

14.9.2020

Sosiaali- ja terveysministeriölle  
kirjaamo@stm.fi

Viite: Lausuntopyyntöne 15.6.2020 dnro VN/8871/2019

## Lausunto sote-uudistusta koskevasta hallituksen esitysluonnoksesta

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyytänyt Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (HUS) lausuntoa viitteessä mainitulla lausuntopyynnöllä hallituksen esitysluonnoksesta eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta ja maakuntien perustamista koskevaksi lainsäädännöksi. HUS kiittää saamastaan lausuntopyynnöstä ja antaa seuraavan lausunnon. Lausunto on käsitelty ja hyväksytty HUSin hallituksessa 14.9.2020.

### Yleistä

Uudistuksessa esitetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtämistä kunnilta ja kuntayhtymiltä perustettaville itsehallinnollisille alueellisille viranomaisille eli sote-maakunnille. Sote-maakuntia esitetään perustettavaksi Suomeen 21 kappaletta. Lisäksi Helsingin kaupunki vastaa alueellaan sote-maakunnille kuuluvista tehtävistä.

HUS näkee sote-uudistuksen tavoitteiden toteutumisen tärkeänä, mutta lausunnolla olevassa hallituksen esitysluonnoksessa on useita sellaisia tekijöitä, jotka olennaisesti vaarantavat näiden tavoitteiden toteutumisen. Etenkin Uudenmaan maakunnassa hallituksen esitysluonnoksen mukaisesti järjestetty ja rahoitettu palvelujärjestelmä ei kykenisi tarjoamaan väestölle riittäviä terveyspalveluja. **Merkittävimmät esityksen ongelmat liittyvät rahoitusmalliin ja investointien toteuttamistapaan, jotka jo sinällään tekevät ehdotetusta järjestelmästä tarkoitukseensa soveltumattoman ja toimimattoman.** Rahoituksen ja investointien lisäksi myös muissa osakokonaisuuksissa on puutteellisuksia, jotka esimerkiksi haittaavat palveluintegraation yhdenvertaista toteutumista Suomessa.

Hallituksen esitysluonnoksessa on myös olemassa olevaa järjestelmää selkeyttäviä ja tehostavia muutoksia. Nämä ovat kuitenkin kokonaisuuden kannalta olennaisesti vähäisempiä kuin esimerkiksi edellä mainitut rahoituskysymykset.

Lausunto on ryhmitelty asiakokonaisuuksittain seuraaviin teemoihin: Rahoitus ja sen riittävyys, Investointien toteuttamisen edellytykset, Tiedon integraatio, Palveluintegraatio ja lähipalveluiden turvaaminen, Yliopistollisuus ja yliopistosairaala, Valmiuden ylläpito ja varautuminen, Yhteistyö-

14.9.2020

alueen rooli ja tehtävät ja Valinnanvapauden ulottuvuus. Tämän lisäksi erillisessä kappaleessa käsitellään muita, yksittäisiä kysymyksiä. Jokaisen teeman alkuun on nostettu tiivistyksenä keskeisimmät ongelmakohdat ja niiden vaatimat muutokset.

#### Rahoitus ja sen riittävyys

- Esitetty rahoitusmalli leikkaa Uudenmaan palveluita voimakkaasti.
- Yhdenvertainen erikoissairaanhoito Uudellamaalla ja HUSin erityistehtävät on turvattava.
- Rahoitusperusteita on muutettava merkittävästi.

Laissa sote-maakuntien rahoituksesta esitetään valtion rahoituksen myöntämisen periaatteet sote-maakunnille. Rahoitus myönnetään asukasmäärän, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta kuvaavien tekijöiden, asukastiheyden, vieraskielisyyden, kaksikielisyyden, saaristoisuuden, saamenkielisyyden sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimien perusteella. Yleiskatteisesta rahoituksesta 79,7 % määräytyisi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeeseen perustuen.

Lain kolmannen luvun 14 §:ssä säädetään terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelutarvekertoimesta. Palvelutarvekertoimet esitetään laskettavan terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelujen tarvetta ja kustannuksia kuvaavien sairauksiin ja sosioekonomisiin tekijöihin perustuvien tarvetekijöiden ja niiden painokertoimien sekä terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon tehtäväkohtaisten painotusten perusteella. Palvelutarvekertoimia määriteltäessä esitetään käytettävän Digi- ja väestötietoviraston, Eläketurvakeskuksen, Kansaneläkelaitoksen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Tilastokeskuksen tietoja varainhoitovuotta edeltävää vuotta edeltäneeltä vuodelta.

Ehdotukseen sisältyvät palvelukertoimet painottuvat kroonisiin sairauksiin ja mallin ulkopuolelle jäävät mm. tehohoitoa vaativat sairaudet, elinsiirrot, palovammat ja kaikki muut vaikeat akuutit sairaudet, jotka kuormittavat etenkin erikoissairaanhoitoa ja edellyttävät laaja-alaista päivystysvalmiutta. Lisäksi huolestuttavaa on, että toimenpiteitä ei ole otettu tarvetekijöiksi eivätkä ne siten vaikuta tarvekriteereihin ja rahoituksen suuruuteen. HUS-kuntayhtymän kalleimmista palveluista merkittävä osa on toimenpidepainotteisia. Tarvekertoimet eivät myöskään huomioi esim. maahanmuutosta johtuvien demografisten muutosten aiheuttamaa ajoittain nopeatakin muutosta sairauksien esiintyvyydessä ja resurssitarpeissa. Palvelukertoimet eivät muutoinkaan huomioi metropolialueen erityispiirteitä, kuten Uudellemaalle keskittyvää väestönkasvua, maahanmuutosta aiheutuvia erityisiä palvelutarpeita, ja eriarvoistumisesta seuraavia haasteita.

Tarvekertoimien laskennassa käytetty aineisto on vinoutunutta eikä siinä huomioida eroja palvelujen saatavuuteen ja laatuun liittyvissä tekijöissä. Malli on vasta kehitteillä ja sen soveltuvuutta sote-menojen tarveperusteisen rahoituksen määrittämiseen ja allokointiin ei ole riittävästi arvioitu. Käytettäessä terveydenhuollon kirjauksiin pohjautuvaa dataa tarvekerroinmalli perustuu viime kädessä terveydenhuollon kirjausten oikeellisuuteen ja yhtenäisyyteen valtakunnallisesti. THL:n

14.9.2020

tutkimuksessa ei tullut ilmi, kuinka hyvin kirjausten laatu on verifioitu. Terveydenhuollon tarvekertoimen selitysaste 0,68 on verraten alhainen eikä siten näkemyksemme mukaan selitä riittävästi terveydenhuollon kustannuksia. Tarvekertoimet eivät huomioi hoitoteknologian kehitystä ja sen myötä syntyviä uusia tarpeita.

Sote-maakuntien on varauduttava häiriö- ja poikkeustilanteisiin eikä näitä tarpeita huomioida ehdotetussa rahoitusmallissa. Mm. Helsingin yliopistollisen sairaalan (HYKS) valtakunnallista roolia erikoissairaanhoidon valmiuden ylläpidossa ja valtakunnallisen eritysvastuuseen liittyvien palveluiden tuotannossa ei huomioida Uudenmaan sote-maakuntien ja Helsingin kaupungin rahoituksessa mitenkään.

Tarvekertoimissa tai rahoitusmallissa ei ole myöskään huomioitu yliopistosairaaloiden opetus- ja tutkimustoimintaa. Opetus- ja tutkimustoiminnan harjoittaminen on välttämätöntä terveydenhuoltojärjestelmän jatkuvuuden takia, mutta yliopistosairaaloille aiheutuu siitä ylimääräisiä kustannuksia verrattuna keskussairaaloihin. On arvioitu, että yliopistosairaaloiden suoritehinnat ovat keskimäärin noin 5 % korkeampia keskussairaaloihin verrattuna, mikä edustaa opetus- ja tutkimustoiminnasta tulevaa ylimääräistä rasiitetta palvelujärjestelmälle. Tutkimustoiminnan kustannuksiin tarkoitettua valtion tutkimusrahoitusta on supistettu vuosittain ja sen merkitys on nykyisin varsin marginaalinen. HUS on lääkäreiden lisäksi merkittävä koulutusala myös muille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Tarvekertoitu rahoitus edellyttää sitä, että sekä koulutustoiminnan että opetustoiminnan kustannukset pitää kokonaisuudessaan kompensoida yliopistosairaaloille. Nykyisen valtion tutkimusrahoituksen taso ei riitä tähän.

