Eduskunta
Sosiaali- ja terveysvaliokunta
Kuulemistilaisuus 26.2.2021

StV@eduskunta.fi

HE 241/2020 vp

Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi

Lääkäriliitto kiittää mahdollisuudesta olla kuultavana otsikon asiasta järjestettävässä kuulemistilaisuudessa.

Valmisteilla oleva lainsäädäntökokonaisuus on terveydenhuoltomme turvaamiseksi mielestämme välttämätöntä. On selvää, että kuntien mahdollisuudet sote-palveluiden järjestämiseen ja rahoittamiseen eivät ole riittävät. Uudistuksen keskeisinä osina järjestämisvastuun siirtäminen kunnilta hyvinvointialueille ja alueiden tarveperusteinen rahoitus valtiolta onkin perusteltua.

Uudistuksella tavoitellaan mm. hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista; yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamista kaikille suomalaisille; palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantamista; sekä kustannusten kasvun hillintää. Tavoitteet ovat kannatettavia ja näkemyksemme mukaan ainakin pääasiallisesti esitetyllä uudistuksella saavutettavissa. Voimavarojen kohdentaminen nykyistä enemmän perustason palveluihin on välttämätöntä.

Vaikkakin ehdotettu lainsäädäntökokonaisuus on tarkoituksenmukainen ja välttämätöntä viedä eteenpäin pääosin esitetyssä muodossa, eräitä korjaus- tai kehittämistarpeita siihen mielestämme liittyy, ainakin seuraavien asioiden osalta:

- Uudenmaan erillisratkaisu
- hyvinvointialueiden toiminnan rahoitus
- hyvinvointialueiden tehtävät
- palvelutuotannon järjestäminen ja julkinen hallintotehtävä

Uudenmaan erillisratkaisu

Lääkäriliitto näkee sote-uudistuksen aivan keskeiseksi periaatteeksi sosiaali- ja terveydenhuollon laajan integraation toteuttamisen rahoituksen ja järjestämisen tasolla. Tämä toteutuukin esityksessä pääasiallisesti, mahdollistaen järjestämisvastuullisille hyvinvointialueille kokonaisuuden hallinnan ja voimavarojen tarkoituksenmukaisen ohjaamisen.

Poikkeuksen em. tärkeään periaatteeseen muodostaa Uusimaa, jonka väestö on lähes kolmasosa maamme väestöstä. Uudellamaalla järjestämisvastuu ehdotetaan jaettavaksi neljälle hyvinvointialueelle ja Helsingin kaupungille, sekä yliopistotasoisen erikoissairaanhoidon osalta nykyistä HUS -kuntayhtymää vastaavalla lakisääteiselle HUS -yhtymälle.

Esitetty ratkaisu ei Uudellamaalla toteuta uudistuksen keskeisiä tavoitteita järjestämisen integraatiosta, yhdenvertaisten laadukkaiden palvelujen saatavuuden parantamisesta ja perustason palvelujen vahvistamisesta. Se päinvastoin hajottaa jopa erikoissairaanhoidon sisäisen integraation jaetun järjestämisvastuun mallillaan. Se mahdollistaa, jollei jopa johda, käytettävissä olevien resurssien painottumiseen erityistason palveluihin HUS -yhtymän laskuttaessa palveluistaan hyvinvointialueita kuten sairaanhoitopiirien kuntayhtymät nykyisin peruskuntia. Lisäksi voimassa olevan terveydenhuoltolain 9 §:n mukaisen yhteisrekisterin pitomahdollisuuden poistuminen tulee vaikeuttamaan Uudenmaan alueella käytännön potilastyötä ja osaltaan pirstomaan nykyisiä toimivia hoitoketjuja.

Mielestämme Uudenmaan erillisratkaisun poistaminen esitetystä lainsäädäntökokonaisuudesta on välttämätöntä.

Hyvinvointialueiden toiminnan rahoitus

Hyvinvointialueiden toiminta rahoitettaisiin esityksen mukaan ainakin alkuvaiheessa valtion yleiskatteellisella lakisääteisiin tehtäviin kohdistuvalla rahoituksella. Rahoitus olisi pääasiallisesti laskennallisesti tarveperusteista ja vähäisemmässä määrin olosuhdeperusteista.

