



Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä siihen liittyviksi laeiksi HE 149/2024 vp

-kirjallisia vastauksia kuulemisessa esiin nousseisiin asioihin

Esityksen taloudelliset vaikutukset

Kuulemisessa toivottiin esitettyä laajempaa esittelyä esityksen taloudellista arvioista ja mihin ne perustuvat.

Se, millä perustein esityksen taloudelliset vaikutukset hyvinvointialueisiin on laskettu, on kuvattu jaksossa 4.2.1 alajaksoineen.

Kuvaus hoitokustannusten arvioinnista ympärivuorokautisten perusterveydenhuollon yksiköiden osalta

Kustannukset perustuvat kuntien ja kuntayhtymien raportoihin vuoden 2022 tietoihin AURA-palveluluokituksen Ympärivuorokautiset päivystyspalvelut -palveluluokalle. Muilta osin tiedot ovat suoraan kyseessä olevan kunnan raportoimia tietoja, mutta Kouvolan osalta kustannuksia on jouduttu laskennallisesti jakamaan Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän kustannuksista. Yöaikaisen toiminnan kustannuksia ei raportoida erikseen, joten valmistelussa on jouduttu arvioimaan tätä erikseen. Arviointi on tehty olettamalla, että yöaikaisen toiminnan kustannus on kaksinkertainen tuntia kohden. Taulukoidut käynnit ovat kyseessä olevien palveluntuottajien hoitoilmoitusjärjestelmässä (Hilmo) ilmoittamia vuoden 2023 fyysisiä käyntejä, joiden raportoidun kiireellisyysluokkatiedon mukaan kyseessä on ollut käynti päivystysyksikössä.

Perusterveydenhuollon yöaikaisen toiminnan lakkauttamisen vaikutuksista on oletettu, että 50 prosenttia yöaikaisista käynneistä korvautuisi käynneillä, jotka tapahtuisivat välittömästi saman yön aikana lähimmässä muussa ympärivuorokautisesti päivystävässä yhteispäivystyksessä. Vastaava vaikutus on arvioitu myös ensihoidon kuljetusmatkojen ja kuljetusaikojen pidentymisenä. Edelleen on oletettu, että 40 prosenttia nykyisin yöaikaan tapahtuvista päivystyskäynneistä tapahtuisi seuraavana päivänä päiväajan päivystyskäyntinä. Joka kymmenennen käynnin oletettiin jäävän toteutumatta, kun toimintayksiköt eivät olisi auki yöaikaan. Nämä jäljempänä mainitut käynnit muodostaisivat laskennallisen säästöpotentiaalin. Kun yöaikaan toteutettuja käyntejä suhteutetaan aukioloaikaan yöllä, voidaan arvioida kapasiteetin käyttöasteen olleen noin 20 - 23 prosenttia suhteessa päiväaikaan. Kapasiteetin käyttöaste ja oletettu kaksinkertaisen tuntikustannuksen perusteella yöaikaisen päivystyskäynnin voidaan katsoa olevan kustannukseltaan jopa noin kymmenkertainen suhteessa päiväaikaan käyntiin. Näiden perusteella siirtyvästä kustannuksesta on arvioitu muodostuvan lisälmen ja Varkauden osalta noin 45 - 46 prosentin säästöpotentiaali.

Kouvolan toiminnasta loppuisi esityksen johdosta ainoastaan akuuttilääketieteen päivystyksenä toiminut yöaikainen päivystystoiminta, mutta perusterveydenhuollon ympärivuorokautinen päivystys voisi jatkua. Kouvolan akuuttilääketieteen päivystyksen toimintaa ei ole ollut kansallisesti saatavilla olevista tietolähteistä mahdollista erottaa Kouvolan päivystyksen kokonaisuudesta. Kymenlaakson hyvinvointialueen toimittamien tietojen mukaan akuuttilääketieteen päivystyksen käynnit ovat olleet noin kolmasosa Kouvolan päivystyksen käynneistä. Tästä huolimatta Kouvolan päivystyksen käynnin yksikkökustannus on kokonaisuudessaan ollut arviolta 130-180 prosenttia korkeampi kuin lisälmen ja Varkauden päivystystoiminnan käynnin yksikkökustannus, joissa ei ole ollut akuuttilääketieteen päivystystä. Jos oletetaan, että esityksen myötä



Kouvolan päivystyksen kokonaisuuden osalta yksikkökustannus pienenisi 15 prosenttia, toiminnassa saavutettaisiin noin 2,9 miljoonan euron säästö vuoden 2022 tasossa.

Kuvaus ensihoidon arvioinnista ympärivuorokautisten perusterveydenhuollon yksiköiden osalta

Ensihoitopalvelun osalta laskentaperusteena on käytetty ensihoitoyksikön ylläpidon vuosikustannusta. Ensihoitoyksikön ylläpitokustannuksena on arvioitu yhden vuorokautisen yksikön muodostuvan ambulanssista sekä kahdesta ensihoitajasta. Yhden yksikön vuotuisen jatkuvan 24/7 valmiuden ylläpidon henkilöstötarpeeksi on arvioitu tarvittavan 12 ensihoitajaa, yksittäisen ensihoitajan henkilötyövuoden kustannus vuodessa on 75 000 euroa. Näistä muodostuu vuositasolla yhteensä 0,9 milj. euron kustannus. Huomioiden muu ylläpito yhden ensihoito-yksikön vuosikustannuksen on arvioitu olevan noin miljoona euroa. Ylläpidon tuntikustannukseksi muodostuu näin arvioituna 114 euroa tunnilta. Lisäksi yöaikaan tapahtuvien kuljetusten tulee huomioida yöaikainen lisäys kustannuksiin, joka on arvioitu kertoimella 1,4. Kerroin kattaa henkilöstökulujen yötyölisät. Näin arvioituna ensihoitopalvelun tuntikustannukseksi yöaikaan muodostuu noin 160 euroa tunti.

