



Erikoissairaanhoidon järjestäminen Uudellamaalla

HUS-työryhmän loppuraportti

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:67

Erikoissairaanhoidon järjestäminen Uudellamaalla. HUS-työryhmän loppuraportti.

HUS-työryhmä 2019

Sosiaali- ja terveysministeriö

ISBN PDF: 978-952-00-4125-0

Kuvat: Kannen kuvat: Tuula Holopainen, Irmeli Huhtala, Kuvatoimisto Rodeo, Shutterstock

Helsinki 2019

Kuvailulehti

Julkaisija	Sosiaali- ja terveysministeriö		5.12.2019
Tekijät	Liisa-Maria Voipio-Pulkki, Tuija Kumpulainen, Timo Keistinen, Auli Valli-Lintu, Jan Ihatsu		
Julkaisun nimi	Erikoissairaanhoidon järjestäminen Uudellamaalla. HUS-työryhmän loppuraportti.		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2019:67		
Diaari/hankenumero	STM085:00/2019	Teema	
ISBN PDF	978-952-00-4125-0	ISSN PDF	2242-0037
URN-osoite	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4125-0		
Sivumäärä	52	Kieli	suomi
Asiasanat	sote-uudistus, erikoissairaanhoido, maakunnat		
Tiivistelmä Uudenmaan erillisratkaisun selvityksen HUS-työryhmä on päätenyt yksimielisesti esittämään ratkaisua, jossa erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu olisi yleisesti ja ensisijaisesti itsehallinnollisilla alueilla eli maakunnilla. HUS vastaisi puolestaan Uudenmaan alueella kiireellisestä erikoissairaanhoidosta, vaativasta ja yliopistosairaallalle kuuluvasta erikoissairaanhoidosta ja tämän järjestämiseksi tarpeellisesta muusta erikoissairaanhoidosta. HUS vastaisi myös muista erikoissairaanhoidon palveluista niiltä osin kuin maakunnat eivät niitä järjestä. HUSin järjestämisvastuu olisi toissijaista ja lakiin perustuvaa. Itsehallintoalueiden ja HUSin työnjako linjattaisiin tarkemmin järjestämissopimuksessa, jonka perusvaatimukset määriteltäisiin lainsäädännössä. HUSille taattaisiin tätä kautta riittävä yleinen erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu toiminnan hyvää toteuttamista varten. Mikäli maakuntien ja HUSin välinen sopimus ei täyttäisi lain vaatimia kriteereitä tai sopimusta ei muuten syntyisi, valtioneuvostolla olisi oikeus ottaa asia päätettäväkseen. Työryhmän esittämällä mallilla turvattaisiin itsehallintoalueiden ja HUSin välisen työnjaon joustavuus ja vahvistettaisiin erikoissairaanhoidon tarkoituksenmukaisen käytön ohjausta. Ratkaisu huomioisi saavutetut keskittämishyödyt, HUSin kansalliset vastuut, valmiuden ja varautumisen ylläpidon, yliopistollisen opetuksen ja tutkimuksen sekä näiden edellyttämän riittävän tuotantovolyymin turvaamisen.			
Kustantaja	Sosiaali- ja terveysministeriö		
Julkaisun myynti/jakaja	Sähköinen versio: julkaisut.valtioneuvosto.fi Julkaisumyynti: vnjulkaisumyynti.fi		

Presentationsblad

Utgivare	Social- och hälsovårdsministeriet		5.12.2019
Författare	Liisa-Maria Voipio-Pulkki, Tuija Kumpulainen, Timo Keistinen, Auli Valli-Lintu, Jan Ihatsu		
Publikationens titel	Organisering av specialiserad sjukvård i Nyland. HUS-arbetsgruppens slutrapport.		
Publikationsseriens namn och nummer	Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2019:67		
Diarie- /projektnummer	STM085:00/2019	Tema	
ISBN PDF	978-952-00-4125-0	ISSN PDF	2242-0037
URN-adress	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4125-0		
Sidantal	52	Språk	finska
Nyckelord	vårdreform, sjukvårdsdistrikt, landskap		
Referat Den så kallade HUS-arbetsgruppen i utredningen av en samlösning för social- och hälsovården i Nyland har enhälligt beslutat att föreslå en lösning där ansvaret för att organisera den specialiserade sjukvården generellt och primärt ligger på självstyrande områden, det vill säga landskap. Enligt förslaget ska Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HUS) i Nyland ansvara för brådskande specialiserad sjukvård, krävande specialiserad sjukvård som hör till universitetssjukhuset och annan specialiserad sjukvård som behövs för att den krävande vården ska kunna organiseras. HUS ska enligt förslaget ansvara också för andra tjänster inom den specialiserade sjukvården till den del som landskapen inte organiserar dem. HUS organiseringsansvar ska vara sekundärt och basera sig på lag. Arbetsfördelningen mellan de självstyrande områdena och HUS ska fastställas närmare i ett organiseringsavtal, och de grundläggande kraven på avtalet ska anges i lag. På detta sätt säkerställs att HUS har ett sådant tillräckligt allmänt organiseringsansvar för den specialiserade sjukvården att verksamheten kan genomföras på ett bra sätt. Om avtalet mellan landskapen och HUS inte uppfyller de kriterier som anges i lag eller om något avtal annars inte uppstår, ska statsrådet ha rätt att fatta beslut om det. Den modell som arbetsgruppen föreslår tryggar flexibiliteten i arbetsfördelningen mellan de självstyrande områdena och HUS och stärker styrningen av en ändamålsenlig användning av den specialiserade sjukvården. I lösningen tas det hänsyn till uppnådda centraliseringsfördelar, HUS riksomfattande ansvar, upprätthållande av beredskapen, universitetets undervisning och forskning samt tryggandet av den tillräckliga produktionsvolym som dessa förutsätter.			
Förläggare	Social- och hälsovårdsministeriet		
Beställningar/ distribution	Elektronisk version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Beställningar: vnjulkaisumyynti.fi		

Description sheet

Published by	Ministry of Social Affairs and Health		5.12.2019
Authors	Liisa-Maria Voipio-Pulkki, Tuija Kumpulainen, Timo Keistinen, Auli Valli-Lintu, Jan Ihatsu		
Title of publication	Organising specialised medical care in the Uusimaa region Final report of the working group of the Helsinki University Hospital		
Series and publication number	Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2019:67		
Register number	STM085:00/2019	Subject	
ISBN PDF	978-952-00-4125-0	ISSN PDF	2242-0037
Website address URN	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4125-0		
Pages	52	Language	Finnish
Keywords	health and social services reform, specialised medical care, counties		
Abstract The working group of the Helsinki University Hospital, related to the study on special arrangements for Uusimaa region, has unanimously decided to propose that the responsibility for organising specialised medical care would generally and primarily lie with self-governing regions, i.e. counties. In the Uusimaa region, the Helsinki University Hospital would be responsible for urgent specialised medical care, demanding specialised medical care that belongs to a university hospital and other specialised medical care that is necessary for arranging the care. The Helsinki University Hospital would also be responsible for other specialised medical care services as far as they are not organised by the counties. The Helsinki University Hospital's responsibility for organising services would be secondary and based on law. The division of duties between the counties and the Helsinki University Hospital would be outlined in more detail by an agreement on the organisation of services, the basic requirements of which would be laid down by legislation. In this way, the Helsinki University Hospital would be guaranteed sufficient overall responsibility for organising specialised medical care in order to support the implementation of the services. If the agreement between the counties and the Helsinki University Hospital would not meet the criteria required by law, or if no agreement was concluded, the Government would have the right to make a decision on the matter. The model proposed by the working group would ensure flexibility in the division of labour between the counties and the Helsinki University Hospital, and the model would strengthen the guidance on the appropriate use of specialised medical care. The solution would take into account the achieved centralisation benefits, the national responsibilities of the Helsinki University Hospital as well as the maintenance of preparedness, university teaching and research, and safeguard the required production volume.			
Publisher	Ministry of Social Affairs and Health		
Publication sales/ Distributed by	Online version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Publication sales: vnjulkaisumyynti.fi		

Sisällys

1	Työryhmän tehtävä ja arvioinnin perusteet	9
1.1	Sote-uudistuksen tavoitteet.....	10
1.2	Arvioinnin lähtökohdat.....	10
1.3	Perustuslain asettamat reunaehdot.....	11
1.4	Erikoissairaanhoidon järjestämistä koskeva lainsäädäntö.....	12
1.5	Erikoissairaanhoidon järjestämistä koskevan lainsäädännön tulkinnat	13
2	Erikoissairaanhoidon järjestäminen ja sitä koskeva työnjako Uudellamaalla.....	15
2.1	Integraatiosta käytännössä	15
2.2	HUSin nykyinen toiminta	17
3	HUSin hallintomallin lähtökohdat	19
3.1	Vaihtoehdot erikoissairaanhoidon järjestämiselle	19
3.1.1	A. Erikoissairaanhoidon järjestämistä koskeva vastuu on maakunnilla/Helsingillä	20
3.1.2	B. Järjestämistä koskeva vastuu erikoissairaanhoidosta pääsääntöisesti HUSilla ja sopimuksen perusteella maakunnilla.....	23
3.1.3	C. Erikoissairaanhoidon järjestämistä koskeva vastuu on yleisesti maakunnilla ja HUSilla lailla säädetyn ja järjestämissopimuksessa jaetun toissijaisen järjestämistä koskevan vastuun perusteella.	26
	Liitteet.....	29

LUKIJALLE

Uudenmaan, pääkaupunkiseudun tai Helsingin sote-erillisratkaisuun liittyen sosiaali- ja terveysministeriö asetti ajalle 25.10.–30.11.2019 työryhmän selvittämään HUSin asemaa ja erikoissairaanhoidon järjestämistä. Työryhmän tehtävänä oli laatia kuvaus ja alustava vaikutusarviointi erikoissairaanhoidon hallinnollisista perusratkaisuista siinä tapauksessa, että Uusimaa jaetaan useampaan maakuntaan/itsehallintoalueeseen. Reunaehtoina kaikissa tapauksissa olisi, että HUSin nykyisille sairaalayksiköille muotoutunutta tarkoituksenmukaista, palvelutuotannon laadun ja kustannustehokkuuden turvaavaa työnjakoa ei perusteettomasti muuteta ja että järjestämisratkaisussa turvataan palvelujen saatavuus yhdenvertaisuuden näkökulmasta hyväksyttävällä ja asiakkaan palvelujen integraation turvaavalla tavalla.

Työryhmässä käsiteltiin seuraavat vaihtoehdot: A. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on maakunnilla/Helsingillä. Alueella ei ole erillistä HUS-oikeushenkilöä. B. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on HUSilla lukuun ottamatta niitä tehtäviä, joiden järjestämisvastuun siirrosta maakunnalle/Helsingille alueen maakunnat ja HUS sopivat järjestämissopimuksella. HUS on olemassa erillisenä oikeushenkilönä. C. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on yleisesti maakunnilla ja HUSilla lailla säädetyn ja järjestämissopimuksessa jaetun toissijaisen järjestämisvastuun perusteella. Järjestämisvastuuta tarkennetaan maakuntien ja HUSin järjestämissopimuksella. HUS on olemassa erillisenä oikeushenkilönä.

Uudenmaan erillisratkaisu edellyttää HUSin aseman määrittelemistä lailla, Työryhmä tarkasteli kutakin mallia palveluintegraation ja kustannustehokkuuden, järjestämisvastuusta säättämisen ja kansanvaltaisuuden, henkilöstö- ja omaisuusvaikutusten sekä muutoksen hallittavuuden ja riskien näkökulmista. Kaikissa vaihtoehdoissa erikoissairaanhoidon järjestämisen, rahoituksen ja palveluprosessien ohjaus onnistuisi paremmin kuin nykyisin, koska maakunnat olisivat vahvempia järjestäjiä ja päättäjiä olisi vähemmän.

Työryhmä päätyi yksimielisesti esittämään HUSin aseman ensisijaiseksi vaihtoehtoksi jaetun toissijaisen järjestämisvastuun mallia C. Se olisi esitetyistä vaihtoehtoista realistisin, lähinnä muun maan mallia, ja sen toimeenpano olisi muihin vaihtoehtoihin verrattuna parhaiten hallittavissa. Mallilla turvattaisiin itsehallintoalueiden ja HUSin välisen työnjaon joustavuus ja vahvistettaisiin erikoissairaanhoidon tarkoituksenmukaisen käytön ohjausta. Ratkaisu huomioisi saavutetut keskittämishyödyt, HUSin kansalliset vastuut, valmiuden ja varautumisen ylläpidon, yliopistollisen opetuksen ja tutkimuksen sekä näiden edellyttämän riittävän tuotantovolyymien turvaamisen. Järjestämissopimukseen liitettäisiin valtioneuvoston mahdollisuus päättää järjestämissopimuksesta laissa asetettujen kriteerien perusteella, jos osapuolet eivät pääsisi sopimukseen tai jos sopimus ei täyttäisi laissa asetettuja kriteereitä.

HUS-työryhmä
Joulukuu 2019

1 Työryhmän tehtävä ja arvioinnin perusteet

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 20.9.2019 Uudenmaan, pääkaupunkiseudun tai Helsingin sote-erillisratkaisun selvitykseen liittyen työryhmän selvittämään erikoissairaanhoidon järjestämistä Uudenmaan alueella. Työryhmän toimikausi oli 25.10.2019 – 30.11.2019. Työryhmän puheenjohtajana toimi kansliapäällikkö Kirsi Varhila ja varapuheenjohtajana strategiajohtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki sosiaali- ja terveysministeriöstä. Ryhmän jäseniä olivat sosiaali- ja terveystoimen johtaja Juha Jolkkonen, Helsinki, perusturvajohtaja Juha Metso, Espoo, terveyspalveluiden johtaja Piia Vuorela, Vantaa, kuntayhtymän johtaja Pirjo Laitinen-Parkkonen, Keski-Uudenmaan sote, sosiaali- ja terveysjohtaja Ann-Sofie Silvennoinen, Porvoo, kansliapäällikkö Sami Sarvilinna, Helsinki, johtajaylilääkäri Markku Mäkijärvi, HUS, hallintojohtaja Lauri Tanner, HUS, hallitusneuvos Auli Valli-Lintu, STM sekä oikeustieteen lisensiaatti Kari Prättälä. Työryhmän pysyviä asiantuntijoita olivat pääsihteeri Päivi Salo sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä selvityshenkilö Kari Nenonen. Työryhmän asiantuntijasih-teereinä toimivat johtaja Tuija Kumpulainen ja lääkintöneuvos Timo Keistinen sosiaali- ja terveysministeriöstä ja teknisenä sihteerinä toimi suunnittelija Jan Ihatsu sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Uudenmaan erillisratkaisu edellyttää HUS:n aseman määrittelemistä. Vaihtoehtoina oli esitetty, että

1. HUS olisi erillinen oikeushenkilö, jonka tehtävistä säädettäisiin lailla.
2. Soten järjestämisvastuu olisi kokonaisuudessaan muodostuvilla alueellisilla järjestäjillä ja HUS vastaisi palvelujen yhteisestä operatiivisesta toiminnasta.
3. Järjestämisvastuu olisi nykyiseen tapaan osittain jaettu.