Uusi rahoitusmalli ja siihen liittyvä tasausjärjestelmä johtaa merkittävään tulonsiirtoon Uudelta maalta muualle Suomeen. Mallin mukaan uuteen rahoitusmalliin siirrytään vaiheittain vuoteen 2029 mennessä. Lakiehdotuksen liitemateriaalin mukaan vähenemä suhteessa vuoden 2020 talousarvion kustannuksiin on Uudellamaalla 230 M€. Vähenemä kuitenkin todellisuudessa kasvaa edellisestä etenkin kolmesta syystä. Ensinnä uusi malli ei ota huomioon kustannusten perustana olevaa palvelutarpeen muutosta kuin 80 prosenttisesti. Tämä on merkittävä haaste erityisesti väestöltään kasvavalla Uudellamaalla. Lisäksi malli ottaa huomioon asukasmäärän kasvun vain viiveellä. Tiivistetysti tämä tarkoittaa sitä, että palvelutarve pitää täyttää heti, mutta rahoitus kasvaa kahden vuoden viiveellä. Tämä aiheuttaa useiden prosenttiyksiköiden vajeen rahoitukseen. Edellä mainittujen seikkojen lisäksi kustannustason muutoksessa käytettävät indeksit eivät huomioi Uudenmaan kalliimpia elinkustannuksia. HUS on arvioinut mallin vaikutuksia Uudenmaan sote-maakuntien ja HUSin saamaan rahoitukseen. Kun uusi rahoitusmalli on tullut täysmääräisesti voimaan, on varovainen arvio rahoituksen supistumisesta koko Uudenmaan soten osalta n. 400 M€ vuodessa, mikä HUSin osalta tulee tarkoittamaan yhteensä yli 100 milj. euroa vuodessa. Jos 100 milj. muutetaan henkilötyövuodeksi, tarkoittaisi se HUSissa noin 1500 henkilötyövuoden vähentämistarvetta, kun henkilötyövuoden keskimääräinen hinta on noin 65 t €. Kokonaisuutena rahoituksen supistuminen 400 M € kymmenessä vuodessa tarkoittaa Uudenmaan asukaskohtaisen rahoituksen putoamista 13,5 %, 3 100 eurosta 2 683 euroon. Lopputulos on ilmeisen mahdoton ja rikkoo karkealla tavalla perustuslain rahoitusperiaatetta ja viime kädessä valtion velvollisuuksia huolehtia perusoikeuksien toteutumisesta. Yhdessäkään sotaa tai vastaavaa katastrofia käymättömässä

14.9.2020

maassa vuotuinen terveydenhuollon rahoitus ei ole laskenut aikoihin. Edelleen Suomen terveydenhuollon rahoitus on kasvanut vuosittain viimeiset 20 vuotta, keskimäärin 3 % vuodessa. Ehdotettu rahoitusmalli on todellisuudelle vieras.

Uuden rahoitusmallin keinot sote-maakuntien ja -maakuntayhtymien maksuvalmiuden hoitoon ovat ilmeisen riittämättömät. Ehdotuksessa ei oteta tarkemmin kantaa siihen, miten menetellään tilanteessa, jossa rahoitus loppuu kesken vuotta. Ei ole realistista, että tällaisessa akuutissa tilanteessa aloitetaan keskustelu lisärahoituksesta valtiovarainministeriön kanssa, vaan akuuttien maksuvalmiustilanteiden hoitoon tulee olla olemassa selkeät työkalut.

Uudistuksessa ei paranneta mahdollisuuksia muiden rahoituslähteiden hyödyntämiseen julkisen rahoituksen supistuessa. Nykyiset hankintalain mukaiset sidosyksikkösäännökset rajoittavat selvästi direktiivin mukaista vähimmäistasoa enemmän hankintayksiköiden mahdollisuuksia myydä palveluja ulkopuolisille niistä kiinnostuneille tahoille (esim. terveystalujen kuluttajat, vakuutusyhtiöt). Kilpailuneutraalisäännökset rajaavat myös voimakkaasti sote-maakuntien ja maakuntayhtymien mahdollisuuksia saada lisätuloja markkinoilta. Esitämme, että muutoksen yhteydessä julkisista hankinnoista annetun lain asettamat rajat sidosyksiköiden ulkopuolisten tahojen kanssa harjoittamalle toiminnalle asetetaan direktiivin mahdollistamaan maksimiin.

Uudistuksessa esitetään lisäksi voimaanpanolain 31 §:ssä, että sairaanhoitopiirien taseeseen kertynyt alijäämä tulisi kattaa ennen kuntayhtymien siirtämistä sote-maakuntaan tai HUS-maakuntayhtymään eli viimeistään vuoden 2022 aikana. Useilla sairaanhoitopiireillä on merkittäviä alijäämiä, joiden hoitamisesta jäsenkunnat vastaavat ennen laissa määriteltyjen tehtävien järjestämisvastuun siirtymistä sote-maakunnille. Viimekädessä tämä vastuu voi kyseisten kuntien osalta tarkoittaa velkamäärien lisääntymistä tai vaihtoehtoisesti painetta kunnallisveroprosentin korottamiseen. Alijäämien kattaminen tulee olla tehtynä vuoden 2022 loppuun mennessä, joten niiden kattamiseen jää aikaa vain 2 vuotta normaalin alijäämän kattamisveloitteen sijaan, joka on neljä vuotta tilinpäätöksen vahvistamista seuraavan vuoden alusta lukien. Rajoituslain vuoksi omaisuuden myynti on lähes poissuljettu vaihtoehto alijäämien kattamiseksi ennen sote-maakuntien aloittamista. HUSin aiempien vuosien taseeseen kertynyt alijäämä on noin 15 milj. euroa ja 2020 tilikauden tulosenuste on koronavirusepidemian vuoksi noin 160 milj. euroa alijäämäinen. TA 2021 suunnitellaan nollatulostasoon ja ko. vuodelle kohdistuu merkittävästi vuodelta 2020 siirtyvää hoitovelkaa. Vuodelle 2022 jäisi täten noin 175 milj. euron alijäämän kattamisvelvoite ennen maakuntamalliin siirtymistä (ilman valtion lisätalousarviota). On täysin mahdoton ajatella, että HUS voisi nostaa jäsenkuntalaskutustaan vuodessa tällaisilla summilla tai leikata palvelutuotantoaan samalla määrällä. Ehdotettua alijäämän kattamisvaatimusta tulee muuttaa tavalla tai toisella: esimerkiksi pidentämällä kattamiseen annettua määräaikaa merkittävästi tai osoittamalla sairaanhoitopiireille ylimääräistä valtionavustusta.

14.9.2020

## Investointien toteuttamisen edellytykset

- Ehdotettua sote-investointien valtionohjausta ei tule toteuttaa
- Investointien suunnittelun tulee olla paikallisesti ohjattua
- Sote-maakuntien ja HUS-maakuntayhtymän investointikyky tulee turvata toiminnan edellyttämällä tasolla

Sote-maakuntien ja HUS-maakuntayhtymän investointien ohjaus perustuu erittäin vahvaan keskusjohtoiseen valtionohjaukseen. Ehdotuksen mukaan sote-maakunta ja HUS-maakuntayhtymä tekevät vuosittain esityksen seuraavan neljän vuoden investoinneista STM:lle. Investointia ei saa toteuttaa ilman STM:n hyväksymää investointisuunnitelmaa.

Jos lainsäädäntö lähtee siitä, että maassa on 22 järjestäjää, tulee näiden kaikkien osalta varautua investointitarpeisiin. Jokainen rakennus ja laite saavuttaa elinkaarensa pään hyvälläkin huollolla ja ne pitää korvata korvausinvestoinnin kautta. Tällä hetkellä osa yliopistollisista keskussairaaloista ja muista keskussairaaloista on toteuttanut jo merkittävät korvaavat investoinnit (mm. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri) ja osassa sairaanhoitopiireistä nämä investointitarpeet ovat vielä edessä.

Sairaanhoitopiirit pyrkivät laajempien rakennusinvestointien yhteydessä myös uudistamaan sairaanhoidon toiminnallisia rakenteita ja saamaan tätä kautta tehokkuushyötyjä investoinneistaan. Investoinnin suunnitteluprosessi on jatkuvaa vuoropuhelua hankkeen toiminnallisten suunnittelijoiden, rakentamisen asiantuntijoiden ja yksiköiden johdon välillä. Hankkeiden toiminnallinen suunnittelu vaatii syvällistä asiantuntemusta potilashoidon prosesseista ja niiden kehittämismahdollisuuksista.

