ASIANTUNTIJALAUSUNTO SOSIAALI- JA TERVEYSVALIOKUNNAN KOKOUKSEEN 16.2.2021

Sote muutosjohtaja Jaakko Herrala, Pirkanmaan liitto

JOHDANTO JA PÄÄHUOMIOT

Asiantuntijalausunto on laadittu hallituksen antamaan esitykseen HE 241/2020 vp eduskunnalle 8.12.2020 (Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi).

Valiokuntakäsittelyssä oleva lakikokonaisuus on juridisesta näkökulmasta rakennettu vahvalle pohjalle; 1) siinä on otettu huomioon perustuslakivaliokunnan aiemmat kannanotot ja 2) säädöspohja nojaa kuntalain säädösperiaatteisiin. Ratkaisu lisää kansanvaltaisuutta.

Uudistuksen tavoitteet ovat perustuslain hengen mukaiset ja niissä on noudatettu tietoon perustuvia pitkän tähtäimen strategisia tavoitteita. Uudistus on edelleen välttämätön kuten perustuslakivaliokunta totesi vuonna 2014. Suuri muutos edellyttää lähes miljardin euron muutoskustannuksia ja ICT investointeja. Huolenaiheena on esitettävä, että julkisen talouden kestävyysvajeen ratkaisuksi tämä uudistus tuo vastauksia vasta vaiheittain noin kymmenen vuoden aikana. Siten lainsäädännön tulisi antaa hyvinvointialueille riittävästi vapausasteita etsiä uusia innovatiivisia ratkaisuja ja ottaa kaikki hyöty irti yhden päätöksentekijän mahdollisuudesta lisätä tuottavuutta. Aiempien vuosien innovatiivisia ratkaisuja ei saa vaarantaa lainsäädäntöuudistuksella.

Muita vaihtoehtoisia ratkaisuja on lakipaketissa arvioitu huolellisesti. Arvioiden mukaan muita hyviä ja taloudellisesti kestäviä järjestämisen malleja sekä asiakkaiden yhdenvertaisuuden turvaavia ratkaisuja on ollut vaikea löytää. Soten siirtäminen valtion hoitoon ei mielestäni ole maakuntien kehittämisen kannalta tulevaisuuden ratkaisu. Se siirtäisi edelleen kauemmaksi sosiaalihuoltoon liittyvät ratkaisut, joiden asiantuntemus edellyttää vahvaa lähialuetuntemusta.

Sote ja pelastustoimen järjestäminen on jatkossa ”leveämmillä harteilla”. Pidän ratkaisua edelleen riittämättömänä ja hyvinvointialueiden lukumäärää tulisi tulevaisuudessa vähentää. Euroopan alueen muihin maihin verrattuna järjestämisvastuu jää edelleen noin kolmanneksi pienimmälle väestöpohjalle, kun se nykyisessä kuntapohjaisessa mallissa on pienin. Kehityksen suunta on oikea. Koska Suomi on väestöpohjaltaan epätasaisesti jakautunut ja kaupungistumiskehitys jatkuu yleiseurooppalaiseen malliin, on järjestämisessä hyväksyttävä jossain määrin alueellisia erityisratkaisuja.

Henkilöstön ja palveluiden saatavuusongelmat ja ikääntymisen tuomat haasteet edellyttävät toimialan merkittäviä uusia innovatiivisia ratkaisuja, joita lainsäädännöllä ei saa rajoittaa vaan mahdollistaa. Lainsäädännössä on edelleen sellaisia kohtia, jotka vievät taaksepäin nyt jo saavutettuja innovatiivisia järjestämisratkaisuja. Näitä kuvataan edellä.

Hyvää tällä kertaa on, että lähes kaikki lait ovat käytettävissä ja arvioitavissa samaan aikaan – myös Sote-100 on tällä hetkellä lausuntokierroksella. Kokonaisuus on kuitenkin niin laaja ja uudistus tuo tullessaan merkittäviä muutoksia suhteessa nykylainsäädäntöön, että paljon lakiuudistuksia lukeneenakin ”sote-veteraanina” kokonaisvaikutusten arviointi on todella haasteellista. Lakipaketissa on pyritty ansiokkaasti tekemään vaikuttavuusarviointeja, mutta siitäkin huolimatta kokonaisarviointi systeemisestä ja asiakasnäkökulmasta jää vielä joiltakin osin vajaaksi. Pyrin näitä puutteita nostamaan lausunnossani. Näin suurta uudistusta, joka vaikuttaa niin soteen kuin jäljelle jääviin kuntiin, ei aukottomasti pysty mitenkään arvioimaan. Suomalainen uudistusmalli ja toimintaympäristö ovat siinä määrit uniikkeja, että

kansainvälisistä vastaavista reformeista ei saada paljonkaan apua. Kirjallisuuskatsaukset tarkastelevat pääosin nykyistä kuntapohjaista järjestelmää muiden maiden järjestelmiin. Tästä syystä tulevien hallitusten on varauduttava tekemään ”korjauspaketteja” mikäli niitä tarvitaan. Vaikutuksia on seurattava ja arvioitava toimeenpanon alun jälkeen kattavasti. Tärkeää olisi uudistaa ja tehostaa samanaikaisesti kansallista vaikuttavuusarviointia. Ehdotan perustettavaksi kansallisen vaikuttavuuskeskuksen, joka toimisi yliopistojen ja hyvinvointialueiden kanssa verkostomaisesti.

LAUSUNNON YDINASIAT

Lausuntooni olen koonnut muutamia keskeisiä ydinkohtia, joita tulisi täsmentää säädöksissä ja / tai ottaa huomioon voimaanpanolaissa. Näitä kohtia on perusteltu seuraavassa kappaleessa. Kokonaisuudet eivät ole tärkeysjärjestyksessä. Tarkastelu on tehty lakien yhteistoimivuuden ja systeemitason tarkastelun näkökulmasta. Seuraavassa listaus tarkastelunäkökumista. Tarvittaessa annan tarkempaa tietoa yksityiskohdista.

1. Aikataulun kireys
2. Monituottajamallin tulevaisuus
3. Ohjausmekanismit ja tiedolla johtaminen
4. Hyvinvointialueiden oikean rahoitustason määrittäminen
5. Täysin omassa omistuksessa oleva osakeyhtiöitetty palvelutuotanto
6. Laboratorio- ja kuvantamispalveluiden järjestäminen
7. Hyvinvointialueiden välinen laskutus
8. Tieto- ja ICT-järjestelmäratkaisut muutosvaiheessa
9. Maakunnan elinvoiman ja investointien turvaaminen
10. Uudenmaan erityisratkaisut
11. Yhdyspintatyö

LAUSUNNON YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT

Tässä lausunnon osassa edellä luetellut asiat on perusteltu yksityiskohtaisesti ja sisältää ehdotuksia lainsäädännön tarkentamiseksi.

1. **Aikataulun kireys**
   Mikäli lainsäädäntöä ei saada valmiiksi ja päätökseen elokuun 2021 loppuun mennessä, aika siitä eteenpäin ei tule riittämään toimeenpanoon runsaan vuoden aikana, kun lisäksi vähennetään pakolliset lomakaudet. Tämä koskee erityisesti ns. isoja sirpalemaakuntia”, jotka lähtevät takamatkalta liikkeelle suhteessa kuntayhtymämaakuntiin. Perusongelma lähtee siitä, kun kevään 2021 aikana ei saa vielä tehdä varsinaista toimeenpanoa ennen lakien hyväksymistä. Käytännössä varsinainen toimeenpano alkaa voimaanpanolakien hyväksymisen jälkeen näillä näkymin elokuusta 2021 alkaen.