Reunaehtoina kaikissa tapauksissa olisi, että HUS:n nykyisille sairaalayksiköille muotoutunutta tarkoituksenmukaista, palvelutuotannon laadun ja kustannustehokkuuden turvaavaa työnjakoa ei perusteettomasti muuteta ja että järjestämisratkaisussa turvaan palvelujen saatavuus yhdenvertaisuuden näkökulmasta hyväksyttävällä ja asiakkaan palvelujen integraation turvaavalla tavalla.

Työryhmän tehtävänä oli

1. laatia kuvaus ja alustava vaikutusarviointi edellä mainittujen vaihtoehtojen mukaisista hallinnollisista perusratkaisuista siinä tapauksessa, että Uusimaa jaetaan useampaan maakuntaan/itsehallintoalueeseen.
2. laatia kuvaus vaihtoehtojen mukaisesta palvelutuotantoa koskevasta operatiivisesta suunnittelusta, päätöksenteosta, johtamisesta ja työnjaoista sekä viranomaistehtävien hoidosta (julkisen vallan käyttö)
3. tehdä ehdotus tukipalvelujen organisoinnista em. vaihtoehtoisissa
4. tehdä ehdotus siitä, miten erikoissairaanhoidon palvelujen integrointi suunniteltujen uusien sote-keskusten kanssa turvataan osana Uusimaa-PKS-Helsinki-erillISRatkaisua

Työryhmä kokoontui seitsemän kertaa ja järjesti kaksi kuulemistilaisuutta HUSn ja alueen korkeakoulujen edustajille. Lisäksi kuultiin perustuslakiasiantuntijoita.

1.1 Sote-uudistuksen tavoitteet

Sote-uudistuksen tavoitteena on eriarvoisuuden vähentäminen ja yhdenvertaisuuden turvaaminen sote-palveluissa. Tavoitteena on vahvistaa ennen kaikkea perustason palveluita ja keinona sen toteuttamiseksi on integroida perustason ja erikoistason sote-palvelujen järjestämisvastuu ja sen rahoitusvastuu samalle organisaatiolle.

1.2 Arvioinnin lähtökohdat

Uudellemaalle on valmisteltu sote-järjestämiseen mallia, jossa alueelle muodostettaisiin useampi maakunta/itsehallintoalue (Länsi-, Keski-, Itä-Uusimaa ja Vantaa-Kerava-alue) ja sen lisäksi Helsingin kaupungille annettaisiin soten järjestämisvastuu (jäljempänä maakunnalla/itsehallintoalueella tarkoitetaan myös Helsinkiä). Alueen jakaminen useaan eri sote-järjestäjään tarkoittaa, että on määriteltävä, miten alueella järjestettäisiin erikoissairaanhoidon tehtävät ja erityisesti mikä olisi HUS:n asema sote-palvelujen järjestämisessä. HUS:n nykyisen toiminnan yhtenäisyyttä ei ole haluttu pilkkoa. Tältä osin alueen tilanne poikkeaisi lähtökohdiltaan muusta maasta.

Sote-palvelujen ja pelastustoimen rahoitus maksettaisiin lähtökohtaisesti maakunnille ja Helsingin kaupungille. Linjaus ei sulkisi pois kuitenkaan mahdollisuutta maksaa yksittäisistä tehtävistä nykyisin tavoin erilliskorvauksia. Näiden osuus olisi kuitenkin kokonaisuudessa pieni.

Alueellisen ratkaisun perusteena on erityisesti alueen väestöpohjan suuruus, jonka perusteella alueen jako pienempiin osiin tekisi muutoksesta ja soten järjestämisestä hallitumman. Alueen väestöpohjan ja kantokyvyn perusteella alueen jako useampaan järjestäjään ei heikentäisi mahdollisuuksia turvata riittäviä sote-palveluja. Varsinkin pienemmille kunnille järjestämisvastuun siirto turvaisi nykyistä paremmin mahdollisuudet turvata sote-palvelut. Alueen väestöpohja on jo nyt mahdollistanut sen, että esimerkiksi Helsingin kaupunki on järjestänyt itse erikoissairaanhoidon laajemmin kuin muut kunnat. Myös Keski-Uudenmaan Keusotessa on saavutettu hyviä tuloksia erikoissairaanhoidon palvelujen integroinnilla perustason palveluihin.

Erikoissairaanhoidon osalta on otettava huomioon, että HUS toimii yliopistollisena sairaalana. Sille on annettu asetuksella tiettyjä valtakunnallisia koordinaatiotehtäviä ja nimenomaisesti HUS:lle säädettyjä kansallisia vastuita. Lisäksi HUS hoitaa eräitä yliopistollisten keskussairaaloiden kesken sovittuja, kansallisesti keskitettäviä tehtäviä. Yliopistollinen sairaala toimii erityisvastuualueen perustana, ja erityisvastuualueella on solmittava terveydenhuoltolain 42 §:ssä tarkoitettu yhteistyösopimus. Erityisvastuualueellaan HUS hoitaa asetuksella keskitettyjä tiettyjä toimenpiteitä. Terveydenhuoltolain 42 §:ssä säädetty yhteistyö velvoittaa myös tukemaan muita erityisvastuualueen sairaanhoitopiirejä mm. mahdollisissa tuotannollisissa vaikeuksissa. Tarkemmin näitä tehtäviä on kuvattu liitteessä 1.

1.3 Perustuslain asettamat reunaehdot

Uudenmaan erilliskäytössä erikoissairaanhoidonkin järjestämisessä on keskeistä, miten ratkaisu turvaa sosiaalisten perusoikeuksien toteutumisen alueella riittävästi ja yhdenvertaisesti (PL 19 §, 6 § ja 22 §). Lisäksi mallia on arvioitava itsehallinnon, kansanvaltaisuuden sekä kielellisten oikeuksien toteutumisen näkökulmasta (PL 121.4 §, 2 §, 17 §).

Maakuntatsehtäähallinnon näkökulmasta ei liene esteitä säätää maakuntien välisestä yhteistoiminnasta, koska aiemmin on katsottu tällaisen säätämisen olevan mahdollista tiukemmin säädetyn kunnallisen itsehallinnonkin perusteella.

1.4 Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuuta koskeva lainsäädäntö

Erikoissairaanhoitolain mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että henkilö saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon lain mukaisesti. Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten maa jaetaan sairaanhoitopiireihin, ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä tulee olla erikoissairaanhoidon järjestämiseksi sairaaloita.

Yliopistollisesta sairaalasta säädetään lainsäädännössä niukasti. Erikoissairaanhoitolain mukaan alueella, jossa Helsingin, Turun, Oulun, Tampereen ja Kuopion yliopistot sijaitsevat, tulee olla yliopistollinen sairaala.

Terveystieteiden laitoksissa on määritelty erikoissairaanhoito. Sen mukaan **erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan** lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Erityisvastuualueella tarkoitetaan kahden tai useamman sairaanhoitopiirin muodostamaa erikoissairaanhoitolain 9 §:n mukaan määrättyä aluetta.

Terveystieteiden laitoksissa on määritelty sairaanhoitopiirille tehtäviä. Sairaanhoitopiirin on

- vastattava erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti.
- annettava alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita perusterveydenhuollon ei ole tuottamismukaisista tuottaa sekä vastattava kunnallisen terveydenhuollon tuottamien laboratorio- ja kuvantamispalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta,
- vastattava alueellaan tehtäväalansa tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta sekä kunnallisen terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteensovittamisesta.
- päätettävä yhteistyössä alueensa kuntien kanssa terveydenhuollon alueellisesta varautumisesta sekä laadittava alueellinen valmiussuunnitelma
- järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu sekä päätettävä ensihoidon palvelutasopäätös

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein.

Erityisvastuualueiden tehtäviä sekä terveydenhuoltolain perusteella keskitettyjä tehtäviä on kuvattu tarkemmin liitteessä 1.

1.5 Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun erilaiset tulkinnat

Kuntalaissa ja rauenneessa maakuntalakiehdotuksessa järjestämisvastuu on määritetty seuraavasti:

”Tehtävien hoidosta järjestämisvastuussa oleva kunta tai kuntayhtymä vastaa järjestettävien palvelujen ja muiden toimenpiteiden:

1. yhdenvertaisesta saatavuudesta;
2. tarpeen, määrän ja laadun määrittelemisestä;
3. tuottamistavasta;
4. tuottamisen valvonnasta;
5. viranomaiselle kuuluvan toimivallan käyttämisestä.

Kunta vastaa tehtäviensä rahoituksesta, vaikka järjestämisvastuu on siirretty toiselle kunnalle tai kuntayhtymälle.”

Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun katsottiin ennen terveydenhuoltolakia olevan tulkinnanvarainen (liite 2). Terveidenhuoltolailla pyrittiin selkeyttämään erikoissairaanhoidon järjestämisvastuuta ja lailla kumottiin pääosa erikoissairaanhoitolain säännöksistä. Jo ennen terveydenhuoltolakia sairaanhoitopiirien vastuita oli pyritty selkeyttämään hoitotakuulainsäädännöllä.

Ennen terveydenhuoltolakia kunnalla katsottiin olevan perusvastuu terveydenhuollon järjestämisestä ja kuntayhtymällä toissijainen vastuu (ns. jaettu järjestämisvastuu). Terveidenhuoltolain perusteella sairaanhoitopiirien omaa järjestämisvastuuseen kuuluvaa päätösvaltaa pyrittiin lisäämään. Terveidenhuoltolaissa säädettiinkin sairaanhoitopiireille nimenomaisia tehtäviä ja niitä on säädetty myös lain perusteella annetuilla asetuksilla (keskittämis- ja päivystysasetukset).

Terveidenhuoltolaki ei kuitenkaan tarkoittanut, että sairaanhoitopiirit vastaisivat erikoissairaanhoidon järjestämisestä kokonaisuudessaan, vaan kunnat järjestävät myös itse erikoissairaanhoidon palveluja. Täten erikoissairaanhoidon järjestämisvastuuseen kuuluva päätösvalta on jakautunut. Terveidenhuoltolain mukaisesti sairaanhoitopiirin on järjestettävä palvelut asiakkaille yhdenvertaisesti eikä palveluissa voi olla kunkohtaisia jonoja.

Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu tulee esiin jäljempänä, kun arvioidaan eri malleja ja niiden vaikutuksia.

2 Erikoissairaanhoidon järjestäminen ja sitä koskeva työnjako Uudellamaalla

2.1 Integraatiosta käytännössä

Erilliskäsitteissäänkin on tavoitteena varmistaa asiakaslähtöinen ja yhtenäinen sote-palvelujen järjestäminen ja tuottaminen. Tämä edellyttää eri palvelujen yhteensovittamista eli integroimista sujuviksi ja tehokkaiksi kokonaisuuksiksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraatiota voidaan lähestyä ja toteuttaa eri tavoin. Yhteensovittaminen voidaan toteuttaa esimerkiksi hallinnollisten rakenteiden kautta tai se voi toteutua toiminnallisena integraationa.

Perus- ja erityistason integraatiossa keskeistä on yhteiset sekä sosiaali- että terveydenhuollon palvelut käsittävät palveluprosessit. Lisäksi valtakunnalliset hoitosuositukset (Käypä hoito) ja niistä johdetut alueelliset hoitoketjut integroivat perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa. Palvelujen sujuvuuden ja vaikuttavuuden varmistamiseksi kaikissa järjestämismalleissa tulee määritellä palveluprosessien tavoitteet ja periaatteet perus- ja erityistason sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä. Olenainen työkalu integraation toteuttamisessa ovat järjestäjätahojen keskinäiset rakenteet (mm. yhteistyöfoorumit), joita tulisi olla organisaatioiden kaikilla tasoilla. Yksi järjestäjätaho itsessään ei automaattisesti lisää toiminnallista integraatiota.

Onnistuneen integraation lopputuloksena ovat asiakkaalle yhtenä kokonaisuutena näyttäytyvät palvelut ja tuki järjestäjästä riippumatta. Esimerkkejä näistä ovat jo useissa kunnissa toimivat tai rakentuvat terveys- ja hyvinvointikeskukset, perhekeskukset ja seniorikeskukset (tai vastaavat). Keskuksissa sekä perus- että erityistason sosiaali- ja terveystalouksia on koottu joko fyysisesti saman katon alle tai verkostomaisiksi kokonaisuuksiksi, josta asiakas saa tarvitsemansa monipuoliset ja monialaiset palvelut. Kansallisesti meneillään olevassa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeessa kehitettävät sote-keskukset integroivat palveluja aivan vastaavalla tavalla.

Edellä mainittuihin toimintamalleihin on mahdollista integroida erikoissairaanhoidon palveluja joko fyysisesti samassa toimipisteessä tarjottavina palveluina, jalkautuvina palveluina tai esimerkiksi etävastaanottoina ja sähköisinä konsultaatioina. Asiakkaalle

toimintamallit mahdollistavat monialaisten palvelujen saatavuuden yhden yhteydenoton periaatteella. Palvelujen yhdenvertaisuus ja saatavuus paranevat, kun palveluja kootaan suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Palveluja on fyysisestä sijainnista riippumatta enenevässä määrin saatavilla myös sähköisinä palveluina. Sähköisiä palveluja hyödyntämällä voidaan lisätä palvelujen saatavuutta, saavutettavuutta, yhdenvertaisuutta ja integraatiota järjestämismallista riippumatta. Yhteisen tietovarannon ja tietohallinnon ja yhdessä toimivien tietojärjestelmien merkitys integraation toteuttamisessa on keskeinen.

Sosiaalihuollossa jako perus- ja erityistason palveluihin ei suoraan vastaa hoidon porrasteisuutta. Sosiaalihuollossa perus- ja erityistaso ovat suurimmaksi osaksi yhdistyneet. Uudenmaan alueen väestöpohja mahdollistaa perus- ja erityistason sosiaalipalvelujen järjestämisen myös maakuntaa pienemmillä alueilla.

Palveluprosessien integraatiota tarvitaan eri sosiaali- ja terveystalouden lisäksi myös muiden tahojen kanssa, joita ovat esimerkiksi valtion eri toimijat, kunnat ja niiden eri palvelut (kuten varhaiskasvatus, oppilas- ja opiskelijahuolto, liikuntapalvelut, nuorisopalvelut, työllisyyspalvelut, maahanmuuttopalvelut) sekä yritykset ja kolmannen sektorin toimijat.

Julkisista sosiaali- ja terveystalouksista perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen osuus on noin 2/3 ja erikoissairaanhoidon noin 1/3. Jo vuosia erikoissairaanhoidon menojen kasvu on kuitenkin ollut huomattavasti nopeampaa kuin perusterveydenhuollon tai sosiaalipalvelujen. Siksi sekä järjestämisvastuun että rahoituksen painopistettä on siirrettävä perustalouteen.

Erikoissairaanhoidon järjestämismalleja arvioitaessa oleellista on se, miten malli turvaa riittävien terveystalouden saatavuuden. Tässä arvioinnissa pitää huomioida yhtäältä 1. erikoissairaanhoidon ohjauksen, perustason vahvistamisen ja palvelujen integraation, sekä toisaalta 2. erikoissairaanhoidon yhtenäisyyden, potilaiden yhdenvertaisten oikeuksien toteutumisen sekä toiminnallisen tehokkuuden välisen tasapainon löytäminen. Lisäksi on tärkeää ottaa huomioon alueelliset erityispiirteet. Uudella maalla maakunnan koko, väestömäärä ja sen ennakoitu kasvu sekä palvelujen käyttö poikkeavat muusta maasta.

