Antti Vento
20.4.2021

HE 241/2020 vp eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi

Sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt asiantuntijalausuntoa hallituksen esityksestä 241/2021 vp koskien hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämistä eli ns. sote-uudistusta.

Sosiaali- ja terveyspalveluja sekä pelastustointa koskevan uudistuksen tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveys- sekä pelastustoimen palvelut, parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta, turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti sekä vastata yhteiskunnallisten muutosten mukaan tuomiin haasteisiin ja hillitä kustannusten kasvua.

Hallituksen esityksessä on tarkoitus muodostaa riittävän vahvoja hyvinvointialueita, jotka pystyvät huolehtimaan asukkaidensa sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudesta kaikissa tilanteissa. 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. Lisäksi hyvinvointialueella on oltava järjestämisvastuunsa toteuttamisen edellyttämä riittävä oma palvelutuotanto.

Ehdotetun järjestämislain 8 §:n mukainen sote-palvelujen järjestämisvastuu kaikissa tilanteissa on julkisella sektorilla. Oman palvelutuotannon tulee muodostaa toiminnan ytimen siten, että eri toiminnoissa tarvittava oman henkilöstön palvelutuotantoon liittyvä osaaminen sekä toiminnan vakaus on turvattu eikä palvelutuotanto vaarannu häiriötilanteissa. Kunkin palvelusektorin ja lääketieteen erikoisalan sisällä voidaan hankkia erilaisia palveluja. Tällöin on otettava huomioon myös järjestämislain 12 §:n sääntely.

Terveydenhuollossa oman henkilöstön osaamisen tulee olla riittävällä tasolla eri lääketieteen erikoisaloilla siten, että järjestäjän osaaminen ulkoistettujen palvelujen sisällöllisen ja laadullisen arvioinnin tekemisessä on turvattu sekä toiminnan vakaus ja välttämättömät ydintoiminnot, esimerkiksi päivystys pystytään toteuttamaan kaikissa tilanteissa asianmukaisesti.

Yhteistyö julkisen ja yksityisen toimijan välillä

Voimassa oleva lainsäädäntö (laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksista 733/1992) antaa järjestämisvastuulliselle taholle viisi eri vaihtoehtoa tuotantotavan järjestämiseen, joko 1) tuottamalla palvelun itse, 2) sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa; 3) olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä; 4) hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta; taikka 5) antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin.

Hallituksen esityksessä lähtökohtana on rajoittaa keskeisten sote-toimintojen ulkoistusta ja näin varmistaa, että julkinen palvelujärjestelmä pystyy kaikissa tilanteissa tuottamaan väestön tarvitsemat sote-palvelut.

Ehdotetussa uudistuksessa nykyinen terveydenhuoltolaki jää sinänsä voimaan, vaikka sitä joudutaan tarkistamaan uusien palvelurakenteiden ja järjestämisvastuullisten viranomaisten vuoksi. Terveydenhuoltolaissa säädettyyn erikoissairaanhoidon valinnanvapauteen ei ole tulossa muutoksia. Erikoissairaanhoidon valinnanvapaus on lähtökohtaisesti hyvä rakenne palvelutuotannossa, nykymuodossaan siihen on jäänyt kuitenkin valuvika, mikä on sallinut julkisomisteisen yhtiön perustamisen toisen sairaanhoitopiirin alueelle. Terveydenhuoltolain mukainen erikoissairaanhoidon valinnanvapaus antaa potilaille lisää mahdollisuuksia. Tämä ei saa aiheuttaa hoitoon pääsyyn eriarvoistumista, hoitoindikaatioiden tulee noudattaa hoitoindikaatioista laadittuja kansainvälisiä hoito-ohjeita. Potilaiden tulee saada hoitoa sairauden vakavuusasteen mukaan julkisella puolella yhdenvertaisesti.