Terveydenhuollon tarvetekijöitä olisi viitisenkymmentä. Lukuisten tarvetekijöiden ottaminen mukaan laskentaan vähentää yksittäisen tarvetekijän merkitystä ja tarvelaskennan satunnaisvaihtelua, kun järjestäjien pieni koko lisää rahoitustarpeen satunnaisvaihtelua tarpeettomasti ja kohtuuttomasti. Satunnaisvaihtelua järjestäjän tarveperusteisessa rahoituksessa vähentäisikin tarkoituksenmukaisemmalla tavalla järjestäjän koon kasvattaminen. Esityksen mukaan pienimpien hyvinvointialueiden asukasluku olisi 70 000 asukkaan luokkaa, ja alle 200 000 asukkaan kokoisia olisi ehdotetusta 22 järjestäjästä yli puolet. Suurimmassa osassa Euroopan maita vastaavat väestöpohjat ovat vähintään satoja tuhansia, osassa miljoonia.

Esityksen mukaiseen tarveperusteiseen rahoitukseen oltaisiin siirtymässä vähitellen seitsemän vuoden siirtymäkaudella, huomattavan takapainotteisesti. Lisäksi esitykseen sisältyy epäsymmetrinen toistaiseksi pysyvä siirtymätasaus suuruudeltaan vuodesta 2029 alkaen +200€/as tai -100€/as. Laskennalliset tarpeet edellyttäisivät hyvinkin kaksinkertaista tasausrajaa.

Lääkäriliitto kannattaa hyvinvointialueiden laskennallista tarveperusteista rahoitusta. Rahoituksen tulisi mielestämme perustua vielä esitettyä voimakkaammin arvioidulle väestön ikärakenteen ja sairastavuuden aiheuttamalle palvelutarpeelle. Siirtymätasauksen tulisi olla selvästi suurempi vastaten laskennallista tarvetta, siirtymäajan lyhyempi ja vähemmän takapainotteinen.

Hyvinvointialueiden rahoitusta lisätään esityksen mukaan tehtävämuutosten, kustannusten kasvun ja väestökehityksen aiheuttaman tarvelisäyksen perusteella. Mikään mainituista tekijöistä ei kuitenkaan huomioi ainakaan suoraan lääketieteen kehityksen myötä ilmaantuvien uusien ja usein aluksi kalliiden, mutta pitemmällä tähtäimellä hyvinkin kustannusvaikuttavien hoitomuotojen käyttöönottoa. Hyvinvointialueiden rahoituksessa tulisikin tavalla tai toisella huomioida myös hoitokäytäntöjen muutoksesta aiheutuvat kustannuslisäystarpeet.

Myös palvelujen tuotantokustannukset vaihtelevat alueittain. Tulisikin harkita, miten järjestämisvastuullisen hyvinvointialueen omasta toiminnasta

riippumattomat tuotantokustannusten erot voitaisiin ottaa huomioon alueiden rahoituksessa.

Terveydenhuoltolain 7. luku säätää valtion yliopistoille, yliopistollisille sairaaloille ja muille terveydenhuollon toimintayksiköille maksamasta koulutuksen korvauksesta ja yliopistotasoisen terveyden tutkimuksen rahoituksesta. Vaikka tätä lainsäädäntöä ei olekaan tarkoitus muuttaa, käsityksemme mukaan koulutuskorvaukset vastaavat tällä hetkellä vain noin puolta koulutuksen yliopistollisille sairaaloille aiheuttamasta kustannuksesta. Vastaavasti ns. valtion rahoitus yliopistotasoiseen terveyden tutkimukseen on pudonnut vuosien saatossa noin neljäsosaan aiemmasta. Kun hyvinvointialueiden palvelutuotannon rahoitus on vahvasti tarveperusteista, on välttämätöntä, että mainitun kaltaiset ylimääräiset kustannukset valtio korvaa jatkossa suoraan ja täysimääräisesti.

Hyvinvointialueiden tehtävät

Hyvinvointialueiden tehtäväksi jäisi ehdotettavassa ratkaisussa vain sote-palvelut ja pelastustoimi. Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto on yksi osa tätä tehtäväkenttää. Esityksen mukaan opiskeluhuollon psykologit ja kouluku-raattorit olisivat osa hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevaa kokonaisuutta vastaavasti kuin koululääkärit ja kouluterveydenhoitajat. Lääkäriliitto pitää ratkaisua perusteltuna ainakin lääkärintyön näkökulmasta.

Ympäristöterveydenhuollon palvelut jäisivät esityksen mukaan kuntien järjestämisvastuulle. Näiden palvelujen väestöpohjavaatimus on jo nyt selvästi suurempi kuin välittömien sote-palvelujen, joten ratkaisua on vaikea ymmärtää tästäkään näkökulmasta. Valmistuneessa aluehallinnon ja monialaisten maakuntien parlamentaarisessa selvitystyössä ehdotetaan ympäristöterveydenhuollon palvelujen siirtämistä hyvinvointialueiden toiminnaksi 1.1.2026 alkaen. Lääkäriliiton mielestä luontevaa olisi ollut siirtää ne hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle jo uudistuksen alusta lähtien.

