8.3.2021

Talousvaliokunta
00120 Eduskunta

Viite: Talousvaliokunta tiistai 9.3.2021 klo 12.45 / HE 241/2020 vp / Lausuntopyyntö

ASIA: TAYS SYDÄNKESKUS OY:N LAUSUNTO

Eduskunnan talousvaliokunta on pyytänyt TAYS Sydänkeskus Oy:n (jäljempänä Sydänsairaala) lausuntoa hallituksen esityksestä eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta ja hyvinvointialueiden perustamista koskevaksi lainsäädännöksi (HE 241/2020 vp). Sydänsairaala kiittää saamastaan lausuntopyynnöstä ja antaa seuraavan lausunnon.

Yhtiömuoto on tarkoituksenmukainen ja tehokas toimintatapa erikoissairaanhoidossa

Sydänsairaala on perustettu sydänpotilaiden hoidon ympärille koottuna prosessiorganisaationa Tampereen yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2004. Sydänsairaalan toiminta on edelleen yhtiöitetty vuoden 2009 lopulla. Yhtiöjärjestykseen kirjattuna tavoitteena on vaikuttavan ja kustannustehokkaan sydänpotilaan hoidon turvaaminen. Nykyisin Sydänsairaala on kolmen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän omistama sidosyksikköasemassa toimiva yhtiö, joka tuottaa sopimusperusteisesti sydänpotilaiden erikoissairaanhoidon palveluja noin miljoonan asukkaan väestöpohjalle Suomessa.

Sydänsairaalamalli on osoittanut, että julkinen terveydenhuolto voi olla samaan aikaan potilaslähtöistä, vaikuttavaa ja kustannustehokasta. Omistajiensa sidosyksikkönä toimiva Sydänsairaala on kyennyt vastoin yleistä terveydenhuollon kehitystä lisäämään tuottavuutta viimeisten 10 vuoden aikana noin 15 %. Tuottavuuden kasvu on merkittävä ja heijastunut muun muassa siten, että palveluiden yksikköhintatasoa kunta-asiakkaille ei ole nostettu seitsemään vuoteen. Lisäksi yhtiö on kehittänyt ja tuonut uusia palvelumalleja asiakkaille, kuten kustannuksiltaan kevyempiä etä- ja lähipalveluja sekä vaikuttavuusperusteisia palveluja, kuten tahdistimien elinkaaripalvelun, jonka ansiosta kunnat säästävät ja palvelussa siirrytään maksamaan terveyshyödystä suoritteiden sijaan.

Kehitystyön tuloksena Sydänsairaalan kansansairauksiin eli sydän- ja verisuonitauteihin liittyvä hoito on 1) viiveetöntä ja oikea-aikaista, 2) potilaiden suosittelemaa (NPS 96) ja 3) kiireettömässä hoidossa 2010-luvulla toistetusti ja auditoidusti yliopistosairaaloista edullisinta omalla alallaan. Sydänsairaala on ensimmäinen erikoissairaanhoidossa toimiva suuri organisaatio, jolle on myönnetty terveydenhuollon SFS-EN 15224 -laatusertifikaatti.

Lakiesitys johtaa sidosyksikkömuodossa harjoitetun toiminnan purkamiseen tai toiminnan epätarkoituksenmukaiseen osittaiseen palauttamiseen hyvinvointialueelle ja edelleen kustannusten tuntuvaan kasvuun

Järjestämislakiluonnoksessa (12 §) edellytettäisiin, että hyvinvointialueella olisi oltava riittävästi omaa palvelutuotantoa. Hyvinvointialueen omana palvelutuotantona pidettäisiin vain hyvinvointialueen palveluksessa olevan henkilöstön tuottamia palveluita, eikä sen kanssa samaan konserniin kuuluvan henkilöstön tuottamia palveluita.

