HUSin vastaukset talousvaliokunnan lisäkysymyksiin 19.4.2021.

Eduskunnan talousvaliokunta on pyytänyt asiantuntijoilta tarkennuksia erinäisiin hallituksen esitystä HE 241/2020 vp koskeviin kysymyksiin.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) vastaa kunnioittaen sille osoitettuihin kysymyksiin seuraavasti:

Miten kustannusten lähtötaso ja kehitys voitaisiin käytännössä huomioida alueellisesti?

- Valtakunnallisten perushintojen laskennassa tulee huomioida alueelliset erot.
- Tarvekertoimien laskennassa tulee käyttää koko maan keskimääräisten kustannusten sijaan alueellisia keskimääräisiä kustannuksia.
- Kustannusten kehitystä arvioidessa tulee huomioida alueelliset vaihtelut ja painotukset eri kustannuslajeissa.
- Palvelutarpeen ennustamisen taustalla olevaa SOME-mallia tulee kehittää; uudistusten vaikutukset tulee huomioida paremmin.
- Lähtötasossa tulee huomioida HUSin ja muiden yliopistosairaaloiden vastuulla oleva terveydenhuollon kehittäminen koulutuskustannusten, erikoistumiskustannusten ja varautumiseen liittyvien kustannusten osalta.

Miten tarvekerroinmallin sairausluokituksia (ja sosiaalipalveluiden huomiointia) tulisi parantaa ja laajentaa?

- Sairausluokkien tulee kuvastaa resurssien tosiasiallista kohdentumista. Nykyisellään luokituksesta puuttuu huomattava määrä sairausluokkia ja diagnooseja, joiden vuoksi potilaita hoidetaan elektiivisessä ja akuutissa erikoissairaanhoidossa. Useilla erikoisaloilla merkittävä osa kustannuksista aiheutuu lukumääräisesti vähäisistä, mutta erityisen vaativaa ja kallista hoitoa edellyttävistä sairauksista.
- Sairausluokkien ja diagnoosien valinnan tulee olla johdonmukaista ja loogista, sekä valinnan tulee perustua erikoisalakohtaiseen arviointiin ja validointiin.
- Sairausluokkien tulee sisältää myös akuutin hoidon diagnoosit. Luokitus huomioi nyt kroonisia sairauksia, mutta huonosti kroonisista sairauksista johtuvat akuutin hoidon. Esimerkiksi diabeteksen (diagnoosiluokat E10-E11) hoidon kustannukset ovat vähäisiä verrattuna diabeteksen komplikaatioiden hoitoon. Komplikaatioiden hoito näkyy nykyisessä luokituksessa huonosti.
- Sairausluokkien tulee huomioida selkeämmin väestörakenteen erilaisuuteen liittyvä tautien erilainen kirjo (mm. maahanmuuttajataustat).
- Sairausluokkien tulee huomioida HYKSin kansallinen rooli useiden harvinaisten sairauksien hoidossa ja hoidon koordinoinnissa sekä HUSin erva-alueen vaativan hoidon vastuuyksikkönä.
- Sairausluokituksen tulisi tunnistaa ehkäisevien toimenpiteiden merkitys sekä sairaustilat, joiden oikein ajoitetulla hoidolla suurempi haitta on vältettävissä.
- Sairausluokkia on lisättävä, mm.:
    - *Kuulovammaisuus*
    - *Keuhkoveritulppa*
    - *Sydänläppien sairaudet*
    - *Elvytys ja jatkohoito*
    - *R-luokka;* muualla luokittamattomat oireet ja sairaudenmerkit
    - *Trans – ja muunsukupuolisuus* (eriytyisesti HUS-aluetta kuormittava potilasryhmä, jonka hoidon huomioimiselle on koko kansallisen psykiatrian tuki.
    - *Lasten- ja nuorten psykiatria* (lasten mielenterveyden hoito on huomioitava sairausluokituksessa kokonaisvaltaisesti)
- Sairausluokkia on laajennettava ja osin pilkottava pienemmiksi kokonaisuuksiksi, mm.:
    - *Syöpä;* lisättävä D-luokan syövät ja yhtenäistettävä diagnoosien valintakriteerit
    - *Kilpirauhasen vajaatoiminta;* lisättävä kaikki kilpirauhasen toimintahäiriöiden diagnoosit

