennakoituaan vuonna 2030 olevan 3987 euroa, kun vastaava luku Ruotsissa on 6144 euroa. Kun v. 2019 julkisen rahoituksen osuus terveystenmenoista on Ruotsissa 43 % Suomea suurempi, olisi julkisen rahoituksen osuus soten rahoitusmallin toteutuessa vuonna 2030 Ruotsissa jo 54 % Suomea suurempi. Palvelutarve (arvioituna mm. ennen aikaisesti menetettyjen elinvuosien määrän perusteella) on kuitenkin Suomessa Ruotsia suurempi.

Diagnostisten palvelujen osuus terveystenmenoista

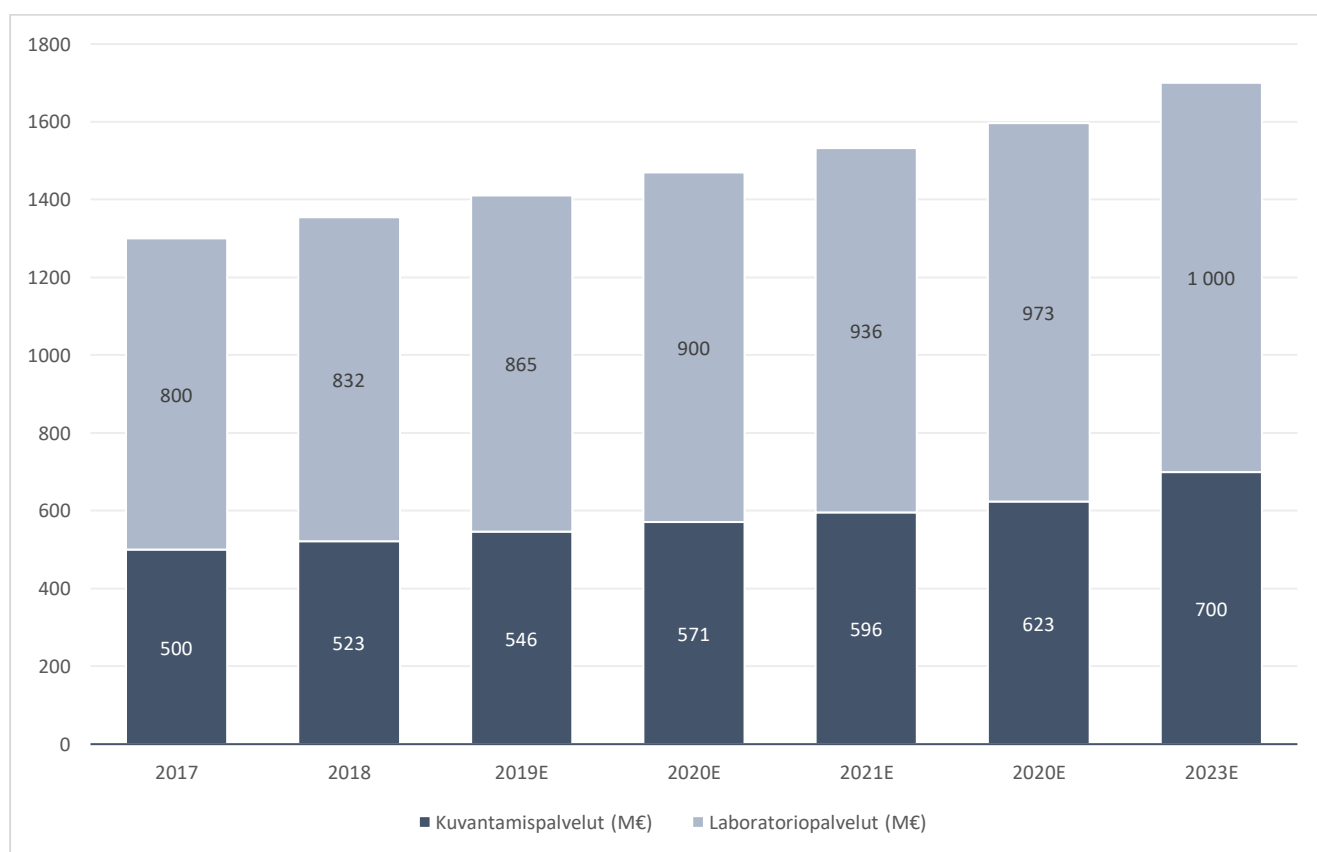
Diagnostisten palvelujen osuus erikoissairaanhoidon toimintakuluista on n. 15 % ja kaikista sote-menoista 7-8 %. Kuluva vuoden 2021 osalta diagnostisten palvelujen tuottamiseen Suomen julkiselle ja yksityiselle terveydenhuollolle arvioidaan kuluva n. 1,5 mrd euroa (taulukko 1).