Hallituksen esityksen mukaan hyvinvointialue vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueellaan ja on järjestämisvastuussa asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollosta. Ehdotuksessa uudeksi järjestämislaiksi (8 §) hyvinvointialueen järjestämisvastuu rajoitetaan sen maantieteelliselle alueelle. Ehdotetun järjestämislain 8 §:n perusteella hyvinvointialue saa järjestää ja tuottaa itse sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja toisen hyvinvointialueen alueella vain toimiessaan yhteistyössä tai yhteistoiminnassa kyseisen hyvinvointialueen kanssa. Hyvinvointialuelain 6 §:n mukaan hyvinvointialue voi harjoittaa alueellaan lakisääteisiä tehtäviä tukevia tehtäviä. Hyvinvointialue ei kuitenkaan voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltoa toisen hyvinvointialueen alueella, jos kyse ei ole hyvinvointialueiden välisestä yhteistyöstä tai yhteistoiminnasta kyseisen hyvinvointialueen kanssa. Yksityisellä palveluntuottajalla tarkoitettaisiin kaikkia hyvinvointialueelle sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavia

osakeyhtiöitä, osuuskuntia ja muita yhtiöitä, yhdistyksiä, säätiöitä ja itsenäisiä ammatinharjoittajia. Yksityisen palveluntuottajan on täytettävä palveluja tuottaessaan yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain ja yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain mukaiset edellytykset. Yksityisen palveluntuottajan määritelmä kattaisi jatkossa siis myös julkisomisteiset eli hyvinvointialueen, kunnan ja valtion omistamat yhtiöt ja mahdolliset muut julkisomisteiset säännöksessä mainitut yhteisöt. Niihin sovellettaisiin palvelujen hankkimisesta yksityisiltä palvelutuottajilta annettuja säännöksiä.

Julkisomisteiset yhtiöt houkuttelevat osaavaa henkilökuntaa paremmilla ansaintarakenteilla. Jos esim. ortopedit houkutellaan leikkauspalveluja tuottavan yhtiön (esim. Coxa Oy) palvelukseen, heikkenee keskussairaalan kyky järjestää traumapäivystys merkittävästi. Tämä riski on suuri kliinisten erikoisalojen osalta, erityisesti riski liittyy riittävän henkilöstön saamiseen ja päivystyksen järjestämiseen sairaalassa. Koronapandemian aikana on havaittu henkilökunnan siirtymistä toisen palveluntuottajan palvelukseen, mikä heikentää yliopistosairaalan omaa palvelutuotantoa.

Järjestämislain 36 § (hallituksen esitys, s. 756) 6 momentin perusteella yhteistyöalueen hyvinvointialueiden olisi lisäksi sovittava sellaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta, jotka harvoin tarvittavina tai erityisen vaativina edellyttävät toistettavuutta tai laaja-alaista erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin, välineisin tai toimitiloihin. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yhtiömuotoiset toimijat vaikeuttavat sote-uudistuksessa tavoitellun palveluintegraation toteuttamista niiden toimiessa usealla erityisvastuualueella/yhteistyöalueella ilman, että ne ovat sitoutuneet järjestämissopimuksen/yhteistyösopimuksen velvoitteisiin. Tämä johtaa herkästi osaoptimointiin ja vain tietyn kapean segmentin toimivaan järjestelyyn.

Valinnanvapaus

Valinnanvapaus on potilaan kannalta mahdollistava ja se kilpailuttaa palvelutuottajia keskenään. Erikoissairaanhoidon valinnanvapaus on myötävaikuttanut sairaanhoitopiirien perustamiin yhtiöihin, joiden palveluihin hakeudutaan terveydenhuoltolain mukaisen valinnanvapauden perusteella muun kuin oman kotikunnan mukaisen sairaanhoitopiirin kautta. Nämä ovat laajentaneet toimintaansa myös muiden sairaanhoitopiirien alueella, ja tästä on aiheutunut sairaanhoitopiirien välille hoitoa ja korvauksia koskevia riitoja. Palvelutuottajien täytyy kuitenkin toimia samoilla pelisäännöillä, mikä ei ole toteutunut HUSin alueella.

Nyt esitetty muutos on erittäin hyvä ja korjaa nykyisen valinnanvapausmallin pahimman ongelman.

Terveydenhuoltolain 58 §:ssä säädetään henkilön kotikunnan tai kotikunnan mukaisen sairaanhoitopiirin korvausvastuusta henkilön saadessa lain perusteella terveydenhuoltoa muun kunnan tai sairaanhoitopiirin toimintayksikössä. Pykälän mukaan, jos terveydenhuollon toimintayksikössä on hoidettavana potilas, joka ei ole toimintayksikköä ylläpitävän kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymää ylläpitävän kunnan asukas, on sen kunnan tai kuntayhtymän, jolla on vastuu hoidon järjestämisestä, korvattava hoidosta aiheutuneet kustannukset, jollei hoitokustannusten korvaamisesta muualla toisin säädetä.