Esityksessä julkisten toimijoiden (ts. julkisten hankintayksiköiden) hankintalain (laki julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista; 1397/2016) 15 §:ssä tarkoitettuja sidosyksikköitä kohdeltaisiin vakiintuneesta oikeuskäytännöstä poiketen yksityisinä palveluntuottajina, eikä niitä luettaisi osaksi hyvinvointialueen omaa palvelutuotantoa. Esitykseen sisältyvällä linjauksella olisi näin ollen merkittäviä vaikutuksia kaikkien sidosyksikköasemassa toimivien organisaatioiden toimintaan Suomessa.

Pirkanmaan ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiireissä sekä helmikuusta 2021 alkaen Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä sydänpotilaiden erikoissairaanhoidon palvelutoiminta on toteutettu Sydänsairaalassa, joka toimii pääasiassa sidosyksikköasemassa suhteessa omistajasairaanhoitopiireihin. Käytännössä Sydänsairaalan kaltainen osakeyhtiömuodossa toteutettu omistajasairaanhoitopiirien yhteistoiminta ei olisi uudistuksen jälkeen enää mahdollista ja yhtiö jouduttaisiin purkamaan. Tämä johtaisi omistajasairaanhoitopiirien palvelujen mittakaavaetujen menettämiseen ja prosessitehokkuuden laskuun, heikentäen palveluja ja niiden vaikuttavuutta sekä nostaen väistämättä toiminnan kustannuksia. Esimerkiksi avosydänleikkauksen yksikköhinta olisi lähes kaksinkertainen nykyiseen verrattuna, mikäli Sydänsairaala palvelisi pelkästään Pirkanmaan aluetta.

Sydänsairaala katsoo, että toiminnan osittainen palauttaminen yhtiöstä hyvinvointialueelle ei johtaisi tarkoituksenmukaiseen lopputulokseen. Mikäli toimintaa jouduttaisiin palauttamaan sidosyksiköstä hyvinvointialueelle, siitä aiheutuva byrokratia ja toiminnalliset vaikutukset johtaisivat lopulta yhtiön purkamiseen. Toiminnan osittainen palauttaminen hyvinvointialueelle johtaisi väistämättä päällekkäiseen toimintaan kahdessa yksikössä (jononhallinta, laadun hallinta, toiminnan arviointi, kehittäminen ja johtaminen, investoinnit, tukitoiminnot ml. välinevarastointi, koulutukset ja osaamisen ylläpitäminen, henkilöstön joustavan käytön mahdollisuuksien menettäminen, mittakaavaedun menettäminen) ja nostaisi kustannuksia merkittävästi. Tällöin menetettäisiin sidosyksikköasemassa toimien saadut hyödyt ja potilashoidon sujuvuus heikentyisi.

Sydänsairaala näkee, että sääntely pikemminkin haittaa kuin tukee perustuslain 19 § 3 momentin perusoikeuksien toteutumista. Sydänsairaala korostaa, että se on nimenomaisesti perustettu lähes 20 vuotta sitten Suomen ensimmäisenä sydänyksikkönä potilaan hoidon ympärillä toimivaksi prosessiorganisaatioksi (ns. fokussairaala), jolla vältettiin vanhaan siilomaiseen toimintaan liittyvät päällekkäiset toiminnot ja hoidon viiveet sekä hoidon kustannustehokkuutta ja hoidon vaikuttavuutta voitiin merkittävästi nostaa. Sittemmin osaamiskeskus- ja fokussairaalamallit ovat tehokkuutensa vuoksi voimakkaasti yleistyneet terveydenhuollossa paitsi Suomessa, myös maailmanlaajuisesti.

Mikäli sidosyksikköasemassa toimiva Sydänsairaala purettaisiin, purkamisen välittömät vuotuiset lisäkustannukset olisivat arviolta noin 4–5 miljoonaa euroa yhtiömallin mahdollistamien joustavien toimintamallien menettämisen ja tehokkuuden laskun vuoksi. Tämä heijastuisi välittömästi palveluhintojen noin 5 % kasvuna julkisen palvelun järjestäjille. Pitkällä aikavälillä saavutetut hoidon mittakaavaedut menetettäessä olisivat vuotuiset kustannukset arviolta 5–10 miljoonaa euroa, joka palveluhinnoissa tarkoittaisi 5–10 % nykyistä korkeampaa hintatasoa julkisen palvelun järjestäjille.