Taulukko 1: Diagnostisten palvelujen osuus Suomen sote-menoista

(Miljardia euroa)	Kuvantamis-palvelut	Laboratoriopalvelut	Diagnostiikka	Sote-menot	DG-osuus sotemenoista
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 terveystenvaliokunnan pyytämä asiantuntijalausunto (Kuvantamis- ja laboratoriopalvelut sote –uudistuksessa), OECD Health at Glance 2018, Wise Guy Reports, THL: Terveystenhuollon kustannukset, Talent Vectia -analyysi

Diagnostisten palvelujen käytön kasvunopeus ylittää tällä hetkellä sairaanhoidon kustannusten kasvunopeuden (Kuva 2). 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 diagnostisia menetelmiä (esim. kyky SARS-CoV-2-viruksen varianttien tunnistamiseen), ei koronaepidemian hallinta Suomessa olisi lainkaan onnistunut



Kuva 2: Diagnostiikkapalvelujen käytön ennustettu kasvu Suomessa

Kuvantamispalvelujen järjestäminen Suomessa

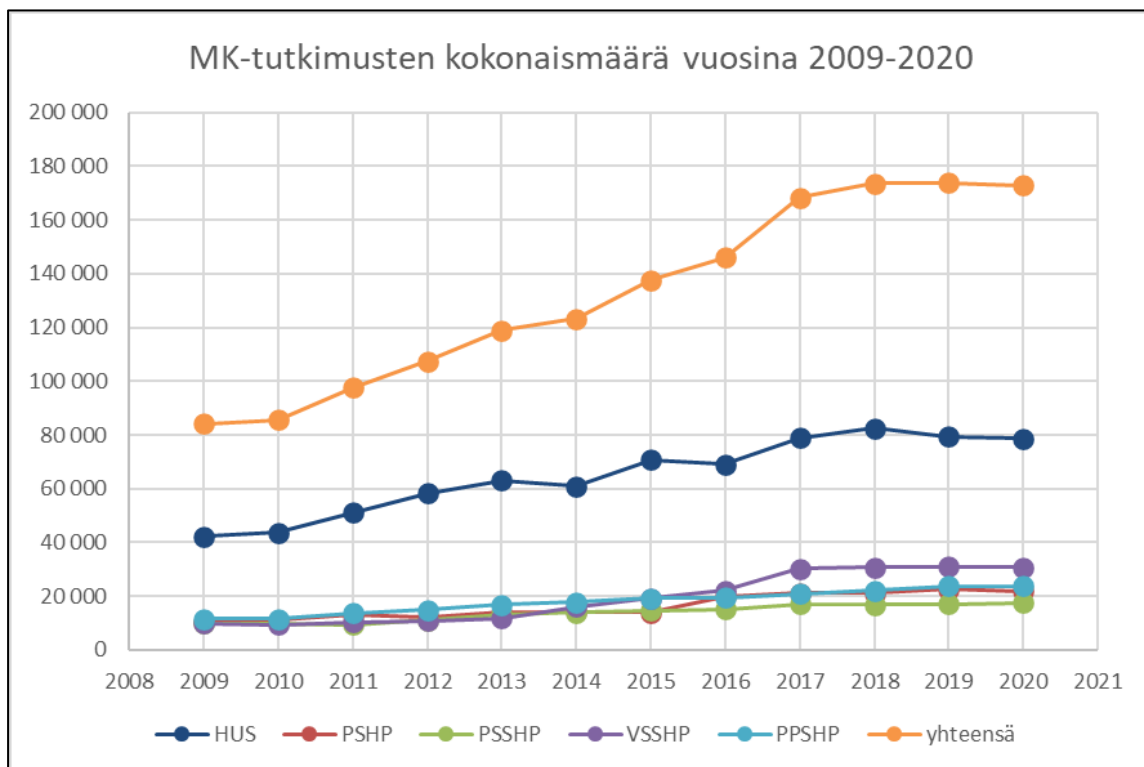
Kuvantamisen palvelut julkisella sektorilla tuotetaan pääsääntöisesti sairaanhoitopiirien toimesta keskussairaaloissa ja suurimmissa terveyskeskuksissa. HUS Diagnostiikkakeskus on Suomessa myös kuvantamisen suurin julkinen toimija. HUS Diagnostiikkakeskus tuottaa palveluita oman sairaanhoitopiirin lisäksi 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.