2.2 HUSin nykyinen toiminta

HUS koostuu viidestä sairaanhoitoalueesta: HYKS, Porvoon sairaanhoitoalue, Hyvinkään sairaanhoitoalue, Lohjan sairaanhoitoalue ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue. Valtaosa HUSin toiminnoista sijaitsee HYKS-alueella, käytännössä Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla, ja näistäkin suurin osa Helsingissä. Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen Raaseporin sairaala on toiminnallisista syistä vuonna 2018 liitetty HYKSiin. HYKS:llä on toimintaa 20 eri sairaalassa (ml. Raasepori), joista suurin osa sijaitsee Meilahden alueella. Muualla sijaitsevista HYKS:n sairaaloista suurimmat ovat Jorvin sairaala Espoossa ja Peijaksen sairaala Vantaalla.

HUS-konserniin kuuluvat HUS-sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, tytäryhtiöt (HUS-Kiinteistöt Oy, Uudenmaan Sairaalapesula Oy, HYKSin Kliiniset palvelut Oy, HYKS-Instituutti OY ja Orton Oy) ja kymmenen asunto- ja kiinteistöosakeyhtiötä sekä joukko osakkuus- ja yhteisyksikköjä, joista merkittävin on Oy Apotti Ab. Tukipalveluja HUSissa tuottavat viiden tulosalueen ja yhden pienemmän yksikön lisäksi kaksi tytäryhtiötä.

HUSin palveluista valtaosa tuotetaan HYKS-sairaanhoitoalueella: esimerkiksi NordDRG-tuotteista ja hoitopäivistä noin 78 %, leikkauksista noin 80 % ja synnytyksistä noin 85 %. Myös HUSin toimintakuluista noin 80 % syntyy HYKS-alueella. HYKS-alueen kuntien asukasmäärä on noin 73 % koko Uudenmaan asukasmäärästä. HUSin palveluja käyttää noin 1/3 Uudenmaan asukkaista vuosittain.

Tällä hetkellä HYKS-alueen kuntien asukkaiden erikoissairaanhoidon käynneistä käytännössä kaikki suuntautuvat HYKSiin. Vastaavasti HYKS-alueen ulkopuolisten asukkaiden käynneistä 50 % toteutuu HYKSissä ja loput omien sairaanhoitoalueiden sairaaloissa. HUS on pyrkinyt sairaaloiden työnjaolla optimoimaan sairaalakapasiteetin käyttöä koko HUSin sisällä ja toisaalta tarjoamaan myös muissa kuin HYKS-alueen sairaaloissa alueen asukkaiden kannalta riittävät erikoissairaanhoidon palvelut.

Nykyisellä HUSilla on myös kansallisia erityisvastuita ja velvoitteita muun muassa erityisen vaikeahoitoisten, HUSiin keskitettyjen potilasryhmien hoidossa, valmiudessa ja varautumisessa, sekä yliopistollisessa tutkimus- ja opetustoiminnassa.

HUS on etenkin HYKS-alueen sisällä toteuttanut jo vuosia osaamiskeskuksiin perustuvaa johtamis- ja toimintamallia, jossa tehtäviä on jaettu alueen sairaaloiden kesken. Tätä on tuettu yhteisillä lähetekeskuksilla, joihin lähetteet ohjautuvat ja joista ne jaetaan palveluja tuottaviin yksiköihin.

Diagnostisten ja muiden tukipalvelujen tuottamisen keskittäminen on myös ollut toiminnallisesti ja taloudellisesti mielekästä. HUS tuottaa tällä hetkellä suuren määrän keskitettyjä tukipalveluja. HUS tuottaa kaikkien Uudenmaan kuntien diagnostiset palvelut (laboratorio ja kuvantaminen). Vuoden 2020 alusta alkaen HUS tuottaa myös kaikkien jäsenkuntien apteekkipalvelut. HUSin välinehuoltopalveluja käyttävät vuonna 2020 HUS-alueen kunnista 10, muun muassa Helsinki, Espoo ja Porvoo. HUSiin on keskitetty lisäksi useiden kuntien välinehuoltopalveluja, apuvälinepalveluja, lääkintätekniikan palveluja, hoitotarvikkeiden hankintapalveluja, varastointia ja toimituspalveluja sekä asiointipalveluja, tekstinkäsittely- ja osastosihteeripalveluja, laitoshuollon palveluja sekä potilaiden ja henkilökunnan ateriapalveluja.

Toiminnallisia näkökohtia on kuvattu tarkemmin liitteessä 2.

3 HUSin hallintomallin lähtökohdat

Uudenmaan erilliskorjaus edellyttää HUSin aseman määrittelemistä lailla, koska HUSin nykyisille sairaalayksiköille muotoutunutta tarkoituksenmukaista, palvelutuo-
tannon laadun ja kustannustehokkuuden turvaavaa työnjakoa ei haluta perusteet-
masti muuttaa ja koska järjestämiskorjaus on turvattava erikoissairaanhoidon pal-
velujen saatavuus yhdenvertaisuuden näkökulmasta hyväksyttävällä ja asiakkaan pal-
velujen integraation turvaavalla tavalla.

Jos erikoissairaanhoidon järjestämisessä päädytään perustamaan erillinen oikeushen-
kilö, voitaisiin asiasta säätää nykyisen kuntalain kuntayhtymämallia mukailevan maa-
kuntayhtymäsääntelyn mukaisesti. Yhtymässä olisivat jäseninä maakunnat ja Helsingin
kaupunki. Sen keskeisistä hallinnon ja talouden hoidon järjestämistä koskevista sei-
koista säädettäisiin lailla sekä sovittaisiin yhtymän perussopimuksella.

Mikäli erillisestä oikeushenkilöstä luovutettiin, tulisi edellä kuvatun sairaaloiden väli-
sen erikoistumisen ja työnjaon hyödyt turvata muulla tavoin sekä turvata toiminnan
jatkuvuus ja erityisvelvoitteiden hoitaminen säätämällä asiasta. Nykyisten, erityisesti
HYKS:n toiminnasta vastaavien sairaaloiden työnjaon etujen säilyttämisen ja Uuden-
maan alueen ulkopuolisten kuntien HYKS -riippuvuuden takia erillisestä oikeushenki-
löstä luopuminen edellyttäisi erikoissairaanhoidon työnjaon säätämistä erittäin yksi-
tyiskohtaisesti.

Kaikissa vaihtoehdoissa yhdenvertaisuuden toteuttaminen edellyttää nykyistä vastaa-
vasti, että erikoissairaanhoidon on tarjottava hoito yhdenmukaisin lääketieteellisin ja
hammaslääketieteellisin perustein eikä palvelujen tuottamisessa voi olla maakunta-
kohtaisia jonoja.

3.1 Vaihtoehdot erikoissairaanhoidon järjestämiselle

Erikoissairaanhoidon järjestämiseksi osana Uudenmaan, pääkaupunkiseudun tai Hel-
singin mahdollista erilliskorjausta on työryhmässä käsitelty seuraavat vaihtoehdot:

A. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on maakunnilla/Helsingillä. Sairaalat siirty-
vät sen maakunnan/kunnan toiminnaksi, jonka alueella ne sijaitsevat. Erikoissaira-
anhoidon tehtäväjaosta säädetään alueella muuta maata huomattavasti yksityiskohtai-

semmin, jotta turvataan nykyinen työnjako eri sairaaloiden välillä ja kyky ylläpitää riittävää ympärivuorokautista päivystystä ja muita lainsäädännöllä säädettyjä HUSin nykyisiä tehtäviä. Alueella ei ole erillistä HUS-oikeushenkilöä.

B. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on HUSilla lukuun ottamatta niitä tehtäviä, joiden järjestämisvastuun siirrosta maakunnalle/Helsingille alueen maakunnat ja HUS sopivat järjestämissopimuksella. HUS on olemassa erillisenä oikeushenkilönä.

C. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on yleisesti maakunnilla ja HUSilla lailla säädetyn ja järjestämissopimuksessa jaetun toissijaisen järjestämisvastuun perusteella. Järjestämisvastuuta tarkennetaan maakuntien ja HUSin järjestämissopimuksella. HUS on olemassa erillisenä oikeushenkilönä.

Työryhmä ei ole erikseen arvioinut mallia, jossa HUS oikeushenkilönä olisi ollut pelkkä tuottaja, koska vaihtoehtoa ei pidetty toteuttamiskelpoisena eikä sitä puoltanut yksikään intressitaho.

Seuraavassa kutakin mallia tarkastellaan järjestämisvastuusta säätämisen ja kansanvaltaisuuden, kustannustehokkuuden ja palveluintegraation, henkilöstö- ja omaisuusvaikutusten sekä muutokset hallittavuuden ja riskien näkökulmista. Erityistä huomiota kiinnitetään malleja toisistaan erottaviin tekijöihin.

3.1.1 A. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on maakunnilla/Helsingillä

Palveluintegraatio ja kustannustehokkuus

Vaihtoehdossa järjestämisvastuu koottaisiin maakunnalle/Helsingille muun maan tapaan. Koko soten järjestämisvastuu olisi selkeästi ja yksiselitteisesti yhdellä taholla. Vaikutuksiltaan malli olisi kuitenkin erilainen kuin muussa maassa, koska olemassa oleva sairaanhoitopiiri jaettaisiin useampaan osaan ja sen nykyiset sairaalat ja toiminnot jaettaisiin maakunnille/Helsingille. Muutos HUSin nykyiseen toimintaan nähden olisi suuri.

Vaihtoehto pakottaisi maakunnat integroimaan erikoissairaanhoidon palveluja tiukemmin osaksi palveluketjuja. Integroitujen palveluketjujen ja uuden sote-keskuksen toimintamallin kehittäminen tapahtuisi alueella samoin periaattein kuin muualla maassa, mikä on sote-palvelujen turvaamisen ja yhdenvertaisuuden näkökulmasta merkittävää ottaen huomioon alueen suuri asukasmäärä. Toisaalta maakuntien välillä tehtävä

työnjako voisi vaikeuttaa palvelujen integrointia niiltä osin, kuin kukin maakunta/itsehallintoalue ei tosiasiallisesti itse päättäisi erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisestä operatiivisella tasolla.

Nykyisin keskitetyissä erikoisaloissa ja tukipalveluissa saavutettujen tehokkuusetujen säilyttäminen edellyttäisi linjausta siitä, mille maakunnalle tehtävät siirtyisivät tai miten nämä palvelut muutoin organisoitaisiin jatkossa. Palvelujen osalta kustannustehokkaan toiminnan jatkaminen voisi edellyttää käyttövelvoitteen säätämistä.

Vaihtoehdossa hallinnon osuus kasvaisi, koska jokainen itsehallintoalue/Helsinki joutuisi ottamaan huomioon myös erikoissairaanhoidon edellyttämän hallinnon. Toisaalta erillinen HUS-oikeushenkilökin edellyttää omaa hallintoa.

Järjestämisvastuusta säätäminen ja kansanvaltaisuus

Sote-palvelujen näkökulmasta tulisi säätää sairaaloiden erikoistumisesta, työnjaoista ja vastuista sekä ilmeisesti myös rahoituksesta sote-järjestämisvastuullisten välillä huomattavasti muuta maata tarkemmin, jotta voitaisiin varmistaa erikoissairaanhoidon jatkuvuus sekä muutoshetkellä että tulevaisuudessa. Tämä edellyttäisi sen tasoista yksityiskohtaista sääntelyä, jota tällä hetkellä ei sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä ole. Tällaisen sääntelyn uhkana olisi, että säätäminen joko ei turvaisi palvelujen jatkuvuutta ja saumattomuutta tai jäykistäisi rakenteita säädösten yksityiskohtaisuuden vuoksi.

Vaihtoehdossa ei riittäisi se, että nojaututtaisiin vain nykyiseen HUSia koskevaan tehtävälainsäädäntöön. Säädösvaiheessa tulisi kyetä esittämään myös, miten asiasta säädettäisiin tarkemmin asetuksella ja miten kokonaisuus turvaisi erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden. Käytännössä tämä säätämistason kuvaus (mm. yo-sairaala ja muut tehtävät) muodostuisi olennaiseksi vaihtoehdon perustuslaillisuuden arvioinnissa.

Työnjaosta säätäminen tarkoittaisi, että työnjaossa tehtävän saanut maakunta/itsehallintoalue päättäisi järjestämisvastuuseen kuuluvista asioista. Käytännössä nykytilanteen perusteella Helsingin vastuulle jäisi merkittävä osa erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Varsinkin Itä-Uusimaa joutuisi turvautumaan merkittävässä määrin muiden maakuntien erikoissairaanhoidon sopimuksin. Siltä osin kuin maakunnille annettaisiin lainsäädännöllä säädetyn työnjaon lisäksi mahdollisuus sopia työnjaosta tarkemmin, tulisi vaihtoehdossa varmistaa valtioneuvoston oikeus päättää sopimuksesta (ns. perälautasäännös), jos sopimukseen ei päästäisi tai sopimus ei täyttäisi laissa edellytetyjä kriteerejä.

Kansanvaltaisuuden näkökulmasta vaihtoehto perustuisi vahvaan kansanvaltaiseen ohjaukseen, Siltä osin kuin maakuntien työnjako toteutettaisiin lailla, maakunnilla olisi kuitenkin vain vähäinen mahdollisuus vaikuttaa työnjaon perusteella jaettuihin erikoissairaanhoidon tehtäviin. Sopimuksen kautta tapahtuvassa työnjaossa maakunnilla olisi suurempi mahdollisuus ohjata palvelutuotantoa.

Henkilöstö- ja omaisuusvaikutukset

Erikoissairaanhoidon järjestämisoosaaminen hajautuminen useammalle toimijalle voisi vaikeuttaa osaavaan ja pysyvän henkilöstön turvaamista etenkin pienimmillä ja erikoistuneimmilla erikoisaloilla. Tällöin riskinä olisi HUSin poikkeuksellisen laajan erityisosaamisen menettäminen. Uudenmaan suurempi väestöpohja on mahdollistanut erityisosaamisen muodostumisen nykyiseen HUSiin, mitä ei saisi menettää. Riskinä voisi olla myös tutkimuksen ja opetuksen hajautuminen ja tason lasku. Tämä riski voitaisiin ottaa huomioon säädettäessä yliopistollisesta sairaalasta nykyistä tarkemmin.

Omaisuuksien osalta vaihtoehto edellyttäisi, että omaisuuden jakautumisesta säädettäisiin erikseen. Vaihtoehdossa tulisi ottaa huomioon myös nykyinen korjausvelka ja tulevaisuuden investointipaineet, jotka jakautuisivat HUSin nykyisen omaisuuden sijainnin mukaan. Jos sairaalainfra siirtyisi sairaaloiden mukana sijaintimaakuntaan, ilmeiseksi ongelmaksi muodostuisi Helsingissä sijaitsevan erittäin ison sairaalakokoonaisuuden siirtyminen Helsingin kaupungin omistukseen. Alueen muilla maakunnilla ja kunnilla voisi olla vaikeuksia hyväksyä tällaista siirtoa ilman erilliskorvausta. Lisäksi Meilahden kampuksesta tulisi mittava taakka Helsingin kaupungin investointikuorumaan.