Nykyisen lain aikana Pirkanmaan SHP:n omistama Helsingin Sydänsairaala Oy avasi angiolaboratorion Ruoholahteen vuonna 2016. Angiolaboratorio-toiminnan aloitus 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. Lähetekäytänteistä ja indikaatioasettelusta järjestämisvastuussa oleva HUS ei ole saanut tarkempaa selvitystä. Potilaat voivat hakeutua suoraan tai lääkärin lähettämänä erikoislääkäri-poliklinikalle. Tämä johti palvelutarjonnan vääristymään siten, että sairauden kiireellisyysasteen mukainen hoitoon pääsy ei enää toteutunut. HUS ei pysty valvomaan hoidettujen potilaiden hoitoonpääsyindikaatioita, hoitoindikaatioita eikä tehtyjä toimenpiteitä. Kansainvälisten suositusten (European Society of Cardiology, American College of Cardiology/American Heart Association) mukaan sepelvaltimoiden invasiivisia tutkimuksia tulee käyttää silloin, kun on vahva epäily merkittävästä sepelvaltimotaudista. Invasiivista kuvantamista ennen tulee muilla menetelmillä osoittaa sydämen sepelvaltimotautiin viittaava hapenpuute, koska tutkimuksiin liittyy komplikaatioriski ja se voi johtaa ylidiagnostiikkaan ja merkityksettömien suonilöydösten pallolaajennustoimenpiteisiin.

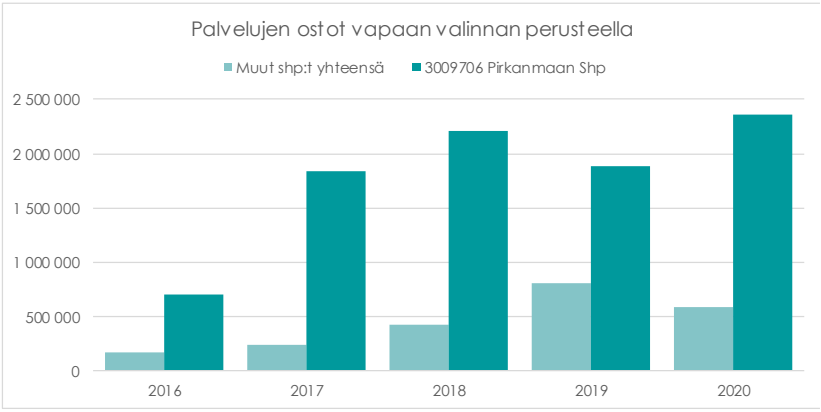
Koska lähetekäytänteisiin, indikaatioasetteluun sekä laskutukseen liittyi epäselvyyksiä, HUS Sydän- ja keuhkokeskus reklamoi asiasta ja pyysi lisäselvityksiä. Tämä ei johtanut tilanteen korjaantumiseen, vaan Helsingin Sydänsairaalan laskutus kasvoi lineaarisesti. Tämä on johtanut asian jatkokäsittelyyn hallinto-oikeudessa.

Vertailimme kustannuseroa Helsingin Sydänsairaalan ja oman palvelutuotannon välillä. Keskimääräinen kustannusero oli >35 %. Kustannustaso on siis ollut merkittävästi järjestäjän kustannustasoa

korkeampi, eli hoitoa annettiin kalliimmalla kohdistuen terveempiin potilaisiin. Näin HUSin taloudellinen mahdollisuus hoitaa sairaampia potilaita kaventui eli sillä on sairauden asteen priorisaatioon merkittävä vaikutus. Tutkimukseen ohjaavat lääkärit olivat myös osakkaina yhtiössä. HUS ei pystynyt valvomaan toimenpiteistä aiheutuvia kustannuksia vaan ne läpilaskutettiin suoraan jäsenkunnille. HUS joutuu vastaamaan myös toiminnassa liittyvistä komplikaatioista, mikä lisää HUSin päivystyskuormaa. Helsingin Sydänsairaala ei joudu vastaamaan itse komplikaatioista.

SYDÄN- JA KEUHKOKESKUS
Vapaan valinnan potilaat

Palvelujen ostot, Kirjapito	2016	2017	2018	2019	2020
Muualla hoidetut jäsenkuntapotilaat	**873 564**	**2 071 230**	**2 636 867**	**2 682 575**	**2 944 350**
3009706 Pirkanmaan Shp	703 571	1 836 462	2 210 865	1 881 267	2 361 675
Muut shp:t yhteensä	169 993	234 768	426 002	801 308	582 675



Kuva 1. Valinnanvapauspotilaiden hoidosta kohdistuva laskutus jäsenkuntiin. Helsingin Sydänsairaalan angiolaboratorio aloitti toimintansa 2016. Pirkanmaa vs. muut shp:t yhteensä.