Kuvantamispalvelujen käytön kehitys

Kuvantamispalvelujen kehitykselle on tyypillistä niin Suomessa kuin koko Euroopassa ns. natiivitutkimusten väheneminen ja leiketutkimusten (magneettikuvas ja tietokonetomografia) lisääntyminen (Kuva 3).

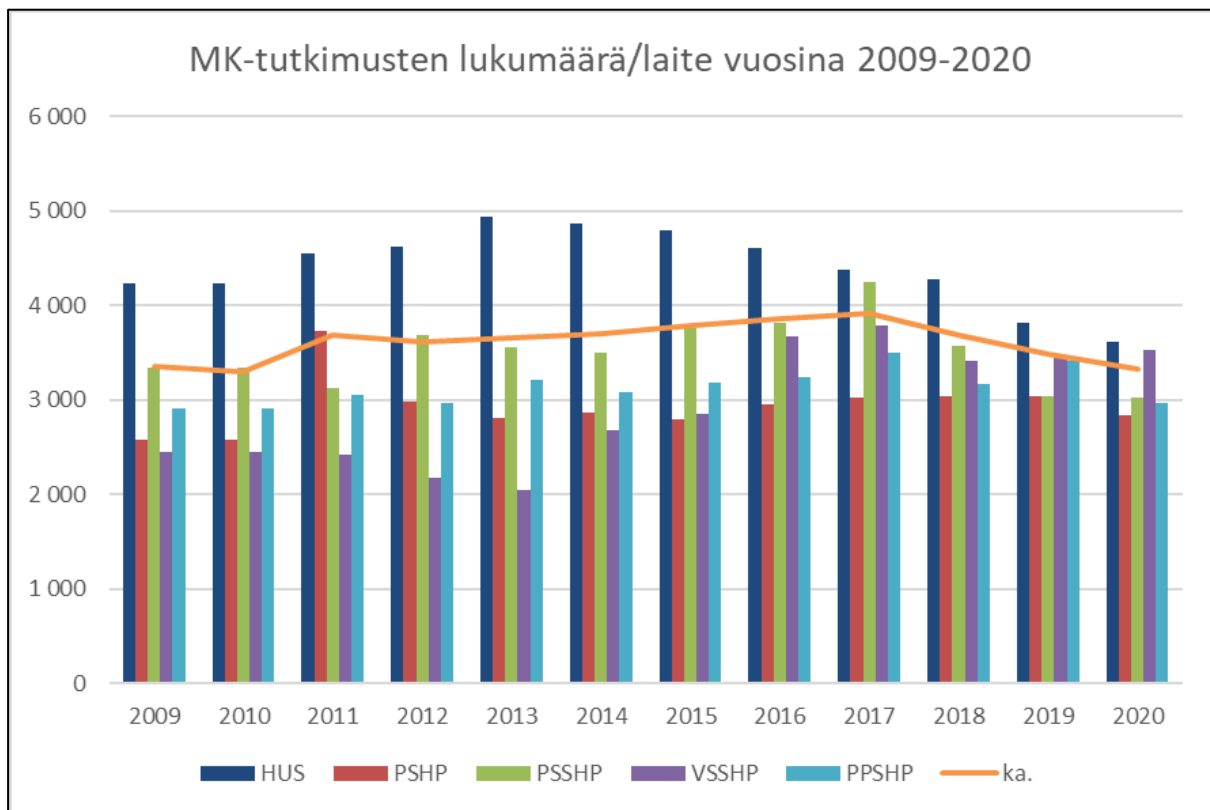


Kuva 3: Magneettikuvausten (MK) kokonaismäärä yliopistosairaaloissa vuosina 2009-2020

Lisääntyneet leiketutkimusten määrät ovat johtaneet palveluostojen lisääntyvään käyttöön. HUS hankkii magneettikuvauksistaan 5-10 % yksityissektorilta. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on toisaalta onnistuttu vähentämään yksityisten palvelujen käyttöä magneettikuvauksissa vuoden 2010 n. 49 %:n tasosta vuoden 2019 n. 13 %:n tasolle (Taulukko 2).