Perusterveydenhuollon yöaikaisten käyntien määrä perustuu alueille suunnatun kyselyn vastauksiin, jossa alueet ovat arvioineet vuosikäyntien määrä sekä käyntien sijoittumista eri vuorokaudenaikoihin. Siirtyvinä potilasmäärinä on huomioitu käyntien määrä klo 22–07 sekä lisäyksenä yhden ilta-aikaisen tunnin käyntimäärä, vastaten klo 21–22 käyntien määrää. Lisäys perustuu oletukseen, että sulkemisajan lähentyessä potilas kuljetetaan suoraan lähimpään yö-ajan päivystävään terveydenhuollon yksikköön.

Yöaikaisista päivystyskäynneistä on arvioitu, että 50 prosenttia potilaista kuljetetaan ensihoidon toimesta ambulanssilla vastaanottavaan yksikköön ja iltatunnin lisäyksen osalta, että 30 prosenttia potilaista kuljetetaan ensihoidon toimesta. Muilta osin on arvioitu, että osa potilaista hakeutuu joko taksilla tai omalla autolla avoimena olevaan päivystävään yksikköön, osa potilaista hoidetaan paikan päällä, osan potilaista kohdalla terveydenhuollon käynti voi odottaa aamuun ja osalla tarve terveydenhuollon palvelulle peruuntuu kokonaan. Ensihoitopalvelun kustannuslisäyksenä on arvioitu kuljetettavien potilaiden määrää ja ensihoitoyksikön kuljetuksen ajallisen keston lisäystä, joka aiheutuu suljettavien ja vastaanottavien terveydenhuollon yksiköiden välisestä etäisyydestä molempiin suuntiin. Etäisyyden on arvioitu olevan niin sanottu suurin etäisyyden lisäys, kun lähtöpisteestä kuljetetaan suoraan vastaanottavaan terveydenhuollon yksikköön lyhyintä reittiä. Kyseinen aika siis lisää ensihoidon yksikön sidottua aikaa, ja sidonta-ajan lisäys voidaan korvata lisäämällä ensihoitoyksiköitä. Lisäystarve kohdentuu tässä tapauksessa erityisesti yöaikaan. Tässä kohdin on siis huomattava, että lisäystarve on laskennallinen ja laskettu kokonaisina ensihoidon yksikköinä mutta todellisuudessa lisäystarve siis kohdentuu ajallisesti eri vuorokaudenaikoihin, esimerkiksi yöaikaisen kapasiteetin lisäykseen. Laskennallinen lisäys ei ota kantaa siihen, miten hyvinvointialue todellisuudessa kohdentaa lisäresursoinnin.

Kelan korvaamien ambulanssikuljetusten osalta on myös käytetty samaa oletusta etäisyyden kasvusta. Koska etäisyyden lisäys on niin sanottu maksimilisäys, on käytetty kerrointa 1,5 täyden 2 sijaan. Koska ambulanssikuljetusten lähtöpisteistä ja päätepisteistä ei ole tarkkaa tietoa saatavilla, on tässä kohdin tehty oletus. Oletus vastaa myös Kelan taksimatkojen osalta lakkautettaviin yöpäivystyksen yksiköihin tehtyjen taksimatkojen korvausta suhteessa teoreettiseen etäisyyden lisäykseen. Sairausvakuutuksen matkakorvauksen lisäys on laskettu sairaankuljetuksen kustannusten korvaustaksasta annetun valtioneuvoston asetuksen (490/2018) voimassa olevilla (asetusmuutos 1114/2023) korvausperusteilla. Kouvolan osalta arvio perustuu karkeaan arvioon siitä, että kaikki akuuttilääketieteen päivystyksen aikavälillä 21-07 saapuvat potilaat siirretään ambulanssilla Kotkaan. Kymenlaakson hyvinvointialueen toimittamien tietojen mukaan Kouvolan päivystystoiminnan potilaista noin kolmasosa on akuuttilääketieteen potilaita.



Tietolaatikko 2: Ensihoidon laskentaperusteista

Ensihoidon laskentaperusteet

Ensihoidon palveluverkosto ei muutu, joten muutoksella ei ole vaikutusta siihen, kuinka nopeasti ensihoito tavoittaa potilaan

Muutoksena on arvioitu ensihoidon kuljetettavia potilasmääriä ja näiden kuljetuksen muutosta, eli jos aiemmin potilas on kuljetettu etäisyys A-B, vastaisuudessa etäisyys onkin A-C. Lisäys on enimmillään etäisyys B-C,

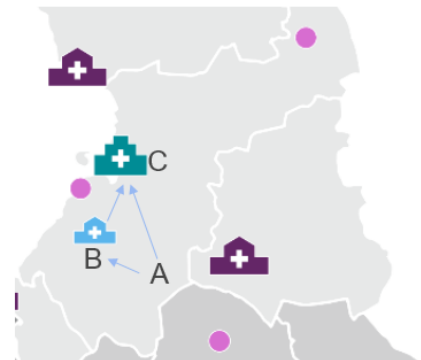
- mutta lyhenee jos ajetaan suoraan A-C, tai
- mikäli toisen [hva:n](#) yksikkö on lähempänä kuin