Osaulkoistusmallissa, missä Sydänsairaala tuottaisi vain osan palveluista, kustannukset nousisivat päällekkäisyyksistä ja prosessitehottomuudessa johtuen todennäköisesti noin samassa suhteessa.

Jotta julkiset sairaalat voivat kehittää toimintaansa mahdollisimman ketterästi ja joustavasti ja vastata Suomen väestön ikääntymisen haasteeseen, tulee sidosyksikkömuodossa harjoitettu toiminta mahdollistaa vakiintuneen oikeuskäytännön mukaisesti osana hyvinvointialueen toimintaa myös erikoissairaanhoidossa. Toiminta tulisi lukea hyvinvointialueen omaksi tuotannoksi, mikäli sidosyksikön toiminnassa ja toimintaa ohjaavissa säännöissä ja sopimuksissa huomioidaan hyvinvointialueen riittävä ja ratkaiseva päätösvalta, ohjaus ja valvontamahdollisuus sekä toiminnan jatkuvuus palvelujen turvaamisen näkökulmasta.

Sydänsairaala esittää, että hyvinvointialueilla itsellään tulisi olla mahdollisuus päättää palveluiden tarkoituksenmukaisesta järjestämistavasta (SopS 66/1991). Riittävän oman tuotannon osuuden määrittely ja palveluiden tarkoituksenmukainen tuottamistapa tulisi jättää hyvinvointialueiden päätettäväksi.

Mikäli sidosyksiköt rinnastetaan yksityisiin palveluntuottajiin, rikkoo sijoittumisvapauden rajoittaminen Euroopan Unionin kilpailuoikeutta ja elinkeinonharjoittamisen vapautta koskevia säännöksiä

Järjestämislakiluonnoksessa (8 §) hyvinvointialueen järjestämisvastuu rajoitetaan sen maantieteelliselle alueelle. Hyvinvointialue voi järjestää ja tuottaa palveluja toisen hyvinvointialueen alueella vain, jos se toimii yhteistyössä tai -toiminnassa kyseisen hyvinvointialueen kanssa. Hyvinvointialueen yhtiöt, kuten Sydänsairaala, rinnastetaan yksityisiin palveluntuottajiin tuottaessaan palveluja hyvinvointialueelle.

Koska Sydänsairaala rinnastetaan esityksessä yksityisiin palveluntuottajiin, rajoitetaan (s. 376) Sydänsairaalan - mutta ei muiden yksityisten palveluntuottajien - sijoittumisvapautta vain omistajiensa maantieteellisesti rajatulle alueelle Suomessa tai sellaisten julkisen terveydenhuollon palvelujen järjestäjien maantieteellisesti rajatulle alueelle Suomessa, joiden kanssa Sydänsairaala solmisi palvelusopimuksen. Näin ollen annetulla lakiesityksellä Sydänsairaalan oikeutta sijoittua ja tuottaa palveluja Suomessa tai unionin alueella lain voimaantultua merkittävästi rajoitettaisiin ja loukattaisiin. Mikäli Sydänsairaala lain voimaan astuessa rinnastettaisiin yksityiseen palveluntuottajaan, sitä ei tulisi koskea lakiesityksessä sellaiset määräykset, jotka eivät ole tarkoitettu koskemaan myöskään muita yksityisiä ja unionin sisämarkkinoilla toimivia yksityisiä palveluntuottajia. Mikäli esitys tulisi voimaan

muuttumattomana, rikkoisivat sen määräykset Euroopan Unionin kilpailuoikeutta ja elinkeinonharjoittamisen vapautta koskevia säännöksiä.