   Keskeisimpänä syynä aikapulaan on tieto- ja viestintäteknisten palveluiden (ICT) monimutkaisuus. ICT ratkaisut edellyttävät, että uuden organisaation mm. keskeiset rakenteet, HR- ja talousjärjestelmien arkkitehtuuri sekä tilikartat on päätetty. Väliaikainen toimielin voi tehdä suunnitelmat, mutta varsinaiset päätökset tehdään vasta kevään 2022 ensimmäisissä aluevaltuuston ja aluehallituksen kokouksissa. ICT infran ja ICT ympäristön rakentaminen pääsee käytännössä vasta näiden ratkaisujen jälkeen konkretisoitumaan. Kaikkia ICT järjestelmiä ei heti tarvitse muuttaa, mutta esimerkiksi Pirkanmaalla tarkoittaa noin 800 tietojärjestelmän tarkastelua

ja siirtoa uuteen ympäristöön tietoturvallisesti. Katkoton ja potilasturvallinen siirtymä asiakas- ja potilastietojärjestelmiä sisältävässä maailmassa edellyttää useamman kuukauden ennakkotestauksia, koska lukuisat järjestelmät sisältävät toisiinsa liittymiä (integraatiot). Näistä yksi esimerkki on mm. HR-järjestelmä, joka toimii master-tietolähteenä mm. kulunvalvonnalle, palkanlaskentaan, eri järjestelmien käyttöoikeusrajoituksille jne. Kun siirrytään hyvinvointialuetason tiedon hallintaan, on järjestelmäintegraatiot ainakin keskeisimmiltä ratkaisuilta rakennettava ja varmistettava niiden toimivuus. Järjestelmäintegraatioita on satoja ja jokainen tulee selvittää ja mahdollisesti udelleen määrittää ja ohjelmoida.

Tämän hetken tiedon valossa toisen pullonkaulan toimenpanolle aiheuttaa osaavan ICT-henkilöstön puute. Jo tälläkin hetkellä on vaikeuksia saada osaavaa henkilöstöä toteuttamaan valtionavustushankkeiden digitalisaatiota ja muita ICT hankkeita. Henkilöstövaje tulee korostumaan, kun kaikki hyvinvointialueet aloittavat samanaikaisesti toimeenpanon ja samaan aikaan kunnilla tulee tehtäväksi vastaavat toimenpiteet. Ennen toimeenpanon aloitus ICT-riski olisi kartoitettava ja arvioitava sen mukaisesti toimeenpanon aikataulu.

Kolmantena aikakriittisenä asiana näen henkilöstön aidot YT-neuvottelut. Yksilötason YT-neuvottelut voidaan toteuttaa vasta kun on päätetty uuden hyvinvointialueen rakenteet yksikkötasolle saakka. Sirpalemaakunnissa jokaisessa kunnassa on tällä hetkellä sotessa erilaiset rakenteet. Hyvinvointialueen menestyksekkään ja onnistuneen johtamisen näkökulmasta on välttämätöntä yhdenmukaistaa rakenteita mahdollisimman pitkälle, joka työ vienee aikaa vähintään puoli vuotta kaikkine yhteistyöneuvotteluineen. Pirkanmaan hyvinvointialueella YT-neuvottelun piiriin kuuluu noin 17 000 työntekijää kun otetaan huomioon tukipalvelut. YT-neuvotteluille tarvitaan aikaa noin vuosi. Lainsäädännössä ei tällä kertaa ole kohtaa, jossa otettaisiin huomioon kunnista siirtyvän tukipalveluhenkilöstön yhden YT-neuvottelun mahdollisuutta. Henkilöstö siirretään ensin hyvinvointialueelle ja toisessa vaiheessa käydään toinen YT-neuvottelu, jossa sovitaan työntekijän mahdollisesta siirtymisestä osakeyhtiöitettyyn hyvinvointialueen in-house yhtiöön tai jäämisestä hyvinvointialueen organisaatioon. Kannattaa vielä arvioida, olisiko järkevämpää mahdollistaa yhden YT-neuvottelun taktiikka, joka voisi nopeuttaa prosessia ja toisi työntekijälle kerralla ratkaisun.

EHDOTUS: Mikäli aikataulu eduskunnassa ei toteudu ennakkosuunnitelman mukaisesti kesäkuun 2021 loppuun mennessä, on arvioitava tilanne alueittain pikaisesti, ja toimeenpanoa tulee sen perusteella tarvittaessa voida siirtää vuoteen 2024. ICT:n osalta välitön riskiarviointi on tehtävä jo kevään 2021 aikana.

2. **Monituottajamallin tulevaisuus**

Viimeisten 15 vuoden aikana kunnat ovat aktiivisesti hyödyntäneet ja kehittäneet monituottajamalleja, joilla on saavutettu merkittäviä kilpailun ja kilpailuttamisten kautta säästöjä, asiakaslähtöisyyttä ja uusia innovatiivisia ratkaisuja palveluihin. Järjestäjän ”työkalupakkia” ei tulisi rajoittaa, miten suunnitella ja hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla tuotannon erilaisia ratkaisuja.

Kun nykyisten kuntien ja sairaanhoitopiirin hankinnat yhdistetään, volyymi kasvaa merkittävästi sekä kilpailutusrajat ylittyvät. Tulevien hyvinvointialueiden on kehitettävä strategista ja vaikuttavuusperusteista hankintaosaamista. Aluevaltuustolla tulee olla jatkossakin laaja valta päättää, mitä tuotetaan itse ja mitä hankintaan markkinoilta (yksityinen ja kolmas sektori). Vaikka lakiesiyksissä ei todeta oman tuotannon minimiprosenttiosuuksia, johtaa ajattelumalli vääjäämättä useiden palvelusegmenttien muuttamiseen omaksi tuotannoksi. Monissa palvelusegmenteissä

palveluja hankitaan ulkoa yli yhdeksänkymmenen prosentin osuudella. Käsitykseni mukaan hyvinvointialuetasoisessa hankintayksikössä tulee olemaan aina kaikissa tilanteissa riittävää hankintaosaaminen. Siten oman tuotannon riittävän määrän korostaminen lainsäädännössä ei ole perusteltua.
Monituottajamallin hyödyntämisen kehittäminen on ollut nykyjärjestelmässä välttämättömyys, koska sillä on voitu turvata palvelut syrjäisillä alueilla ja se on toiminut hyvin julkisia palveluja täydentävänä ratkaisuna. Syrjäisemmillä alueilla moni sote-palvelu tukeutuu pienempiin alle 10 hengen yrityksiin, jotka samalla tuovat alueille elinvoimaa. Ulkoistamisessa on toki ylilyöntejä, joiden osalta hyvinvointialueiden on tarkasteltava muutamia palvelusegmenttejä, joissa palveluiden turvaaminen ja hintakilpailu edellyttää toimintojen osittain omaksi ottamista. Tätä työtä on jo nyt lähdetty tekemään.
Vaikuttavuusarvioinneissa ei oteta kantaa, miten laajemmat isot kilpailutukset vaikuttavat monituottajamalliin ja hankintoihin. Hyvinvointialuetasoiset kilpailutukset johtavat vaiheittain palveluiden hankinnoissa siihen, että hankinnat keskittyvät isompiin yrityksiin. Tässä syystä hyvinvointialueiden strategista hankintaosaamista tulisi korostaa.
Monituottajamallia haastaa myös julkisen vallan sääntelyn tarkennukset ja tulkinnat. Tämä aiheuttaa useiden aiemmin hankittujen palveluiden omaksi tuotannoksi ottamista osittain tai kokonaan.
Lainsäädäntö tuo myös uuden haasteen ulkoa hankittavien palveluiden hankintaan. Yksityisten yritysten ja kolmannen sektorin toimijoiden on palkattava henkilöstö omille palkkalistoilleen. Yhtiöt eivät siten voi enää alihankkia esimerkiksi lääkärityövoimaa tekemään vastaanottotoimintaa. Pienemmillä yrityksillä on iso riski palkata pysyvää lääkärityövoimaa taloudellisten riskien takia. Tämä rajoittaa merkittävällä tavalla niin lääkärityövoiman kuin kliinisten palveluiden kuten laboratorio, kuvantaminen ja mm. fysioterapiapalveluiden sujuvan ja tehokaan alihankinnan.