Palvelutuotannon järjestäminen ja julkinen hallintotehtävä

Hallituksen esityksessä rajataan hyvinvointialueiden päätöksentekoa vastuullaan olevan palvelutuotannon järjestämisestä huomattavasti. Rajaukset koskevat niin virkasuhteisuusvaatimusta kuin mahdollisuutta hankkia palveluja yksityisiltä tai kolmannen sektorin palveluntuottajilta. Rajauksia perustellaan julkisen hallintotehtävän antoa muille kuin viranomaisille koskevilla tulkinnoilla.

Vaatimus potilaan hoitoon liittyvien päätösten rajaamisesta lähes pelkästään virkasuhteessa työskentelevälle lääkärille ei vastaa nykyistä käytäntöä eikä laintulkintaa (KHO:n lausunto HE -luonnoksesta, diaarinumero H 316/20), ja mm. estäisi hyvinvointialueiden palvelutuotannon järjestämisen niiden kokonaisuudessaankin omistamien yhtiöiden (julkisomisteiset yhtiöt) kautta. Vaikka hoidontarpeen arviota on jonkin verran lievennetty perusterveydenhuollon ja käytettävän vuokratyövoiman osalta, saattaa valittu ratkaisu aiheuttaa ongelmia päivystyksen järjestämisessä harvaanasutummilla alueilla. Ongelmia palvelutuotannossa ja siten väestön tarpeenmukaisten palvelujen saatavuudessa koitunee monilla pienillä erikoisaloilla, sekä erityisesti psykiatriassa ja suun terveydenhuollossa. Tällä hetkellä huomattava osa psykiatrian palveluista maassamme hankitaan yksityiseltä sektorilta ostopalveluna, ja yhdessä sairaanhoitopiirissä on ulkoistettu koko silmätautien erikoisalan toiminta.

Yksityisen ja kolmannen sektorin täydentävä palvelutuotanto onkin tärkeä osa nykyistä sote-palvelujärjestelmäämme, niin palvelusetelitoiminnan kuin erilaisten ostopalvelujen tai osaulkoistusten muodossa. Yksityisen sektorin täydentävän käytön perusteeton hillitseminen lainsäädännön rajoituksilla vaikeuttaisi erityisesti syrjäisten alueiden, lääketieteen monien erikoisalojen ja suun terveydenhuollon palvelujen järjestämistä.

Lääkäriliiton mielestä järjestämisvastuullisille hyvinvointialueille tulee jättää esitettyä enemmän päätösvaltaa vastuullaan olevan tuotannon järjestelyissä. Lääkärin kliinisistä hoitopäätöksistä ei myöskään saa tulla valituskelpoisia hallintopäätöksiä.

Konkreettiset muutosehdotukset

Edellä olevien kommenttien perusteella ehdotamme seuraavia konkreettisia muutoksia:

- **laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla** jätetään säätämättä, ja muihin lakeihin tehdään tästä johtuvat muutokset
- **laissa hyvinvointialueiden rahoituksesta** sen 35 § muutetaan siten, että siirtymätasaus on vähintään 250€/as, ja tämä tasausraja saavutetaan esim. viidessä vuodessa ja lähtökohtaisesti tasajakoisesti
- **laissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä** sen 12 § 2 mom. 1. ja 3. kohta poistetaan; 12 § 3 mom. muutetaan siten, ettei hoitopäätöksen teko erikoissairaanhoidossakaan edellytä virkasuhteista työskentelyä (vähintäänkin poistetaan ko. momentin kolmanneksi viimeinen virke, joka alkaa ”Lähetteen perusteella tehtävän ….”); muutetaan vastaavasti 13 § ainakin poistamalla sen 4 mom.
- ns. voimaanpanolain 2 § 2. kohdalla kumotaan erikoissairaanhoitolaki lukuun ottamatta sen 28-29 §:iä – tarkoituksenmukaisempaa olisi siirtää mainitut erikoissairaanhoitolain jäljelle jäävät pykälät sote-järjestämislakiin siten muutettuna kuin mitä ehdotetaan nyt lausuntokierroksella olevassa ns. sote-100 -lakipaketissa.

Kunnioittaen

SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO ry

Heikki Pärnänen
johtaja, politiikkatoimiala