Edellä kuvattua taustaa vasten on erittäin vaikea nähdä, että uudistuksessa esitettävällä investointien hyväksymisprosessilla saataisiin mitään lisäarvoa. Investointien todellinen arviointi edellyttäisi asiantuntijaresurssien huomattavaa lisäämistä ministeriössä ja käytännössä ministeriön nyky-muotoisen toiminnan muuttamista keskusvirastomaiseen suuntaan (vrt. Lääkintöhallitus). Kuvavaa on se, että HUSin ns. rajoituslain perusteella hakemista poikkeusluvista ei toistaiseksi ole hylätty yhtäkään. Arviomme mukaan ehdotettu keskusjohtoinen malli byrokratisoi ja hidastaa sote-maakuntien ja HUS-maakuntayhtymän investointiprosessin tuottamatta mitään todellista lisähyötyä.

Lakiehdotuksessa investointiprosessi mielletään ylipäätään varsin staattiseksi, jossa investointisuunnitelmaa toteutetaan vuosittain suunnitelman mukaisesti ja tarkistukset suunnitelmaan tehdään aina vuosisuunnittelun yhteydessä seuraavalle tilikaudelle. Tosiasiassa sairaanhoitopiirien investointisuunnittelussa on sekä suunnitelmallisia että joustavia elementtejä. Suurissa rakennushankkeissa (esim. uuden sairaalan rakentaminen, keskussairaalan peruskorjaus) suunnittelun

14.9.2020

kaari on luonnollisesti hyvin pitkä ja neljän vuoden suunnittelukausi soveltuukin parhaiten tällaisiin hankkeisiin. Tämän ohella sairaanhoitopiirit joutuvat reagoimaan myös äkillisesti syntyviin investointikohteisiin, joita tyypillisesti nousee esiin kiinteistöissä havaittujen rakenteellisten ongelmien seurauksena (esim. kosteus- tai homevauriot). Tämän tyyppisiin investointitarpeisiin ei pitkän tähtäimen investointisuunnittelu sovellu, vaan tämä nimenomaisesti edellyttää joustavuutta investointisuunnitteluun, mitä ehdotettava malli ei tarjoa.

Investoinnit on tarkoitus rahoittaa valtion takaamalla lainalla. Lainanottovaltuuksille esitetään koko maahan yhdenmukaista laskentakaavaa, jossa valtioneuvosto vahvistaa sote-maakunnan lainanottovaltuuden. Tällainen laskennallinen lainakatto ei ota huomioon alueellisia eroja lähtötilanteessa ennen uudistusta. Edellä olemme maininneet siitä, että sairaanhoitopiirit ovat eri vaiheessa korvausinvestointiensa toteuttamisessa. Kaavamainen lainakatto kohtelee samoin maakuntaa, jossa investoinnit on jo toteutettu kuin maakuntaa, joka on lykännyt investointejaan. Haluamme erityisesti tuoda esiin sitä, että HUSin nykyinen rakennuskanta on suurelta osin peruskorjaamattomaa ja sijaitsee maantieteellisesti hajallaan. HUSissa tulee olemaan jatkossakin tarvetta vaativille erityislaitteille sekä järjestelmille. Arviomme mukaan HUSin toiminnan ylläpitämisen edellyttämä investointitaso mitä ilmeisemmin ylittää lakiesityksissä ehdotetun laskennallisen tason. Laskennallinen lainakatto ei näin tue palveluiden järjestämistä yhdenvertaisin perustein koko maassa.

Edellä mainitun lisäksi laskentakaava johtaa sattumanvaraisiin vaihteluihin lainanottotasossa eikä tue käytännössä investointien toteuttamista. Arvioituamme HUSin nykyisin tiedoin vuosilta 2019 ja 2020 laskettuja lainanottovaltuuksia olisi lainanottovaltuus ollut ensimmäisenä vuonna 450 M€ ja toisena vuonna 50 M€. Lisäksi lainanottovaltuuksien muuttaminen valtioneuvostossa on aivan liian raskas menettely reagoida uusiin investointitarpeisiin. Lainanottovaltuuksia joustoa tulisi olennaisesti lisätä ja laventaa niitä pidemmälle suunnittelukaudelle.

Investointeihin esitetyn mallin puutteet voidaan tiivistää kolmeen pääkohtaan: sote-investointien valtionohjaus on menettelynä epätarkoituksenmukainen, investointisuunnitteluun kaavailtu malli on joustamaton eikä tue toiminnan ylläpitämistä ja lainanottovaltuudet ovat liian kaavamaiset.

#### Tiedon integraatio

- Uudenmaan sote-toimijat pitää velvoittaa ylläpitämään yhteistä tietovarantoa.
- Sote-toimijoiden välisen tiedon käytölle ei saa muodostaa lainsäädännöllisiä esteitä:
- Apotien käyttöönotto oltava mahdollista kaikille Uudenmaan maakunnille.

Integraatio on yksi uudistuksen keskeisistä työkaluista palveluiden laadun turvaamiseksi. Integraatiota edistävät muutokset ja toimenpiteet jaetaan kahteen ryhmään, eli toisaalta järjestämisen tai rakenteelliseen integraatioon ja toisaalta asiakastason palveluintegraatioon, jota kutsutaan myös

14.9.2020

toiminnalliseksi integraatioksi. Tiivistetysti näitä voi luonnehtia siten, että järjestämisen integraatio luo edellytyksiä integroiduille palveluille, joita toteutetaan toiminnallisen integraation kautta. Toiminnallinen integraatio takaa viime kädessä sujuvat palveluketjut ja -kokonaisuudet.

Uudenmaan erillISRatkaisun osalta on todettu, että erilaiset olosuhteet Uudellamaalla voivat mahdollistaa ja suorastaan edellyttää Uudellamaalla toisenlaisia järjestämisen rakenteita, jos se on välttämätöntä potilaiden ja asiakkaiden perusoikeuksien turvaamiseksi. Ottaen huomioon integraation merkityksen koko uudistuksen tavoitteiden toteutumiseksi, tulisi Uudellamaalla kuitenkin erillISRatkaisusta huolimatta tavoitella muuta maata vastaavaa toiminnallista integraatiota HUS-maakuntayhtymän ja sote-maakuntien sekä Helsingin kaupungin välillä. Tässä suhteessa lopputulos ratkaisee, eli yhdenvertaisuuden saavuttamiseksi tulee Uudenmaan asukkaiden palvelukokonaisuuksien olla laadullisesti vastaavia suhteessa muuhun maahan.

Palvelujen integraatio edellyttää yhteistä tietopohjaa. Terveydenhuollossa tämä tarkoittaa sitä, että potilasta hoitavilla henkilöillä tulee olla lakisääteisen tehtävän suorittamista varten välttämättömät ajantasaiset tiedot potilaan terveydentilasta, potilaalle laadituista hoitosuunnitelmista sekä annettusta hoidosta ja sen vaikutuksista. Tiedon integraatio on yksi keskeisistä edellytyksistä palvelujen integraation toteutumiseksi: jos eri toimijoilla ei ole käytettävissään ajantasaista tietoa potilaan terveydentilasta ja asiakkaan kokonaistilanteesta, voidaan tuskin puhua mistään integraatiosta.

ErillISRatkaisusta seuraa, että Uudellamaalla on kuusi erillistä rekisterinpitäjää. Uudistuksessa ei kuitenkaan ole mitään tiedon integraatioon velvoittavia elementtejä Uudenmaan osalta. Tiedon kulku Uudenmaan toimijoiden välillä itse asiassa heikkenee nykytilanteeseen verrattuna, kun terveydenhuoltolain 9 §:n mukaista yhteisrekisteriä ei voida enää soveltaa. Tiedon sujuva liikkuminen Uudenmaan toimijoiden välillä tulee turvata vähintään nykytilannetta vastaavasti. Uudistuksessa tulee varmistaa tietojärjestelmien yhteensopivuus ja yhteinen tietopohja Uudenmaan alueella erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon integraation mahdollistamiseksi sekä resurssien- ja kustannusten hallitsemiseksi sote-uudistuksen tavoitteiden mukaisesti.

Käytännössä muualla Suomessa sote-maakunnat tulevat ylläpitämään omaa asiakas- ja potilastietojärjestelmää ja toteuttamaan tiedon integraatiota sen kautta. Riittävän integraation takaamiseksi Uudenmaan toimijat tulee vähimmillään velvoittaa ylläpitämään yhteistä tietovarantoa. Tämän lisäksi tulee mahdollistaa se, että Uudellamaalla laajimmin käytetyn asiakas- ja potilastietojärjestelmän eli Apotin käyttö mahdollistetaan kaikille Uudenmaan maakunnille. Uudistuksen voimaantullessa järjestelmä on jo käytössä HUS-maakuntayhtymässä, Helsingin kaupungilla ja Vantaa-Keravan sote-maakunnassa.