    - *Lihavuuden hoito* omaksi luokaksi
    - *Akuutit infektiot* lisättävä; tuberkuloosi on huono indikaattorisairaus infektioiden osalta ja vain pieni osa infektiosairauksista soveltuu mallin nykyisin luokituksiin. Luokituksessa käytetään tartuntatautirekisteriä, jonka perusteella raskaisiin somaattisiin hoitoihin liittyvien infektioiden kuormaa ei voi arvioida.
    - *Komplikaatiot*
    - *Hermoston sairaudet*; luokitus vaatii perusteellisen arvioinnin. Erikoissairaanhoidon keskeisen toiminta-alueen kattava kallis ja usein tehohoitoa vaativa hoito lisättävä luokitukseen.
    - *Silmien sairaudet* lisääntyvät väestön ikääntyessä; nykyinen luokka laajennettava
- Sairausluokkia on vaihdettava, mm.:
    - *Tuberkuloosi* tilalle infektioiden ja tartuntatautien yleisyyttä ja kustannuksia paremmin ilmentävä sairausluokittelu
    - *Eteisvärinän* tilalle sydämen johtumishäiriöt
- Tarvekerroin mallia tulee kehittää siten, että se huomioi palvelujen laadun ja vaikuttavuuden.

Miten osin lähtötasoon perustuva malli ja vain osittaiset sairausluokitukset huomioivat sen, että esimerkiksi mielenterveyspalveluita ei tällä hetkellä resursoida riittävästi?

- Psykiatriset sairaudet aiheuttavat mittavat kustannukset sote-sektorille. Diagnoosipohjainen ilmaantuvuus ei tavoita kaikkia kustannuksia. Erityisesti monisairaat ja sote-palveluja paljon tarvitsevat tulisi havaita tarveperusteisessa luokittelussa paremmin. Esimerkiksi kohdennettu rahoitus tähän palveluryhmään varmistaisi paremmin riittävän resurssoinnin.
- Esimerkiksi lastenpsykiatriassa lähtötasoon perustuva malli ei ota huomioon sitä pitkäaikaista hoitovajetta, joka johtuu ensisijaisesti perustason puutuvista palveluista. Tämä tarve näyttäytyy erikoissairaanhoidon kysynnän jatkuvana kasvuna perustason puutteellisten palveluiden vuoksi. Erikoissairaanhoidon sisällä on lähtötilanteen kuvaamisessa se ongelma, että osastohoito ja muu intensiivinen, osastohoitoa korvaava hoito eivät ole ajankohtaisesti riittävällä tasolla. Lasten mielenterveyden hoidon laaja-alaiset puutteet ovat johtaneet tilanteeseen, jossa yhä useampi lapsi tulee hoitoon vaikeasti oireilevana ja tarvitsee intensiivistä hoitoa. Yhteenvetona voidaan todeta, että sekä polikliinisten että osastopalveluiden osalta nykytilanteen kuvaus ei vastaa tarvetta vaan asianmukaisen hoidon järjestäminen edellyttää lisäresursointia.

Miten kannattaisi arvioida tieteellisesti ja avoimesti rahoitusmallin vaikutukset terveyteen ja talouteen?

- Uudellamaalla HUSin ja alueen peruspalvelujen dataa pitää pystyä yhdistämään koko palveluketjun osalta ketterästi. Tutkimuslupamenettelyn kautta tämä on mahdollista, mutta rahoitusmallin vaikutuksia olisi pystyttävä arvioimaan nopeamminkin kuin tieteellinen tutkimus mahdollistaa. Tämä korostaa tiedon integraation merkitystä ja sitä uudistus on Uudellamaalla heikentämässä. (Tapani)

Kuinka suuria heittoja tarvekerroinmallin virheet / epätarkkuudet voivat aiheuttaa euromääräisesti?

- HUSin teettämän asiantuntija-arvion perusteella tarvevakiointimallin parametrien simuloinnilla voidaan perustella hyvinkin erilaisia rahan jakoja hyvinvointialueille. HUSin alueen rahoituksen vaihteluväliksi laskettiin n. 1 mrd. euroa. Enimmillään rahoitusta kohdentui HUS alueelle 0,5 mrd euroa nykyistä mallia enemmän. Toisaalta rahanjakolaskelman toisessa päässä HUS:n alueelta vähentyi 0,5 mrd. euroa. Suuri vaihteluväli kertoo THL:n tarvevakiointimallin tuloksiin liittyvästä epävarmuudesta.

Tulisiko asukasperusteisen laskennan osuutta lisätä?

- Laskennan tulisi ensisijaisesti perustua kustannusten aiheutumisperusteeseen ja sote-palveluiden alueelliseen tarpeeseen sekä alueellisten kustannusten että palvelutarpeen kehitykseen.

HUS-alue on laskenut, että sairasluokituksessa vain n. 54% sairauksista on huomioitu, mikä on osuus muissa sairaanhoitopiireissä?

- HUSilla ei ole tietoa muiden sairaanhoitopiirien laskelmista.

Jos uudistus viedään läpi esitetyssä muodossaan ilman muutoksia, onko se mielestänne parannus vai heikennys nykytilaan suomalaisten hyvinvoinnin kannalta?