Muutoksen hallittavuus ja riskit

Erikoissairaanhoidon palvelujen osalta muutos nykytilaan olisi vaihtoehtoista suurin ja muodostaisi ilmeisen riskin. Vaihtoehdossa ei riittäisi se, että säädettäisiin vain keskitetyistä tai erillistehtävistä, vaan säätämisen tulisi ulottua myös mm. tehtäväjakoon sairaaloiden välillä sekä yliopistollisen sairaalan tehtävien (ml. koulutus ja tutkimus) huomattavasti tarkempaan kuvaukseen lainsäädännössä. Säättämistarpeeseen vaikuttaisi myös pätevystysvalmiuden turvaaminen.

Lainsäädäntöaikataulun sekä toteutusaikataulun osalta vaihtoehto olisi haastavin ja edellyttäisi siirtymäajan varaamista, jotta vaihtoehdon perusteella voitaisiin turvata toiminnan aukoton jatkuvuus.

Riskinä olisi, että tehtäväjaosta ei päästäisi sopimukseen tai sopimus ei turvaisi erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuutta taikka uudistukselle asetettujen tavoitteiden

toteutumista. Tämän vuoksi tulisi säätää valtioneuvoston puuttumismahdollisuudesta eli perälaudasta. Niiltä osin kuin vastuut jäisivät pelkän sopimuksen varaiseksi, sopimismahdollisuuden ala tulisi rajata sellaisiin asioihin, joissa ei olisi tehtäväjaon lailla säätämisen jälkeen sote-palvelujen vaarantumisen mahdollisuutta.

Vaihtoehdossa olisi riskinä, että keskittämisetuja menetettäisiin tai ainakin niiden edellytykset voisivat heikentyä. Erikoissairaanhoidon palvelujen keskittämisen kautta on Uudellamaalla pystytty saavuttamaan huomattavasti muuta maata suotuisampi erikoissairaanhoidon kustannuskehitys. Riskinä voisi olla myös potilasturvallisuuden heikkeneminen niissä palveluissa, joita ei lailla/asetuksella säädettäisi keskitettäviksi vain jollekin maakunnalle.

3.1.2 B. Järjestämisvastuu erikoissairaanhoidosta pääsääntöisesti HUSilla ja sopimuksen perusteella maakunnilla

Palveluintegraatio ja kustannustehokkuus

Vaihtoehdossa erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu olisi HUSilla, mutta järjestämisvastuuta voitaisiin siirtää maakuntien ja HUSin välisellä sopimuksella maakunnille. Maakunnat veloitettaisiin olemaan HUSin jäseniä erikoissairaanhoidon järjestämiseksi. Järjestämissopimukseen tulisi liittää valtioneuvoston oikeus päättää sopimuksesta (ns. perälaudasäännös), jos sopimukseen ei päästäisi tai sopimus ei täyttäisi laissa edellytettyjä kriteerejä.

Vaihtoehdossa erikoissairaanhoidon asema olisi vahva. HUSin osalta se ilmeisesti turvaisi hyvin keskitettyjen ja sille nimenomaisesti säädettyjen tehtävien hoitamisen ja keskittämisen kustannushyödyt. Vaihtoehdon seurauksena paine erikoissairaanhoidon palvelujen integroimiseen perustason palveluihin olisi heikko. Vaihtoehto voisi siten heikentää uudistuksen integraatiotavoitteiden toteutumista.

Niiden maakuntien osalta, jotka ovat jo integroineet erikoissairaanhoidon palveluja osaksi perusterveydenhuollon palveluja (Keusote), olisi vaarana, että järjestely estäisi nykyisen positiivisen kehityksen tai johtaisi nykyjärjestelyjen purkamiseen. Toisaalta erikoissairaanhoidon järjestämisen, rahoituksen ja palveluprosessien ohjaus onnistuisi joka tapauksessa paremmin kuin nykyisin 24 kunnan ja HUSin mallissa, koska maakunnat olisivat vahvempia järjestäjiä ja päättäjiä vähemmän.

Järjestämisvastuusta säättäminen ja kansanvaltaisuus

Vaihtoehto olisi lähtökohtaisesti erilainen kuin muualla maassa toteutettava järjestämisvastuuratkaisu. Haasteena olisi erikoissairaanhoidon ja perustason rajapinnan määrittely Uudellamaalla. Muuta maata koskevassa lainsäädännössä sitä ei enää olisi. Säättämisen pitäisi todennäköisesti olla nykyistä erikoissairaanhoidon määrittelyä huomattavasti yksityiskohtaisempaa. Toisaalta vaihtoehto turvaisi erityisesti vaativien palvelujen tuottamisen.

Nykyisestä jaetun järjestämisvastuun lähtökohtaisesta mallista siirryttäisiin selkeästi malliin, jossa HUS:lla olisi lainsäädännössä erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu. Tällaisessa vaihtoehdossa tulisi ilmeisesti varmistaa myös HUSin rahoitus vahvemalla tavalla kuin nykyisin. Vaihtoehdossa erikoissairaanhoidon rahoitus kulkisi siten, että maakunta saisi valtion rahoituksen, jota allokoitaisiin edelleen HUS:lle perustuen maakuntayhtymän perussopimukseen. Tämä tarkoittaisi, että järjestämisvastuu ja rahoitusvastuu osittain eriytyisivät. Esiin voisi kuitenkin nousta myös vahvemmin erillisrahoitusvaihtoehto, joka olisi selkeästi ristiriidassa uudistuksen rahoituslähtökohdan kanssa. Toisaalta jo nyt erityistehtävissä, kalliissa hoidoissa ja yliopistollisten sairaaloiden toiminnan turvaamisessa on ollut painetta erillisrahoitusratkaisun tekemiseen.

Lainsäädännössä tulisi säätää järjestämissopimuksen sisältövaatimuksista ja asettaa reunaehdot järjestämisvastuun siirrolle maakunnille. Uudistuksen tavoitteiden toteutukseksi laissa tulisi ilmeisesti säätää siitä, mistä pitää sopia sekä mistä voidaan sopia. Siirrettävät järjestämisvastuut tulisi sopia Uudenmaan yhteisessä järjestämissopimuksessa, jotta palvelujärjestelmää voitaisiin tarkastella ja siitä sopia yhtenä kokonaisuutena. Tämäkin vaihtoehto edellyttäisi valtioneuvoston ns. perälautasäännöstä siltä varalta, että maakunnat ja HUS eivät pääsisi yksimielisyyteen sopimuksen sisällöstä tai sopimus ei täyttäisi lain kriteereitä.

Kansanvaltaisuuden näkökulmasta HUSin oma itsenäinen järjestämisvastuu siirtäisi päätösvaltaa välillisen demokratian piiriin.

Henkilöstö- ja omaisuusvaikutukset

Osaavan ja pysyvän henkilöstön saatavuuden turvaaminen onnistuisi paremmin kuin vaihtoehdossa A. Malli saattaisi ehkäistä palkkakilpailun syntymistä alan erityisosajista ja olla omiaan vähentämään palkkaharmonisoinnin kustannuksia erikoissairaanhoidossa.

Omaisuusjärjestelyn osalta vaihtoehto olisi helpompi toteuttaa, kuin vaihtoehto A. Tulevaisuuden investoinnit voitaisiin toteuttaa suuremmalla väestöpohjalla.

Muutoksen hallittavuus ja riskit

Vaihtoehto merkitsisi nykytilaan verrattuna huomattavaa muutosta, koska maakunnilla ei olisi nykyisten kuntien tapaan oikeutta järjestää erikoissairaanhoidon palveluja ilman järjestämissopimusta. Vaihtoehto tarkoittaisi käytännössä, että esimerkiksi Helsingin kaupungilla ei olisi ilman HUSin kanssa solmittavaa sopimusta mahdollisuutta järjestää nykyisiä erikoissairaanhoidon palveluja. Muutos olisi kuitenkin pienempi ja HUSin toiminnan siirto uudelle oikeushenkilölle olisi helpompaa kuin vaihtoehdon A toteuttaminen.

Lainvalmistelun ja toimeenpanon edellyttämien muutosten näkökulmasta mallin arvioidaan olevan vaihtoehdoista helpoimmin toteutettavissa. Uudistuksen integraatiotavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta malli olisi kuitenkin haasteellisempi kuin järjestämisvastuun toteutumisessa eri tavalla painottuva malli C.

Mallin vaikutusarviointiin vaikuttaisivat olennaisesti järjestämissopimuksen kriteerit ja se, miten osapuolet sopisivat järjestämisvastuun jakautumisesta operatiivisella tasolla. Erikoissairaanhoidon tutkimus ja opetus olisi turvattua, mutta samalla pitäisi erikseen varmistaa perustasolla (sote-keskuksissa) tapahtuvan tutkimuksen ja opetuksen edellytykset.

3.1.3 C. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on yleisesti maakunnilla ja HUSilla lailla säädetyn ja järjestämissopimuksessa jaetun toissijaisen järjestämisvastuun perusteella.

Palveluintegraatio ja kustannustehokkuus

Vaihtoehdossa yleinen ja ensisijainen sote-järjestämisvastuu olisi maakunnilla myös erikoissairaanhoidon osalta. Maakunnat vastaisivat siten sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaisuudesta alueellaan. HUSilla olisi tarkennettavan terveydenhuollon lain-säädännön pohjalta toissijainen järjestämisvastuu erikoissairaanhoidon palveluista. Vaihtoehto voisi perustua ilmeisesti nykyisen kaltaiseen rahoitusmalliin, jossa ei ole edellytetty sairaanhoitopiirin rahoituksen säätämistä yksityiskohtaisesti. Uuden HUSin perussopimuksessa ja ilmeisesti myös järjestämissopimuksessa tulisi sopia kuitenkin HUSin rahoituksen perusteista.

Järjestämissopimuksella sovittaisiin tukipalveluiden keskitetystä tuottamisesta ja alueen tietohallinnon järjestämisestä. Nykyisen HUSin keskitettyjen diagnostisten ja sairaanhoidollisten palvelujen tehokkuushyödyt säilyisivät. Tältä osin malli mahdollistaisi nykyisenkaltaisen suotuisan kehityksen jatkamisen hankintalainsäädännön estämättä. Tarkoituksena on turvata myös uudessa mallissa kustannustehokkaat ja laadukkaat Uudenmaan laajuiset palvelut mm. diagnostiikkapalveluissa ja lääkehuollossa.

Vaihtoehdossa erikoissairaanhoidon järjestämisen, rahoituksen ja palveluprosessien ohjaus onnistuisi joka tapauksessa paremmin kuin nykyisin 24 kunnan ja HUSin mallissa, koska maakunnat olisivat vahvempia järjestäjiä ja päättäjiä olisi vähemmän. Vaihtoehdon sisältämä sopimisvelvoite ja -oikeus loisivat nykyistä paremmat edellytykset integroida erikoissairaanhoidon palveluja perustason palveluihin, minkä lisäksi käytännöistä sopiminen olisi joustavaa. Samalla malli edellyttäisi myös erikoissairaanhoidon järjestämisosaimisen vahvistamista maakunnissa erityisesti, jos ne järjestävät osan palveluista itse.

Järjestämisvastuusta säätäminen ja kansanvaltaisuus

Nimenomaisilla säädöksillä HUSiin keskitettäisiin nykytilaa vastaavasti esimerkiksi yhteispäivystysten toiminta, ensihoito ja synnytykset. HUSin järjestämisvastuu koskisi vaativaa ja yliopistosairaalatehtävän edellyttämää erikoissairaanhoidoa ja sen järjestämiseksi tarpeellista muuta erikoissairaanhoidoa, kiireellistä sairaalahoitoa kokonaisuudessaan ja muuta erikoissairaanhoidoa siltä osin kuin maakunnat eivät ole ottaneet

sitä järjestettäväkseen. Maakunnat veloitettaisiin olemaan HUSin jäseniä erikoissairaanhoidon järjestämiseksi, mutta tämä ei sulkisi pois maakunnan oikeutta järjestää itse erikoissairaanhoidon palveluja. Maakunnat eivät kuitenkaan voisi järjestää niitä palveluja, jotka on keskitetty lainsäädännöllä HUSille.

Lisäksi maakunnat ja HUS voisivat sopia järjestämisvastuun siirrosta HUSille muiden tehtävien osalta järjestämissopimuksella. Vaihtoehdossa olisi harkittava, tulisiko nykyistä terveydenhuoltolakia täsmentää erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun ja sisällön kuvauksen osalta, jotta sopimusosapuolten vastuut ja oikeudet olisivat selkeämpiä ja aukottomia. Toisaalta lainsäädännön tarkentamisessa tulisi turvata palvelujärjestelmän joustavuus ja varmistaa, etteivät säädökset hidasta tarkoituksenmukaista rakenteiden ja yhteistyömallien muuttamista. Lisäksi tulisi ottaa huomioon lääketieteen kehittyminen säädösten määrittelyssä sekä siinä, mitä jätetään sovittavaksi järjestämissopimuksella. Järjestämissopimuksen tavoitteena olisi myös siirtää painopistettä erityistasolta perustasolle ja tämän mukaisesti ohjata erikoissairaanhoidon tarkoituksenmukaista käyttöä.

Uudenmaan eri maakuntien ja HUSin välisen työnjaon ei tarvitsisi olla kaikkialla samanlainen, mutta kokonaisuudessa tulee huolehtia asukkaiden yhdenvertaisesta kohtelusta ja perus- ja erityistason palvelujen toiminnallisesta kokonaisuudesta. Järjestämissopimukseen liitettäisiin valtioneuvoston mahdollisuus päättää järjestämissopimuksesta laissa asetettujen kriteerien perusteella, jos osapuolet eivät pääsisi sopimukseen tai jos sopimus ei täyttäisi laissa asetettuja kriteereitä.

Vaihtoehdossa tulisi säätää yliopistollisesta sairaalasta nykyistä tarkemmin ja samalla vahvistaa tutkimuksen ja koulutuksen yhteistyötä ja mahdollisuuksia myös perustasolla. Sekä mallissa B että mallissa C yliopistollisen sairaalan ylläpitäminen kuuluu itsestään selvästi HUSin tehtäviin, mutta tämän seikan vahvistaminen lainsäädännössä selkiyttäisi tilannetta.

Erikoissairaanhoidon valinnanvapaus muualta maasta kohdistuisi lähtökohtaisesti vain HUSin palveluihin. Siltä osin kuin maakunta järjestää erikoissairaanhoidon palveluja itse, voisi kuitenkin valinnanvapaus ilmeisesti koskea myös maakuntien palveluja.

Kansanvaltaisuuden näkökulmasta maakuntien järjestämisvastuu vahvistaisi järjestelyn kansanvaltaisuutta. Kansanvaltaisuuden näkökulmasta HUSin toiminta kuuluisi välilliseen demokratian piiriin. Toisaalta maakuntien yleinen ja ensisijainen järjestämisvastuu sekä laajempi sopimusvapaus järjestämissopimuksesta korostaisi maakuntien mahdollisuutta päättää ja ohjata Uudenmaan alueen erikoissairaanhoidon työnjakoa ja järjestämistä.