14.9.2020

## Palveluintegraatio ja lähipalveluiden turvaaminen

- Perustason vahvistaminen ei saa tarkoittaa erikoissairaanhoidon lähipalveluiden hävittämistä.
- Potilaiden yhdenvertaisuus edellyttää järjestämisvastuun keskittämistä suljetussa psykiatrisessa osastohoidossa ja tahdosta riippumattomassa hoidossa.

Uusimaa-lain 5 §:ssä on määritelty ne palvelut ja palvelukokonaisuudet, joiden järjestämisestä HUS-maakuntayhtymä vastaa, kuten esimerkiksi kiireellinen hoito. Saman lain 6 §:ssä määritellään muut HUSin vastuulla olevat tehtävät, joita ovat muun muassa HUSin vastuulle kuuluviin palveluihin liittyvät tutkimus-, kehittämis- ja koulutustehtävät. Oletusarvoinen työnjako Uusimaa-laissa on sinänsä asiallisesti määritelty HUSin ja Uudenmaan sote-maakuntien välillä yhtä kysymystä lukuun ottamatta, jota selvennetään viimeisessä kappaleessa. Työnjakoon jää kuitenkin paljon sellaisia elementtejä, jotka viime kädessä ratkaistaan tapauskohtaisesti lääketieteellisin perustein. Rakenteen tekee haastavaksi se, että työnjako on yleispiirteinen ja sitä on vaikea, ellei mahdollon kuvata tyhjentävästi. Tämä ei myöskään mahdollista sitä, että lain tasolla otettaisiin huomioon kaikkia toimintaan vaikuttavat velvoitteet. Työnjaon tulee joka tapauksessa toteuttaa paitsi Uusimaa-laista seuraavat velvoitteet, niin myös kaikki muut Uudenmaan sote-maakuntiin ja HUS-maakuntayhtymään kohdistuvat velvoitteet. Tämä todetaankin asianmukaisesti sote-järjestämislain 3 §:n 1 momentissa, jonka mukaisesti ”sosiaali- ja terveydenhuoltoa järjestettäessä ja tuotettaessa on noudatettava lisäksi, mitä sosiaali- ja terveydenhuollon yleis- ja erityislainsäädännössä säädetään.”

Uudistuksen keskeisenä tavoitteena on perustason vahvistaminen, mikä pitää sisällään myös ajatuksen palveluintegraatiosta. Palveluintegraatio on puolestaan perusteltua palveluiden yhdenvertaisuuden, alueellisen tasavertaisuuden, laadun ja kustannustehokkuuden kannalta. Perustason vahvistamista koskevasta tavoitteesta huolimatta terveydenhuoltolain 10 §:n mukainen lähipalveluvelvoite jää edelleen voimaan, ja kyseinen velvoite koskee sekä Uudenmaan sote-maakuntia että HUS-maakuntayhtymää. Sen mukaan terveydenhuoltopalvelut tulee järjestää lähellä asukkaita, paitsi jos palvelujen keskittäminen on perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi. Tiivistetysti perustason vahvistaminen ei saa johtaa siihen, että alueellinen erikoissairaanhoidon palvelutuotanto siirtyy kokonaisuudessaan tai merkittävilta osiltaan perustason toiminnaksi. HUS-maakuntayhtymän pitää olla siis jatkossakin maakunnallinen toimija ja osaltaan toteuttaa terveydenhuoltolain mukaista lähipalveluperiaatetta.

Tämä ei luonnollisestikaan tarkoita sitä, että työnjakokysymyksiä ei tulisi käydä läpi ja toteuttaa sellaisia tehtäväsiirtoja HUS-maakuntayhtymän ja Uudenmaan sote-maakuntien välillä, jotka parantavat palvelujen laatua ja kustannustehokkuutta. HUS-maakuntayhtymän alueelliset palvelut tulevat toimimaan tiiviissä yhteistyössä sote-maakuntien toimintojen kanssa ja tulevat tukemaan sote-maakuntien palvelutuotantoa omalla asiantuntemuksellaan. Lakiesityksen mukainen sote-palvelujen perustason vahvistaminen ei kuitenkaan saa vaarantaa nykyisin hyvin toimivia erikoissairaanhoidon lähipalveluja.



14.9.2020

Työnjakokysymysten osalta HUS esittää Uusimaa-lain 5 §:n luetteloa HUS-maakuntayhtymän vastuulle kuuluvista tehtävistä täydennettäväksi siten, että luetteloon lisätään suljetun psykiatrisen osastohoidon ja tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon järjestäminen.

Käytännössä HUS huolehtii tällä hetkellä Helsingin kaupunkia lukuun ottamatta psykiatrisen osastohoidon järjestämisestä Uudellamaalla. Tämä mahdollistaa osaamisen keskittämisen ja osastohoidon erikoistumisen kautta saavutettavat osaamis-, laatu-, kustannusvaikuttavuushyödyt. HUS ja Helsingin kaupunki valmistelevat yhdessä ns. Laakson yhteissairaala-hanketta, johon on tarkoitus keskittää kaikki osapuolten vastuulla oleva psykiatrinen osastohoito. Sairaalan suunnittelu lähtee siitä, että sairaalaan ei suunnitella erikseen HUSin ja Helsingin osastoja. Rakennushankkeen ohjausryhmässä on todettu, että ”tärkeänä hanketta ohjaavana tavoitteena on Helsingissä nykyisin toimivien erillisten HUSin ja kaupungin psykiatrisen sairaanhoidon organisaatioiden integraatio”. **Nykytilanteessa helsinkiläiset potilaat käyttävät HUSin hoitovastuuta olevia kuntia enemmän psykiatrista osastohoitoa (sairaalakäyttö noin 0,5 ss/1000 asukasta Helsingissä vs. noin 0,4 ss/1000 asukasta muualla HUS-alueella).** Psykiatrisen osastohoidon jääminen uuden sote-järjestelmän aikanakin kahteen eri organisaatioon olisi pysyvä este psykiatrisen palvelujärjestelmän kehittämisessä.

Toisaalta tahdosta riippumaton psykiatrinen hoito on vakavasti ihmisten perusoikeuksiin puuttuva hoitomuoto, joka on vaativuudeltaan verrattavissa vaativimpaan erikoissairaanhoidon tai somaattiseen tehohoitoon. Huomioiden vakavat perusoikeusvaikutukset, ei minkäänlaisia alueellisia vaihteluita laadun, saatavuuden, osaamistason tai potilasturvallisuuden osalta tulisi hyväksyä. Näin ollen psykiatrisen osastohoidon keskittäminen HUSin järjestämisvastuulle takaisi 6 mom. sisältyvien tavoitteiden toteutumisen.

Psykiatrisen kiireellinen hoito muodostuu päivystyksen, akuuttiosastojen ja kiireellisen vastaanotto-toiminnan kokonaisuudesta. Tahdosta riippumaton osastotoiminta on välttämätöntä integroidun psykiatrisen akuuttihoitojärjestämiseksi. Psykiatrisen päivystyksen järjestämisvastuu on jo keskitetty HUSille ja osastotoiminnan integrointi tämän yhteyteen parantaisi palveluketjuja merkittävästi.

### Yliopistollisuus ja yliopistosairaala

- Yliopistosairaalan toimintaedellytyksiä ei saa vaarantaa.
- Toimiva yliopistosairaala edellyttää lainsäädännön tukea:
- Sote-järjestämislakiin tulee koko maan osalta yhdenmukaisesti sisällyttää yliopistosairaalan ylläpitämisen edellyttämä erillissäätely.

Yliopistosairaaloitten toiminnasta säädetään nykyisin sekä terveydenhuoltolaissa että erikoissairaanhoidolaissa. Ehdotetun voimaantulon mukaisesti mm. erikoissairaanhoidon lakia kumotaan uudistuksessa ja pääosa yliopistosairaaloitten toimintaa koskevasta sääntelystä poistuu. Toisaalta Uudenmaan erillislaissa useassa kohdassa määritetään yliopistosairaalan toimintaa siten,

14.9.2020

että sääntely kokonaisuutena on HUSin osalta osin aiempaa parempaa. Uudistuksessa jää kuitenkin myös HUSin osalta tiettyjä yliopistosairaalan toiminnan kannalta olennaisia elementtejä puuttumaan liittyen mm. yliopiston ja yliopistosairaalan jaettuihin palvelussuhteisiin. Edellä mainitusta huolimatta yliopistosairaalassa ei toiminnallisena kokonaisuutena ole kuitenkaan kyse vain Uuttamaata ja HUSia koskevasta asiasta, vaan yliopistollisen sairaalan rooli ja tehtävät tulisi määritellä lainsäädännössä koko maata koskien yhdenmukaisin perustein.