- HUS ottaa kantaa erityisesti Uudenmaan erillisratkaisun osalta, koska se on Uudellemaalle valittu ratkaisu tässä uudistuksessa. HUSin näkökulmasta uudistus ei käytännössä paranna Uudenmaan asukkaiden hyvinvointia. Käytännössä muutokset nykytilanteeseen esimerkiksi palveluintegraation toteuttamisen osalta tulevat jäämään vähäisiksi, koska palvelujärjestelmän perusrakenne esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjaon osalta tulee olemaan hyvin nykyistä vastaava. Sen sijaan uudistus heikentää esimerkiksi tiedon integraatiota ja siten palveluintegraation edellytyksiä nykytilanteeseen verrattuna, kun nykyisestä terveydenhuoltolain 9 §:n mukaisesta yhteisestä potilastietorekisteristä luovutaan ja Uudenmaan eri toimijoiden välistä tietojen vaihtoa hankaloitetaan nykyisestä.

Miten yksityisten palveluntarjoajien rooli muuttuisi uudistuksessa? Kuinka laaja mahdollisuus hyvinvointialueilla tosiasiassa on järjestää palveluja haluamallaan tavalla uudistuksen jälkeen?

- HUSin näkökulmasta HUSin mahdollisuudet hyödyntää yksityisiä palveluntuottajia tulisivat annettujen ehdotusten perusteella heikkenemään merkittävästi. Tämä tulisi vaikeuttamaan esimerkiksi päivystyksen järjestämistä, missä on jo tällä hetkellä paikoin merkittävää henkilöstöpulaa. HUSin kliinisessä toiminnassa ostopalvelujen rooli ei kuitenkaan ole ollut merkittävä, ja todennäköisesti HUS pystyisi sopeuttamaan toimintansa muuttuneeseen tilanteeseen. Myös HUSin osalta nykyinen palvelutaso todennäköisesti heikkenisi muutoksen seurauksena etenkin pääkaupunkiseudun ulkopuolella. Muualla Suomessa ostopalvelujen rooli erikoissairaanhoidossa voi kuitenkin olla aluekohtaisesti merkittävä, jolloin muutos voi pahimmillaan rapauttaa palvelutuotantoa tällaisilla alueilla olennaisesti.
- Keskeinen päivystyksiin liittyvä ongelma on ollut, että kuntia ei ole velvoitettu osallistumaan sairaanhoitopiirien ylläpitämien yhteispäivystysten yleislääkäripäivystäjien osoittamiseen. Sairaanhoitopiirillä, kuten HUSilla, ei ole mitään muuta yleislääkäreille osoitettavaa työtä, jolloin yleislääkärien palkkaaminen sairaanhoitopiiriin vain riittävän päivystäjäresurssin ylläpitämiseksi ei ole taloudellisesti eikä toiminnallisesti kannattavaa. Käytännössä ainoaksi taloudellisesti ja toiminnallisesti järkeväksi ratkaisuksi on olut hankkia yleislääkäripäivystäjiä yksityisiltä markkinoilta, tai ulkoistaa tiettyjen päivystyspisteiden osalta toiminta kokonaisuudessaan. Mikäli tämä ei olisi enää mahdollista, tulisi tällä olemaan merkittäviä taloudellisia ja toiminnallisia vaikutuksia.

Asiantuntijakuulemisessa on väitetty, että uudistuksessa yksityisen sektorin kanssa tehtyä yhteistyötä rajoitetaan ja vähennetään merkittävällä tavalla ja tämän myötä kasvavat kustannukset arvioituakin nopeammin ja samalla tuottavuus heikkenee. Miten kommentoitte tätä väitettä?

- Hyvinvointialueet ja HUS ovat järjestäjien roolissa ja järjestäjän keskeisenä tehtävänä on tunnistaa ja arvioida väestön palvelutarve ja määrittää palvelutarpeen tyydyttämiseksi parhaat tuotantokeinot. Tällä hetkellä näitä keinoja ovat oman tuotannon lisäksi mm. kunnallinen yhteistyö, ostopalvelu ja palveluseteli. Jos näitä järjestäjän käytettävissä olevia keinoja lainsäädännöllä rajoitetaan, on vääjäämättä lopputulos vähemmän optimaalinen kuin olisi ollut ilman tätä muutosta. Uudistuksessa muodostetaan selkeitä rajoituksia yksityisen sektorin kanssa tehtävään yhteistyöhön. Alueesta riippuu, mikä merkitys ja painoarvo yksityisen sektorin kanssa tehdyllä yhteistyöllä on ollut ja minkälaista potentiaalia siinä olisi, mutta selvää on, että järjestäjien käytössä olevien keinojen rajoittaminen johtaa tuottavuuden heikkenemiseen.

Asiantuntijalausunnoissa on tuotu esiin, että raja sallitun ja ei-sallitun yksityisen palvelutuotannon kohdalla on epäselvä (mm. Teperi). Kuinka kommentoitte tätä väitettä ja miten kuvaatte tilannetta?