	HUS	PSHP	PSSHP	VSSHP	PPSHP	ka.
2010	10,7	4,0	5,1	48,6	0,0	15,1
2011	8,7	4,1	12,9	49,0	5,2	15,2
2012	1,2	11,0	25,4	44,6	1,0	12,2
2013	3,4	3,5	12,1	45,3	4,1	11,2
2014	8,2	1,9	0,0	32,6	2,0	10,1
2015	0,6	2,7	0,7	26,1	0,0	5,3
2016	1,1	1,3	0,8	19,0	0,4	4,2
2017	0,8	2,2	1,7	15,7	3,1	4,4
2018	4,9	1,7	2,9	12,7	0,5	5,3
2019	4,4	1,5	0,9	12,8	0,0	4,7
2020	11,0	1,8	0,0	11,7	0,0	7,6

Engelmana Suomessa on, että kalliiden laitteiden käyttöaste ei ole kovin korkea. Päivystävät sairaalat tarvitsevat kuvantamislaitteita 24/7 toimintoihin, mutta laitteiden käyttöasteen nostamista elektiivisen toiminnan osalta rajoittaa henkilöstön saatavuus (röntgenhoitajat, radiologit). Usein samassa kaupungissa voi olla useita magneettikuvauslaitteita (osa yksityissektorilla ja osa julkisessa terveydenhuollossa), joiden käyttöaste on alhainen. Esim. Kotkan kaupungin alueella on kolme magneettikuvausyksikköä, joista 2 yksityissektorilla ja yksi Kymenlaakson keskussairaalassa HUS Diagnostiikkakeskuksen pyörittämänä. Euroopan unionin selvitysten mukaan Suomessa on asukasmäärään nähden runsaasti magneettikuvauslaitteita, mutta niiden käyttöaste on alhainen ([Healthcare resource statistics - technical resources and medical technology - Statistics Explained \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&code=sdg_3_6_2_1)). Magneettikuvauslaitteiden käyttöaste on enemminkin laskenut kuin noussut yliopistosairaaloissa viime vuosina juuri henkilöstön saatavuusongelmien takia (Kuva 4).



Kuva 4: Magneettitutkimusten lukumäärä laitetta kohden yliopistosairaaloissa vuosina 2009-2020

Palvelujen tuottavuuden kasvattamisen kannalta olisikin keskeistä, että kalliiden kuvantamisinvestointien käyttöastetta saadaan pidettyä korkealla. Tämä edellyttää myös yksityisen ja julkisen yhteistyötä, sillä pahimmillaan kilpailevat investoinnit ja kilpailu työvoimasta johtaa kummallakin taholla kannattamattomaan ja kalliiseen toimintaan, josta kärsivät palveluja käyttävät potilaat. Esteenä julkisen ja yksityisen toiminnan integraatiolle tältä osin ovat hankintalain 15 §:n tiukat sidosyksikkösäännökset (jotka ovat kansallisesti tiukempia kuin mitä EU:n hankintadirektiivi edellyttää), jotka tällä hetkellä estävät esim. ulkoistettuja terveysasemia käyttämästä julkisen palvelutuottajan kuvantamispalveluja.

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_vuosina_2002_2007_toteutetusta_Kansallisesta_terveys-hankkeesta_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 pyrkimykseen 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 terveystyösuojelun laboratorio- ja kuvantamispalveluiden keskittäminen sairaanhoitopiireihin tapahtui vapaaehtoisesti. Myös yliopistosairanhoitopiirien erityisvastuualueilla viime vuosina tapahtuneet palvelujen keskittämiset ovat tapahtuneet vapaaehtoisuuteen perustuen. Terveydenhuoltolain 43 § edellyttää nykyisellään, että kunkin yliopistosairaalan erityisvastuualueeseen kuuluvat sairaanhoitopiirit sopivat laboratorio- ja kuvantamispalveluiden järjestämisestä erityisvastuualueella. Palvelujen keskittämiseen liittyy myös riskejä. Erityisesti riski liittyy riittävän henkilöstön saamiseen ja päivystyksen järjestämiseen. Tämä riski on suurin kliinisten erikoisalojen osalta, sillä jos esim. elektiiiviset tekonivelleikkaukset siirtyvät keskussairaalaan muualle ja ortopedit houkuttelevat leikkauspalveluja tuottavan yhtiön (esim. Coxa Oy) palvelukseen, heikkenee keskussairaalan kyky järjestää traumapäivystys merkittävästi. Vastaava kehitys voi tapahtua myös radiologien osalta, joita heitäkin 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 terveystyösuojelun järjestäjällä on aina valmius huolehtia alueensa väestön tarvitsemista palveluista.