C, on mahdollista ajaa myös sinne

Lisäystä aiheuttaa siis enimmillään etäisyys B-C

Etäisyydeltä B-C lisäystä aiheutuu:

- Ensihoitopalvelun kustannuksista, joiden osalta
- Kela korvaa palvelutuottajalle ensihoidon kustannuksia ajatun matkan perusteella sekä käytetyn ajan perusteella
- Kustannusten lisäys karkeasti samaa tasoa kuin korvausten lisäys



Taulukko 1: Perusterveydenhuollon päivystyksen säästöpotentiaali

Sijainti	Nykykustannus ympäri vuorokaudessa päivystyksessä, miljoonaa euroa	Yöaikaisen toiminnan laskennallinen kustannus ymp.vuor.päiv..., miljoonaa euroa	Avosairaanhoidon kiireelliset käynnit 22-07 vuonna 2023	Yöaikaisten kiireellisten käyntien osuus kiireellisistä käynneistä	Kapasiteetin käyttöaste suhteessa päiväaikaan	Yöaikaisen suoritteiden kustannus suhteessa päiväaikaan	Säästöpotentiaali yöaikaisen toiminnan loppumisesta tai muuttumisesta	Säästetty kustannus vuoden 2022 tasossa, milj. euroa	Säästetty kustannus vuoden 2025 tasossa, milj. euroa
Iisalmi	3,8	2,1	2 397	12,1 %	23,0 %	871 %	45,41 %	0,9	1,0
Varkaus	3,9	2,2	2 722	10,8 %	20,2 %	992 %	45,97 %	1,0	1,1
Kouvola	19,5	10,7	5 640	11,9 %			15 % (koko kustannuksesta a)	2,9	3,2
Yhteensä	27,2	15						4,8	5,1

Taulukko 2: Ensihoitopalvelun lisäkustannus ja Kelan ambulanssikorvausten lisäys perusterveydenhuollon yksiköihin liittyen

Sijainti	Vast. ott. yksikkö	Etäisyys- muutos	Siirtyvä asiakas- määrä klo 21- 22	Joista ambulanssilla 30 %	Siirtyvä asiakas- määrä klo 22- 07	Joista ambulanssilla 50 %	Siirtyvät asiakkaat yhteensä	Ensihoitopalvelun lisäkustannus, euroa	Sairausvakuutuksen matkakorvaukset, euroa
Varkaus	KYS	76	1000	300	2145	1073	1373	519 112	473 146
Iisalmi	KYS	85	1010	303	2372	1186	1489	629 952	574 171
Kouvola	Kotka	55					2150	630 000	570 000

Erikoissairaanhoito, hoitokustannusten osalta

Erikoissairaanhoidon päivystykseen ja leikkaustoimintaan säädetyistä muutoksista aiheutuvia kustannuksia ja niihin liittyviä säästöpotentiaaleja on arvioitu käyttämällä kuntien ja kuntayhtymien Sairaaloiden tuottavuus-tilastoon ilmoittamien kustannustietojen ja hoitoilmoitusjärjestelmään (Hilmo) ilmoitettujen toimintatietojen avulla. Aineistojen pohjalta suoritteiden kustannuksia tarkasteltiin DRG-ryhmittelyn (diagnosis related groups) avulla eri palvelumuotojen eli avo- ja vuodeosastotoiminnan, potilaan hoidon kiireellisyyden ja kiireettömyyden, tehtyjen toimenpiteiden sekä potilaan hoitoontuloajan perusteella. Aineisto ei sisällä tietoa tuotannon tekijöistä tai niiden kustannuksista, joten esimerkiksi potilaan sairaalaan tuloaika ei vaikuta suoritteiden laskennallisiin kustannuksiin. Yöaikaisesti alkaneille hoitojaksoille annettiin suoritteiden suhteellista kalleutta kuvaavaksi kustannuspainoksi 2,5 eli yöaikaiset suoritteiden arvioitiin olevan noin 150 prosenttia päiväaikaisia kalliimpia. Tähän oletukseen sisältyy huomattavaa epävarmuutta, mutta yöaikaisten suoritteiden vähäinen lukumäärä huomioiden arviota voi pitää perustellusti varovaisena.

Sääntelyn kohteena olevien sairaaloiden suoritteista tarkasteltiin yöaikaisen erikoissairaanhoidon päivystyksen sekä päiväaikaisen vuodeosastojaksoon johtaneen leikkaustoiminnan, päiväaikaisten avohoitopotilaiden elektiivistä hoitoa sekä päiväaikaista kiiretoimintaa. Koko yöaikaisen erikoissairaanhoidon päivystyksen sekä päiväaikaisen vuodeosastojaksoon johtaneen leikkaustoiminnan arvioitiin siirtyvän keskussairaaloihin tai yliopistollisiin sairaaloihin. Ympäri vuorokautisen valmiuden vähentymisen takia 10 prosenttia päiväaikaisten avohoitopotilaiden elektiivisen hoidon kustannuksista ja 20 prosenttia päiväaikaisen kiirehoidon kustannuksista arvioitiin siirtyvän keskussairaaloihin tai yliopistollisiin sairaaloihin. Näihin kustannuksiin liittyvät potilasvirrat on huomioitu myös arvioissa ensihoidon kuljetusaikojen pidentymisestä.