Konkreettinen tarve erillissäätelylle on ensinnä yliopiston ja yliopistosairaalan yhteisten tehtävien osalta, joista nykyisin on säädetty erikoissairaanhoidolain 28 §:ssä. Yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan henkilöstöllä on lähtökohtaisesti kaksi samanaikaista palvelussuhdetta eli toinen yliopistoon ja toinen sairaalaan. Yliopiston palvelussuhde on välttämätön opetustehtävien hoitamiseksi, koska esimerkiksi professoreita ei voi olla muualla kuin yliopistolain tarkoittamissa yliopistoissa. Vastaavasti palvelussuhde sairaalaan on välttämätön potilashoittoon osallistumiseksi, koska ilman palvelussuhdetta tutkija on potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 §:n 2 momentin tarkoittaman sivullisen asemassa, eikä hänelle voida antaa potilashoitoa koskevia tietoja. Yhteinen palvelussuhde käytännössä toteutuu esimerkiksi siten, että yliopisto täyttää professorin tehtävän siitä annettujen määräysten mukaisesti (yliopistolaki 33 § ja yliopiston johtosääntö), sairaalan edustajat osallistuvat valintaprosessiin esimerkiksi lausunnotmenettelyn kautta ja professorin tehtävään valittu valitaan prosessin jälkeen sairaalan ns. sivuvirkaan sitä haettavaksi julistamatta. Tämä viimeksi mainittu on poikkeus kunnallisen viranhaltijalain 2 luvun 4 §:n erittäin vahvasta pääsäännöstä, jonka mukaan virkasuhteeseen ottaminen edellyttää julkista hakumenettelyä, jollei laissa toisin säädetä. Erillissäätely on välttämätöntä yhteisten palvelussuhteiden mahdollistamiseksi.

Voimassa olevassa lainsäädännössä on useita säännöksiä, joissa yliopistollista sairaalaa ylläpitävälle kuntayhtymälle ja yliopistollisille sairaaloille itselleen säädetään tehtäviä ja vastuita. Tällaisia säännöksiä on muun muassa terveydenhuoltolaissa, ns. keskittämisasiasetuksessa ja ns. päivystysasetuksessa. Nämä tehtävät liittyvät erikoissairaanhoidon työnjakoon sekä alueellisesti ja valtakunnallisesti keskitettävään erikoissairaanhoidon. Yliopistollisen sairaalan tehtävät ja vastuut liittyvät erityisosaamisen, opetuksen ja tieteellisen tutkimuksen ja kehittämistoiminnan tuottamaan hoidon laatuun sekä potilasturvallisuuteen ja niiden ylläpitoon ja parantamiseen. Yliopistollisille sairaaloille on asetettu suoranaisia velvollisuuksia lääkäreiden perusopetuksen ja erikoislääkärikoulutuksen tuottamisessa. Erityisesti tarvitaan lakiin kirjaus siitä, että yliopistollisella sairaalalla on velvollisuus tehdä tieteellistä tutkimusta. Nyt tällainen suoranainen velvoite puuttuu. Tämä vaikeuttaa yliopistosairaalassa tutkimusta tekevien tutkijoiden rahoituksen saantimahdollisuuksia. Valtion tutkimusrahoituksen vähentyessä on muun rahoituksen osuus ollut merkittävä.

Konkreettinen tarve erillissäätelylle olisi myös yliopistosairaalan ja yliopiston keskinäisten taloudellisten suhteiden osalta koskien asianomaisten perustehtävänä olevan lääketieteellisen tutkimuksen ja opetuksen toteuttamista. Kummallakin osapuolella on tutkimukseen liittyviä resursseja kuten tiloja, laitteita ja myös henkilöstöä etenkin tutkimuksen tukipalveluissa. Olisi erittäin tarpeellista, että osapuolet voisivat asettaa kyseisiä resursseja toisen osapuolen käyttöön esimerkiksi tila- ja laitevuokrana, palvelumyyntinä tai mahdollisesti henkilöstön vuokrauksena ilman, että kyse on julkisesta hankinnasta tai markkinoilla tapahtuvasta toiminnasta. Yhteistyötä voi perustella julkis-

14.9.2020

sista hankinnoista annetun lain 2 luvun 16 §:ssä kuvatulla horisontaalisella yhteistyöllä, mutta hankintalaki asettaa myös tälle rajoituksia. Erillinen sääntely parantaisi olennaisesti yliopiston ja yliopistosairaalan yhteistyön ja tätä kautta tutkimus- ja opetustoiminnan edellytyksiä.

Tarvetta olisi myös selkeyttää yliopistosairaalan roolia yliopiston ensisijaisena kumppanina lääketieteen alan opetuksen ja tutkimuksen edellytysten luomisessa. Rooli perustuu nyt terveydenhuoltolain yksittäisiin säännöksiin. Näitä ovat mm. terveydenhuoltolain 60 § koskien lääkärin peruskoulutuksen koulutuskorvauksia, terveydenhuoltolain 61 § yliopistollisen sairaanhoitopiirin velvoitteista yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen koordinoinnissa ja myös terveydenhuoltolain 65 § koskien yliopiston oikeutta käyttää yliopistollisen sairaalan tiloja opetuksen ja tutkimuksen tarpeisiin. Käytännössä monilla erityisvastuualueilla opetusta ja tutkimusta on hajautettu myös yliopistosairaalan ulkopuolelle (esim. Tyks-erva, jossa lääketieteen perusopetusta annetaan Tyksin lisäksi SatSHP:ssä ja VSHP:ssä tai KYS-erva, jossa lääketieteen perusopetusta annetaan myös KSSHHP:ssä, Siun sotessa ja Essotessa). Yliopistosairaala koordinoi kuitenkin myös tällöin kokonaisuutta ja varmistaa suhteessa yliopistoon sen, että edellytykset lääketieteelliselle tutkimukselle ja opetukselle ovat olemassa. Yliopisto päättää myös tällöin itsenäisesti, missä se antaa opetusta, mutta selkeä sääntely tältäkin osin varmistaa paremmin yliopiston perustehtävän toteutumisen.

Yliopistosairaalan määrittelyssä on kyse myös yliopiston roolista yliopistosairaalan hallinnossa. Nykyisin yliopistolla on oikeus erikoissairaanhoitolain 25 §:n mukaisesti nimetä kaksi jäsentä sairaanhoitopiirin valtuustoon 10 % ääniosuudella ja kaksi hallitukseen. Pääministeri Sipilän kaudella valmistellussa sote-uudistuksessa oli tarkoitus poistaa ainakin laintasoinen säätely koskien yliopistojen edustusta yliopistollisia sairaaloita ylläpitävien maakuntien hallintoelimityksissä. Mahdollista olisi ollut huomioida yliopistojen edustus maakunnan sääntöjen kautta, jos maakuntavaltuusto olisi katsonut tämän tarkoituksenmukaiseksi. Vaaleilla valittuun valtuustoon ei luonnollisestikaan olisi yliopiston edustajia ollut mahdollista sovittaa. Kiinnitämme huomiota siihen, että kansainvälisissä yliopistosairaalan kriteereissä yliopiston edustus yliopistosairaalan hallinnossa on yksi yliopistosairaalan tunnusmerkki. Esimerkiksi yhdysvaltalaisessa Joint Commission -akkreditaatiossa, joka on pääosassa osavaltioita edellytyksenä Medicare- ja Medicaid -ohjelmiin pääsyyllä, on edellytyksenä yliopistosairaala rekisteröitymiselle se, että ”The applicant hospital is organizationally or administratively integrated with a medical school”. Vastaavasti esimerkiksi NHS:n piirissä yliopistosairaalan nimityksen käyttäminen edellyttää muun ohella ”Board membership of a non-Executive Director from the Faculty”. Koska lääketieteen tutkimus on kansainvälistä, niin olisi erittäin suotavaa, että myös suomalaiset yliopistosairaalat vastaisivat rakenteiltaan ulkomaisia verrokkejaan.