Henkilöstö- ja omaisuusvaikutukset

Osaavan ja pysyvän henkilöstön saatavuuden turvaaminen sekä erikoissairaanhoidon tutkimuksen ja opetuksen edellytysten turvaaminen onnistuisi paremmin kuin mallissa A. Myös omaisuusjärjestelyn osalta vaihtoehto olisi helpompi toteuttaa kuin A-vaihtoehto.

Muutoksen hallittavuus ja riskit

Malli on lähtötilanteessa melko lähellä nykytilaa. Siksi toimeenpanon edellyttämä muutos olisi lähtökohdiltaan ja käytännössä pienempi kuin kahdessa muussa tarkastellussa vaihtoehdossa. Malli ei kuitenkaan rajaisi HUSin ja maakuntien työnjaon ja yhteistyön kehittymistä entistä asiakaslähtoisempään ja sujuvampien integroitujen palveluketjujen suuntaan vaan lisäisi tätä painetta nykytilaan verrattuna. Maakunnilla ja HUSilla olisi nykyistä vastaavat velvoitteet (vrt. kunnat ja HUS) valmiuden ylläpitämisessä ja varautumisessa eikä valmiuden ja varautumisen tasoon tulisi tältä osin muutoksia.

Mallin perustuslaillisuuden arvioinnissa keskeistä olisivat sen kuvaus, miten kokonaisuus turvaisi erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden. Mallin vaikutuksia voidaan arvioida tarkemmin vasta, kun järjestämissopimuksen kriteerit ja tarvittavat lain-säädännön tarkentamiset ovat tiedossa.

Lainvalmistelun ja uudistuksen toteutuksen näkökulmasta malli olisi helpompi kuin vaihtoehto A. Sopimuksen alan näkökulmasta mallien B ja C sääntely olisivat ovat erittäin lähellä toisiaan. Erityisesti uudistuksen integraatiotavoitteiden, perustason vahvistamisen ja erikoissairaanhoidon palvelukysynnän hillitsemisen näkökulmasta tämä vaihtoehto olisi mahdollistavampi kuin B-vaihtoehto. Järjestämissopimuksella tulisi sopia perustason ja erityistason palvelujen yhteensovittamisen mekanismeista tarvittavalla tarkkuustasolla. Tavoitteena olisi, että myös Uudellamaalla potilaan saamat perus- ja erityistason palvelut muodostaisivat yhden toiminnallisen kokonaisuuden.

Työryhmä päätyi yksimielisesti esittämään, että ensisijaiseksi vaihtoehdoksi nousee edellä esitetyin perustein vaihtoehto C. Se on esitetyistä vaihtoehdoista realistisin, lähinnä muun maan mallia, ja sen toimeenpano on muihin vaihtoehtoihin verrattuna parhaiten hallittavissa.

Liitteet

Liite 1: Erikossairaanhoidon keskittämistä koskeva sääntely

Hallitusneuvos Anne Ilkka
LAINSÄÄDÄNNÖN RAKENNE JA ERIKOISSAIRAANHOIDON
TYÖNJAON SÄÄNTELY

Erityisvastuualueet on määritelty erikoissairaanhoitolaissa ja kuhunkin erityisvastuualueeseen kuuluvat sairaanhoitopiirit on määritelty valtioneuvoston asetuksella. Terveydenhuoltolain 42 §:n mukaan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on järjestettävä yhteistyössä alueensa erikoissairaanhoito. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on tehtävä erikoissairaanhoidon järjestämissopimus, jossa sovitaan mm. työnjaosta, toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Valtioneuvoston asetuksella terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta [337/2011](#) säädetään tarkemmin järjestämissopimuksessa sovittavista asioista.

Terveydenhuoltolain 45 §:ssä säädetään erikoissairaanhoidon tehtävien valtakunnallisen ja alueellisen keskittämisen periaatteista. Valtakunnallisesti keskitettävällä toiminnalla tarkoitetaan vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan keskitettävää ja alueellisesti keskitettävällä viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan keskitettävää toimintaa. Lisäksi on säädetty ympärivuorokautisen päivystyksen ja eräiden muiden tehtävien keskittämisestä keskussairaaloihin on säädetty terveydenhuoltolaissa ja sen nojalla annetuissa asetuksissa.

Terveydenhuoltolaki, Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/2017) <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2017/20170582> (*keskittämisasetus*) sekä Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2017/20170583> (*päivystysasetus*) muodostavat säädöskokonaisuuden, jolla määritellään nykyinen sairaalaverkko, päivystävät sairaalat ja sairaaloiden tehtävät.

Keskittämisasetuksessa kullekin yliopistolliselle sairaanhoitopiirille on säädetty nimettyjä **valtakunnallisia koordinaatiotehtäviä**:

- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille syövän ehkäisyn, diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan

yhteensovittamista koskevat tehtävät, joita hoidettaessa on huolehdittava toimintojen tutkimuksellisesta pohjasta;

- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille elinluovutustoiminnan valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteensovittamista koskevat tehtävät;
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirille hengitys-, uni- ja vireystilähäiriöiden diagnostiikan ja hoidon valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät sekä ylipainehappihoidon suunnittelu ja kehittäminen;
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirille nivelreuman ja muiden tulehduksellisten reumasairauksien diagnostiikan ja hoidon valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät;
- Pohjois-Savon sairaanhoitopiirille vaikean epilepsian diagnostiikan ja hoidon valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät;
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirille terveydenhuollon menetelmien arviointia sairaanhoitopiireissä koskevat koordinaatiotehtävät.

Asetuksen mukaan **viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin** huolehdittava asetuksessa lueteltujen erikoissairaanhoidon tehtävien (11 lueteltua tehtävää) **suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti.**

Yliopistollisten sairaanhoitopiirien on sovittava sellaisten hoitojen ja toimenpiteiden, joita tehdään vähemmän kuin 50 kpl vuodessa, sekä asetuksessa lueteltujen tehtävien (15 lueteltua tehtävää) kokoamisesta **vähempään kuin viiteen** yliopistolliseen sairaalaan.

Erikseen **Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan tehtäväksi** on säädetty:

1. alkiodiagnostiikka ja siihen liittyvä hoito;
2. elinsiirrot ja pitkäaikainen sydämen mekaaninen tukihoito;
3. vaikeiden palovammojen primaarihoito;
4. huuli- ja suulakihalkiopotilaiden kokonaishoidon suunnittelu sekä varhaisvaiheen leikkaushoito yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa;
5. lasten avosydänkirurgia ja vaikeiden synnynnäisten sydänvikojen kaavoiva hoito.

Näistä vaikeiden palovammojen hoito toteutetaan Jorvin sairaalassa.

Viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan kootaan sellaiset tehtävät, joita on vuosittain alle 200 kpl, sekä asetuksessa erikseen luetellut tehtävät (21 tehtävää).

Tässä yhteydessä ”muulla vastaavan tasoisella sairaalalla” on tarkoitettu esimerkiksi Jyväskylän keskussairaalaa.

Lisäksi lainsäädännöllä on säädetty yliopistollisille sairaanhoitopiireille muita erityistehtäviä, kuten esimerkiksi valtion koulutusrahoitukseen ja tutkimusrahoitukseen liittyviä tehtäviä (terveydenhuoltolain 7 luku), lapsiin kohdistuvien pahoinpitely- ja seksuaalirikosten selvittäminen (Laki lapseen kohdistuneen seksuaali- ja pahoinpitelyrikoksen selvittämisen järjestämisestä 1009/2008), sekä parhaillaan eduskunnan käsiteltävänä oleva uusi terveydenhuoltolain 68 a § lääketieteellisten asiantuntijalausuntojen antamisesta.

Lisäksi asetuksessa on keskitetty tiettyjä leikkauksia **keskussairaaloihin**, sillä edellytyksellä, että ne ylittävät asetuksessa säädetyt **leikkausmäärät**.

Työnjaosta tulisi sopia erityisvastuualueen järjestämissopimuksessa. OYS ja KYS erivassa järjestämissopimuksen sisällöstä ei olla päästy yksimielisyyteen eikä valtioneuvosto ole käyttänyt sille terveydenhuoltolain 43 §:n mukaista määräysvaltaa sopimuksen sisällöstä.

Perustuslakivaliokunnan lausunto

Kuntien ja sairaanhoitopiirien yhteistoiminta ja työnjako on vakiintunut toimintatapa terveydenhuollossa ja useita tehtäviä on perinteisesti toteutettu varsin laajasti ylikunnallisena. Perustuslain 19 pykälän 3 momentin perusoikeuksien turvaamisen keskeisenä keinona on sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien kokoaminen suurempiin yksiköihin. Tällä tavoin varmistetaan myös perustuslain 22 §:n edellyttämällä tavalla perusoikeuksien toteutuminen yhdenvertaisesti maan eri osissa.

Perustuslakivaliokunta antoi lausunnon päivystyksen ja erikoissairaanhoidon työnjaon uudistusta koskevasta hallituksen esityksestä eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta. Perustuslakivaliokunta ei pitänyt sääntelyä ongelmallisena ja totesi lausunnossaan PeVL 63/2016 vp – HE 224/2016 vp seuraa-vasti: Perustuslakivaliokunta on aikaisemmin todennut, että sosiaali- ja terveystalvelujen uudistamiselle on olemassa perusoikeusjärjestelmään pohjautuvia painavia perusteita, jotka puoltavat sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämis- ja tuottamisvastuun siirtämistä yksittäisiä kuntia suurempien toimijoiden hoidettavaksi (ks. PeVL 30/2016 vp, PeVL 75/2014 vp, s. 2/l ja PeVL 67/2014 vp, s. 3–4). Valiokunta on myös toden-

nut, että julkisen talouden rahoituspohjaan vaikuttavat toimintaympäristön muutostekijät, kuten väestörakenteen muutos, edellyttävät tehokkaita toimenpiteitä muun muassa perustuslain 19 §:ssä tarkoitettujen sosiaalisten perusoikeuksien turvaamiseksi tulevaisuudessa (ks. PeVL 20/2013 vp, s. 3/II). Nämä näkökohdat, samoin kuin riittävän osaamisen ja asiakas- ja potilasturvallisuuden turvaaminen tiettyjä palveluita keskittämällä, ovat perustuslakivaliokunnan mielestä merkityksellisiä perustuslain 19 §:n 3 momentin kannalta.

Ehdotuksessa määritetty kiireellisen sairaanhoidon laajan ympärivuokautisen päivystyksen hallinnollinen jaotus liittyy perustuslain 19 §:n 1 momentissa jokaiselle turvattuun oikeuteen välttämättömään huolenpitoon ([HE 309/1993 vp](#), s. 69) sekä perustuslain 19 §:n 3 momentissa julkiselle vallalle säädettyyn velvollisuuteen turvata, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Hallituksen esityksessä (s. 38–39) on käsitelty varsin seikkaperäisesti niitä hyötyjä, joita erityisesti vaativimpien hoitojen keskittämällä voidaan saavuttaa. Selvityksen perusteella on pääteltävissä, että suuremmilla terveydenhuollon yksiköillä on nykyisiä rakenteita paremmat edellytykset turvata riittävä osaamistaso, parantaa potilasturvallisuutta ja taata harvinaisempien sairauksien hoidon tosiasiallinen saatavuus. Se, että muutos merkitsee palvelujen keskittämistä entistä harvalukuisempiin ja suurempiin yksiköihin, ei perustuslakivaliokunnan mielestä muodostu valtiosääntöoikeudellisesti ongelmalliseksi.

Liite 2: Erikoissairaanhoidon järjestäminen Uudenmaan erillissratkaisussa

Juha Jolkkonen

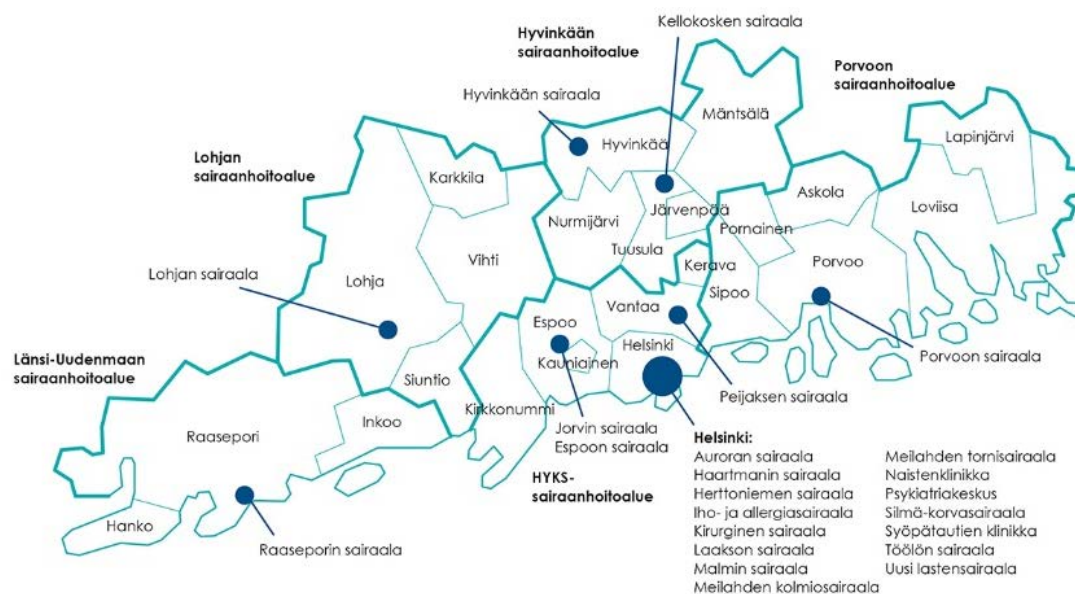
TOIMINNALLISIA NÄKÖKOHTIA

Taustaa

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri on perustettu vuonna 2000, kun aiemmat Helsingin sairaanhoitopiiri ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri sekä Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kuntayhtymä HYKS yhdistettiin. Lakkautetun Helsingin sairaanhoitopiirin toiminnoista osa, mm. valtaosa psykiatrasta toimintaa ja Malmin sairaalan toiminta, siirrettiin Helsingin kaupungin perusterveydenhuoltoon, mutta pääosa kaupungin erikoissairaanhoidosta liitettiin Hyksiin. Helsinki on sittemmin siirtänyt sekä jäljelle jääneistä erikoissairaanhoidon toiminnoista että tukipalveluista merkittävän osan HUS:iin. Helsingillä on omana toimintana vielä aikuispsykiatrinen erikoissairaanhoito sekä sisätautien poliklinikkatoimintaa. Lisäksi Helsingillä ja muilla Uudenmaan kunnilla on yksittäisiä eri erikoisalojen osaajia ja osaamista, ja esimerkiksi geriatrinen erityisosaaminen on pääosin kunnissa.

HUSin omistavat 24 jäsenkuntaa: Askola, Espoo, Hanko, Helsinki, Hyvinkää, Inkoo, Järvenpää, Karkkila, Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi, Lapinjärvi, Lohja, Loviisa, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen, Porvoo, Raasepori, Sipoo, Siuntio, Tuusula, Vantaa ja Vihti.