- Yksityiseltä palveluntuottajalta hankittavista palveluista esitetään säädettäväksi järjestämislain 3 luvussa. Lain 12 §:n 1 momentissa todetaan pääsääntö, jonka mukaan järjestäjät voivat hankkia palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. Lainkohdan 2 ja 3 momentissa esitetään säädettäväksi pääsääntöön kuitenkin useita rajoituksia. Lain 13 §:ssä on vastaavaa sääntelyä hankittavan ja vuokrattavan työvoiman osalta, joiden osalta kuitenkin taas tehdään poikkeuksia 12 §:n rajoituksista. Sääntelyä on luonteeltaan kasuistisena eikä sitä voi pitää selkeänä. Kun joka tapauksessa palveluiden järjestäjä vastaa myös ostopalveluiden sisällöstä ja valvonnasta, on vaikea nähdä, mitä lisäarvoa tällaisella detaljitason sääntelyllä saavutetaan. Sääntelyn tarkoitus jää ylipäätään epäselväksi, jolta osin viittaamme mm. KHO:n 25.9.2020 antamaan lausuntoon dnro H316/20 ja siinä esitettyihin perusteluihin.
- Erikoinen on 13 §:ssä kuvattu jako hankittavaan ja vuokrattavaan työvoimaan. Tätä jakoa perustellaan lain perusteluissa sillä, että hankittavassa työvoimassa henkilöstön työnantaja olisi itse terveydenhuollon toimintayksikkö ja vuokrattavassa ei, vaikka kyse olisi terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Jaottelu on joka tapauksessa merkityksetön, koska jos kyse on palvelun hankinnasta, sovelletaan 12 §:ää ja jos on kyse työvoiman vuokraamisesta, suoritetaan tehtävät vuokraavan palvelujen järjestäjän lukuun.

Esitykseen sisältyy pykäliä, joiden nojalla jotkut ulkoistussopimukset tai sopimusehdot voisivat muuttua mitättömiksi tai uuden sääntelyn mukaan lainvastaiset sopimukset voitaisiin irtisanoa. Kuinka arvioitte sopimusten irtisanomiseen, mitätöimiseen ja uudelleen neuvotteluun liittyviä kustannuksia ja muita vaikutuksia ja riskejä kuntatalouden näkökulmasta?

- Järjestämislain 29 §:ssä ehdotetaan säädettäväksi, että tietyt ostopalvelusopimukset olisivat suoraan lain nojalla mitättömiä. Kriteerit mitättömyydelle ehdotetaan säädettäväksi lainkohdan 1 momentissa. Lainkohdan 2 momentissa puolestaan annetaan hyvinvointialueelle mahdollisuus irtisanoa tällaiset sopimukset, jos niiden soveltaminen johtaisi lainkohdassa mainittuihin hyvinvointialueista annettavan lain tai sote-järjestämislain vastaisuuksiin. Käytännössä edellä mainittu tarkoittaa sitä, että kaikki Suomen sote-ostopalvelusopimukset tulee käydä läpi ja analysoida, rasittaako niitä 1 momentissa tarkoitettu mitättömyys tai onko niillä mahdollisesti 2 momentissa tarkoitettuja vaikutuksia. Ottaen huomioon sen, että sopimukset ovat tällä hetkellä palvelutuotannon käytössä, eivät sopimusten puutteet käytännön näkökulmasta liene kovin mittavia. Sen sijaan edellä mainittu sopimusten läpikäynti on poikkeuksellisen mittava työ, joka edellyttää sekä lainopillista että lääketieteellistä asiantuntemusta. Sopimusten läpikäynti tulee suorittaa myös esim. HUSissa, vaikka HUSin perusrakenne ei uudistuksessa muutukaan.
- HUSin sopimusrekisterissä on noin 5500 aktiiviseksi merkittyä sopimusta. Sopimuksista tulee seuloa ensin esiin yksityisten palvelutuottajien kanssa tehdyt sopimukset, jonka jälkeen nämä sopimukset luetaan asiantuntijan toimesta läpi ja tunnistetaan mitättömyysseuraamuksen tai irtisanomisperusteen rasittamat sopimukset. Nämä puolestaan johtavat ensi vaiheessa jatkoneuvotteluihin vastapuolen kanssa ja tämän jälkeen mitättömyyden toteamista tai irtisanomista koskevan päätöksen tekemiseen. Osa päätöksistä johtanee hallintoriitaprosesseihin, joka on määritetty prosessilajiksi järjestämislain 67 § 2 momentissa. Tämän ohella pitää käynnistää menettelyt korvaavien palveluiden järjestämiseksi mitättömäksi päätetyn tai irtisanotun sopimuksen sijaan. Menettely on kokonaisuudessaan huomattavan työllistävä, ja se todennäköisesti tulee vaatimaan vielä ennakko-odotuksia enemmän työpanosta ja aikaa. Htv-vaikutuksia ei ole arvioitu tämän tarkemmin tässä vaiheessa.