EHDOTUS: Hyvinvointialueiden itsemääräämisoikeus tulisi olla etusijalla päätettäessä hankinnoissa. Oman tuotannon osuutta ei tule korostaa siinä määrin kuin nyt lakiluonnoksissa on todettu. Hyvinvointialueen strategista ja vaikuttavuusperusteista hankintaosaamista tulee kehittää siten, että sillä turvataan väestön palvelutarve optimaalisella tavalla.

3. **Ohjausmekanismit ja tiedolla johtaminen**

Valtion ohjaus yhdenvertaisten palveluiden toteuttamiseksi perustuu aiempaa enemmän normatiiviseen ja informaatioperustaiseen ohjaukseen sekä resurssien sääntelyyn. Nämä edellyttävät tiedolla johtamisen sekä tietojohtamisen merkittävää maanlaajuista kypsyystason nostoa erityisesti ”sirpalemaakunnissa”. Kuntayhtymämaakunnissa tilanne on huomattavasti kehittyneempi. Kehittämissuunta on oikea mitä kansallisessa Toivo-ohjelmassa ja sen Virta sekä Valtava hankkeissa tällä hetkellä tehdään. Kansallinen tietojohtamisen kypsyystaso on edelleen varsin riittämätön. Kypsyystason nostoon menee ainakin vielä noin 4-5 vuotta, kunnes sosiaali- ja terveydenhuollon kirjaamiskäytännöt ja sitä kautta tiedot ovat laadultaan luotettavia. Aura käsikirjan, palvelutehtäväluokituksien sekä tietomallien toimeenpano ovat tällä hetkellä oikeansuuntaisia toimenpiteitä. Esimerkkinä Pirkanmaalla on tällä hetkellä 15 sote-järjestäjää ja heillä 64 asiakas- ja potilastietojärjestelmäversiota, joissa kirjauskäytännöt vaihtelevat. Kirjaamisen taso terveydenhuollossa vaihtelee tällä hetkellä Pirkanmaan terveyskeskuksissa tasolla 16-95%. Kirjaamistavat ja käytännöt vaihtelevat mm. mitä koodistoja käytetään ja miten niitä sovelletaan. Suurimmat puutteet ovat edelleen sosiaalihuollon kirjaamisissa. Sosiaalihuollon rekisteriuudistus odottaa vielä lainsäädännön hyväksymisiä ja sen toimeenpano tietojärjestelmäuudistuksineen kestänee ainakin vuoteen 2025. Näiden yhdenmukaistaminen onnistuu paremmin vasta kun

hyvinvointialueet perustetaan, joka auttaa yhtenäisten järjestelmien ja toimintatapojen kehittämisessä. THL:n arviointiraportit ovat STM ohjausneuvotteluiden perustana. Kirjaamiskäytäntöjen puutteiden takia informaatio-ohjaus ja sitä kautta THL arviointiraportit eivät vielä kerro koko totuutta alueiden todellista tilanteesta. Yllä olevan perusteella pelkkä resurssiohjaus ei johda siihen, että yhdenvertaiset palvelut toteutuisivat.

EHDOTUS: Ensimmäisten vuosien aikana tulee noudattaa ”hybridiohjausta”, jossa aidossa vuorovaikutuksessa käydään STM:n, SM:n ja VM:n kanssa ohjausneuvottelut. Tietojohtamisen ja tiedolla johtamisen kypsyystasoa tulee merkittävästi parantaa ensimmäisten vuosien aikana. Kehittämistyö johtaa vasta useamman vuoden kuluessa luotettavamman tiedon saamiseen alueuiden tilanteesta ja siten vasta päästään todellisuudessa arvioimaan yhdenvertaisten palveluiden toteuttamista hyvinvointialueilla.

4. **Hyvinvointialueiden oikean rahoitustason määrittäminen**
   Nykyinen some-malli hyvinvointialueiden välisen rahoituksen jakoperusteena on vielä epäkypsä. Viitaan kohtaan 3, jossa on kuvattu merkittävät kirjaamiskäytäntöjen puutteet vielä vuosien ajan. Tulevaisuuden ratkaisuna some-malli on kannatettava ja sen edelleen kehittäminen antavat riittävän hyvän pohjan tarpeeseen perustuvalle rahoitukselle. Malli mittaa tällä hetkellä esiin noussutta tarvetta. Huolta on pidettävä myös väestön piilotarpeesta, jota osittain voidaan mitata hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen mittareilla. Hyvinvointialueiden rahoituksen laskennan kannalta kannan tällä hetkellä suurinta huolta eri alueiden simulaatiolaskentojen tuottamien isojen euromääräisten erojen ja tulevien vuosien muutostarpeiden suhteen. Erot ja muutostarpeet eivät selity pelkästään väestön ikääntymisen tai muilla demograafisilla tekijöillä. Hyvinvointialueiden toimeenpanon yhteydessä on tarpeen voida arvioida, kuinka luotettavalle pohjalle laskennallinen hyvinvointialueiden rahoitus perustuu. Ensimmäisten vuosien aikana on voitava käyttää harkintaa rahoituksen riittävyyden turvaamiseksi ja toisaalta voitava arvioida. Siirtymäsäännökset toki tasaavat alkuvaiheen laskennallisia puutteita, mutta ei riittävästi.

   EHDOTUS: Rahoituslaissa on selkeästi todettava, että ensimmäisten vuosien hyvinvointialueiden rahoitusta tarkastellaan suhteessa laskennallisen mallin kypsyystasoon. Rahoituksen tasoa on voitava arvioida vuosittain myös osana STM, SM ja VM ohjausneuvotteluja.

5. **Täysin omassa omistuksessa oleva osakeyhtiöitetty palvelutuotanto**
   Järjestämislain 4 §:ssä todetaan, että palveluita on hyvä koota suurempiin kokonaisuuksiin varsinkin, kun tarvitaan erityisosaamista, edellytetään kalliita investointeja ja halutaan kustannusvaikuttavaa ja tehokasta palvelutuotantoa. Tilanne on tämänkaltainen erityisesti yliopistosairaalatasoisessa palvelutuotannossa, jossa uusi teknologia edellyttää diplomi-insinöörien, fyysikoiden, isotooppiasiantuntijoiden tai yliopistojen osaamista tuekseen. Monet uuden teknologian sovellukset edellyttävät vähintään miljoonan väestöpohjaa. Siten näihin teknologioihin liittyvä palvelutuotanto on järkevä keskittää ja/tai tehdä yhteistyössä useamman hyvinvointialueen kanssa. Uusi teknologia mahdollistaa myös uudenaikaiset etäseurannat, jolloin etäisyyksillä ei ole enää suurta merkitystä. Etäseurannoista mainittakoon mm. sydäntahdistimien, uniapnean, epilepsian, diabeteksen jne. etäseurannat. Yhden yksikön kautta voidaan vastata 24/7/365 jatkuvasta valvonnasta laajoillekin alueille.