HUS koostuu viidestä sairaanhoitoalueesta: HYKS, Porvoon sairaanhoitoalue, Hyvinkään sairaanhoitoalue, Lohjan sairaanhoitoalue ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue. Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen Raaseporin sairaala on toiminnallisista syistä vuonna 2018 liitetty HYKS:iin. HYKS:illä on toimintaa 20 eri sairaalassa (ml. Raasepori), joista suurin osa sijaitseen Meilahden alueella. Muualla sijaitsevista HYKS:in sairaaloista suurimmat ovat Jorvin sairaala Espoossa ja Peijaksen sairaala Vantaalla.

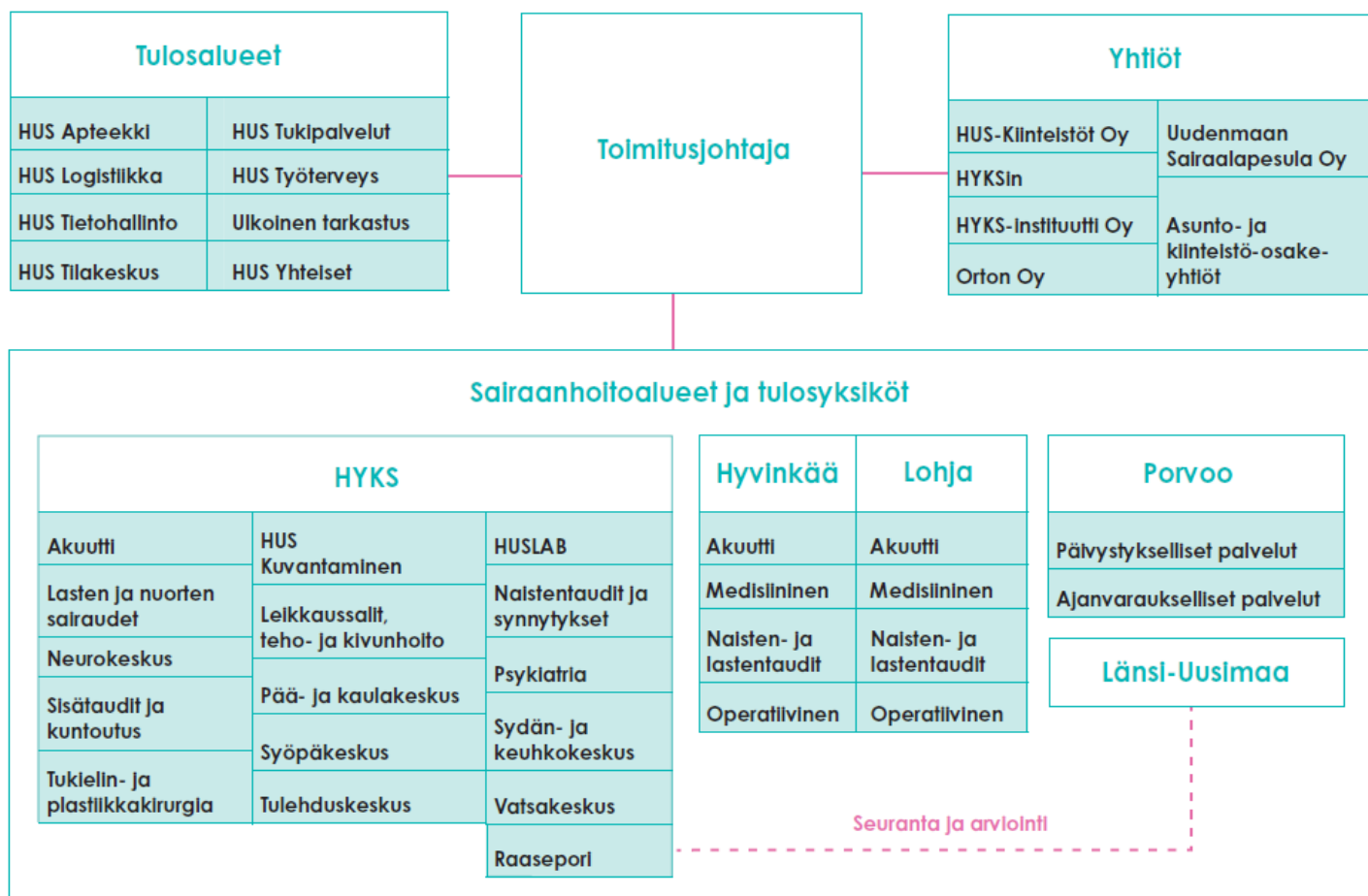


Kuva 1 HUS-sairaanhoitoalueet

HUS-konserniin kuuluvat HUS-sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, tytäryhtiöt (HUS-Kiinteistöt Oy, Uudenmaan Sairaalapesula Oy ja HYKSin Kliiniset palvelut Oy, HYKS-Instituutti OY ja Orton Oy) ja kymmenen asunto- ja kiinteistöosaakeyhtiötä sekä joukko osakkuus- ja yhteisyksikköjä, joista merkittävin on Oy Apotti Ab. Tukipalveluja HUS:ssa tuottavat viiden tulosalueen ja yhden pienemmän yksikön lisäksi kaksi tytäryhtiötä.

Sairaanhoitopiirin ylintä päätösvaltaa käyttää valtuusto, joka valitsee toimikaudekseen sairaanhoitopiiriä johtavan hallituksen. Kullakin sairaanhoitoalueella on valtuuston toimikaudekseen valitsema lautakunta.

Organisaatio 2019



Kuva 2 HUSin organisaatio 2019

HUSin tunnuslukuja vuodelta 2018:

NordDRG-tuotteita	751 257
Hoitopäiviä*	189 627
Avohoitotuotteita	1 948 268
Terveyskeskuskäyntejä**	164 382
Terveyskeskushoitopäiviä	3 065
Leikkauksia	91 558
Synnytyksiä	15 858
Palveluita käyttäneitä eri henkilöitä (oma toiminta, erikoissairaanhoito)	518 622
Sairaansijoja	2 604
Henkilöstön määrä	24 936
Toimintatuotot milj. euroa	2 307,5
Toimintakulut milj. euroa	2 186,2
Väestömäärä HUSin alueella 31.12.2018	1 667 203
Jäsenkuntien maksuosuudet euroa/asukas keskimäärin (deflatoitu, ennakkoväkiluku 2018)***	948,8

*) Hoitopäivien lukumäärään sisältyvät psykiatrian hoitopäivät ja asumispalvelupäivät, neurologian kuntoutuspäivät, fysiatrian hoitopäivät ja hengityshoito- ja hoitopäivät.

**) Sisältää klinisen hammashoidon tk-käynnit.

***) Töölön sairaalakiinteistön myyntivoiton palautus huomioitu.

HUSin palveluista valtaosa tuotetaan HYKS-sairaanhoitoalueella: esimerkiksi NordDRG-tuotteista ja hoitopäivistä noin 78 %, leikkauksista noin 80 % ja synnytyksistä noin 85 %. Myös HUSin toimintakuluista noin 80 % syntyy HYKS-alueella. HYKS-alueen kuntien asukasmäärä on noin 73 % koko Uudenmaan asukasmäärästä. HUSin palveluja käyttää noin 1/3 Uudenmaan asukkaista vuosittain.

Tällä hetkellä HYKS-alueen kuntien asukkaiden erikoissairaanhoidon käynneistä käytännössä kaikki suuntautuvat HYKSiin. Vastaavasti HYKS-alueen ulkopuolisten asukkaiden käynneistä 50 % toteutuu HYKS:ssä ja loput omien sairaanhoitoalueiden sairaaloissa. HUS on pyrkinyt sairaaloiden työnjaolla optimoimaan sairaalakapasiteetin käyttöä koko HUSin sisällä ja toisaalta tarjoamaan myös muissa kuin HYKS-alueen sairaaloissa alueen asukkaiden kannalta riittävät erikoissairaanhoidon palvelut.

Nykyisellä HUSilla on myös kansallisia erityisvastuita ja velvoitteita muun muassa erityisen vaikeahoitoisten, HUSiin keskitettyjen potilasryhmien hoidossa, valmiudessa ja varautumisessa, sekä yliopistollisessa tutkimus- ja opetustoiminnassa.

Diagnostisten ja muiden tukipalvelujen tuottamisen keskittäminen on ollut toiminnallisesti ja taloudellisesti ainakin pääosin mielekästä. HUS tuottaa tällä hetkellä suuren määrän keskitettyjä tukipalveluja. HUS tuottaa kaikkien Uudenmaan kuntien diagnostiset palvelut (laboratorio ja kuvantaminen). Vuoden 2020 alusta alkaen HUS tuottaa

myös kaikkien jäsenkuntien apteekkipalvelut. HUSin välinehuoltopalveluja käyttävät vuonna 2020 Helsinki, Espoo, Kerava, Porvoo, Hyvinkää, Nurmijärvi, Mäntsälä, Inkoo, Sipoo ja Lohja virka-ajan ulkopuolisen suun terveydenhuollon päivystyksen osalta.

Vantaan kanssa liikkeenluovutusneuvottelut välinehuoltopalvelujen siirtämiseksi HUSille ovat käynnissä. Apuvälinekeskuksen palvelujen osalta HUS tuottaa kaikki Espoon kaupungin tarvitsemat palvelut. Hyvinkäälle, Raaseporiin, Hankoon ja Inkooseen HUS tuottaa apuvälineiden avoterveydenhuollon palvelut eli ns. lainaamotuotteet ja huoltopalvelut. Vantaa on tehnyt marraskuussa 2019 päätöksen siirtä HUSin apuvälinekeskuksen palvelujen käyttäjäksi 2020 loppuun mennessä. Keskustelu yhteistyöstä on käynnissä Porvoon sairaanhoitoalueen kuntien, Kauniaisen, Keravan ja Helsingin kanssa. HUS Logistiikka tarjoaa eri lääkintätekniikan palveluja Helsingille, Vantaalle, Raaseporille, Hyvinkäälle ja Espoolle, hoitotarvikkeiden hankintapalveluja, varastointia ja toimituspalvelua lähes kaikille jäsenkunnille ja tarvikkeiden täyttöpalvelua mm. Helsingin sairaaloille, Vantaan akuuttiosastoille ja Hyvinkään sairaalan osastoille. Lisäksi HUS Asvia tuottaa asiointipalveluja, tekstinkäsittely- ja osastosihteeripalveluja, laitoshuollon palveluja sekä potilaiden ja henkilökunnan ateriapalveluja useille kunnille (Helsinki, Espoo, Vantaa, Lohja, Vihti, Hanko, Raasepori, Kirkkonummi, Hyvinkää, Tuusula, Nurmijärvi, Karkkila, Kerava ja Porvoo).

Asiakaslähtöiset ja yhtenäiset sosiaali- ja terveyspalvelut

ErillISRatkaisussakin on tavoitteena varmistaa asiakaslähtöinen ja yhtenäinen sote-palvelujen järjestäminen ja tuottaminen. Tämä edellyttää eri palvelujen yhteensovittamista eli integroimista sujuviksi ja tehokkaiksi kokonaisuuksiksi. Toiminnallisesti tämä tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen ja erityistason palvelujen toimimista saumattomasti yhdessä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraatiota voidaan lähestyä ja toteuttaa eri tavoin. Yhteensovittaminen voidaan toteuttaa esimerkiksi hallinnollisten rakenteiden kautta tai se voi toteutua toiminnallisena integraationa. Tällöin eri järjestäjien ja rahoittajien sosiaali- ja terveyspalvelut toteutettaisiin eheänä kokonaisuutena, joka toteutuu ilman päällekkäisyyksiä ja tarpeettomia viiveitä.

Perus- ja erityistason integraatiossa keskeistä on järjestämismallista riippumatta yhteiset sekä sosiaali- että terveydenhuollon palvelut käsittävät palveluprosessit. Lisäksi valtakunnalliset hoitosuositukset (Käypä hoito) ja niistä johdetut alueelliset hoitoketjut integroivat perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa.

Palvelujen sujuvuuden ja vaikuttavuuden varmistamiseksi kaikissa järjestämismalleissa tulee määritellä palveluprosessien tavoitteet ja periaatteet perus- ja erityistason

sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä. Yksi järjestäjätaho itsessään ei automattisesti lisää toiminnallista integraatiota.

Sosiaalihuollossa jako perus- ja erityistason palveluihin ei suoraan vastaa hoidon porrasteisuutta. Sosiaalihuollossa perus- ja erityistaso ovat suurimmaksi osaksi yhdistyneet. Uudenmaan alueen väestöpohja mahdollistaa perus- ja erityistason sosiaalipalvelujen järjestämisen myös maakuntaa pienemmillä alueilla.

Onnistuneen integraation lopputuloksena ovat asiakkaalle yhtenä kokonaisuutena näytettyvät palvelut ja tuki järjestäjästä riippumatta. Esimerkkejä näistä ovat jo useissa kunnissa toimivat tai rakentuvat terveys- ja hyvinvointikeskukset, perhekeskukset ja seniorikeskukset (tai vastaavat). Keskuksissa sekä perus- että erityistason sosiaali- ja terveystalouksia on koottu joko fyysisesti saman katon alle tai verkostomaisiksi kokonaisuuksiksi, josta asiakas saa tarvitsemansa monipuoliset ja monialaiset palvelut. Kansallisesti meneillään olevassa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeessa kehitettävät sote-keskukset integroivat palveluja aivan vastaavalla tavalla.

Edellä mainittuihin toimintamalleihin on mahdollista integroida erikoissairaanhoidon palveluja joko fyysisesti samassa toimipisteessä tarjottavina palveluina, jalkautuvina palveluina tai esimerkiksi etävastaanottoina ja sähköisinä konsultaatioina. Asiakkaalle toimintamallit mahdollistavat monialaisten palvelujen saatavuuden yhden yhteydenoton periaatteella. Toimintamallit mahdollistavat paikallisten palvelutarpeiden, esimerkiksi tarvittavien erityispalvelujen, huomioimisen. Palvelujen yhdenvertaisuus ja saatavuus paranevat, kun palveluja kootaan suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Palveluja on fyysisestä sijainnista riippumatta lisääntyvästi saatavilla myös sähköisinä palveluina.

Digitaalisia palveluja hyödyntämällä voidaan lisätä palvelujen saatavuutta, saavutettavuutta, yhdenvertaisuutta ja integraatiota järjestämismallista riippumatta. Esimerkkejä tällaisista palveluista ovat jo esimerkiksi Terveyskylä, Omaolo ja Apotin Maisa-asiakasportaali. Maisan kautta omia asioita voi hoitaa ajasta ja paikasta riippumatta sekä viestiä ammattilaisten kanssa sähköisesti. Maisa mahdollistaa myös videovastaanotot, joiden avulla sekä perus- että erityistason palveluja voidaan tuoda asiakkaan luokse. Digitaaliset palvelut lisäävät mahdollisuuksia myös esimerkiksi ruotsinkielisten palvelujen tarjoamiseen alueille, joissa on vähän ruotsinkielistä väestöä. Niille alueille, joissa ruotsinkielisiä asukkaita on runsaasti, voidaan perustaa myös ruotsinkielisiä tai kaksikielisiä fyysisiä palvelupisteitä.