Kuinka suurena uhkana näette koulutetun työvoiman saatavuuteen liittyvät ongelmat sote-sektorin kehittämisessä ja tuoko uudistus välineitä vaikuttaa asiaan?

- Koulutetun työvoiman saatavuudessa on pahenevia ongelmia myös HUSissa. Osaavan työvoiman saamisessa ja pitämisessä kaikista keskeisintä ovat työn mielekkäisiin sisältöihin, työn itsenäisyyteen ja johtamiseen liittyvät kysymykset. Myös palkkaratkaisuilla ja muulla palkitsemisella on vaikutusta. Uudistus ei käytännössä tuo näihin kysymyksiin vastaamiseen mitään uusia välineitä.

Lausunnoissa kannetaan huolta kuntien ja hyvinvointialueiden välisestä integraatiosta ja näiden väliin jäävissä palveluissa. Erityisesti ennaltaehkäisen hoidon saatavuuden, kannusteiden ja Uudenmaan erillisratkaisun suhteen esiintyy huolta. Millä tavoin integraation vahvistaminen on huomioitu uudistuksessa?

- Uudenmaan kohdalla integraation vahvistaminen on otettu uudistuksessa huonosti huomioon. Erillisratkaisu lähtökohtaisesti mahdollistaa integraation muuta maata huonommin ja HUS-yhtymän näkökulmasta tiedon integraation heikentyminen nykytilanteeseen verrattuna pahentaa tilannetta edelleen. HUS-yhtymään ratkaisussa ehdotettu integroiva perusterveydenhuollon yksikkö on tärkeä integraatiota vahvistava elementti, jonka toimintaedellytykset tulee esimerkiksi järjestämissopimuksessa riittävällä tavalla turvata.

Asiantuntijakuulemisessa on väitetty, ettei uudistus sisällä riittäviä kannustimia kustannusvaikuttavuuden kehittämiseen ja ennaltaehkäisevään työhön. Millaiset ovat hyvinvointialueiden kannustimet kustannusvaikuttavuuden kehittämiseen ja ennaltaehkäisevään työhön?

- Hyvinvointialueiden kannustimet ennaltaehkäisevään työhön eivät ole hyvät. Ennaltaehkäisevän työn kannustimien kehittäminen onkin tärkeää ja menestyksellisen ja vaikuttavan ennaltaehkäisevän työn painoarvoa rahoituskokonaisuudessa tulisi varovasti lisätä. Myös kustannusvaikuttavuuden kehittämisen hyödyn tulee näkyä hyvinvointialueen rahoituksessa.
- Sairausluokitukset huomioivat huonosti preventiiviset toimet ja käynnit sairauksien hoidossa. Näillä palveluilla ja niihin liittyvillä kustannuksilla kyetään kuitenkin estämään kustannuksiltaan kalliiden hoitojen realisoituminen.

Vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä jakautuu kuntien ja hyvinvointialueiden välille. Tähän on arvioitu asiantuntijakuulemisessa sisältyvän riski siitä, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jäisi ns. ”ei kenenkään maaksi”. Miten arvioitte väitettä? Koska hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osuus esimerkiksi kuntien saamasta rahoituksesta on melko pieni, se herättää kysymyksen siitä, miten se kannustaa kuntia panostamaan ennaltaehkäisevään ja hyvinvointia edistävän työhön?

- Tämä riski on todellinen. Kunnilla ei välttämättä ole jatkossa kannusteita hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, koska sosiaali- ja terveydenhuollosta, ts. hyvinvoinnin ja terveyden ongelmista, johtuvat kustannukset eivät jatkossa ole enää niiden vastuulla. Asiassa tarvitaan hyvää yhteistyötä ja todellisia kannustimia myös kunnille.
- Ennaltaehkäisevän ja hyvinvointia edistävän työn painoarvoa kuntatasolla voidaan yrittää lisätä osallistamalla asukkaita entistä paremmin sivistystoimeen, vapaa-aikaan ja liikuntaan ja liikenteeseen sekä maankäyttöön ja asumiseen liittyvään päätöksenteon valmisteluun ja vaikutusten arviointiin.
- Kunnissa, hyvinvointialueilla ja HUS-yhtymässä sovellettavat samanlaiset hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen perusrakenteet ja -toimintatavat helpottavat panostamista hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vaikuttavuuteen ja taloudellisiin ulottuvuuksiin liittyvän tutkimuksen edistäminen on tärkeää.

Asiantuntijalausunnoissa on kannettu huolta **kuntien** investointikyvystä ja lainakannan hoito- ja takaisinmaksukyvystä veropohjan muuttuessa ja rahoituksen siirtyessä valtionosuuspainotteisemmaksi. Miten arvioitte väitettä?