   Edelliseen viitaten hyvinvointialueiden tulisi voida yhteistyössä ja sopimuksiin perustuen organisoida palvelutuotanto toteutettavaksi myös omien omistamiensa in-house yhtiöiden

toimesta. Näistä on saatu erinomaisia kokemuksia ja ne on todettu kehittävän dynaamisemmin asiakaslähtöisiä palveluja jopa Eurooppalaisessa vertailussa parhaiden yksiöiden tasolle. Esimerkkejä ovat mm. Sydänsairaala Oy ja Coxa Oy. Yhtiöt ovat usean sairaanhoitopiirin yhteisomistuksessa, konserniohjauksessa ja omistajaohjauksessa kuten laissa hyvinvointialueista edellytetään.

Yhdysvalloissa lähdettiin jo 70-luvulla toteuttamaan osaamiskeskusajatteluun perustuvia palveluja, jolla saavutettiin laadun paranemisen kautta merkittäviä säästöä. Ensimmäinen tällainen oli nivustyräkeskus. Usean hyvinvointialueen alueella toimiva yhteisyhtiö turvaa laadukkaat ja toimivat palvelut. Periaate on se, että yhtiö pystyy keskittämään kalliit investoinnit ja asiakasryhmät, mutta samalla toimimaan satelliittimaisesti etäyksiköiden kautta lähipalveluina.

Laissa todetaan, että hyvinvointialue voi järjestää palvelut omana toimintana, osakeyhtiö- tai säätiömuodossa tai ulkoa hankittavina palveluina. Nykymuodossaan lainsäädäntö käytännössä tekee mahdottomaksi tuottaa jatkossa erikoissairaanhoidon palveluja yhtiömuodossa. Esteeksi tulee järjestämislain 8§, joka edellyttää riittävää omaa tuotantoa. Omaksi tuotannoksi ei lasketa yhtiön kautta tuotettua palvelua. Tällöin suurin osa palveluista tulisi tuottaa omassa organisaatiossa ja osa hyvinvointialueiden yhteisyhtiössä. Kalliiden investointien, henkilöstön osaamisen ja riittävyyden sekä asiakasprosessien näkökulmasta tämä palveluiden jakaminen kahteen yksikköön ei ole tuottavuutta ja tehokuutta edistävää.

Lainsäädännössä on tulkittu aiempaan nähden ahtaammin virkavastuulla tehtävää toimintaa (järjestämislaki 12§). Yhtiöissä ei jatkossa ole mahdollista lääkärin tehdä työhönsä liittyviä tehtäviä, koska ne katsotaan laajalti julkisen vallan käytöksi. Lääkärin kliiniset ratkaisut tulee hyväksyttää hyvinvointialueen virkalääkärin toimesta. Tämä johtaa erikoissairaanhoidossa potilasprosessien hidastumiseen, niukkojen lääkäriresurssien kaksinkertaiseen ajankäyttöön ja pahimmillaan potilasturvallisuuden vaarantumiseen.

Nykyisin in-house yhtiöissä koulutus- ja tutkimustoimintaa kuten yliopistollisessa sairaalassa. Ne toimivat yliopiston ja muiden ammatillisten oppilaitosten kanssa yhteistyössä. Henkilöstöön kuuluu professoreita, dosentteja ja paljon väitelleitä osaajia eli alansa parhaita asiantuntijoita. Tämän lain perusteella heiltä viedään potilaiden hoitoon liittyvä päätäntävalta ja alistetaan hyvinvointialueen virkalääkärin hyväksyttäväksi. Hyvinvointialueen virkalääkärillä ei ole välttämättä riittävää osaamista tehdä vaikeita ratkaisuja ja siten hän toimii näissä tilanteissa ”kumileimasimena”.

Erikoissairaanhoidosta eläköityy vuoteen 2030 mennessä puolet erikoislääkäreistä. Tämä edellyttää uusia innovatiivisia ratkaisuja kuten nyt Pirkanmaalla on kehitetty yhteistyössä muiden sairaanhoitopiirien kanssa. Erikoislääkäripula on jo nyt vallitseva ja pahenee nopeaa tahtia. Palveluiden turvaaminen kaikkialla Suomessa edellyttää hyvinvointialueiden lisääntyvää yhteistyötä varsinkin niiden sairausryhmien ja toimenpiteiden osalta, joissa puhutaan kiireettömästä hoidosta, vaativista hoidoista, kalliista investoinneista tai etäpalveluina tuotetuista palveluista. Yhtiöratkaisut ovat jo nyt tuoneet välitöntä ja odotettua apua ei pelkästään Erva-alueille, mutta myös Keski- sekä Itä-Suomen alueille.

Perustuslakivaliokunta käsitteli Sipilän hallituksen aikana palveluiden turvaamista kaikissa olosuhteissa. Tuolloin sitä tarkasteltiin ns. markkinamallia” vasten. Nyt tarkastelussa oleva lakiluonnos ja toimintamalli on erilainen, johon ei sisälly enää vastaavia riskejä. Nyt esillä oleva laki ei ole suhteessa uuteen toimintaympäristöön ja malliin. Vaikka palvelutuotantoa yhtiöitettäisiin,

yhtiöllä on kaikissa tilanteissa konkurssisuoja, se ei toimi markkinoilla ja se on hyvinvointialueen konserniohjauksessa. Täysin omistettua in-house yhtiöitä tulisi käsitellä eri kategoriassa kuin aitoa markkinoilla toimivaa yhtiötä.

EHDOTUS: Täysin omassa omistuksessa olevan in-house tyyppinen yhtiöitetty palvelutuotanto tulee voida laskea omaksi palvelutuotannoksi. Tällöin tulee erikseen säätää, että tällaisessa palvelutuotannossa voidaan käyttää julkista valtaa siltä osin, että lääkäreillä sekä muulla henkilöstöllä on toimintaedellytykset hoitaa tehtävänsä. Hyvinvointialueen yhtiöittämisen laajuutta ja käytäntöjä voidaan käsitellä STM:n ohjausneuvotteluissa, jota kautta saadaan riittävää ohjausta, ettei tule ylilyöntejä. Tiukka säädöspohjainen kielto ja rajoitteet ei tule olla ensisijaisia keinoja rajoittaa järkevää yhtiöpohjaista omaa palvelutuotantoa. Mikäli alkaa esiintyä epätervettä kehitystä, voisi järjestämislaissa todeta, että tarvittaessa valtioneuvoston asetuksella tai terveydenhuoltolaissa voidaan tarkemmin säätää myöhemmin rajoja.

6. **Laboratorio- ja kuvantamispalveluiden järjestäminen**

Laboratoriopalvelujen tuotantorakennetta on kehitetty STM:n ohjauksessa systemaattisesti jo yli kahdenkymmenen vuoden ajan sillä tavoitteella, että toiminnassa kyetään tehokkaalla tavalla hyödyntämään nykyaikaista laiteautomaatiota, robotiikkaa ja tietotekniikkaa sekä poistamaan lisäarvoa tuottamattomia päällekkäisyyksiä. Laboratoriotutkimusten tuotantokustannukset ovat volyymista riippuvaisia, joten keskittämisratkaisuilla ja laiteautomaatiota hyödyntämällä on aikaansaatu merkittävä tuottavuuden paraneminen. Lisäksi on pyritty häivyttämään rajapinta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon laboratoriotoiminnan välillä, jotta on voitu luoda pohja saumattomille hoitoketjuille ja sille, että tutkimustulokset ovat käytettävissä siellä, missä potilasta kulloinkin tutkitaan ja hoidetaan. Tällä vältetään myös kaksinkertaisten tutkimusten teko eri tasoilla.