Siirtyviin kustannuksiin on arvioitu muodostuvan 30 prosentin säästöpotentiaali. Säästöpotentiaalin arviointi on sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntija-arvio. Arvion tueksi ei ole tunnistettu empiiristä tutkimusta, jota voitaisiin riittävän hyvin yleistää esitettyihin muutoksiin. Arvioon liittyy huomattavaa epävarmuutta. Säästöpotentiaalin saavuttaminen edellyttää hyvinvointialueilta tehokasta lain tavoitteiden mukaista toimeenpanoa. Salon ja Länsi-Pohjan sairaalan osalta hoitoilmoitusjärjestelmään ilmoitetut tiedot eivät sisällä hoito-jaksojen aloitusajankohtaa. Salon sairaalan osalta erikoissairaanhoidon kokonaiskustannuksena on käytetty tietoa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin vuodelta 2019 peräisin olevan valmisteluaineiston tietoja ja siirtyviin kustannuksiin on käytetty vastaavien suoritteiden kustannusten keskiarvoa taulukossa 13 esitettyjen sairaaloiden lisäksi Valkeakosken sairaalasta. Länsi-Pohjan osalta on menetelty samoin, mutta siirtävästä kustannuksesta on pyritty vähentämään Lapin hyvinvointialueen jo tekemien päätösten vaikutus.

Ylläkuvattuja säästöpotentiaaleja erikoissairaanhoidon osalta vähentäisi kuitenkin se, että Savonlinnaan ja Kemiin Länsi-Pohjan sairaalaan jäisi mahdollisuus hyvinvointialueelle järjestää yöaikaista perusterveydenhuollon tai rajattua erikoissairaanhoidon päivystystä. Näiden aiheuttamiksi lisäkustannuksiksi on oletettu ylläolevien perusterveydenhuollon säästöpotentiaalin arvioiden perusteella sairaalakohtaisesti 1,1 miljoonaa euroa. Näin ollen erikoissairaanhoidon osalta säästöpotentiaali olisi yhteensä 25,6 miljoonaa euroa vuoden 2025 tasossa.

Ensihoito, erikoissairaanhoidon osalta

Erikoissairaanhoidon päivystykseen ja leikkaustoimintaan säädetyistä muutoksista ensihoitoon aiheutuvia kustannuksia ja niihin liittyviä säästöpotentiaaleja on arvioitu käyttämällä samaa tilastoaineistoa kuin terveydenhuollon toimintayksiköiden kustannuksia ja säästöpotentiaalia arvioitaessa on käytetty. Samassa tilastoaineistossa on kustannusten lisäksi tapausten lukumäärätiedot ja siirtyvien kustannusten taustalla olevia lukumäärätietoja on käytetty potilasmäärän arvioimiseen. Lukumäärätiedoista on yöaikaisista potilaista oletettu 50 prosenttia kuljetettavan ensihoitoyksikön toimesta, päiväaikaisen kiiretoiminnan potilaista 30 prosenttia, elektiivisestä toiminnasta 0 prosenttia ja muusta leikkaustoiminnasta kuin päiväkirurgiasta 10 prosenttia tapauksista siirtyvän ensihoidon kuljettamana. Muilta osin arvio on tehty vastaavasti kuten



perusterveydenhuollon yöpäivystysten lakkauttamisen osalta. Alla olevassa taulukossa 16 on vastaavasti arviot siirtyvistä potilasmääristä ja kuljetusten keston lisäyksestä aiheutuvista kustannuksista. Länsi-Pohjan ja Salon osalta tilastotiedoista johtuvista puutteista johtuen vaikutukset on arvioitu karkeasti suhteuttamalla siirtyvien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käyntien määrä sekä etäisyysmuutokset Savonlinnan ja Oulaisten muutoksiin.

Taulukko 3: Erikoissairaanhoidon säästöpotentiaali

Sairaala	Sairaalan kokonaiskustannus, ml. psykiatria, milj. Euroa	Siirtyvä kustannus, milj. euroa	Siirtyvän osuus sairaalan kokonaiskustannuksesta	Säästöpotentiaali, kun 30 % siirtyvästä kustannuksesta, milj. Euroa	Säästöpotentiaali vuoden 2025 tasossa, milj. Euroa	Perusterveydenhuollon yöpäivystyksen säilyttäminen
Länsi-Pohja	88,0	22,6	26%	6,8	7,4	-1,1
Savonlinna	59,3	21,3	35,9 %	6,4	7,0	-1,1
Oulaskangas	45,5	25,3	55,6 %	7,6	8,3	
Salo	43,0	15,0	35,0 %	4,6	5,0	
Yhteensä	235,8	84,2	35,7 %	25,4	27,8	-2,2

Taulukko 4: Ensihoitopalvelun lisäkustannus ja Kelan ambulanssikorvausten lisäys erikoissairaanhoidon yksiköihin liittyen

Sairaala	Vastaanottava yksikkö	Etäisyysmuutos	Siirtyvä asiakas määrä klo 21-22%	Joista ambulanssilla 30%	Siirtyvä asiakas määrä klo 22-07%	Joista ambulanssilla 50%	Siirtyvä asiakas määrä päiväaikaan	Joista ambulanssilla 10 %, 30 %*	Siirtyvät asiakkaat yhteensä	Ensihoitopalvelun lisäkustannus, euroa	Sairausvakuutuksen matkakorvaukset, euroa
Länsi-Pohja	Rovaniemi	122								1 750 000	1 750 000
Savonlinna	Mikkeli	102	1521	456	1825	913	5972	1701	3070	1 311 717	1 420 089
Oulaskangas	OYS	102	1582	475	5636	2818	4637	1142	4435	1 844 775	1 832 219
Salo	TYKS	54								950 000	950 000