- Esitetty investointien valtionohjausmalli estää pitkäjänteisen investointien suunnittelun: Investoinnit tulee esittää STM:n ja edelleen VM:n hyväksyttäviksi ja joka vuosi erikseen määriteltävä lainanottovaltuus sanelee suoraan niiden määrän ja ajoituksen. Malli tukee hyvin valtion lainatakausvastuiden määrän hallintaa, mutta ei sote-uudistukselle asetettuja tavoitteita.

- Peruskorjaus- ja korvausinvestointien rahoittaminen hyvinvointialueille maksettavasta yleiskatteisesta rahoituksesta ei Uudellamaalla tule toteutumaan alueen tiukasta kokonaisraamista johtuen.
- Esitetty lainanottovaltuuksien laskentamalli ei tule riittämään HUS-yhtymän investointitarpeiden toteuttamiseen.

Potilasdirektiivin implementoiminen: Asiantuntijakuulemisessa on arvioitu, että Suomi voi joutua korvausvastuuseen, mikäli potilasdirektiiviä ei implementoida. Miten arvioitte väitettä?

- Yleisellä tasolla voidaan todeta, että potilasdirektiivi antaa suoraan EU-kansalaisille oikeuksia. Komissio on antanut Suomelle perustellun lausunnon 29.4.2016 (2015/4179), jossa komissio katsoo, että Suomessa käyttöön otettu korvausmalli, jonka mukaan ilman ennakkolupaa toisesta EU tai ETA-valtiosta tai Sveitsistä haetun terveydenhuollon kustannukset korvataan sairausvakuutuslain mukaisesti (nk. Kela-korvaus), on potilasdirektiivin vastainen. Komission kannan mukaan kustannukset pitäisi korvata siten, että potilaan maksettavaksi jäisi sama summa, jonka hän olisi maksanut kyseisestä hoidosta Suomen julkisessa terveydenhuollossa. Suomi on kiistänyt vastauksessaan (28.6.2016) komission väitteet.
- Komissio on vastannut parlamentin jäsenen kirjalliseen kysymykseen 13.11.2020 (P-005395/2020), että rikkomusmenettely on edelleen vireillä. Vastauksen mukaan komissio ottaa huomioon kansallisen lainsäädännön mahdollisen tarkistamisen päättäessään rikkomusmenettelyn seuraavista vaiheista. Tiivistetysti tämä tarkoittaa sitä, että komissio on odottanut sote-lainsäädännön uudistusta. Uudistus ei ole muuttamassa tilannetta niin, että komission kritiikiltä poistuisi peruste.
- Yhteenvetona voidaan todeta, että direktiivin implementoinnin puutteet voivat ensinnä johtaa direktiivin suoraan sovellettavuuteen. Lisäksi direktiivin implementoinnin puutteet voivat johtaa valtion korvausvastuuseen.

Kuulemisessa on esitetty, että hyvinvointialueille siirtyvät valtion takaamat lainat, joiden korko ei muutu, muodostavat kiellettyä valtion tukea alueille. Miten arvioitte väitettä ja riskiä sekä notifioinnin tarvetta siirtyvien lainojen osalta?

- SEUT 107 artiklan 1 kohdan mukaan valtion varoista myönnetty tuki, joka vääristää tai uhkaa vääristää kilpailua suosimalla jotakin yritystä tai tuotannonalaa ei sovellu sisämarkkinoille, siltä osin kuin se vaikuttaa jäsenvaltioiden väliseen kauppaan. Lainoille myönnetty valtiontakaus täyttää selvästi kriteerin “valtion varoista myönnetty tuki”. Hyvinvointialueiden toiminta ei ainakaan pääosin ole luonteeltaan taloudellista toimintaa eikä niitä voida näin pitää näiltä osin artiklan tarkoittamina yrityksinä, mutta tätä tulokulmaa ei myöskään voida sulkea pois kokonaisuudessaan hyvinvointialueiden osalta. Valtion takauksilla on lisäksi positiivisia vaikutuksia lainanantajina toimivaan rahoituslaitoksiin verrattuna tilanteeseen, jossa takauksia ei myönnettäisi, ja järjestelyn on mahdollista katsoa suosivan niitä rahoituslaitoksia, joiden myöntämiä lainoja taataan. Koska asiassa on esitetty perusteltu väite mahdollisesta kielletystä valtiontuesta, tulisi SEUT 108 artiklan 3 kohdan mukaisesti mahdollisesta valtiontuen myöntämisestä ilmoittaa komissiolle. Jos ilmoitus tehtäisiin tässä vaiheessa, olisi komissiolla mahdollisuus reagoida artiklan mukaisesti asiaan ja esittää huomautuksensa. Asiassa tulee ottaa huomioon lisäksi se, että jäsenvaltiolla on myös yhteisön perustamissopimukseen sisältyvään lojaliteettivelvoitteeseen palautuva velvollisuus valvoa unionin valtiontukisääntöjen noudattamista.