Toiminnan keskittämistä on edellyttänyt myös laboratorioalan erikoislääkäreiden määrän olennainen väheneminen, jonka tiedetään Lääkäriliiton ja STM:n tutkimusten perusteella edelleen kiihtyvän kohti vuotta 2030 edettäessä. Nykyiset koulutusmäärät eivät missään tapauksessa tule riittämään korvaamaan eläkepoistumaa.

Valtioneuvoston vuonna 2001 asettaman kansallisen terveyshankkeen tavoitteina olivat väestönterveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaan maksukyvystä riippumatta. Hankkeen pohjalta annetussa valtioneuvoston periaatepäätöksessä linjattiin nimenomaisesti, että laboratorio- ja kuvantamistoiminnoissa tulee siirtyä yhden tai useamman sairaanhoitopiirin muodostamiin yksiköihin. Tämän päätöksen käynnistämän rakennemuutoksen jälkeen useimmilla maan sairaanhoitopiireillä ei enää ole omaa laboratoriopalvelujen tuotantoa, vaan se on järjestetty yhteistyössä muiden sairaanhoitopiirien kanssa.

Järjestämismuotoja ovat tähän mennessä olleet toiminnan siirtäminen toisen sairaanhoitopiirin tuotannoksi (Eksote, Carea ja HUS), organisointi sairaanhoitopiirien yhteisiksi liikelaitoskuntayhtymiksi (Nordlab, jonka omistavat P-PSHP, Soite, LSHP, L-PSHP ja Kainuun sote sekä Islab, jonka omistavat P-SSHP, I-SSHP, Essote, Siun sote ja Ylä-Savon sote) ja organisointi sairaanhoitopiirien yhteisesti omistamaksi osakeyhtiöksi (Fimlab, jonka omistavat PSHP, KHSHP, KSSHP, PHHYKY ja VSHP). Vain kolmella sairaanhoitopiirillä (VSSHP, SATSHP ja E-PSHP) on enää oma laboratoriotuotanto.

Ottaen huomioon mm. asiantuntijaresurssien tosiasiallisen määrän ja sen tulevan kehityksen, on täysin toteuttamiskelvoton ajatus, että hyvinvointialueita muodostettaessa niihin sairaanhoitopiireihin, jotka ovat jo järjestäneet laboratoriotoimintansa yhteistyössä muiden sairaanhoitopiirien kanssa, palautettaisiin itsenäinen laboratoriotuotanto henkilöstöineen ja laitteistoineen. Lääketieteen kehitys edellyttää asiantuntijoilta jatkuvasti pidemmälle etenevää erikoistumista oman erikoisalan sisällä, ja tätä ei ole mahdollista toteuttaa pienissä yksiköissä. Niukkenevaa erityisosaamista tulisi päinvastoin hyödyntää nykyistäkin laajemmin.

Hallituksen esityksessä on todettu, että järjestämislain 12 §:n 1 momentin perusteella hyvinvointialueen olisi mahdollista hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden hankkimista ei ole pykälässä rajoitettu. Perusterveydenhuollon palveluista mainitaan erikseen mahdollisuus hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia. Erikoissairaanhoidon osalta vastaavaa mainintaa ei ole, mutta sen sijaan on todettu, että turvatakseen järjestämisvastuunsa asianmukaisen toteuttamisen hyvinvointialue ei saisi antaa yksityisten palveluntuottajien tuotettavaksi esimerkiksi kokonaisia lääketieteen erikoisalojen mukaisia toimintoja. Näyttää ilmeiseltä, että esitystä laadittaessa on jäänyt huomiotta se, että myös laboratoriopalvelut, jotka ovat terveydenhuollon ydintoimintaa tukevia tukipalveluita, muodostuvat lääketieteen erikoisalojen pohjalle.

Noin 90 % laboratoriotutkimuksista sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa muodostuu samoista tutkimuksista. Ajatus siitä, että muodostettaisiin rajapinta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille sen osalta, kuinka niiden tarvitsemia laboratoriopalveluja on mahdollista tuottaa tai hankkia, on lakiesityksen perustavoitteiden vastainen.

Laboratoriotoiminnassa ei missään tilanteessa ole hahmotettavissa kytkentää julkisen vallan käyttöön tai julkisen hallintotehtävän hoitamiseen, vaan laboratoriot ainoastaan toteuttavat tutkimuksia, joita potilaiden tutkimisesta ja hoitamisesta vastaavat lääkärit ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöt tilaavat. Laboratoriopalveluja ei voida käsityksemme mukaan pitää hyvinvointialueen viranomaistehtävinä.

Ehdotetussa laissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä edellytettäisiin hyvinvointialueilta riittävää omaa palvelutuotantoa (järjestämislain 8 § 2 momentti). Hyvinvointialueen omana palvelutuotantona pidettäisiin vain hyvinvointialueen palveluksessa olevan henkilöstön tuottamia palveluita. Esimerkiksi Fimlabin tuottamia laboratoriopalveluita yhtiön omistaville hyvinvointialueille ei enää pidettäisi hyvinvointialueiden omana palvelutuotantona.

Järjestämislain 8 §:n 2 momentin mukainen vaatimus hyvinvointialueen riittävästä omasta palvelutuotannosta rajoittaisi hyvinvointialueiden edellytyksiä järjestää julkisen terveydenhuollon laboratoriopalvelut siten, että palvelut tuottaa hyvinvointialueiden yhteisesti omistama osakeyhtiö. Tämä johtaisi kestämättömään tilanteeseen, jossa sairaanhoitopiirien vakiintuneita yhteistyöjärjestelyitä palveluiden tuottamiseksi jouduttaisiin purkamaan. Ehdotettu sääntely estäisi täten julkisessa terveydenhuollossa tarvittavien laboratoriopalveluiden tarkoituksenmukaisen järjestämisen mittakaavaetuja ja kustannussäästöjä tuottavalla tavalla. Toimintojen järjestäminen sairaanhoitopiirien yhteistyönä on tuottanut noin 10-15 %:n kustannushyödyn verrattuna erillään toimivien yksiköiden kustannustasoon. Mikäli toiminnot eriytettäisiin, saavutettu hyöty menetettäisiin. Fimlabin omistajien näkökulmasta se merkitsisi kustannustason nousua noin 17-20

miljoonalla eurolla vuodessa. Laboratorioalan asiantuntijoiden jatkuvasti pienenevän määrän huomioon ottaen se myös vaarantaisi palveluiden laadun ja riittävän saatavuuden.

Kiinnitän valiokunnan huomiota siihen, että vaatimusta hyvinvointialueen riittävästä omasta palvelutuotannosta on hallituksen esityksessä perusteltu perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisella julkisen vallan velvollisuudella turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Käsitykseni mukaan perustuslain 19 §:n 3 momentista ei kuitenkaan seuraa oikeudellista välttämättömyyttä säätää hyvinvointialueen riittävästä omasta palvelutuotannosta tavalla, joka rajoittaa hyvinvointialueen mahdollisuutta järjestää tarvitsemansa laboratoriopalveluiden tuotanto hyvinvointialueiden yhdessä omistaman in-house osakeyhtiön toimesta. Esimerkiksi Fimlab on vastannut omistajasairaanhoitopiiriensä tarvitsemien laboratoriopalveluiden tuotannosta jo vuodesta 2011 alkaen ilman, että kyseisen järjestelyn olisi katsottu olevan joiltain osin perustuslain vastainen.