Sydänsairaala on järjestänyt osan toiminnastaan noudattaen niitä periaatteita, joita Unionin oikeudessa sidosyksikköasemaan edellytyksinä liitetään. Yhtiö ei toimi kilpailutilanteessa markkinoilla, vaan se tuottaa palveluitaan omistajanaan olevalle hankintayksikölle. Kun yhtiön toiminta ei Unionin oikeuden periaatteiden valossa tapahdu kilpailutilanteessa markkinoilla, on yhtiön toiminnan rinnastaminen yksityisiin markkinatoimijoihin ratkaisuna kestämätön.

Esitykseen sisältyvä erikoissairaanhoidon virkalääkärivaatimus on perusteeton, sen merkitys hoidon järjestämisen ja vastuiden kannalta on epäselvä ja johtaa kustannusten tuntuvaan kasvuun

Järjestämislakiluonnoksen 12 § 3 momentissa määrättäisiin, että tietyt erikoissairaanhoitoon liittyvät tehtävät olisi osoitettava virkasuhteisen lääkärin hoidettavaksi. Näitä tehtäviä olisivat muun muassa välittömään potilashoitoon liittyvät sairaalaan ottamista ja siihen liittyvän hoidon tarpeen arviointia sekä hoitoratkaisuja koskevat päätökset sekä jo sairaalaan otetun potilaan osalta tehtävä hoidon tarpeen arviointi ja hoitoratkaisut. Perusterveydenhuollossa vastaavaa vaatimusta ei esityksen mukaan kuitenkaan olisi.

Erikoissairaanhoidon virkalääkärivaatimus on liitetty mukaan esitykseen osaksi hyvinvointialueen oman palvelutuotannon vaatimusta estämään erikoissairaanhoidon ulkoistuksia. Esityksen perusteiden perusteella vaikuttaa siltä, että ensisijainen peruste virkalääkärivaatimukselle olisi palveluiden taloudellinen vaikuttavuus ja taloudelliset seikat, joiden osalta esitys kuitenkin jättää avoimeksi, millä tavoin virkalääkärivaatimus vaikuttaisi esimerkiksi kustannuksia alentavasti.

Esityksessä tärkeimpänä keinona uudistuksen tavoitteisiin pääsemiseksi esitetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota. Sydänsairaala näkee, että potilaan hoidon kannalta keskeisintä on hoitoketjujen tehokkuus ja integraatio. Kuitenkin sääntely, jossa perusterveydenhuoltoa (ei virkalääkärivaatimusta) ja erikoissairaanhoitoa (virkalääkärivaatimus) säädellään eri tavalla, vaikeuttaa integraatiota ja sujuvien ja kustannustehokkaiden hoitoketjujen rakentamista sekä lisää kustannuksia.

Potilas ei voi suoraan hakeutua kiireettömään erikoissairaanhoitoon, vaan hänen on ensin saatava lähete perusterveydenhuollosta. Näin ollen perusterveydenhoidon piirissä tehtävä hoidontarpeen arviointi ja siihen liittyvä mahdollisen lähetteen kirjoittaminen tosiasiallisesti ratkaisee, miten ihmiset saavat perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitetut riittävät palvelut ja tapahtuuko tämä yhdenvertaisin perustein.

Esityksessä olisi tullut arvioida tai liittää vaikutusarvio siitä, millä tavoin virkalääkärivaatimus vaikuttaa hoidon saatavuuteen, tasoon ja kustannuksiin. Vaikutuksissa tulisi arvioida odotusaikana hoidon viivästymisestä koituvat kustannukset (virkalääkärihyväksynnän vaikutukset mm. päällekkäinen työ, virkalääkäreiden saatavuus). Etenevissä sairauksissa odottaminen heikentää ennustetta, koska

odotusaikana tauti voi vaikeutua ja akutisoitua. Viivästykset lisäävät odotusaikana syntyvän kiireellisen hoidon tarvetta: mm. päivystyskäyntejä, tutkimuksia ja toimenpiteitä sekä sairaalahoitoa. Lisäksi tutkimusten ja hoidon odottaminen aiheuttaa inhimillistä kärsimystä potilaille ja heidän läheisilleen sekä lisää yhteiskunnan kustannuksia (työkyvyttömyys, kuntoutus, muu palvelutarve).