Taulukko 5: Yhteenveto vaikutuksista valtion talousarvioon



Hyvinvointialue	Sijainti	Hoitokustannusten säästöpotentiaali, milj. euroa vuoden 2025 tasossa		Ensihoidon lisääntyvät kustannukset valtiolle, milj. euroa		Hoitokustannusten säästöpotentiaali ja ensihoidon kustannukset yhteensä, milj. euroa	
		Lausunto-HE	HE 149/2024	Lausunto-HE	HE 149/2024	Lausunto-HE	HE 149/2024
Etelä-Savo	Savonlinna	5,9	5,9	-0,6	-0,6	5,3	5,3
Keski-Suomi	Jämsä	0,7	0,0	-0,2	0,0	0,5	0,0
Kymenlaakso	Kouvola	5,3	3,2	-0,4	-0,3	4,9	2,9
Lappi	Kemi	-1,1	6,3	0,0	-0,9	-1,1	5,4
Pohjois-Pohjanmaa	Raahe	1,3	0,0	-0,2	0,0	1,1	0,0
	Oulainen	8,3	8,3	-1,0	-1,0	7,3	7,3
Pohjois-Savo	Varkaus	1,1	1,1	-0,3	-0,3	0,9	0,9
	Iisalmi	1,0	1,0	-0,3	-0,3	0,7	0,7
Varsinais-Suomi	Salo	5,0	5,0	-0,2	-0,5	4,8	4,5
Yhteensä		27,5	30,7	-3,2	-4,0	24,4	26,7
				Yhteensä, ml. taksimatkat		24,2	26,5
				Lokakuun voimaantulo v. 2025*		6,0	6,2

*Huomioiden Pohjois-Savon hyvinvointialueen mahdollisuus ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä Iisalmessa ja Varkaudessa 31.12.2025 asti.

Taulukko 6: Vaikutusten jakautuminen hyvinvointialueittain



Hyvinvointialue	Säästöpotentiaali yhteensä, milj. euroa	Laskennallisen rahoituksen muutos yhteensä, milj. euroa	Rahoituksen muutoksen ja säästöpotentiaalin välinen erotus, milj. euroa	Ensihoitopalvelun lisäys, milj. euroa	Kelan matkakorvaukset, milj. euroa
Helsinki	0	-3,3	-3,3		0
Vantaa ja Kerava	0	-1,4	-1,4		0
Länsi-Uusimaa	0	-2,3	-2,3		0
Itä-Uusimaa	0	-0,5	-0,5		0
Keski-Uusimaa	0	-1,0	-1,0		0
Varsinais-Suomi	5	-2,8	2,2		1
Satakunta	0	-1,2	-1,2		0
Kanta-Häme	0	-1,0	-1,0		0
Pirkanmaa	0	-3,0	-3,0		0
Päijät-Häme	0	-1,2	-1,2		0
Kymenlaakso	3,2	-1,0	2,2	-0,6	0,6
Etelä-Karjala	0	-0,7	-0,7		0
Etelä-Savo	5,8	-0,8	5,0	-1,3	1,4
Pohjois-Savo	2	-1,5	0,5	-1,1	1,0
Pohjois-Karjala	0	-1,0	-1,0		0
Keski-Suomi	0	-1,5	-1,5		0
Etelä-Pohjanmaa	0	-1,1	-1,1		0
Pohjanmaa	0	-0,9	-0,9		0
Keski-Pohjanmaa	0	-0,4	-0,4		0
Pohjois-Pohjanmaa	8,3	-2,3	6,0	-1,8	1,8
Kainuu	0	-0,4	-0,4		0
Lappi	6,3	-1,1	5,2	-1,8	1,8
Koko maa	30,6	-30,6	0	-7,5	7,5



Yksityinen palvelutuotanto

Kuulemisessa lisätietoa toivottiin tarkemmin tietoa yksityisen palvelutuotannon roolista, ml. miten hyvinvointialueiden ja yksityisten palveluntuottajien edellytykset tuottaa palveluita poikkeavat sekä siitä, tuleeko esitys lisäämään yksityisen palvelutuotannon roolia julkisessa järjestelmässä.

Voimassa olevan terveydenhuoltolain (1326/2010) 45.3 §:n mukaan ” Leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.” Säännös käytännössä estää kaiken sellaisen leikkaustoiminnan ja muut toimenpiteet, joissa edellytetään anestesilogista osaamista (nukutusta, puudutusta, ...), koska yksityisillä palveluntuottajilla ei ole tällaista päivystystä. Hankkiessaan palveluita hyvinvointialueiden tulee noudattaa samoja edellytyksiä kuin niiden omalle palvelutuotannolle on asetettu. Poikkeuksena hyvinvointialueiden omistamat Tekonivelsairaala Coxa Oy ja Tays Sydänkeskus Oy (Sydänsairaala) suorittavat tällaista leikkaustoimintaa sijaiten yliopisto- ja keskussairaaloiden välittömässä läheisyydessä.

Käytännön vaikutuksena tällä hetkellä:

- Myös kevyttä anestesiaa (esim. lyhytvaikutteista nukutusta) vaativat toimenpiteet, kuten sydämen rytminsiirto tai psykiatrinen hammashoito tai anestesiassa tehtävä hammashoito on edellyttänyt sitä, että potilaat hoidetaan yhteispäivystyssairaloissa. Tämä on kuormittanut ao. sairaaloiden leikkaussaleja ja toimenpidehuoneita eikä kaikin osin ole ollut asiakaslähtöistä.
- Anestesiaa edellyttävää tai leikkaussalivalmiutta edellyttävää kirurgiaa ei ole miltään osin pystytty hankkimaan yksityiseltä palveluntuottajalta, vaikka hoitojonot ovat pitkät eikä nykymallilla katsota tiettyjen leikkausten aiheuttavan erityistä potilasturvallisuusriskiä, vaikka ne toteutettaisiin yksityisen palveluntuottajan toimintayksiköissä ilman yhteispäivystystä samassa sairaalassa.
- Joiltakin osin hyvinvointialueet kuitenkin ovat hankkineet pisimpien hoitojonojen kirurgiaa joko ostopalveluna tai palvelusetelillä (vrt. tekonivelleikkaukset), vaikka edellä todetun tulkinnan pohjalta tämä ei ole ollut mahdollista.