Järjestämislain 12 §:ssä säädettäisiin lisäksi edellytyksistä palveluiden hankkimiselle yksityiseltä palveluntuottajalta. Yksityisen palveluntuottajan määritelmä kattaisi myös julkisomisteiset eli hyvinvointialueen, kunnan ja valtion omistamat yhtiöt, kuten Fimlabin. Hallituksen esityksessä näiden rajoitusten säätämistä on perusteltu perustuslain 124 §:n vaatimuksilla, jotka koskevat julkisen hallintotehtävän antamista yksityiselle. Käsitykseni mukaan perustuslain 124 §:n mukaisten rajoitusten ulottamista julkisen terveydenhuollon laboratoriopalveluiden tuotantoon ei kuitenkaan voida pitää oikeudellisesti perusteltuna.

Kuvantamispalvelut kattavat tällä hetkellä radiologisten palveluiden lisäksi kliinisen neurofysiologian, kliinisen fysiologian sekä isotooppilääketieteen erikoisalojen palvelut. Näillä erikoisaloilla edellytetään samoin erittäin korkeaa osaamista sekä ne sisältävät erittäin kalliita investointeja. Tulevaisuuden kehityssuunta on yhä enemmän vastaava kuin laboratoriopalveluissa. Näillä aloilla henkilöstöpula on jo nyt erittäin suurta ja joudutaan tukeutumaan eri alueiden yhteistyöhön. Kuvantamispalveluissa erityisesti voidaan hyödyntää etäsanelua ja -lausuntopalveluita. Kuvantamispalveluita tulee jatkossa voida kehittää hyvinvointialueiden yhteistyönä, jolloin tässäkin palvelusegmentissä yhtiömuoto saattaa olla hyvin toimiva ratkaisu. Kuvantamispalveluita yhdistetään yhä enemmän kliinisiin erikoisaloihin. Tästä kehityksestä on hyvä esimerkki verisuonikirurgian ja toimenpideradiologian yksikköjen yhdistämiset. Tampereella on tällainen toteutettu verisuonikeskus nimellä. Hyötynä jälleen se, että kalliit investoinnit ja osaaminen voidaan näillä erikoisaloilla yhdistää asiakkaiden eduksi. Verisuonisairauksissa ja toimenpideradiologiassa suunta on se, että vaativia toimenpiteitä keskitetään 24/7/365 toimiviin hyvinvointialueiden yhteisiin keskuksiin.

Kliinisiä tukipalveluita eli laboratorio- ja kuvantamispalveluita käyttävät niin sote-keskukset kuin erikoissairaanhoito. Lainsäädännössä näitä erikoisaloja käsitellään kuitenkin nyt eri lailla sen mukaan, puhutaanko perustason vai erikoistason terveydenhuollosta. Tulevaisuuden kehityssuunta pitäisi olla vahvasti integroidut palvelut ja silloin tulisi enemmän puhua terveydenhuollon palveluista riippumatta vaativuustasosta.

EHDOTUS: Viittaan Fimlabin antamaan omaan erilliseen lausuntoon, jossa ehdotukset lakitekstien korjaamiseksi. Koska lääketieteen kehitys on nopeaa kliinisillä lääketieteen aloilla, joita nyt lakitekstissä käsitellään tukipalveluina, ehdotan vielä selvitettäväksi, tulisiko näitä käsitellä kuten muita lääketieteen erikoisaloja ja mahdollistaa toiminta kaikilla terveydenhuollon tasoilla yhdenmukaisesti. Nykymuodossaan lakiteksti ei ole yksiselitteinen ja johtaa huonoihin ratkaisuihin.

7. **Hyvinvointialueiden välinen laskutus**

Rahoituslaki määrittelee hyvinvointialueiden rahoituksen. Lainsäädännössä otetaan kantaa liian vähän perusteisiin, miten hyvinvointialueet laskuttavat toisiaan palveluista. Tämä koskee erityisesti laissa erikseen määriteltyjä erikoissairaanhoidon YTA alueen keskitettäviä palveluita sekä harvempaan kuin viiteen yliopistolliseen sairaalan keskitettäviä palveluita. Lisäksi potilaiden vapaan valinnanvapauden asiakkaiden laskutus, toisella hyvinvointialueella toteutuneet päivystykselliset palveluiden laskutuksen periaatteet tulisi määrittää. Tällä on merkitystä erityisesti niille alueille, joilla ei ole omaa laajan palvelun päivystyssairaalaa. Hyvinvointialueita muodostuu 22+1 ja laajoja päivystyssairaaloita on 13. Lainsäädännön tulkinnanvaraisuudet johtavat herkästi oikeusprosesseihin. Jo tässä vaiheessa on selvää, että vuoden 2023 alusta hyvinvointialueiden kustannuslaskenta ja tuotteistus eivät ole yhdenmukaisia ja kunnossa. Erityisen problemaattiseksi tilanteen tekee HUS:n erityisasema. Sinne on keskitetty kaikkein vaativin ja kallein erikoissairaanhoidon palvelutuotanto kuten elinsiirrot. Laskutuksen tulisi olla läpinäkyvää ja avointa. Riskinä näen, että hyvinvointialueiden välisellä laskutuksella kompensoidaan rahoitusvajeita.

EHDOTUS: Lainsäädäntöön tulee saada tiukempi velvoite laskutuksen perusteista ainakin erikoissairaanhoidossa siten, että laskussa tulee ilmoittaa ja kuvata välisuoritetasoisesti laskutuksen perusteet ja hinnat (OKA-periaate= omakustannusperiaate). Ratkaisu voi olla muukin, kunhan se on oikeudenmukainen ja läpinäkyvä.

8. **Tieto- ja ICT-järjestelmäratkaisut muutosvaiheessa**

Ongelma: Sote-uudistuksessa tietojärjestelmiä joudutaan yhdenmukaistamaan (konsolidoimaan) tai valitsemaan yksi järjestelmä. Tämä koskee ensimmäisessä vaiheessa ainakin kaikkia pakollisia järjestelmiä kuten palkanmaksu, henkilöstö- ja päätöksentekojärjestelmät, työajan suunnittelu- ja seurantajärjestelmät, turvallisuuteen liittyvät järjestelmät kuten kulkuluvat, tietoturvaan liittyvät pääsynhallinnat eri järjestelmiin, viestintä, suurelta osin asiakas- ja potilastietojärjestelmät.

Kunnat ovat pääosin hankkineet edellä olevat järjestelmiä omaan käyttöön tai hyvin rajatulle käyttäjäkunnalle. Puolentoista vuoden aika ei riitä siihen, että järjestelmät kilpailutetaan ja käyttöönotetaan. Riskinä on myös markkinaoikeustilanteet. Sairaanhoitopiirin järjestelmien varaan voidaan tukeutua joiltakin osin, mutta niidenkin ongelmana on se, että niitä ei ole kilpailutettu hyvinvointialuetasoisesti. Lisäksi sairaanhoitopiirillä ei ole monia kuntien peruspalveluihin liittyviä ratkaisuja. Kunnilla keskenään on myös lukuisia erilaisia ratkaisuja, joita ei ole kilpailutettu yhteiseen käyttöön.

Suorahankinnasta (voimassa olevan lain mukaisesti) todetaan seuraavaa: Hankintalaki edellyttää kilpailuttamaan hankinnat, koska tapaukseen soveltuvaa suorahankintaperustetta ei ole. Hankintalain 40 §:n mukaan suorahankinta on mahdollista esimerkiksi, kun teknisestä tai yksinoikeuden suojaamiseen liittyvästä syystä vain tietty toimittaja voi toteuttaa hankinnan. Lain mukaa lisäedellytyksenä kuitenkin on, että järkeviä vaihtoehtoisia tai korvaavia ratkaisuja ei ole eikä kilpailun puuttuminen johdu hankinnan ehtojen keinotekoisesta kaventamisesta.