Sote-järjestämislakiin tulisi koko maan osalta yhdenmukaisesti sisällyttää yliopistosairaalan ylläpitämisen edellyttämä erillissääntely. Sääntelyssä tulisi käsitellä ainakin seuraavia asioita:

- Yliopiston tulee osallistua yliopistosairaalan hallintoon perussopimuksessa sovittavalla tavalla
- Yliopiston ja yliopistosairaalan välille tulee tehdä sopimus, jossa sovitaan yhteistyön käytännöistä
- Yliopistolla ja yliopistosairaalla voi olla yhteistä henkilöstöä, yhteisiä resursseja ja yhteisiä yksiköitä sovittavalla tavalla

14.9.2020

- Yliopistosairaalan roolista tutkimuksen ja opetuksen edellytysten muodostamisessa
- Yliopistosairaalan tehtävänä on muun ohella harjoittaa tutkimusta
- Yliopiston ja yliopistosairaalan väliseen, perustehtävään liittyvään yhteistyöhön ei sovelleta hankintalakia

HUS esittää edellä mainituin perustein, että sote-järjestämislakiin lisätään uusi seuraavasti kuuluva 32 §:n 2 momentti ja uudet 32a § ja 32 b §.

*[Nykyinen 32 § Yliopistollinen sairaala: Sote-maakunnissa, joiden alueella sijaitsevat Turun, Oulun ja Tampereen yliopistot ja Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden tiedekunta, sekä HUS-maakuntayhtymällä on oltava yliopistollinen sairaala.]*

*Uusi 2 momentti: "1 momentissa tarkoitettujen sote-maakuntien hallintosäännöissä tulee olla määräykset asianomaisen yliopiston osallistumisesta yliopistollisen sairaalan hallintoon. HUS-maakuntayhtymän perussopimuksessa on sovittava Helsingin yliopiston osallistumisesta yliopistollisen sairaalan hallintoon"*

*Uusi 32a § Yliopistollisen sairaalan tehtävät: Sen lisäksi, mitä terveydenhuoltolaissa (1326/2010) on säädetty yliopistollisen sairaalan tehtäväksi, vastaavat yliopistollista sairaalaa ylläpitävä maakunta ja HUS-maakuntayhtymä*

1. lääketieteellisen ja muun terveystieteellisen tutkimuksen harjoittamisesta
2. yliopiston opetus- ja tutkimustehtäviin tarvitsemien resurssien koordinoinnista tämän lain 33 §:ssä tarkoitetulla sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella.

*Uusi 32b § Yliopiston ja yliopistollisen sairaalan yhteistyö: Lääketieteellistä koulutusta antavan yliopiston ja yliopistollista sairaalaa ylläpitävän maakunnan ja HUS-maakuntayhtymän (sopijapuolet) välille tulee laatia yhteistoimintasopimus.*

*Yhteistoimintasopimuksessa sovitaan opetus- ja tutkimustoimintaan liittyen*

1. sopijapuoleen palvelussuhteessa olevan henkilökunnan toimimisesta myös toisen sopijapuolen palveluksessa
2. niistä ehdoista, joilla toinen sopijapuoli voi käyttää toisen sopijapuolen hallitsemissa laitteita ja tarvikkeita ja joilla toinen sopijapuoli voi tuottaa toiselle palveluja
3. yhteisesti järjestetyistä yksiköistä, joissa hyödynnetään molempien sopijapuolten hallitsemissa resursseja
4. muista opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämiseen liittyvistä asioista

*Jos sopijapuolten välillä on sovittu 2 momentin 1 kohdassa tarkoitetulla tavalla yhteisestä tehtävästä, jota hoidetaan sote-maakunnassa tai HUS-maakuntayhtymässä virkasuhteessa, ja jonka työaika sote-maakunnassa tai HUS-maakuntayhtymässä on alle 50 % vastaavasta kokoaikaisesta virasta, ei tällaisen virkasuhteen täyttämiseen sovelleta kunnan ja sote-maakunnan viranhaltijasta annetun lain (304/2003) 5 § 1 momenttia.*

14.9.2020

*Jos sopijapuolten välillä on sovittu 2 momentin 2 kohdassa tarkoitettulla tavalla laitteiden tai tarvikkeiden käytöstä tai palvelujen tuottamisesta sopijapuolten lakisääteisten tehtävien täyttämiseksi, ja sopimuksen perusteella toiselle sopijapuolelle suoritettava korvaus on enintään sopijapuolelle laitteiden tai tarvikkeiden käytöstä tai palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen, ei tällaiseen oikeustoimeen sovelleta julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista (1397/2006) annettua lakia.*

## Valmiuden ylläpito ja varautuminen

- Ajantasaisen tilannekuvan merkitys konkretisoitui koronapandemian yhteydessä.
- Esitys tarjoaa hyvän lähtökohdan poikkeusolojen johtamiselle.

Kokonaisuutena sote-toimialan varautumiseen liittyvät näkökohdat on otettu varsin hyvin huomioon ja nyt esitetty rakenne antaa varautumiselle ja esimerkiksi valtakunnallisen tilannekuvan koostamiselle ja ylläpidolle nykyistä huomattavasti paremmat edellytykset. Tämä osaltaan jättevöittää toimialan johtamista erilaisissa normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Sote-maakuntalain 147 §:ssä on asianmukaisesti todettu, että jokainen sote-maakunta vastaa itse omasta varautumisestaan ja siihen liittyvistä kustannuksistaan. Pykälän sanamuodossa tulisi kuitenkin huomioida myös se, että sote-maakunta vastaa tämän varautumisveloitteen ulottamisesta myös sote-maakunnan kriittisiin palveluntuottajiin. Yksityiskohtaisissa perusteluissa olisi aiheellista tuoda esille sitä, että sote-maakunnan tulee resursoida varautumisen ja valmiuden ylläpitoon riittävät resurssit erityisesti sosiaalitoimen ja terveydenhuollon toimialoilta eikä varautumista saa ”ulkoistaa” sote-maakunnan sisällä pelastustoimelle.

Järjestämislaissa luodaan järjestelmä, jossa yliopistollisten sairaaloiden yhteyteen perustetaan yhteistyöalueiden valmiuskeskukset. Järjestämislain mukaan HUS-maakunta vastaa Uudenmaan yhteistyöalueen valmiuskeskuksesta ja sote-maakuntalain mukaan HUS-maakuntayhtymä sekä Uudenmaan sote-maakunnat vastaavat kukin omasta varautumisestaan. HUS pitää esitettyä järjestelyä kannatettavana ja tarkoituksenmukaisena, ja toteaa, että valmiuskeskusten koordinoitettavan tarve on konkreettisesti osoitettu koronapandemian hoidon yhteydessä.

Järjestämislain mukaan yliopistosairaala ylläpitävän maakunnan sote-tilannekeskuksen vastuulla on koostaa yhteistyöalueensa tilannekuva ja raportoida se sosiaali- ja terveysministeriöön. Menneen kevään tapahtumat ovat konkreettisesti osoittaneet, että yhteisen tilannekuvan koostaminen edellyttää tarkkaa yhteisin kriteerein, prosessein ja teknisin järjestelmin toteutettua tiedon keruuta. Kerätyn datan tulee olla luotettavaa ja samoilla kriteereillä mitattua. Tähän ei riitä, että valmiuskeskuksella on valmiussuunnittelun koordinaatiota varten tiedonsaantioikeus. Laissa tulee säätää sote-maakuntien raportointivelvoitteesta valmiuskeskukselle tilannekuvan aukottomuuden varmistamiseksi tietyllä raportointisyklillä ja tietyjä raportointiväyliä käyttäen. Vastuu tämän tilannetiedon tuottamisesta ja siihen liittyvistä kustannuksista on kullakin sote-maakunnalla.

14.9.2020

## Yhteistyöalueen rooli ja tehtävät

- Terveydenhuoltopalveluiden saatavuus tulee turvata kaikissa olosuhteissa yhteistyöalueen puitteissa.
- Yhteistyöalueen sisäiset yhteistyöratkaisut pitää mahdollistaa laissa.

Uudistuksessa ehdotetaan, että terveydenhuoltolain mukaisen erityisvastuualueen korvaa sote-maakuntien yhteistyöalue. Lähtökohtaisesti yhteistyöalue on oikeudelliselta luonteeltaan ja velvoitavuudeltaan vastaava rakenne kuin erityisvastuualue. Alueella harjoitettu yhteistyö perustuu sopimukseen ja tätä kautta vapaaehtoisuuteen – laissa oleva velvoite koskee enemmän yhteistoiminnan muotoa kuin yhteistoiminnan sisältöä tai astetta.