Hallituksen esityksessä ehdotetaan lievennettävän voimassa olevaa terveydenhuoltolain 45.3 §:n säätelyä, jolloin tietyntyyppiset leikkauksen ja toimenpiteet olisi jatkossa hyvinvointialueen niin päättäessään mahdollista hankkia yksityissektorilta. Hankintaan olisi kuitenkin ehtoja. Raskas kirurgia jäisi edelleen toteutettavaksi pääosin julkisissa keskus- ja yliopistosairaloissa.

Seuraavassa on kuvattu, mitä muutoksia leikkaustoimintaan ehdotetaan, ja selostettu, miten vastaavasti hyvinvointialueiden sairaaloissa saisi tehdä:

- Edelleen säilyy pääsääntö eli sellainen leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa keskitettäisiin keskus- ja yliopistosairaloihin, joissa on monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys. Tähän olisi kuitenkin tiettyjä poikkeuksia.
- Vain sellaiselta yksityiseltä palveluntuottajalta, jonka sairaala on julkisen yliopistollisen sairaalan tai keskussairaalan välittömässä läheisyydessä ja jolla on kyseiseen sairaalaan erottamaton toiminnallinen yhteys, hyvinvointialue voisi hankkia **ns. raskasta kirurgiaa** (esimerkiksi sydänkirurgiaa, sairaalahoidon vaativaa tekonivelkirurgiaa). Käytännössä tällaisia ovat tällä hetkellä Tekonivelsairaala Coxa Oy ja Tampereen Sydänsairaala Oy, jotka toimivat samalla kampuksella ja rakennuskompleksissa Tays:n kanssa. Tulevaisuudessa on mahdollista, että tällaisia yksityisen palveluntuottajan sairaaloita perustettaisiin muiden keskus- tai yliopistosairaaloiden yhteyteen.



- Hyvinvointialueiden sairaaloissa tällaista leikkaustoimintaa voisi tehdä yliopistollisissa sairaaloissa ja keskussairaaloissa (joissa on monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys); ei siis enää jatkossa Savonlinnassa, Kemissä, Oulaisissa, Salossa (tai Valkeakoskella) sijaitsevilla sairaaloissa
- Yksityiseltä palveluntuottajalta saisi hankkia osaa leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävästä **päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta** eri erikoisalojen **leikkaustoiminnasta**.

- Hyvinvointialueiden sairaaloissa näitä voisi suorittaa yliopistollisissa sairaaloissa ja keskussairaaloissa sekä lisäksi Savonlinnassa, Kemissä, Oulaisissa, Salossa ja Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloissa ja niissäkin HUS-yhtymän sairaaloissa, joissa ei ole monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä, jos asiasta on sovittu yhteistyösopimuksessa.

Leikkaustoiminnan ylläpitäminen näissä sairaaloissa ei saa vaarantaa henkilöstön riittävyyttä yliopistollisissa sairaaloissa tai keskussairaaloissa taikka hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän taloudellista kantokykyä tai muuten järjestämisvastuun toteutumista. Hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän on myös varmistettava osaaminen, laatu ja potilasturvallisuus.

- Tämän lisäksi voisi hankkia sellaisia anestesiologista osaamista edellyttäviä nukutusta tai puudutusta vaativia **kevyitä toimenpiteitä**, jotka voidaan potilasturvallisesti toteuttaa muussakin toimitilassa kuin leikkaussalissa ja jotka edellyttävät vain lyhytaikaista potilaan jälkiseurantaa.

- Näitä voi tehdä missä tahansa hyvinvointialueen terveydenhuollon toimintayksikössä, jos hyvinvointialue, Helsingin kaupunki tai HUS-yhtymä varmistaa osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden toteutumisen.

- Yksityiseltä palveluntuottajalta saisi hankkia sellaisia **lonkan ja polven primaareja tekonivelleikkauksia**, jotka potilaskohtaisesti soveltuvat ja suunnitellaan tehtäväksi päiväkirurgisena toimenpiteenä. Edellytyksenä on lisäksi, että 52 §:ssä säädetty hoitoon pääsyn enimmäisaika (6 kk) on hyvinvointialueella tai HUS-yhtymän alueella vaarassa jäädä toteutumatta.

- Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa ja Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloissa sekä niissä HUS-yhtymän sairaaloissa, joissa ei ylläpidetä monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä, saa suorittaa väliaikaisesti päiväkirurgiana toteutettavia polven ja lonkan primaareja tekonivelleikkauksia, jos 52 §:ssä säädetty hoitoon pääsyn enimmäisaika on vaarassa hyvinvointialueella tai HUS-yhtymän alueella jäädä toteutumatta eikä hyvinvointialue tai HUS-yhtymä pysty hankkimaan riittävästi näitä leikkauksia muilta hyvinvointialueilta.