Sydänsairaala katsoo, että virkalääkärivaatimus on perusteeton, mekanismina lisäarvoa tuottamaton ja hoitokustannuksia lisäävä. Virkalääkärivaatimus lisää myös alueellista epätasa-arvoa ja hoidon viivästymisestä johtuvia kustannuksia. Erityisiä haasteita se tuo pienimmille hyvinvointialueille ja sairaaloille sekä tietyille erikoisaloille, joilla on jo nyt vaikeuksia saada työvoimaa. Mikäli hyvinvointialueella olisi pulaa virkalääkäreistä, potilaan hoito kiireettömässä erikoissairaanhoidossa viivästyy, mikä lisää kustannuksia ja voi heikentää potilaan ennustetta. Tämä ei lisää yhdenvertaisuutta valtakunnallisesti, eikä näin ollen voi olla uudistuksen tavoite.

Laki sallisi poikkeuksia esimerkiksi vuokralääkäritoiminnassa erikoissairaanhoidon osalta (virkalääkärin jälkikäteinen hyväksyntä mm. hoidon saatavuuden turvaamiseksi). Kuitenkin lain sallimat poikkeukset vain lisäävät kustannuksia, sillä virkalääkärin jälkikäteishyväksyntä tarkoittaa käytännössä kaksinkertaista työtä.

Erikoissairaanhoitoa koskeva virkalääkärivaatimus poikkeaa merkittävällä tavalla nykykäytännön mukaisista julkisen hallintotehtävän hoitamiseen ja julkisen vallan käyttöön liittyvistä lähtökohdista (KHO:2012:63 ja KHO:2008:78). Esitys laajentaa julkisen vallan käyttöä tavanomaiseen palvelutuotantoon, jolloin kaikista lääkärin ratkaisuista syntyisi valituskelpoisia hallintopäätöksiä (KHO H316/20). Linjauksen kustannusvaikutukset voivat olla huomattavat. Lääkärityön juridisoituminen voisi johtaa ylivarovaisuuteen ja tavoitteiden vastaisesti kaikkien lähetteiden hyväksymiseen, turhiin tutkimuksiin ja ylidiagnosointiin tuomioistuinkäsittelyjen välttämiseksi. Lisäksi hoidon juridisoituminen voisi heikentää julkisen sektorin houkuttelevuutta terveydenhuollon ammattilaisten työpaikkana.

Jo pelkästään Sydänsairaalan kohdalla sydänpotilaiden yli 100 000 kliinisen palvelutapahtuman hallinnollinen virkalääkärikäsittely (lähetekäsittely, hoidon tarpeen arviointi ja hoitoratkaisut) lisäisi pelkästään välittömiä kustannuksia vähintään 0,5 miljoonaa euroa vuosittain. Tämä sitoisi samalla vähintään viiden lääkärin työpanoksen hallinnolliseen käsittelyyn. Hallinnollinen työ olisi pois potilaiden hoidosta tilanteessa, jossa lääkärityövoiman saatavuus on huono. Erikoislääkäreiden riittävyyteen liittyvä ongelma on erityisen merkittävä ikääntymisen myötä yleistyvissä sairauksissa, kuten sydän- ja verisuonisairauksissa. Esityksen virkalääkärivaatimuksella syntyy yhteiskunnalle merkittäviä lisäkustannuksia byrokratiasta, joka ei tuo lisäarvoa eikä edistä uudistuksen tavoitteiden toteutumista.

Sydänsairaala esittää, että potilaiden sujuvan ja kustannustehokkaan hoidon varmistamiseksi esityksessä olevasta virkalääkärin päätöksentekoa koskevasta vaatimuksesta tulee luopua sellaisissa erikoissairaanhoidon toimissa, joita ei nykyisinkään pidetä julkisen vallan käyttönä, vaan tavanomaisena palvelutuotantona.