Suorahankintaperusteen käyttötilanteet ovat kuitenkin tarkasti rajattuja ja asettaa hankintayksikölle korkeat perustelu- ja näyttövelvoitteet. Hankintayksikön olisi hallituksen esityksen mukaan esimerkiksi osoitettava, että muun toimittajan on teknisesti lähes mahdotonta

saavuttaa vaadittu suoritustaso tai että on tarpeen käyttää erityistä tietotaitoa, välineitä tai keinoja, joita ainoastaan yhdellä toimittajalla on käytettävissään. Kyseessä tulee myös olla objektiivinen yksinoikeus siten, että hankintayksikkö ei ole itse saanut aikaan yksinoikeutta. Suorahankintaa käyttävien hankintayksiköiden olisi lisäksi perusteltava, miksi ne eivät voi käyttää vaihtoehtoja, vastaavia tai korvaavia tuotteita tai ratkaisuja.

Ratkaisussa KHO 7.4.2010 taltio 719 arvioitiin hanketta, jossa kuntaliitoksen yhteydessä kaupunki pyrki laajentamaan liittyvistä kunnista toisessa ollutta oppilastietojärjestelmää koko uuden kaupungin käyttöön kilpailuttamatta. Suorahankintaperusteena viitattiin muun muassa muutostilanteen hallittavuuden parantamiseen, koulutuksen tarpeen vähentymiseen sekä käyttökokemuksiin järjestelmästä. Ratkaisun mukaan kyseessä ei ollut tilanne, jossa teknisestä tai yksinoikeuden suojaamiseen liittyvästä syystä vain tietty toimittaja olisi voinut toteuttaa hankinnan, sillä asiassa esitetyn selvityksen mukaan markkinoilla oli tarjolla myös muiden toimittajien tarjoamia oppilashallintojärjestelmiä. Edellä mainitun ratkaisun perusteella tämä suorahankintaperuste ei tulle kyseeseen myöskään sote-uudistukseen liittyvissä tietojärjestelmien yhtenäistämisissä.

Edelleen suorahankinnan tekeminen on hankintalain mukaan mahdollista, jos määräaikojen noudattaminen on hankintayksikölle ennalta arvaamattomista syistä aiheutuneen äärimmäisen kiireen vuoksi mahdotonta ja hankinnan tekeminen on ehdottoman välttämätöntä. Hallituksen esityksen mukaan perusteen on lisäksi oltava äkillinen ja sellainen, jota hankintayksikkö ei ole kohtuudella voinut ennakoida. Tämä lienee ainoa oljenkorsi, johon voidaan tarttua. Sote-uudistusta tuskin voitaneen pitää ennalta arvaamattomana syynä, äkillisenä tai ennakoimattomana? Riittääkö perusteeksi se, että vasta kun väliaikaishallinnolla tai perustetulla maakunnalla on toimivaltaa, päästään tositoimiin.

Muut hankintalain 40 §:n mukaiset suorahankintaperusteet eivät sovellu tähän tilanteeseen. Myöskään hankintalain 41 §:n mukaiset lisätilausten suorahankintoja koskevat perusteet eivät sovellu tilanteeseen, koska 1 mom. mukainen peruste koskee vain tavarahankintoja ja 2 mom. edellyttää, että lisähankinnasta on ilmoitettu alkuperäisen hankinnan hankintailmoituksessa. Lisäksi lisätilaukset ovat mahdollisia vain laissa säädettyjen määräaikojen puitteissa, jotka nekään eivät täyty.

Suorahankinnan lisäksi tilannetta on mahdollista tarkastella myös olemassa olevan hankintasopimuksen muutoksena, mutta se ei muuta tilannetta edellä mainituista. Oikeuskäytännössä muotoutuneen periaatteen mukaan hankintasopimusta ei saa olennaisesti muuttaa sopimuskauden aikana ilman hankintalain mukaista uutta hankintamenettelyä. Tämä periaate on nyt myös kirjattu hankintalakiin yksityiskohtaisesti. On kuitenkin kyseenalaista, voidaanko nyt kyseessä olevia järjestelyjä pitää vain olemassa olevien sopimusten muutoksina, vaikka sopimuskumppanit ovatkin samoja, hankintasopimuksen luonne muuttuu olennaisesti.

Voimaanpanolain §:ssä 65 (Palvelujen hankkiminen siirtymäkauden aikana) todetaan seuraavaa: ”Hyvinvointialueelle 21 ja 26 §:n nojalla siirtyneiden sopimusten mukaisten palvelujen hankinnassa noudatetaan julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista annettua lakia (1397/2016). Hyvinvointialueen on ilman aiheetonta viivästystä aloitettava julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista annetun lain mukaisesti hankintamenettely hyvinvointialueen hallinnon ja toiminnan käynnistämistä varten sekä palvelutoiminnan jatkumisen turvaamiseksi tarvittavien palvelujen hankkimiseksi silloin, kun mainitun lain 26 §:ssä säädetyt kynnysarvot ylittyvät ja

hyvinvointialue ei ryhdy itse tuottamaan palvelua taikka tuota sitä yhteistoiminnassa muiden hyvinvointialueiden kanssa. Edellä 2 momentissa tarkoitetun hankintamenettelyn keston ajaksi hyvinvointialue voi tehdä väliaikaisen sopimuksen tai palvelujen tuottamista koskevan vastaavan järjestelyn, jos se on hyvinvointialueen toiminnan käynnistämistä varten tai palvelujen tuottamisen jatkuvuuden turvaamiseksi välttämätöntä. Edellytyksenä on lisäksi, että palvelujen tuottaminen siirtyneiden sopimusten mukaisesti tai muutoin aiheuttaisi merkittävää haittaa hyvinvointialueen toiminnalle tai hyvinvointialueen järjestämisvastuulle kuuluvien palvelujen tuottamiselle. Hyvinvointialue voi tehdä tässä momentissa tarkoitetun väliaikaisen järjestelyn enintään vuoden 2024 loppuun asti."

Edellä oleva pykälä ei näkemykseni mukaan auta niissä tilanteissa, joissa on välttämätöntä laajentaa järjestelmiä koko hyvinvointialueen käyttöön, ei siis vain sopimusten käyttöajan jatkamisesta vuoden 2024 loppuun saakka.

Tärkeää on täsmentää tätä pykälää ja selvittää, meneekö hankintalaki tässä laajentamistilanteessa yli voimaanpanolain. Tulkinnat ja määrittelyt ovat tärkeitä, koska tieto- ja viestintäjärjestelmien käyttöönotto toimeenpanovaiheessa ovat välttämättömiä, että aikataulut pitävät sekä turvataan siirtymävaiheen ratkaisut. Tämä vaatisi erityistä pohdintaa, sillä säästöt, joita järjestelmien yhdenmukaistamisilla (konsolidoinneilla) saavutetaan ovat hyvinvointialuetta kohden miljoonia, jopa kymmeniä miljoonia. Kilpailutukset tiukalla aikataululla tuottavat riskejä ja niiden muutoskustannukset ovat vieläkin suurempia.

EHDOTUS: Lainsäädäntöön tulee kirjata aukottomasti, että siirtymävaiheessa hyvinvointialue voi laajentaa kunnissa / organisaatioissaan olevia ja aiemmin hankittuja tieto- ja viestintäjärjestelmiä koko hyvinvointialueen käyttöön. Voimassa olevia sopimuksia tulisi voida laajentaa perustellusti ja tarkoituksenmukaisella tavalla hyvinvointialueen toiminnan käynnistämiseksi ilman takarajaa.