Väliaikaisuus viittaa siihen, että kyseisissä sairaaloissa ei saisi järjestää säännöllisenä ja jatkuvana toimintana edellä tarkoitettua tekonivelkirurgiaa, vaan sairaaloissa voitaisiin hoitojonojen kertyessä ja niitä purkaessa vain väliaikaisesti ylläpitää leikkaustoimintaa, kunnes hoitotakuu taas toteutuu. Näitä leikkauksia saa suorittaa mainituissa sairaaloissa kuitenkin vain 30.6.2028 saakka. Tähänkin asti mahdollisuus olisi siis vain väliaikainen. Tällä hetkellä tekonivelleikkauksia tehdään näistä sairaaloista Oulaisten, Savonlinnan ja Kemien sairaaloissa.

Edellytyksenä on lisäksi, että Leikkaustoiminnan ylläpitäminen näissä sairaaloissa ei saa vaarantaa henkilöstön riittävyyttä yliopistollisissa sairaaloissa tai keskussairaaloissa taikka hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän taloudellista kantokykyä tai muuten järjestämisvastuun

toteutumista. Hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän on myös varmistettava osaaminen, laatu ja potilasturvallisuus.

- Kaiken hankittavan leikkaustoiminnan edellytyksenä on, että hyvinvointialue tai HUS-yhtymä varmistaa yhdessä palveluntuottajan kanssa toiminnan osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden sekä käytännöt potilaan siirtämiseksi yliopistolliseen sairaalaan tai keskussairaalaan, jos leikkaus tai muu toimenpide vaatii jatkohoitoa sairaalassa.
- Valtioneuvoston asetuksella säädettäisiin päiväkirurgia ja lyhytjälkihoitoisen kirurgian sekä muiden kevyttä anestesiaa vaikuttavien toimenpiteiden määritelmästä (joko toimenpideluettelona, muulla tavoin leikkaukset ja toimenpiteet kuvaten ("koritus") tai näiden yhdistelmänä. Valtioneuvoston asetus on tarkoitus antaa kevään 2025 aikana.

Leikkaustoiminnan muutosten osalta esityksen vaikutusarvioissa (jakso 4.2.1.3) todetaan, että sääntelyn osittainen höllentäminen voimassa olevaan sääntelyyn nähden luo yksityisille palveluntuottajille mahdollisuuksia palveluidensa myymiseen. Anestesiassa tehtävien kevyempien toimenpiteiden aiempaa vapaampi toteuttaminen myös muissa toimintayksiköissä kuin ympärivuorokautista päivystystä ylläpitävissä sairaaloissa voi lisätä yritystoiminnan mahdollisuuksia. Esimerkiksi anestesiassa tehtävää hammashoitoa tai siihen liittyvää anestesiaosaamista voi hyvinvointialue hankkia yksityiseltä, suuremmalta tai pienemmältä, palveluntuottajalta tai ammatinharjoittajalta.

Päivä- ja lyhytjälkihoitoisen kirurgian osalta kyseessä on merkittävä muutos verrattuna voimassa olevaan lakiin. Mahdollistuva hankinta laajentaa yksityisen leikkauksalikapasiteetin ja osaamisen hyödyntämistä ja luo yrityksille mahdollisuuksia. On todennäköistä, että hyvinvointialueiden tekemä hankinta kohdistuisi enemmän suuriin terveysalan yrityksiin, joilla on jo olemassa asianmukainen infrastruktuuri ja laitteistot.

Esityksen henkilöstövaikutuksia koskevassa jaksossa (4.2.4.9) todetaan, että eri operatiivisten alojen päiväkirurgiset toimenpiteet ja polven ja lonkan primaarit tekoniveloperaatiot ovat niin sanottuja volyymitoimenpiteitä. Laajamittainen hankinta saattaa aiheuttaa lääkärin siirtymistä julkisista sairaaloista yksityissektorin palvelukseen. Yksittäisen lääkärin näkökulmasta voi päiväkirurgian tai yllä mainitun tekonivelkirurgian toteuttaminen olla ammatillisesti riittävän haastava ja toisaalta palvelusuhteen ehdot (mm. ei päivystysvelvollisuutta) sekä ansiotaso yksityisen palveluntuottajan toiminnassa vetovoimaiset, jolloin yksilökohtainen intressi siirtyä pois julkiselta sektorilta voi olla suuri. Laajamittaisesti toteutuessaan on riskinä tällöinen osaamispääoman ja kokemuksen kaventuminen julkisissa keskus- ja yliopistollisissa sairaaloissa, vaativimpien tilanteiden ja leikkausten toteuttamisen hankaloituminen, ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitokyvyn vaarantuminen tai päivystyksen työvoimakustannusten merkittävä nousu sekä muun muassa erikoislääkäriskoulutuksen vaikeutuminen. Riskiä voidaan osin hallita hankintasopimuksissa, mikäli esimerkiksi päivystykseen osallistumisesta pystytään työvoiman osalta sopimaan yksityisen palveluntuottajan kanssa.

Raskasta kirurgiaa voitaisiin ainoastaan sellaiselta palveluntuottajalta, jonka sairaala on julkisen yliopistollisen sairaalan tai keskussairaalan välittömässä läheisyydessä ja jolla on kyseiseen sairaalaan erottamaton toiminnallinen yhteys. Esityksen vaikutusarvioissa (jakso 4.2.1.3) Säännös koskee kaikkia yksityisiä palveluntuottajia. Tällä hetkellä edellytykset täyttävät hyvinvointialueiden omistamat yritykset Coxa ja Tays Sydänsairaala, jotka tuottavat sairaanhoitopalveluja hyvinvointialueille. Ehdotetut säädösmuutokset eivät aiheuttaisi muutoksia näiden julkisomisteisten osakeyhtiöiden toimintaan. Sääntely ei estäisi



perustamasta muita yrityksiä, joilta voidaan hankkia leikkaustoimintaa, jos ehdotetussa säännöksessä säädetyt edellytykset, sekä muut yhtiöitä koskevat edellytykset täyttyvät. Edellytysten täyttäminen käytännössä kuitenkin edellyttäisi yhteistoimintaa sen hyvinvointialueen kanssa, jonka sairaalan yhteyteen yritys perustettaisiin.