Palveluprosessien integraatiota tarvitaan eri sosiaali- ja terveystalouksien lisäksi myös muiden tahojen kanssa, joita ovat esimerkiksi valtion eri toimijat, kunnat ja niiden eri palvelut (kuten varhaiskasvatus, oppilas- ja opiskelijahuolto, liikuntapalvelut, nuoriso-

palvelut, työllisyyspalvelut, maahanmuuttopalvelut) sekä yritykset ja kolmannen sektorin toimijat. Nyt Uudellemaalle kaavaillussa muutaman, enintään 5 alueellisen järjestäjän mallissa sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisvastuuta kootaan selvästi nykyistä suuremmille alueille, ja samalla alueiden erityispiirteet voidaan ottaa huomioon ja mahdollistaa päätöksenteon säilyminen lähempänä asukkaita kuin yhden suuren Uudenmaan maakunnan mallissa.

Riippumatta siitä, miten sosiaali- ja terveystalvelut järjestetään koko maassa ja Uudellamaalla, olisi kansalaisten yhdenvertaisuuden näkökulmasta hyödyllistä määrittää kansallisesti yhtenevät vaatimukset talvelujen saatavuudelle, asiakaskokemukselle ja laadulle sekä kustannustehokkuudelle ja tuottavuudelle.

On hyvä muistaa, että julkisista sosiaali- ja terveystalveluista perusterveydenhuollon ja sosiaalitalvelujen osuus on noin 2/3 ja erikoissairaanhoidon noin 1/3. Jo vuosia erikoissairaanhoidon menojen kasvu on kuitenkin ollut huomattavasti nopeampaa kuin perusterveydenhuollon tai sosiaalitalvelujen. Siksi sekä järjestämisvastuun että rahoituksen painopistettä on siirrettävä perustalveluihin.

Erikoissairaanhoidon järjestämismalleja arvioitaessa oleellista on: yhtäältä 1. erikoissairaanhoidon ohjauksen, perustason vahvistamisen ja talvelujen integraation, sekä toisaalta 2. erikoissairaanhoidon yhtenäisyyden, potilaiden yhdenvertaisten oikeuksien toteutumisen sekä toiminnallisen tehokkuuden välisen tasapainon löytäminen. Lisäksi on tärkeää ottaa huomioon alueelliset erityispiirteet. Uudellamaalla maakunnan koko, väestömäärä ja sen ennakoitu kasvu sekä talvelujen käyttö poikkeavat muusta maasta.

Vaihtoehto A. HUS-kuntayhtymä purkautuu ja tehtävät, henkilöstö, omaisuus yms. jaetaan itsehallintoalueille lailla/asetuksella ja järjestämisvastuu on kokonaisuudessaan itsehallintoalueilla ja Helsingillä

Yhtenä vaihtoehtona on yksitasoinen järjestämismalli, jossa kaikkien sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäjinä olisivat itsehallintoalueet ja Helsinki. Tällöin vastuu sekä talvelujen järjestämisestä, rahoituksesta että talveluprosesseista olisi selkeästi ja yksiselitteisesti yhdellä taholla, itsehallintoalueilla ja Helsingillä.

Tämä vaihtoehto tarkoittaisi sitä, että nykyinen HUS-kuntayhtymä purettaisiin ja sen toiminnot, henkilöstö ja omaisuus jaettaisiin tuleville itsehallintoalueille ja Helsingille, lähtökohtaisesti sen mukaan missä ne nyt sijaitsevat. Valtaosa HUSin toiminnoista sijaitsee HYKS-alueella, käytännössä Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla, ja näistäkin suurin osa Helsingissä, joten Helsingille tulisi merkittävä erikoissairaanhoidon järjestämis- ja tuottamisvastuu.

HYKS:iin kuuluvat seuraavat sairaalat: Iho- ja allergiasairaala, Jorvin sairaala (Espoossa), Kirurginen sairaala, Meilahden kolmiosairaala, Meilahden tornisairaala, Nais-tenklinikka, Peijaksen sairaala (Vantaalla), Psykiatriakeskus, Raaseporin sairaala (Tammisaarella), Silmä-korvasairaala, Syöpätautien klinikka, Töölön sairaala, Uusi lastensairaala. Lisäksi Hyksillä on toimintaa Auroran, Espoon (Espoossa), Haartmanin, Herttoniemen, Laakson ja Malmin sairaaloissa.

HUS on etenkin HYKS-alueen sisällä toteuttanut jo vuosia osaamiskeskuksiin perustuvaa johtamis- ja toimintamallia, jossa tehtäviä on jaettu alueen sairaaloiden kesken. Tätä on tuettu yhteisillä lähetekeskuksilla, johon lähetteet ohjautuvat ja joista ne jaetaan palveluja tuottaviin yksiköihin. Alla on kuvattu joitakin HUSin palveluja ja niiden ryhmittelyä tällä hetkellä. Muun muassa näiden kaikkien sekä yliopistollisen tutkimuksen ja opetuksen osalta vaihtoehto A edellyttäisi ainakin osittain uutta ryhmittelyä ja työnjaon määrittelyä.

HYKS Akuutti sisältää akuuttilääketieteen eri osaamisalueet: ensihoidon ja päivystyksen. Lisäksi siihen kuuluvat etäpalvelut (Myrkytystietokeskus, Päivystysapu ja Teratologinen tietopalvelu), jotka palvelevat puhelimitse äkillisissä terveyteen liittyvissä ongelmissa. Akuuttiin kuuluu myös sairaankuljetus. Ensihoito on järjestetty pelastuslaitoksen ja yksityisten sairaankuljetusyritysten kanssa yhteistyössä tai sairaanhoitoalueen omana toimintana. Akuutti vastaa yhteispäivystysten ja päivystysosastojen toiminnasta Meilahdessa (Haartmanin ja Meilahden sairaala) Jorvissa, Malmilla ja Peijaksessa. Päivystysapu 116 117 on virka-ajan ulkopuolisiin äkillisiin terveysongelmiin keskittynyt ohjaus- ja neuvontapalvelu. HUS-alueella Päivystysapu-palvelulla on kaksi palveluntuottajaa. HUS tuottaa Helsingin ulkopuolisen HUS-alueen palvelun ja Helsingin kaupunki tuottaa palvelun helsinkiläisille. Myrkytystietokeskus palvelee koko maata ja vastaa puhelimesta ympäri vuorokauden äkillisten myrkytysten ehkäisyyn ja hoitoon liittyviin kysymyksiin. Teratologisessa tietopalvelussa annetaan tietoa äideille raskauteen ja sikiön kehitykseen haitallisesti vaikuttavista lääkkeistä ja muista ulkoisista tekijöistä. Sairaankuljetus suorittaa Hyks-alueella kaikki laitosten väliset sekä HUS-sairaaloiden siirrot. Sairaankuljetus toimii myös yhteistyössä muiden HUS-alueen kuntien kanssa sekä ensihoidon kanssa kaikilla alueilla esimerkiksi suuronnettomuustilanteissa.

Lasten ja nuorten sairauksien tulosityksikön toiminta muodostuu lastentautien, lastenkirurgian, lastenneurologian ja lastenpsykiatrian toiminnoista. Tulosityksiköllä on lakisääteisesti määritelty valtakunnallinen hoitovastuu mm. lasten vaikeiden sydänsairauksien tutkimisesta ja hoidosta sekä elinsiirroista. Tämän lisäksi lasten ja nuorten sairauksien yksiköissä hoidetaan suuri määrä erilaisia erityisen vaikeita potilastapauksia eri puolilta Suomea. Hallinnollisesti tulosityksikkö jakautuu kuuteen linjaan: Erityispe-

diatria, Yleispediatria, Lastenkirurgia, Lastenneurologia, Lastenpsykiatria ja Digitaaliset ja innovaatiopalvelut. Lisäksi tulosityksikköön kuuluu Harvinaisten sairauksien yksikkö. Suurimpia kiinteistöjä ovat Uusi lastensairaala ja Jorvin sairaala.

Naistentautien ja synnytysten tulosityksikössä hoidetaan vuodessa lähes 15 000 synnytystä. Synnytysten lisäksi Naistentautien ja synnytysten tulosityksikössä hoidetaan vuosittain noin 33 000 naistentautien potilasta. Tulosityksiköllä on toimintaa Jorvin ja Espoon sairaaloissa sekä Naistenklinikalla. Hallinnollisesti tulosityksikkö jakautuu neljään linjaan: Raskauden seuranta ja lapsivuode, Synnytysten ja naistentautien päivystystoiminta, Naistentautien leikkaustoiminta ja Naistentautien poliklinikkatoiminta. Lisäksi tulosityksikköön kuuluu Sikiölääketieteen keskus ja Seri-tukikeskus seksuaaliväkivallan uhreille.

Neurokeskus muodostuu neurologian ja neurokirurgian erikosisaloista. Yhdessä ne vastaavat keskushermostosairauksien diagnostiikasta, hoidosta ja kuntoutuksesta HYKS-alueella. Keskuksella on myös erva- ja valtakunnallisia erityisvastuualueita. Neurokeskus toimii viidellä sairaala-alueella, joissa toimii neurologian tai neurokirurgian poliklinikka ja/tai yksi/useampi vuodeosasto. Leikkaus-, päivystys- ja tehovalvontatoiminta on keskitetty pääosin Meilahteen ja Töölöön.

HUS Psykiatria muodostuu kymmenestä linjasta: Akuutti- ja konsultaatiopsykiatria, Mielialahäiriöt, Psykoosit ja oikeuspsykiatria, Gero-, neuro- ja riippuvuuspsykiatria, IT- ja psykososiaaliset hoidot, Nuorisopsykiatria, Länsi-Uudenmaan alue, Hyvinkään alue, Lohjan alue ja Porvoon alue. Helsinkiä lukuun ottamatta HUS Psykiatria vastaa väestövastuun mukaisesti alueidensa aikuisikäisten ja nuorisoikäisten (13-17v) potilaiden psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta kokonaisuudessaan. Psykiatrinen erikoissairaanhoito painottuu avohoitoon. Hoidon tukena toimivat vuodeosastot Hyks Psykiatriakeskuksessa, Hyvinkään sairaalassa Kellokosken (Ohkolan kiinteistö) sairaalassa, Raaseporin sairaalassa, Lohjan ja Porvoon sairaaloissa sekä Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa.

Sisätaudit ja kuntoutus -tulosityksiköllä on toimintaa 32 kiinteistössä. Hallinnollisesti tulosityksikkö jakautuu neljään linjaan: **sisätaudit, kuntoutus, geriatria ja erityistyö**, joka jakaantuu **terveyssozialityöhön** ja **ravitsemusterapiaan**. Lisäksi tulosityksikköön kuuluu **HUS Apuvälinekeskus**.

Sydän- ja keuhkokeskus tarjoaa erikoissairaanhoitoa kardiologian, sydänkirurgian, keuhkosairauksien ja yleisthorax- ja ruokatorvikirurgian erikosisaloilla. Sydän- ja keuhkokeskus on kansallinen sydän- ja keuhkosiirtoja suorittava keskus. HUS:iin on myös keskitetty eräitä harvinaisia ja vaativia rintaontelon ja sydämen synnynnäisiä vikoja ja niiden jälkiseurantaa.

Tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosyksikkö tarjoaa ortopedian ja traumatologian, käsi-kirurgian sekä plastiikkakirurgian erikoisaloiden palveluja Töölön sairaalassa, Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa sekä Herttoniemen sairaalassa. Tukielin- ja plastiikkakirurgian linjaan on keskitetty paitsi HYKS-alueen potilaiden perus- ja erityistason hoito, myös koko HUS-alueen vaativin traumakirurgia. Palovammapotilaiden hoito on keskitetty palovammakeskukseen Jorvin sairaalaan. Yksikköön on keskitetty myös tiettyjä muita valtakunnallisia vastuita, mm. huuli- ja suulakihalkioiden hoito.

HUS Vatsakeskus tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja endokrinologian ja endokriinisen kirurgian, elinsiirto- ja maksakirurgian, nefrologian, gastroenterologian, vatsaelinkirurgian sekä verisuonikirurgian ja urologian erikoisaloilla. Vatsakeskuksen yksiköt toimivat Meilahden torni- ja kolmiosairaloissa, Kirurgisessa sairaalassa sekä Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa. HUS Vatsakeskus vastaa valtakunnallisesti aikuispotilaiden munuaisten-, maksan-, haiman- ja ohutsuolen siirroista.

Vaihtoehto A:n vahvuudet:

- Järjestämisvastuu olisi selkeästi ja yksiselitteisesti yhdellä taholla – itsehallintoalueella/Helsingillä
- Malli olisi yhdenmukainen muun maan kanssa – ei tarvetta erityislainsäädäntöön tältä osin
- Mahdollistaisi parhaiten painopisteen siirtämisen peruspalveluihin ja niiden vahvistamisen
- Lisäisi yhdessä toimimista ja palvelujen integraatiota alueellisesti

Vaihtoehto A:n heikkoudet ja riskit:

- Keskittämisetujen menettäminen/heikkeneminen
- Laadun ja potilasturvallisuuden heikkeneminen niissä palveluissa, joita ei lailla/asetuksella säädettäisi keskitettäväksi vain jollekin/joillekin itsehallintoalueille
- Erikoissairaanhoidon järjestämisosaamisen hajautuminen useammalle toimijalle
- Osaavan ja pysyvän henkilöstön turvaaminen, etenkin pienimmillä ja/tai erikoistuneimmilla erikoisaloilla
- Kansallisesti ja kansainvälisesti vahvan HUS-brändin menettäminen
- Tutkimuksen ja opetuksen hajautuminen ja tason lasku
- Mittava hallinnollinen ja organisatorinen muutos, jonka toimeenpano veisi pitkään ja aiheuttaisi riskejä palvelujen saatavuudelle muutosvaiheessa.
- Mittavat omaisuusjärjestelyt, mukaan lukien kysymys siitä, että HUSin nykyiset ”jäsenosuudet” eli omistusosuudet eivät ole samat kuin HUSin omaisuuden sijainnit - investointeja on keskitetty mm. Helsinkiin (Meilahti) ja itsehallintoalueet/kunnat todennäköisesti vastustaisivat tällaista ”vastikkeetonta omaisuuden siirtoa” Helsingille

- Korjausvelka ja tulevaisuuden investointipaineet jakautuisivat HUSin nykyisen omaisuuden sijainnin mukaan – Meilahden kampuksesta tulisi mittava taakka Helsingin kaupungin investointikuormaan
- Hallinnon kasvaminen – jokainen itsehallintoalue/Helsinki joutuisi rakentamaan erikoissairaanhoidon järjestämistoiminnon ja hallinnon ja kokoomaan tähän liittyvää osaamista, jota niillä ei tällä hetkellä välttämättä ole ja jota niille ei muutoksen myötä välttämättä automaattisesti siirtyisi
- Itsehallintoalueet/Helsinki päätyisivät hyvin todennäköisesti muodostamaan sekä sairaanhoidollisten että diagnostisten ja muiden tukipalvelujen yhteisiä tuottamismalleja jatkossakin esimerkiksi yhteisten liikelaitosten/yritysten tai 'vastuumaakuntamallin' avulla – ellei vapaaehtoisia maakuntayhtymiä sallittaisi (tärkeää selvittää, olisivatko ne jatkossa mahdollista), eli päädyttäisiinkö lopulta vapaaehtoisesti suunnilleen samaan kuin mistä lähdettiin
- Itsehallintoalueet/Helsinki päätyisivät hyvin todennäköisesti muodostamaan yhteisiä henkilöstöpooleja/resurssikeskuksia tai vastaavia, tai hyödyntämään huomattavasti nykyistä laajemmin yhteisiä henkilöstöresursseja (kuten Seure Oy) henkilöstön saatavuuden ja kilpailukykyyn turvaamiseksi
- Mahdollisesti huomattava muutosvastarinta

Vaihtoehto C. HUS:ia vastaava useamman itsehallintoalueen ja Helsingin alueita palveleva erikoissairaanhoidon toimija on olemassa; järjestämisvastuu on lähtökohtaisesti itsehallintoalueilla ja Helsingillä, mutta ne sopivat erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun siirrosta HUS:lle muutoin, paitsi että lailla/asetuksella säädetään erityisvastuut, ml. yliopistollisen sairaalan vastuut

Toisena vaihtoehtona on osittain kaksitasoinen järjestämismalli, jolloin kyseeseen tulisi maakuntayhtymä. Tällainen niin sanottu jaettu järjestämisvastuu olisi lähempänä nykykäytäntöä, jossa kunnilla on ensisijainen järjestämisvastuu kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista, mutta sairaanhoitopiireillä on osaltaan järjestämisvastuu erikoissairaanhoidon palveluista.