HUS Sydän- ja keuhkokeskus on käyttänyt hoitoon pääsyn turvaamiseksi ostopalvelua, esim. ostamalla Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän ja Turun yliopistollisen sairaalan sydänkeskuksilta rytmihäiriöiden ablaatiohoitoja. Olemme ottaneet palvelusetelin käyttöön sepelvaltimoiden angiografiajonon hallintaan ruuhkatilanteissa. Konsepti toimii hyvin, koska palvelusetelin arvossa on hintakatto ja siihen on myös sisällytetty komplikaatioriskit. Palveluntuottajat ovat sitoutuneet palvelusetelin määreisiin ja laatuvaatimuksiin. HUS määrittelee tutkimus- ja toimenpideindikaatiot ja myöntää palvelusetelin omassa jonossa oleville potilaille. Palvelusetelin tuottajiksi voidaan jouhevasti hyväksyä uusia palvelutuottajia, jotka sitoutuvat palvelusetelin ehtoihin.

Johtopäätökset

Hallituksen esityksen keskeisenä tavoitteena on sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio. Terveyspalvelujen osalta integraatio tarkoittaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon nykyistä parempaa yhteensovittamista. Alueellisen integraation haasteita ovat asettaneet yhtiömuotoiset toimijat yliopistosairaaloiden erityisvastuualueilla. Yhtiöt ovat pyrkineet kasvattamaan markkinaosuuksiaan työnjakosopimuksista riippumatta.

Nykyinen esitys korjaa valuvikaongelman valinnanvapauspotilaiden hoidossa. ”Muista kuin kokonaisulkoistuksia koskevista palveluhankintasopimuksista voidaan todeta, että esimerkiksi Coxa Oy:n ja Helsingin Sydänsairaala Oy:n nykyinen toiminta olisi ehdotuksen myötä lainvastaista siltä osin, kuin toiminta tapahtuu toisen hyvinvointialueen alueella, ellei toimintaa toteutettaisi yhteistyössä toisen hyvinvointialueen kanssa.” Tällöin toiminnasta saadaan kilpailuttamalla kustannustehokkaampaa. Palveluntuottajat sitoutuvat tutkimus- ja hoitoindikaatioihin, kustannustasoon ja tuotettavan 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 palveluntuottajista.

Rajoitukset on kirjattava lakiin, koska nykyinen käytäntö on osoittanut julkisomisteisten yhtiöiden piittaamattomuutta palvelutuotannon tarjoamisessa toisen yliopistosairaalan erityisvastuualueella. Hoitoindikaatioiden vääristymät johtavat turhiin tutkimuksiin ja hoitoihin, joista aiheutuu merkittäviä komplikaatioita ja kustannuksia. Kustannusten nousu ei tuota terveyshyötyä ja hoidon priorisaatio heikkenee johtaen merkittävään hoitoonpääsyn eriarvoistumiseen väestön keskuudessa.

Yhteenvetona voidaan todeta:

1) Julkisomisteisten yhtiöiden toiminta oman hyvinvointialueen ulkopuolella täytyy olla rajattu, koska se johtaa kustannusten kasvuun ja terveyseroihin, mikä vaikeuttaa yhdenvertaisen hoitoonpääsyn toteutumista sairauden vakavuusastetta noudattaen.

2) Ns. keskittämisasetus (A 582/2017) edellyttää yliopistosairaaloiden sopivan työnjaosta. Vastuunjako varmistetaan työnjakosopimuksin niin, että kaikkialla Suomessa on tarjolla riittävät palvelut ja että erityisen vaativat palvelut keskitetään sellaisiin toimipisteisiin, joissa on ao.

palvelun tuottamisen kannalta riittävä osaaminen ja resurssit. Työnjakosopimusten ulkopuolella toimivat julkisomisteiset yhtiöt vaarantavat toiminnallaan sote-uudistuksessa tavoitellun vertikaalisen integraation.

Kunnioittavasti

Antti Vento
toimialajohtaja, johtava ylilääkäri
HUS, Sydän- ja keuhkokeskus