Etäpalvelut ja potilaiden valinnanvapaus

Esityksen perusteluissa (s. 669) mainittu kielto tarjota etävastaanottoja ja sähköisiä palveluita tietylle potilasryhmälle tulee poistaa. Kielto ei edistä esityksen tavoitteiden saavuttamista ja se on EU-lainsäädännön vastainen. Päinvastoin sote-uudistuksessa tulisi kiinnittää huomiota etäpalveluiden lisäämiseen osana palveluratkaisuja, koska ne usein ovat paitsi välittömiltä kustannuksiltaan, myös välillisiltä kustannuksiin (potilaiden korvattavat matkakustannukset, ajankäyttö) sairaalassa tai terveysasemalle annettavia palveluja kustannustehokkaampia.

Lisäksi huomiota tulisi kiinnittää myös potilaiden vapaaseen liikkuvuuteen ja sen positiivisiin vaikutuksiin koskien palvelujärjestelmän laatua ja kustannustehokkuutta. Potilaat voivat Suomessa valita perusterveydenhuollostaan vastaavan terveysaseman sekä – yhdessä lähetteen kirjoittavan lääkärin kanssa – myös erikoissairaanhoidon hoitopaikan koko maan alueelta. Potilailla on lisäksi lakiin perustuva oikeus hakeutua hoitoon mihin tahansa EU- tai ETA-valtioon tai Sveitsiin. Kansallisessa lainsäädännössä valinnanvapaus perustuu terveydenhuoltolakiin (1326/2010) ja rajat ylittävässä terveydenhuollossa vapaan liikkuvuuden periaatteelle pohjautuvaan potilasdirektiiviin ja sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annettuihin EU-asetuksiin.

Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksessä 3/2015 potilaan valinnanvapautta julkisessa terveydenhuollossa koskien suurimpana heikkoutena pidettiin järjestelmälähtöisyyttä. Selvityksen mukaan säännöksiä ja palvelujärjestelmää tulisi edelleen kehittää, koska valinnanvapauden nykyinen rajoittunut järjestelmälähtöinen toteutustapa mitätöi monin paikoin esim. potilaan tosiasiallisen mahdollisuuden hoitopaikan valintaan (ks. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 3/2015. Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa. Osa 1: sääntelykehikko kansallisessa ja rajat ylittävässä terveydenhuollossa, s. 9–10). Esitykseen sisältyvät kategoriset rajoitukset koskien hyvinvointialueiden toiminnan rajoittamista yksinomaan niiden alueille eivät tue erikoissairaanhoidon yhdenvertaista saatavuutta koko maan alueella, eivätkä edistä potilaiden tosiasiallista mahdollisuutta vaikuttaa hoitopaikan valintaan.

Rahoitus ja kannustimet

Sydänsairaala pyytää valiokuntaa kiinnittämään huomiota esityksen hyvinvointialueiden lainanottovaltuuksiin ja investointien rajoituksiin, jotka voivat johtaa siihen, että hyvinvointialueet joutuvat turvautumaan epätarkoituksenmukaisiin ja kustannuksiltaan kalliimpiin ratkaisuihin palveluja järjestettäessä. Esitys ei myöskään sisällä kannustimia hyvinvointialueille, jotka tukisivat vaikuttavampien ja kustannustehokkaampien palvelumallien kehittämistä. Sydänsairaala esittää, että hyvinvointialueilla tulisi olla mahdollisuus esitettyä itsenäisimmin ja tarkoituksenmukaisemmin – paikalliset olosuhteet huomioiden – päättää palveluiden järjestämistavoista sekä luoda positiivisia kannustimia kestävämmän julkisen terveydenhuollon varmistamiseksi.

Tampereella 8.3.2021

Heikki Tyvi

hallituksen puheenjohtaja

Pasi Lehto

toimitusjohtaja