Uudenmaan erillisratkaisu 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 terveystyösuojelun 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 erillisratkaisu 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. Diagnostisen palvelut eivät sisälly HUS-yhtymän järjestämisvastuulle. Vaarana tällöin on, että kukin toimija alkaa itsenäisesti järjestää diagnostisia palveluja, jolloin eri toimijoiden välinen osaoptimointi 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 erillisratkaisusta seuraa, että Uudellamaalla 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

Kuvantamistoiminnot 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 terveystai 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 investointiensä, 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 lähtökohdana tulisi olla 22 §:ssä tarkoitetut 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. Taustatietona käytetään vuoden 2021 tilinpäätöstietoja ja vuoden 2022 talousarviota (Voimaannpanolaki 61 §).

Hyvinvointialueiden lainanottovaltuutta ja mahdollisuutta pitkäaikaisen lainan hankkimiseen voidaan joutua kuitenkin rajoittamaan edelleen, mikäli julkisen talouden sopeuttaminen tätä edellyttää. Päätökset lainanottovaltuuden myöntämisestä tehdään vuosittain (Laki hyvinvointialueesta 15 §).

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 hyväksytyihin investointeihin rajoittaa merkittävästi hyvinvointialueiden itsemääräämisoikeutta sekä kykyä suunnitella omaa toimintaansa ja talouttaan pitkällä aikavälillä. Laissa kuvattu mahdollisuus rajoittaa lainanottovaltuutta vielä laskennallista lainanottovaltuutta alemmalle tasolle julkisen talouden sopeuttamistarpeen vuoksi heikentää entisestään hyvinvointialueiden mahdollisuutta toimintansa ja taloutensa pitkäaikaiseen suunnitteluun. Lainanottovaltuuden käyttöönotto tulee todennäköisesti ohjaamaan investointeja ns. ”uuteen malliin”, jossa leasing- ja vuokrasopimukset korostuvat. Malli saattaa 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 vuosikatetason alenemisesta johtuvasta lainanottovaltuuden alenemisesta. La-

kiehdotukseen 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 muutostaloudet. 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 tulokinnanvaraa 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. yhteispäivystykseen 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 sitten 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.

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 §:ssa määrätty sidosyhtiön 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 tilanteissa, 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 mm. perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisiä kuvantamispalveluja ja tietojärjestelmiä. Tavoitteena on ollut toteuttaa nämä palvelut yhtenäisesti kunkin yliopistosairaalan erityisvastuualueella, jolloin voidaan turvata yhdenvertainen palvelujen saatavuus ja laatu aina terveyskeskuksesta yliopistosairaalaan asti.

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. 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) palvelujen keskittämiseen liittyy myös riskejä. Erityisesti riski liittyy riittävän henkilöstön saamiseen ja päivystyksen järjestämiseen. Päivystystyötä tekevät radiologian erikoislääkärit ovat monen toiminnan kannalta kriittinen resurssi;
- 4) 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;
- 5) hallituksen esitykseen sisältyvä ns. Uudenmaan erilliskeskitys on diagnostisten palvelujen kannalta ongelmallinen. Vaarana on, että kukin hyvinvointialue ja Helsingin kaupunki alkavat itsenäisesti järjestää diagnostisia palveluja, jolloin eri toimijoiden välinen osatuntemus johtaa epätarkoituksenmukaiseen palveluverkkoon ja potilaiden kannalta hyvin toimivan palvelukokonaisuuden hajoamiseen. Diagnostiset palvelut olisi perusteltua määrätä HUS-yhtymän järjestämisvastuuseen;
- 6) 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;
- 7) ehdotettu investointien keskusjohtoinen ohjaus ja rahoitus heikentävät alueiden kykyä parantaa tuottavuuttaan ja pitää kuvantamispalvelut ajanmukaisina. Investointien ohjausmalli ei myöskään mahdollista investointiohjelmaa muutoksia budjettivuoden aikana, vaikka niille olisi kiireellinen tarve;
- 8) 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 sovittujen investointien sisällyttämistä hyvinvointialueiden investointisuunnitelmiin. Hallituksen esitys jättää auki, miten vuosien 2023, 2024 ja 2025 investointisuunnitelmat tehdään;

- 9) alueiden pienet lainanottovaltuudet tulevat uudistuksen tavoitteiden vastaisesti lisäämään kuvantamistoimintojen palveluostoja yksityissektorilta niiden kustannustasosta riippumatta, koska yksityinen sektori voi tehdä investointeja palvelukysynnän ja kannattavuuden perusteella nelivuotissuunnitelmista riippumatta ja
- 10) 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, mikä johtaa päällekkäisiin investointitarpeisiin ja alentaa kuvantamistoinnissa kalliiden laiteinvestointien käyttöastetta.

Kunnioittavasti,

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