Coxa ja Sydänsairaala ovat kuulemisessa tuoneet esiin huolen, että uudistuksen jälkeen heidän toimintansa ei olisi mahdollista eli esitys johtaisi sidosyksikkömuodossa harjoitetun toiminnan eli osakeyhtiömuodossa toteutetun omistajasairaanhoitopiirien yhteistoiminnan purkamiseen tai toiminnan epätarkoituksenmukaiseen osittaiseen palauttamiseen hyvinvointialueelle ja sitä myötä kustannusten kasvuun. Miten kommentoitte tätä väitettä? Millä tavoin ko. toiminta olisi mahdollista myös uudistuksen jälkeen?

- Yksityisten hoidettavaksi ei voida antaa hyvinvointialueen järjestämistehtäviä tai julkista valtaa sisältäviä tehtäviä. jotka hyvinvointialueen on hoidettava viranomaisena. Oman palvelutuotannon tulisi muodostaa toiminnan ytimen siten, että eri toiminnoissa tarvittava oman henkilöstön palvelutuotantoon

liittyvä osaaminen sekä toiminnan vakaus olisi turvattu eikä palvelutuotanto vaarantuisi häiriötilanteissa. Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi hyvinvointialueella on oltava palveluksessaan toiminnan edellyttämä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö sekä hallinnollinen ja muu henkilöstö, hallinnassaan asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet sekä muut tarvittavat toimintaedellytykset.

- Nykyisen lain aikana Pirkanmaan SHP:n omistama Helsingin Sydänsairaala Oy:n angiolaboratoriotoiminta johti merkittävään valinnanvapauspotilaiden laskutuksen nousuun kohdentuen HUS Sydän- ja keuhkokeskukseen. Tutkimusindikaatiot eivät noudattaneet järjestämisvastuullisen hyväksymää ohjeistusta ja saattoivat potilaat epätasa-arvoiseen asemaan hoitoon pääsyn suhteen. Muutos oli merkittävä. Potilaat voivat hakeutua suoraan tai lääkärin lähettämänä erikoislääkäripoliklinikalle. Tämä johti palvelutarjonnan vääristymään siten, että sairauden kiireellisyysasteen mukainen hoitoon pääsy ei enää toteutunut. HUS ei pystynyt järjestämisvastuullisena valvomaan hoitoon pääsyindikaatioita, hoitoindikaatioita eikä tehtyjä toimenpiteitä. Invasiivisen kuvantamisen kritiikitön käyttö johtaa ylidiagnostiikkaan, merkityksettömien suonilöydösten pallolaajennustoimenpiteisiin ja turhiin komplikaatioihin.
- Kun vertailimme kustannuseroa Helsingin Sydänsairaalan ja oman palvelutuotannon välillä, keskimääräinen kustannusero oli >35 %. Potilaiden hoidossa ei ole hintakattoa. Tämä johtaa vääristymään, jossa hoidetaan nopealla tahdilla potilaita, joista saatavissa mahdollisimman suuri taloudellinen nettohyöty palvelua tuottavalle yksikölle. Kustannustaso on merkittävästi järjestäjän kustannustasoa korkeampi, ja hoitoa annettiin kalliimmalla kohdistuen terveempiin potilaisiin. HUS joutuu vastaamaan Helsingin Sydänsairaalassa tapahtuneista komplikaatioista, mikä lisää HUSin päivystyskuormaa.
- Nykyinen esitys korjaa valuvikaongelman valinnanvapauspotilaiden hoidossa. Esityksellä pystytään laskemaan merkittävästi terveydenhoidon kokonaiskustannuksia ja saavuttaa SOTE-uudistukselle asetetut tavoitteet. Toiminnasta saadaan kilpailuttamalla kustannustehokkaampaa. Palvelutuottajat sitoutuvat tutkimus ja hoitoindikaatioihin, kustannustasoon ja tuotettavaan palvelun laatuun, mitä järjestäjä pystyy hyvinvointialueella valvomaan. Palvelun ulkoistamista tapahtuu palveluiden saatavuuden parantamiseksi esim. kausittaisissa ylikuormitustilanteissa, ja se voidaan toteuttaa esim. palveluseteliratkaisulla, jolloin asiakas pystyy laadun kautta vaikuttamaan hyväksyttyjen palvelutuottajien tuotantomääriin tai järjestäjä tekee kilpailutuksen palvelutuottajista. Julkisomisteisten yhtiöiden toiminta oman Hyvinvointialueen ulkopuolella täytyy olla rajattu, koska se johtaa kustannusten kasvuun ja terveyseroihin, mikä vaikeuttaa yhdenvertaisen hoitoon pääsyn toteutumista sairauden vakavuusastetta noudattaen. Työnjakosopimusten ulkopuolella toimivat julkisomisteiset yhtiöt vaarantavat toiminnallaan SOTE-uudistuksessa tavoitellun vertikaalisen integraation perusterveydenhuollon kanssa aiheuttaen kokonaiskustannusten nousun.

