19.4.2021

Talousvaliokunta
00120 Eduskunta
tav@eduskunta.fi

Viite: Talousvaliokunta keskiviikko 21.04.2021 klo 11.00 / HE 241/2020 vp / Asiantuntijapyyntö

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 sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi (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 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 kansansairauksiin eli sydän- ja verisuonitauteihin liittyvä hoito Sydänsairaalassa 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.

Esitys 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.

Esitys ei huomioi sijoittumisvapauden, digitaalisten palveluiden ja potilaiden valinnanvapauden positiivisia vaikutuksia palvelujärjestelmän laatuun ja kustannustehokkuuteen

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. Rajaus vaikuttaa myös digitaalisten ja muiden etäpalveluiden tarjoamiseen.

Koska Sydänsairaala rinnastetaan esityksessä yksityisiin palveluntuottajiin, rajoitetaan Sydänsairaalan (s. 376) – 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 rajoitettaisiin ja loukattaisiin merkittävästi lain voimaantultua. 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.

Lisäksi esitys ei ota kantaa digitalisaation tuomiin mahdollisuuksiin eikä kannusta niiden kehittämiseen. Sen sijaan esityksessä pyritään rajaamaan nykyaikaisten palveluiden kehittämistä ja tarjoamista. Esityksen perustelut (s. 669) sisältävät kiellon tarjota etävastaanottoja ja sähköisiä palveluita tietylle potilasryhmälle. Kielto tarjota etävastaanottoja ja sähköisiä palveluita tietylle potilasryhmälle tulee poistaa. Rajoitus on syrjivä, rikkoo potilaiden oikeuksia, vaikeuttaa hoitoon pääsyä ja estää palveluiden kehittämistä. Kielto on ristiriidassa Suomen valtion digitalisaatiotavoitteiden kanssa ja se on myös EU-lainsäädännön vastainen (EPNDir 2011/24/EU).

STM:ssä on linjattu, että ihminen on tärkein myös digitalisaatioon liittyvässä kehittämisessä (ks. https://stm.fi/digitalisaatio). STM:n linjauksen mukaisesti digitalisaation avulla tulisi muodostaa parempaa tietoa, jotta ihmiset voivat tehdä parempia valintoja ja saada parempia palveluja. Sote-uudistuksessa tulisikin huomioida, että terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen sekä palveluiden yhdenvertainen saatavuus edellyttävät digitaalisten ja muiden etäpalveluiden kehittämistä sekä tiedolla johtamista ottaen huomioon harvaan asuttu maamme ja merkittävät nykyiset alueelliset erot. Uudistuksessa tulisi kiinnittää huomioita etäpalveluiden lisäämiseen osana palveluratkaisuja, koska ne ovat usein paitsi välittömiltä, myös välillisiltä kustannuksiltaan (potilaiden korvattavat matkakustannukset, ajankäyttö) sairaalassa ja terveysasemalla annettavia palveluja kustannustehokkaampia. Esitykseen sisältyvät kategoriset rajoitukset koskien hyvinvointialueiden toiminnan rajoittamista yksinomaan niiden alueille, ml. sähköiset palvelut, eivät tue erikoissairaanhoidon yhdenvertaista saatavuutta koko maan alueella eivätkä edistä asiakkaiden tosiasiallista mahdollisuutta vaikuttaa hoitopaikan valintaan, vaan päinvastoin karsivat palveluiden tasavertaisemman saatavuuden kannalta keskeisen toimintamallin hyödyntämistä.

Lisäksi huomiota tulisi kiinnittää myös potilaiden vapaaseen liikkuvuuteen ja sen positiivisiin vaikutuksiin koskien palvelujärjestelmän laatua ja kustannustehokkuutta. Suomessa potilaat voivat 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 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 erikoissairaanhoidossa ratkaisun sairaalaan ottamisesta, hoidon tarpeen arviointi ja hoitoratkaisut olisi osoitettava virkasuhteisen lääkärin hoidettavaksi. Esitetty sääntely monimutkaistaisi ja vaikeuttaisi merkittävästi potilashoitoa erikoissairaanhoidossa. Esityksessä olisi tullut arvioida tai liittää vaikutusarvio siitä, millä tavoin virkalääkärivaatimus vaikuttaa hoidon saatavuuteen, tasoon ja kustannuksiin.

Esitys sivuuttaa kokonaan kansallisessa oikeus- ja viranomaiskäytännössä vakiintuneen tulkinnan julkisen vallan käytön roolista terveydenhuollossa. Asiaan on kiinnitetty huomiota myös esimerkiksi Korkeimman hallinto-oikeuden esitysluonnoksesta antamassa lausunnossa 25.9.2020 (dnro H 316/20). Esitys laajentaa julkisen vallan käyttöä tavanomaiseen palvelutuotantoon, jolloin kaikista lääkärin ratkaisuista syntyisi valituskelpoisia hallintopäätöksiä (KHO H316/20). Linjauksen kustannusvaikutukset voivat olla huomattavat.

Jo pelkästään Sydänsairaalan kohdalla sydänpotilaiden yli 100 000 kliinisen palvelutapahtuman hallinnollinen virkalääkärikäsittely (lähetekäsittely, hoidon tarpeen arviointi ja hoitoratkaisut) lisäisi 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 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.

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.

Tampereella 19.4.2021

Heikki Tyvi
hallituksen puheenjohtaja

Pasi Lehto
toimitusjohtaja