Yhteistyöalueen yhteistoimintavelvoitteen piiriin kuuluva ja järjestämislain 34 §:ssä kuvattu tehtäväluettelo perustuu myös pitkälti erityisvastuualueen yhteistoiminnan piiriin kuuluville tehtäville, sillä täydennyksellä, että yhteistyö kattaa jatkossa koko sosiaali- ja terveydenhuollon. Oletettavaa onkin, että uudistuksen voimaantullessa voidaan tunnistaa konkreettisia yhteistyön mahdollisuuksia etenkin vaativassa ja erityisosaamista edellyttävässä sosiaalihuollossa (mm. vaativat lastensuojelukysymykset). Tosiasia kuitenkin lienee, että yhteistyöalueen toiminnasta pääosa muodostuu nykyisestä erityisvastuualueyhteistyöstä vielä useiden vuosien ajan uudistuksen voimaantulon jälkeen. Tätä kuvaa hyvin se, että sote-järjestämislain 33 § mukaan Muutenkin konkreettiset yhteistyön tarpeet oletettavasti keskittyvät nimenomaan vaativiin ja erityisosaamista edellyttäviin palveluihin ja tukipalveluihin peruspalveluiden sijasta.

Nykyisen erityisvastuualueyhteistyön sisällöllinen velvoittavuus perustuu ensisijaisesti nykyiseen terveydenhuoltolain 42 §:n 1 momenttiin, joka kuuluu seuraavasti: ”Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on järjestettävä yhteistyössä alueensa erikoissairaanhoidon. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän, jonka hallinnassa on yliopistollinen sairaala, on järjestettävä erityistason sairaanhoito erikoissairaanhoidon 9 §:ssä tarkoitettulla vastuualueellaan.” Mainittua terveydenhuoltolain säännöstä on tulkittu niin, että viimekätinen vastuu erityisvastuualueen palvelutarjonnasta tietyllä erikoisalalla on yliopistosairaalalla. Tulkinta perustuu lainkohdan yksityiskohtaisiin perusteluihin, jonka mukaan työnjaon tarkoituksena on ”turvata erikoissairaanhoidon” (HE 90/2010 vp, s. 136). Jos erityisvastuualueen sairaanhoitopiiri ei pysty huolehtimaan tietyn erikoisan palvelutarjonnasta, pitää erityisvastuualueen muiden sairaanhoitopiirien ja viime kädessä yliopistosairaalan varautua tähän. Ei ole kuitenkaan tyydyttävää, että edellä kuvattu yhteistoimintavelvoitteen luonne perustuu yksinomaan tulkintaan, koska kyse on viime kädessä perusoikeuksien toteuttamisesta. Sote-järjestämislaissa tai vaihtoehtoisesti terveydenhuoltolaissa tulisi selkeästi kuvata yhteistoiminta-alueyhteistyön oikeudellinen merkitys palvelujärjestelmän turvaamisen kannalta.

Epäselvää on, miten edellä kuvattuja terveydenhuoltolain mukaisia vastuita tullaan tarkistamaan. Vaikka lähtökohtaisesti sote-maakunta ei voi siirtää järjestämisvastuuta sote-maakuntayhtymälle kuin tukipalveluiden osalta sote-maakuntalain 58 § 3 momentin mukaan, säädetään Uusimaa-lain

14.9.2020

5 §:n 2 momentin 7. kohdassa, että HUS-maakuntayhtymä vastaa myös yhteistyöalueen järjestämissopimuksessa maakuntayhtymän vastuulle sovituista palveluista. Potilasturvallisuuden takaamiseksi ja terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuden kannalta on välttämätöntä, että HUS voi sopia erityisvastuualueen maakuntien kanssa sekä terveyspalveluiden järjestämisestä, että tuottamisesta. Tämä koskee niin varsinaisia sairaanhoitopalveluja, sairaanhoidollisia tukipalveluja kuin myös muita tukipalveluja. Epäselvyyksien välttämiseksi HUS esittää, että Uusimaa-lain 2 §:ssä nimenomaisesti säädetäisiin siitä, että HUS-maakuntayhtymään ei sovelleta sote-maakuntalain 58 § 3 ja 4 momenttia, joissa rajoitetaan muiden sote-maakuntayhtymien toimialaa ja mahdollisuutta tulla järjestämisvastuulliseksi.

Yhteistyöalueelle laaditaan yhteistoimintasopimus, joka vastaa edellä kuvatuin tavoin erityisvastuualueen järjestämissopimusta. Laissa ei tarkemmin kuvata, miten yhteistoimintasopimus laaditaan nykyiseen HYKS-eraan eli yhteistoiminta-alueelle, johon HUS-maakuntayhtymä kuuluu ja järjestämissopimuksen valmistelua koordinoiva taho on jätetty laissa avoimeksi. HUS-maakuntayhtymä rinnastettaisiin kuitenkin järjestämislain 1 § 4 momentin viittaussäännöksen mukaan sote-maakuntaan järjestämissopimusta valmisteltaessa. Koska yhteistyöalueella tapahtuvasta yhteistyöstä merkittävin osa tulee liittymään HUS-maakuntayhtymän vastuulla oleviin tehtäviin vielä useiden vuosien ajan lain voimaantulon jälkeen edellä kuvatuin tavoin, olisi sopimuksen valmistelu tarkoituksenmukaista koordinoita HUS-maakuntayhtymän toimesta. Tätä puoltaa myös se, että HUS-kuntayhtymällä on aiempaa kokemusta yhteistyöstä Eksoten, Kymsoten ja PHHYKY:n kanssa ja HUS on aiemminkin hoitanut järjestämissopimuksen valmistelun koordinoititehtävät.

Erityisvastuualue- ja yhteistoiminta-alueyhteistyön ja sen mukaisten velvoitteiden toteuttaminen edellyttää muun ohella moninaista taloudellista kanssakäymistä sairaanhoitopiirien ja vastaisuudessa sote-maakuntien välillä. Tällöin nousee esille kysymys hankintalain soveltamisesta. Hankintalain 16 § sallii sinänsä horisontaalisen yhteistyön hankintayksiköiden välillä. Lainkohdan 1 momentin mukaan hankintalakia ei sovelleta hankintayksiköiden väliseen hankintaan, jolla ”hankintayksiköt toteuttavat yhteistyössä ja yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi niiden vastuulla olevat yleisen edun mukaiset julkiset palvelut”. Epäselvää kuitenkin on, täyttääkö kaikki sairaanhoitopiirien välinen myynti aina horisontaalisen yhteistyön määritelmän. Kyse ei ole aina lähetteen perusteella tapahtuvasta potilashoidosta, vaan muusta myynnistä sairaanhoitopiirien välillä ts. resursien myymisestä toiselle. Yhteistyön toteuttaminen saattaa edellyttää myös työvoiman vuokrausta toiselle osapuolelle. Epäselvyyksien välttämiseksi esitämme, että sote-järjestämislain 33 §:ään lisätään seuraavasti kuuluva 4 momentti:

*Uusi 4 momentti: ”Yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sote-maakunnan ja HUS-maakuntayhtymän myydessä sopimusperusteisesti omakustannushintaan tuottamiaan palveluja muille sote-järjestämislaissa tarkoitettulle yhteistyöalueensa sote-maakunnille, ei tällaiseen oikeustoimeen sovelleta julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista (1397/2006) annettua lakia.”*

Yhdenvertaisuuden edistämiseksi yhteistoiminta-alueilla HUS esittää lisäksi, että sote-järjestämislain 34 §:ssä edellytettäisiin yhteistoimintasopimuksessa sovittavan myös yhteisistä tavoitteista



14.9.2020

laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyen sekä myös terveydenhuoltolain 8 § mukaisten laadunhallinnan ja potilasturvallisuussuunnitelmien täytäntöönpanosta annettujen suunnitelmien koordinoinnista tarpeellisilta osin.

### Valinnanvapauden ulottuvuus

- Erikoissairaanhoidon nykyinen valinnanvapausjärjestelmä on tarkoituksenmukainen, mutta siinä on epäselvyyksiä ja puutteita.
- Lakiehdotus selkeyttää nykyistä järjestelmää ja korjaa sen ongelmia.

Ehdotetussa uudistuksessa nykyinen terveydenhuoltolaki jää sinänsä voimaan, vaikka sitä joudutaan tarkistamaan uusien palvelurakenteiden ja järjestämisvastuullisten viranomaisten vuoksi. Terveydenhuoltolaissa säädettyyn erikoissairaanhoidon valinnanvapauteen ei oletettavasti tule muutoksia. Näkemyksemme mukaan erikoissairaanhoidon nykyinen valinnanvapaus on lähtökohtaisesti hyvä rakenne palvelutuotannossa. Terveydenhuoltolain mukainen erikoissairaanhoidon valinnanvapaus antaa potilaille lisää mahdollisuuksia ja sparraa julkisia toimijoita keskenään.