9. Maakunnan elinvoiman ja investointien turvaaminen

Hyvinvointialueratkaisu turvaa aiempaa paremmin sote-palvelut yhdenvertaisesti alueellaan. Palveluiden uudistamisen, tuottavuuden parantamisen ja kustannusten taittamisen näkökulmasta investointien turvaaminen alueella on välttämätöntä. Esitetty malli kuitenkin rajoittaa merkittävästi investointeja monella lailla. Suuret investoinnit eivät jatkossa enää mahdollista, koska poistoajat 10 vuotta eivät ole realistisia tänä päivänä. Isot sairaalakiinteistöjen lainojen poistoajat ovat useimmiten laskettu 25 vuoden ajalle. Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kiinteistöt ovat erittäin vanhoja. Viimeisten kymmenen vuoden aikana sairaaloiden uudistamishankkeet ovat olleet käynnissä, koska niiden ikä on pääosin yli 60 vuotta. Uudistamisohjelma jatkunee ainakin vielä runsaan kymmenen vuoden ajan. Samaan aikaan perustason sosiaali- ja terveydenhuollon kiinteistöt ovat pääosin 70-luvulta ja edellyttävät modernisointia. Uusi sote-keskus toimintamalli edellyttäisi uusia ratkaisuja, joissa otettaisiin huomioon sosiaalihuollon integraatio terveydenhuoltoon sekä digitalisaation tuomat mahdollisuudet. Lisäksi ikäihmisten määrän kasvun ja toimintakyvyn aleneman aiheuttamat uudet asumisratkaisut ja esteettömyyden vaatimukset tulisi korjata. Sairaalainvestointeja on käynnistetty arviolta 6 miljardin euron edestä ja tarve seuraavalle kymmenelle vuodelle lienee samaa luokkaa. Arvioin, että perustason investointitarve tulee olemaan muutamia miljardeja euroja vastaavaan aikaan. Perustason investoinnit tullevat siirtymään 3-1 vuodella, koska kunnilla ei ole haluja tai rahkeita investoida sote-kiinteistöihin. Vastaava tilanne lienee pelastustoimessa. Perustason kiinteistöjen omistus ja hallinta tulisi saada hyvinvointialueille. Tällä menettelyllä kiinteistökohteiden uudistaminen ja palveluverkon uudistaminen voisivat toteutua tarvelähtöisesti ja suunnitelmallisemmin. Joillakin alueilla, kuten

Pirkanmaalla, tilanne on se, että sairaanhoitopiiri ei voi investoida jatkossa vuosiin, koska nyt jo laskennallinen lainanhoitokate on ylärajoilla.

Yleisemminkin maakunnan alueen investoinnit ovat haasteellisia, koska vastaava tilanne on jäljelle jäävissä kunnissa. Kunnat eivät tulojensa perusteella voi saada niin edullisia ja suuria lainoja kuin aiemmin ovat saaneet. Tällä on merkitystä epäsuorasti hyvinvointialueen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Kuntien ja kaupunkien infraratkaisut vaikuttavat ympäristö- ja asumisratkaisuihin sekä hyten poikkihallinnollisiin ratkaisuihin. Suurimmat vaikutukset hyten näkökulmasta kohdistuvat isoihin kaupunkeihin ja kaupunkiseutuihin, koska niiden alueella on nähtävissä aiempaa enemmän päihde- ja mielenterveyden ongelmia, yksinasumiseen, erakoitumiseen (neet-nuoret) liittyviä ongelmia. Useat kaupunkiseutukunnat ovat hoitaneet edullisesti sote-palvelunsa, ja jatkossa näillä kunnilla tulee olemaan edellä olevin perustein suurempia ongelmia hoitaa tehtävänsä kuin muilla. Esimerkkinä Pirkanmaalla on arvioitu Kangasalan ja Hämeenkyrön tilannetta, jotka häviävät tässä suhteessa jäljelle jäävien tehtävien rahoituksessa, vaikka otettaisiin mukaan siirtymätasauksen vaikutukset.

EHDOTUS: Investointien takaisinmaksuaikoja tulee voida tarkastella pidemmällä ajanjaksolla. Tällä voitaisiin mahdollistaa sote-kiinteistöjen tämän hetken iso investointivaje. Investoinneilla tulee turvata palveluiden uudistamistarpeet ja jatkossa myös perustason palveluverkon ja kiinteistöjen uudistaminen. Muutenkin ehdotan, että investoinneista neuvotellaan tarkemmin ja joustavammin. Nykyinen malli tuo ”ahtaan pikkutakin” alueen investoinneille ja uudistumistarpeille. Vain tuottavuusinvestoinneilla hyvinvointialue voi saavuttaa sille asetetut tavoitteet.

10. Uudenmaan erityisratkaisut

Uudenmaan erityisratkaisuja palveluiden järjestämiseksi en pidä perustuslaillisesta näkökulmasta hyvänä ratkaisuna. Käytännössä tämä tarkoittaa, että hallituksen tavoittelema laaja hallinnollinen integraatio ja yhden johdon alaisuudessa toimiminen ei Uudellamaalla eli noin 1/3 suomalaisista kohdalla toteudu. Vuoteen 2040 mennessä Uudellamaalla asuu yli 40 prosenttia suomalaisista. Uudellamaalla tulee haasteelliseksi toteuttaa hallituksen keskeiseksi tavoitteeksi asetettu palveluintegraatio. Nyt alue jaetaan lukuisin alueisiin, joista osa sangen pieniä. Jatkossakin terveydenhuollossa säilyy raja erikoissairaanhoidon ja perustason palveluiden välillä, joka saadaan paremmalle tasolle muilla alueilla. Erityisesti yliopistollisen sairaalan erityisasema ei ole suotava, koska se asettaa koulutuksen, tutkimuksen ja erityistason palveluiden järjestämisen näkökulmasta alueet eriarvoiseen asemaan. Yliopistosairaaloiden työnjaosta sopiminen vaikeutuu erityisaseman takia. Koulutus ja tutkimustyö tulee turvata myös muilla hyvinvointialueella kehittämisen sekä henkilöstön saatavuuden ja vetovoiman takia. Uudellamaalla yliopistosairaalan erityismalli johtaa siihen, että erikoissairaanhoitoa ryhdytään laajemmin tuottamaan hyvinvointialueilla ja se aiheuttaa kilpavarustelua ja päällekkäistä palvelutuotantoa.

EHDOTUS: Uudenmaan ratkaisua erityisesti yliopistollisen sairaalan osalta tulee voida tarkastella uudelleen.

11. Yhdyspintatyö

Uudistus luo uusia raja-aitoja hyvinvointialueiden ja kuntiin jäävien palveluiden välille. Yhdyspintoja uudistava alatyöryhmä on aloittanut työnsä STM:n alaisuudessa. Yhdyspintatyötä tulee vauhdittaa toimeenpanon alussa, koska se luo ratkaisevan pohjan uudistuksen onnistumiselle. Erityisen suuri merkitys tällä on sivistystoimen alueella sekä hyvinvoinnin- ja terveyden edistämisen alueella. Kansallisella tasolla ei ole foorumia, jossa yhdyspintatyötä tarkasteltaisiin yhdessä kuntien kanssa.

Tärkeää on samassa yhteydessä kartoittaa muutkin yhdyspinnat muihin sidosryhmiin kuin kuntiin. Muiden yhdyspintojen osalta uudistuksella lienee hyvä vaikutus, koska jatkossa on yksi neuvottelukumppani eli hyvinvointialue.

EHDOTUS: STM:n ja SM:n ohjausneuvotteluissa ja neuvottelukunnassa tulisi olla kuntien edustus mukana, jota ei todeta nykyisessä lainsäädännössä. Ohjausneuvotteluiden aiheena on yhdyspintatyö, mutta tärkeä osapuoli puuttuu niistä.