Millä tavoin virkalääkärivaatimus vaikuttaisi hoidon saatavuuteen, tasoon ja kustannuksiin?

- Uudistuksessa ehdotettu ns. virkalääkärivaatimus johtaa ongelmiin rajoittaessaan lääkärin ammattioikeuksiin kuuluvaa oikeutta tutkia ja arvioida potilaan hoidon tarvetta ja päättää hoitoratkaisuista erikoissairaanhoidossa. Jatkossa nykytilanteesta poiketen virkasuhteessa hyvinvointialueeseen oleva lääkäri voisi tutkia potilaan, päättää diagnoosista, tehdä hoidon tarpeen arvion ja päättää hoitoratkaisuista. Kuten HUS on aiemmissa lausunnoissaan todennut, ovat muutoksen perustelut tältä osin huomattavan hatarat sekä juridisesti että toiminnallisesti.
- Käytännössä lyhyellä tähtäimellä virkalääkärivaatimus lisää kustannuksia, kun potilasta pitää arvioida aiempaa useamman lääkärin toimesta ilman, että tähän on lääketieteellisiä perusteita. HUSin osalta kustannusten lisäys ei ole merkittävä, koska ostopalveluita lääkärin työssä käytetään suhteellisen vähän. Muutos tulee kuitenkin vaikuttamaan kielteisesti päivystyspalveluiden ylläpitoon PKS-kuntien ulkopuolella ja esim. Raaseporissa päivystys nojaa keskeisesti ostopalvelulääkäreihin. Muualla Suomessa vaikutus on todennäköisesti tätä merkittävämpi ja omiaan keskittämään päivystyspalveluja maakunnan keskuskaupunkiin.
- Näemme virkalääkärivaatimuksessa pidemmällä tähtäimellä merkittäviä riskejä siinä, että lääkärin tekemät päätökset joiltakin osin muuttuvat perustuslain tarkoittamiksi “oikeuksia ja velvollisuuksia koskeviksi päätöksiksi”, jotka on oikeus saattaa “tuomioistuimen tai muun riippumattoman lainkäyttöelimen käsiteltäväksi”. Lopputulos olisi täysin mahdoton. Koska kyse on perustuslakiin perustuvasta vaatimuksesta, ei siitä voida tavallisella lailla poiketa, jos kriteerit muuten täyttyvät. Tällä perusteella olisi aiheellista pidättäytyä kaikista sellaisista muutoksista, jotka vievät lääkärin päätöksentekoa kohti viranomaispäätöksiä.

Kuulemisessa on arvioitu, että esityksessä ei käytännössä lainkaan oteta kantaa siihen, miten teknologisen kehityksen avulla voidaan parantaa palveluita ja keventää kustannusrakennetta samanaikaisesti. Kuinka valmistelussa on pyritty miettimään digitalisaation ja teknologian tuomia mahdollisuuksia tulevaisuuden sote-palveluiden järjestämisessä ja miten mallin hallinnollisin tai kannustinratkaisuin pyrittäisiin varmistamaan uusien teknologioiden hyödyntäminen?

- Lisääntyvä määrä erikoissairaanhoidon palveluja tullaan antamaan tulevaisuudessa digitaalisesti. Ehdotuksessa ei ole huomioitu digitaalisille palveluille ansaintalogiikkaa. On sekä potilasasiakkaan että maksajan etujen mukaista, että taloudelliset kannusteet ohjaavat käyttämään digitaalisia palveluita silloin kun se on turvallista ja tehokasta. Digitaalisia palveluita ei pidä kehittää yksittäisinä hoitotapahtumina vaan osana yhtenäisiä palvelukokonaisuuksia. Tällöin myös digitaalisista palveluista saatavat suorat ja epäsuorat kustannushyödyt voivat toteutua. Tämä on mahdollista ainoastaan potilaan tietojen integraatiolla ja tiedon esteettömällä liikkumisella perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Ei ole huolehdittu siitä, että tiedot olisivat käytössä tavalla, joka mahdollistaa digitaalisten palveluiden jatkuvan kehittämisen. Ilman tehokasta tiedon integraatiota digitaaliset palvelut jäävät hajanaisiksi ja irrallisiksi tapahtumiksi potilaiden hoidossa, eikä digitaalisen läpimurron tarjoamia mahdollisuuksia asiakaskokemuksen ja hoidon laadun parantamisessa, sekä epäsuorien ja suorien kustannusten hallitsemisessa voida hyödyntää.