Ongelmana ovat kuitenkin olleet epäselvät pelisäännöt. Erityinen kysymys on ollut, onko sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä oikeus harjoittaa valinnanvapausjärjestelmään kuuluvaa palvelutuotantoa toisen kuntayhtymän alueella. HUSin käsityksen mukaan palvelutuotannon harjoittaminen toisen kuntayhtymän alueella ei lähtökohtaisesti kuulu kunnan ja sitä kautta kuntayhtymän toimialaan. Kunnan ja kuntayhtymän tehtävänä on vastata palveluiden järjestämisestä kunnan ja kuntayhtymän asukkaille, eikä toiminta toisen kuntayhtymän alueella palvele tätä päämäärää.

Ehdotuksessa uudeksi järjestämislaiksi (8 §) sote-maakunnan järjestämisvastuu rajoitetaan sen maantieteelliselle alueelle. Sote-maakuntalain 6 §:n mukaan sote-maakunta voi harjoittaa alueellaan lakisääteisiä tehtäviä tukevia tehtäviä. Sote-maakunta ei kuitenkaan voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltoa toisen sote-maakunnan alueella, jos kyse ei ole sote-maakuntien välisestä yhteistyöstä.

Muutos on tältä osin yksiselitteisen positiivinen ja korjaa nykyisen valinnanvapausmallin pahimman ongelman.

### Muita huomioitavia asioita

- Nykyistä kunnallista viranhaltijalakia esitetään muutettavaksi siten, että se koskee myös sote-maakuntien viranhaltijoita. Lakia on kuitenkin tarkoitus muuttaa siten, että sote-maakunnan ja HUS-maakuntayhtymän ylittävä viranhaltijaa ei voisi valita suostumukseen perustuen, vaan ainoastaan tavanomaisen hakumenettelyn kautta. Tämä poikkeaa nykyisiä sairaanhoitopiirejä koskevasta sääntelystä. Sote-maakunnan ylimmän viranhaltijan vaali tullaan suorittamaan



14.9.2020

sote-maakunnan ylimmän toimielimen toimesta, joka tulee olemaan poliittinen. Nykyistä vastaavan suostumusmenettelyn säilyttäminen on välttämätöntä riittävän poliittisen toimintapauden turvaamiseksi sote-maakunnan ja HUS-maakuntayhtymän ylimmälle toimielimelle.

- Nykyisen tulkinnan mukaan lääkärin työssä virkasuhdetta edellyttävät mielenterveyslain osalta tarkkailuun ottaminen, tarkkailulausunnon antaminen, hoitoon määrääminen, hoidon jatkaminen ja mielenterveyslain luvun 4a mukaista rajoitustoimenpiteistä päättäminen. Lisäksi mielenterveyslain 12 a §:ssä tarkoitetun ulkopuolisen lääkärin sekä poliisin virka-apua pyytävän lääkärin on oltava virkasuhteinen. Myös tartuntatautilaissa on virkasuhdetta edellyttäviä tehtäviä. Somaattista hoitoa antavissa hoitopaikoissa julkista valtaa käytetään puuttutessa potilaan itsemääräämisoikeuteen. Myös maksusitoumuspäätöksien antamisessa ja kieltäytyttäessä antamasta asiakirjatietoja on kysymys julkisen vallan käytöstä<sup>1</sup>.

Esityksessä ollaan laajentamassa olennaisesti virkasuhteen käyttöä edellä kuvatusta ja selvästi vakiintuneista tulkinnoista poiketen. Ehdotetun sote-järjestämislain 3 luvun 12 §:ssä esitetään seuraavaa ”*Lähetteen perusteella tehtävän terveydenhuoltolain 52 §:ssä tarkoitetun ratkaisun asiakkaan ottamisesta sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön sairaanhoitoa varten ja siihen liittyvän hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoratkaisut sekä sairaalaan otetun asiakkaan erikoissairaanhoidon palvelujen antamiseen liittyvän hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoratkaisut tekee kuitenkin virkasuhteessa oleva lääkäri. Myös terveydenhuoltolain 40 §:ssä tarkoitetussa ensihoitopalvelussa hoidon tarpeen arvioinnista vastaavan vastuulääkärin ja kenttäjohtajan on oltava virkasuhteessa.*”

Säännöksen varsinainen tarkoitus on rajoittaa terveydenhuollon palvelujen ulkoistamista. Ottamatta kantaa tähän tavoitteeseen on vaikea nähdä, miksi edellä kuvatut päätökset olisivat julkisen vallan käyttöä tai julkisia hallintotehtäviä, koska kyse on täysin vastaavan kaltaisesta toiminnasta kuin mitä yksityisen terveydenhuollon toimintayksikön palveluksessa oleva lääkäri harjoittaa. Lopputuloksena virkasuhteiden laajamittaisesta käytöstä on se, että yksityisen ja julkisen terveydenhuollon palveluksessa olevien lääkärin tekemiä laiminlyöntejä ja virheitä tullaan arvioimaan eri rangaistusasteikoilla, vaikka kyse olisi täysin samasta teosta ja teonkuvauksesta. Lopputulosta ei voi pitää yhdenvertaisena yksittäisen lääkärin kannalta. Lisäksi virkasuhteiden käyttöön velvoittaminen vaikeuttaa tarkoituksenmukaisen henkilöstöhallinnon toteuttamista. Virkasuhteiden käyttö tarkoittaa sitä, että lääkärin osalta henkilöstöresursseista päätetään yksittäisen henkilön tasolla luottamuselimissä, kun muiden ammattiryhmien (mm. hoitohenkilökunnan) osalta voidaan henkilöstöresursointia käsitellä huomattavasti joustavammin operatiivisen päätöksenteon puitteissa.

Esitämme, että virkasuhteiden käytölle asetettuja vaatimuksia ei tiukenneta nykyisestä. Jos lainsäädännössä halutaan rajoittaa ulkoistuksia, voidaan se tehdä nimenomaisilla säännöksillä turvautumatta rajoituksiin virkasuhteiden kautta.

- Sote-järjestämislaki rinnastaa sote-maakuntien omistamat yhtiöt mukaan lukien hankintalain tarkoittamana sidosyksikkönä toimivat yhtiöt yksityisiin palveluntuottajiin. Laissa esitetään

<sup>1</sup> [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/valvonta/toimintayksikoiden\\_valvonta/virkavastuulla\\_hoidettavat\\_laakarin\\_tehtavat](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/valvonta/toimintayksikoiden_valvonta/virkavastuulla_hoidettavat_laakarin_tehtavat)

14.9.2020

säädettäväksi, että "mitä tässä laissa säädetään yksityisestä palveluntuottajasta, sovelletaan myös sote-maakunnan, kunnan ja valtion omistamaan yhtiöön tai muuhun yhteisöön" Sote-järjestämislain 12 §:ssä puolestaan rajataan, mitä hankintoja voidaan tehdä tällaiselta yhtiöltä. Yhtiöltä ei voi hankkia mm. palveluja, joihin sisältyy järjestämistä toteuttamiseen liittyviä tehtäviä, tai palveluja, joihin sisältyy julkisen vallan käyttöä, kiireellisen hoidon ja päivystyksen palveluja eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta ja ensihoitopalveluja eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta. Ehdotus rajaisi sote-maakuntien itse ja yhdessä omistamat yhtiöt pääsääntöisesti tukipalveluihin.

Ehdotuksessa ei esitetä mitään järkeviä perusteluja sille, miksi sidosyksikkönä toimivien yhtiöiden toimintamahdollisuuksia rajoitetaan tässä kuvatulla tavalla. Tietyn palvelutuotannon eriyttäminen sidosyksiköksi voi olla tarkoituksenmukainen tapa tehostaa kyseistä toimintaa ja hakea uudenlaisia toimintatapoja. Esitämme, että sidosyksikkönä toimivia yhteisöjä ei tule pitää sote-järjestämislain tarkoittamina yksityisinä palveluntuottajina.

#### Lisätietoja

Lausunnon on valmistellut HUSin johtoryhmä. Lausunnon lisätietoja antaa hallintojohtaja Lauri Tanner, s-posti lauri.tanner@hus.fi, puh. 050 4383602.

HUS-kuntayhtymä

Juha Tuominen  
toimitusjohtaja