Vaikutusarvioissa (jakso 4.2.1.1, alaotsikko ”Leikkaustoiminnan ja eräiden muiden toimenpiteiden hankinnan mahdollistaminen”) todetaan, että esityksessä ehdotetun ostopalveluiden hankinnan aiempaa laajemmän mahdollistamisen ei katsota olevan luonteeltaan sellainen hyvinvointialueiden rahoituslain 9 §:ssä tarkoitettu tehtävänmuutos, joka tulisi ottaa etukäteen muutoksen voimaantulosta lukien huomioon hyvinvointialueiden rahoituksessa. Ehdotetulla muutoksella voi kuitenkin olla tosiasiallisia vaikutuksia hyvinvointialueiden kustannuksiin, mutta kustannusvaikutusten määrää on etukäteen vaikea tarkoin arvioida. Yli kuusi kuukautta erikoissairaanhoidon hoitoa odottaneita oli THL:n 30.4.2024 tilastojen mukaan noin 27 000 henkilöä. Esimerkiksi polven tai lonkan tekonivelleikkausta odotti mainittuna ajankohtana yli kuusi kuukautta noin 4700 henkilöä. Jos lakimuutoksen myötä hyvinvointialueet purkavat hoitojonojaan, voi tämä nostaa kustannuksia alueilla kyseisenä vuonna, vaikka kustannus muutoin olisi aiheutunut myöhemmin tulevina vuosina hoitojonon purkautuessa. Tällainen kustannus voi tulla otetuksi huomioon hyvinvointialueiden rahoituksessa koko maan tasolla tehtävässä jälkikäteistarkastuksessa. Jos hyvinvointialueet purkavat jonojaan merkittävästi esimerkiksi vuonna 2025, voi niille tuona vuonna aiheutuva kustannus olla huomattavakin. Saatavilla ei ole tällä hetkellä riittävästi tietoa siitä, miten hyvinvointialueiden ja yksityissektorin kustannukset eroavat tietyn leikkauksen toteuttamisessa. On mahdollista, että tietyn leikkauksen hankinta on hyvinvointialueelle edullisempaa kuin omana tuotantona tekeminen. Toisaalta on myös riskejä siitä, että hankintoja vapautettaessa lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa siirtyy yksityisen sektorin palvelukseen, jolloin hyvinvointialue voi olla käytännössä pakotettu ostamaan suoritteita yksityiseltä sektorilta korkeammallakin hinnalla. Jos tietyllä alalla tai alueella ei ole kilpailua, voi tämä nostaa kustannuksia.

Päivystystoiminnan osalta esityksen vaikutusarvioissa (jakso 4.2.1.3) todetaan, että lähtökohtaisesti se, mistä julkinen sektori vetäytyy, voi luoda tilaa yksityiselle toimia. Tämä edellyttää, että toiminta on yrityksen näkökulmasta kannattavaa. Kun perusterveydenhuollon yöpäivystyksiä vähennetään, ja eräänä perusteena on vähäinen yöaikainen käyttö, ei ole todennäköistä, että yritykset investoisivat suuresti samankaltaiseen toimintamalliin. Yritysten näkökulmasta toiminnan tulee olla kannattavaa ja kustannustehokasta, ja siihen oleellisesti vaikuttavat asiakasmäärät. Järjestämislain 12 §:n mukaan hyvinvointialue ei voi hankkia ympärivuorokautisen päivystyksen palveluita yksityiseltä palveluntuottajalta. Järjestämislain 13 §:n mukaan hyvinvointialue voi käyttää työvoimaksi hankittua ja vuokrattua sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstöä täydentääkseen omaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstöään ympärivuorokautisen kiireellisen hoidon ja päivystyksen palveluissa. Yksinomaan itsemaksavien asiakkaiden varassa toimiminen ei yöpäivystyksen osalta ole todennäköistä. Sen sijaan yritystoiminnalle voisi syntyä mahdollisuuksia tuottaa ilta- ja viikonloppuaikaista vastaanottoa tai muita esimerkiksi kotiin vietäviä tai liikkuvia palveluita tai digitaalisia palveluita joko hyvinvointialueiden hankkimana tai kansalaisten itsensä rahoittamana. Välimatkojen lisääntyessä päivystyksiin, voi osin tulla tarve ensihoitopalvelun kapasiteetin ja muun kuljetus- ja matkustuskapasiteetin lisäämiselle. Tämä voi lisätä yritysten palveluiden kysyntää.

On todennäköistä, että ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköiden vähetessä vähenee myös niissä käytetyn vuokratyövoiman tarve. Tämä koskee erityisesti lääkäripäivystäjiä tietyissä sairaaloissa ja yksiköissä. Näin ollen vuokratyömarkkina pienenisi. Kokonaisuutena ei muutoksella kuitenkaan voida arvioida olevan merkittävää vaikutusta henkilöstövuokrausta harjoittavien yritysten markkinaan. Ympärivuorokautisen päivystystoiminnan osuus henkilöstövuokrauksen 600 miljoonan euron kokonaiskustannuksesta vuonna 2023 oli noin 6 prosenttia.