Terveystalain 34 §:n mukaan samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvien kuntien on jo nykyisinkin laadittava valtuustokausittain yhteinen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Järjestämissuunnitelman tavoitteena on edistää alueellista yhteistoimintaa terveyspalvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa sekä palvelujen yhteensovittamisessa. Suunnitelmassa on myös sovittava terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä. Sosiaalihuoltolaissa ei ole toistaiseksi ollut vastaavaa järjestämissuunnitelman veloitusta. Sen sijaan sosiaalihuoltolain mukaan asiakkaan yksilölliset palvelut on sovittava yhteen hänen muiden tarpeenmukaisten palvelujensa ja tuen kanssa.

HUSin jäsenkunnat laativat järjestämissuunnitelman sairaanhoitoalueittain valtuustokaudeksi. Järjestämissuunnitelman hyväksyy sairaanhoitopiirin valtuusto. Suunnitelma ei tällä hetkellä ole juridisesti sitova eikä se huomioi riittävästi sosiaalipalveluja. Suunnitelman tosiasiallinen ohjausvaikutus on jäänyt HUS-alueella vähäiseksi.

Erityis- ja perustason työnjaon ja toimintatapojen selkiyttämiseksi järjestämissuunnitelman ohjausvaikutusta ja sitovuutta pitäisi huomattavasti lisätä, tarvittaessa lainsäädännöllisesti:

- määrittelemällä suunnitelma kansanvaltaisesti johdettujen itsehallintoalueiden ”järjestämissopimukseksi”, jonka hyväksymisellä ne itse sitoutuvat ja samalla sitovat erikoissairaanhoidon toimijan noudattamaan sitä
- kun järjestämissopimus hyväksytään yksimielisesti erikoissairaanhoidon yhtymäkokouksessa (huom. ei yhtymävaltuustossa), se tulee samalla kaikkia osapuolia sitovaksi sopimukseksi
- laajentamalla suunnitelma koskemaan kaikkia sosiaali- ja terveystalvveluja (nykyisellään vain terveydenhuoltoa koskeva) ja luopumalla nykyisestä erikoissairaanhoido- eli sairaanhoitopiirilähtöisyydestä
- määrittelemällä järjestämissuunnitelmassa tavoitteet integraatiolle sekä sopimalla toimintakäytännöt ja toimenpiteet integraation varmistamiseksi
- asettamalla yhteiset toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet
- kuvaamalla keskeiset perus- ja erityistason yhteistyötä edellyttävät palveluprosessit osana järjestämissuunnitelmaa yhtenäistämällä palvelutason aluerajat ylittäen, esimerkiksi
 - tuottamalla vaativat palvelut usealle alueelle yhden alueen toimesta
 - yhteisillä kilpailutuksilla ja yhteisillä kilpailutusten periaatteilla
- koordinoimalla yhteisesti asiakaskohtaisia palveluhankintoja (usein suorahankintoja)
 - yhtenäisillä ehdoilla ja hinnoilla yksilökohtaisin perustein hankittaville palveluille
 - laatutason valvonnan yhtenäistämiseksi, yhteisillä hinnankorotus- ja sopimusehdoilla
 - suoraostoihin liitettävällä yhteisellä sopimusmallilla
- sopimalla yhteisesti palvelukuvauksista, palvelutasoista, palveluverkosta, asiakasohjauksesta ja kirjaamiskäytännöistä
- laatimalla yhteisesti sovitut henkilöstön kelpoisuusvaatimukset ja mitoitus

- sopimalla yhteisillä kriteereillä määritellyistä seuranta- ja valvontakäytännöistä, sanktioista ja bonuksista palveluntuottajille
 - edellyttää yhteisiä tietojärjestelmäratkaisuja tiedonkulkuun ja tiedolla johtamiseen.

Vaihtoehto C:n vahvuudet:

- Nykyinen HUS voisi siirtyä uuteen malliin ilman merkittäviä hallinnollisia tai organisatorisia muutoksia tai omaisuusjärjestelyjä
- Nykyisen HUSin sairaanhoidollisten palvelujen ja tukipalvelujen keskittämishyödyt säilyisivät
- Erikoissairaanhoidon omia palveluprosesseja kyettäisiin varmemmin ohjaamaan yhtenä kokonaisuutena ja potilaiden yhdenvertaisuus pysyisi nykyisen kaltaisena
- Mahdollistaisi myös painopisteen siirtämisen peruspalveluihin ja niiden vahvistamisen, mutta ei niin selkeästi ja yksiselitteisesti kuin VE1 – edellyttäisi nykyistä selvästi rajatumpaa lainsäädännössä määriteltä jaettua järjestämisvastuuta erikoissairaanhoidon toimijalle
- Erikoissairaanhoidon järjestämisen, rahoituksen ja palveluprosessien ohjaus onnistuisi joka tapauksessa paremmin kuin nykyisin 24 kunnan ja HUSin mallissa (koska itsehallintoalueita olisi enintään 5 ja ne olisivat järjestäjinä vahvempia)
- Osaavan ja pysyvän henkilöstön saatavuuden turvaaminen onnistuisi paremmin kuin VE1:ssä
- Tutkimuksen ja opetuksen turvaaminen onnistuisi paremmin kuin VE1:ssä
- Muutoksena yleisesti helpommin hyväksyttävissä kuin VE1 – vastaisi paremmin lähtökohtaa 'HUS:ia ei saa pilkkoa'

Vaihtoehto C:n heikkoudet ja riskit:

- Järjestämisvastuu ei olisi niin selkeästi ja yksiselitteisesti vain yhdellä taholla kuten VE1:ssä
- Edellyttäisi sopimista merkittävästä määrästä asioita – vaatisi ilman muuta ns. perälaudan, eli että STM:llä/Valtioneuvostolla olisi mahdollisuus puuttua tilanteeseen, jos sopiminen ei onnistuisi tai jos esimerkiksi joku itsehallintoalueista tekisi niin epätarkoituksenmukaisia ratkaisuja, että ne vaarantaisivat erikoissairaanhoidon toimijalle säädettyjen tehtävien hoitamisen onnistumisen
- Tämäkin vaihtoehto edellyttäisi myös itsehallintoalueiden ja Helsingin järjestämisosaamisen vahvistamista nykyisestä, mutta ei samassa määrin kuin vaihtoehto A.

Liite 3: HUS-hallinto

Kari Prättälä
YHTYMÄVALTUUSTO – YHTYMÄKOKOUS

1. Lähtökohdat

Tässä muistiossa tarkastelussa on vaihtoehto, jonka mukaan Uudenmaan erillisratkaisussa HUS:sta muodostettaisiin julkisoikeudellinen oikeushenkilö, maakuntayhtymä, jossa jäseninä olisivat Helsingin kaupunki ja Uudenmaan maakunnat. Järjestely vastaisi oikeudellisesti muuten nykyistä, mutta jäsenkuntien sijasta jäseninä olisivat maakunnat, poikkeuksena Helsinki. Järjestely olisi hankintalain 16 §:ssä tarkoitettua julkisoikeudellisten yksiköiden välistä horisontaalista yhteistyötä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi, jolloin hankintalakia ei sovelleta.

Tämä tarkastelu koskee muistion HUS hallinnolliset vaihtoehdot malleja B ja C. Tuon muistion malli A perustuisi siihen, että maakunnat olisivat järjestämisvastuussa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista samalla tavoin kuin muuallakin maassa, joten hallintokin järjestettäisiin maakuntia ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevien säännösten mukaisesti.

Maakuntayhtymää koskevaa voimassa olevaa lainsäädäntöä ei ole. Kuntalain säännökset koskevat vain kuntien välistä yhteistyötä. Hallituksen esityksessä 15/2017 vp. säännöksiin ei sisältynyt kuntayhtymän tyypistä maakuntien yhteistyön muotoa. Mikäli valmisteilla olevaan maakuntalakiin tällaisia säännöksiä ehdotetaan, HUS-säännökset voisivat soveltuvien osin nojautua näihin säännöksiin.

Maakuntayhtymää koskevien säännösten valmistelussa on periaatteessa kaksi vaihtoehtoa:

- maakuntalain lukua Maakuntien yhteistoiminta täydennetään maakuntayhtymää koskevilla säännöksillä, jolloin HUSin osalta tukeudutaan näihin säännöksiin. Tämä ratkaisu tulee kysymykseen vain siinä tapauksessa, että säännöksille katsotaan olevan tarvetta muissakin maakunnissa maakuntien yhteistoiminnan ratkaisumallina, eikä katsota olevan syytä nimenomaisesti kieltää tällaisen yhteistoimintamuodon käyttöönottoa. Maakuntalain säännökset voitaisiin tällöin kirjoittaa kuntalain yhteistoimintasäännöksiä noudattaen ja jättää asioita maakuntien päätettäväksi.

- säädetään sote-järjestämislaissa erikseen HUS-maakuntayhtymästä. Säännökset tulisi tällöin rajata vain HUS:ia koskevaksi. Säännökset tulee todennäköisesti kirjoittaa edellä olevaa maakuntalain yleissäännöksiä yksityiskohtaisemmiksi.

2. Maakuntahallinto kansanvaltaisuuden perustana

Uudenmaan järjestely vaihtoehdossa B ja C poikkeaisi valtakunnallisesta maakuntahallinnon mallista siinä, että sosiaali- ja terveydenhuolto ei olisi kokonaisuudessaan maakunnan hallintoa, vaan tietyt laissa säädettävät erityispalvelut olisivat HUS-maakuntayhtymän vastuulla.

Perustuslain näkökulmasta keskeistä on perustella ensinnäkin se, että järjestely muun maan maakuntahallinnosta poikkeavanakin täyttää perustuslain edellytykset hallinnon kansanvaltaisuudesta. Toinen seikka koskee sitä, että tällä järjestelyllä saadaan turvattua perustuslain 6, 19 ja 22 §:n asettamat edellytykset sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaisesta saatavuudesta. Tässä keskitytään tarkastelemaan hallinnon kansanvaltaisuutta.

Kansanvaltaisuus perustuu Uudenmaan erillisjärjestelyn mallissa C siihen, että maakunta/itsehallintoalue olisi ensisijaisessa vastuussa asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollosta ja että maakunnassa ylin päätösvalta kuuluisi suoralla vaalilla valitulle valtuustolle. Vastaavasti Helsingin kaupungin ylintä päätösvaltaa sote-asioissa käyttäisi suoralla vaalilla valittu kaupunginvaltuusto. Kun tässä muistiossa maakunnilla tarkoitetaan myös Helsingin kaupunkia ja sen vastaavia toimielimiä, jollei Helsinkiä erikseen mainita. Mallissa B vastuu erityispalveluista olisi selkeämmin HUS:lla.

Uudenmaan maakunnat noudattavat maakuntalakia ja muita maakuntia koskevia säännöksiä. Tämä ei vaadi poikkeussäännöksiä.

HUS-asioiden valmistelu saattaa vaatia maakuntien hallintoon vaikuttavia säännöksiä. Asiaan palataan sen jälkeen, kun HUS-tehtävistä on tarkempi kuva. Samoin Helsingin osalta tarkistettava, miltä osin maakuntaa koskevat säännökset poikkeavat kuntalaista – lähtökohdana se, että sovelletaan kuntalakia, mahdolliset poikkeukset vaativat selkeyttävän säännöksen, esim. pormestari maakuntajohtajana, vaalikelpoisuus: maakunnan valtuuston vaalikelpoisuussäännösten vaikutus vaalikelpoisuudesta Helsingin kaupunginvaltuustoon

3. HUSin ylimmän päätöksenteon järjestämisen vaihtoehdot

Maakuntien yhteistoimintaorganisaationa HUSin hallinnon kansanvaltaisuutta on arvioitava lähinnä maakuntien vaikutus- ja ohjausvallan sekä maakuntien yhteistoiminnan näkökulmista. HUSin ylimmän päätösvallan käyttöä on syytä tarkastella toisaalta maakuntien päätöksenteon ja ohjausvallan ja toisaalta HUSin oman hallinnon näkökulmasta. Ylimmän päätöksenteon järjestämisessä kysymykseen tulevat yhtymävaltuusto ja yhtymäkokous.

Kysymys, joka perustuslakikysymyksenäkin nostetaan varmasti esille, on se, miksi Uudellamaalla ei noudateta valtakunnallista mallia, jossa kaikki sote-palvelut ovat maakunnalla. Tältä osin Uudenmaan erillISRatkaisua perustellaan toisaalla. Tässä muistiossa tarkastellaan hallinnon järjestämistä valitun mallin, maakunnat – HUS-maakuntayhtymä pohjalta.

Valmistelussa on noussut esiin maakuntayhtymän ylimmän päätösvallan käyttäjänä kaksi vaihtoehtoa: yhtymävaltuusto ja yhtymäkokous.

Yhtymävaltuusto

Yhtymävaltuusto on ollut sairaanhoitopiirien kuntayhtymien ylimmän päätösvallan käyttäjänä perinteinen malli. Erikoissairaanhoitolain 16 ja 17 §:ssä on edelleen tarkat säännökset eri kuntien asukasluvun mukaisista jäsenmääristä ja äänivallasta mutta näitä säännöksiä ei kuntayhtymien hallinnossa tarvitse noudattaa, koska kuntalain 2 §:n 2 momentin säännös syrjäyttää erikoissairaanhoitolain ja antaa mahdollisuuden järjestää hallinto kuntalain mukaisesti.

HUS-kuntayhtymän perussopimuksessa on määräys kuntien valtuustoon valitsemien jäsenten lukumäärästä. Lukumäärä on 2 – 5 kunnan peruspääomaosuuden suuruudesta riippuen. Helsingin yliopistolla on oikeus valita valtuustoon kaksi jäsentä ja heidän varajäsenensä. Samoin perussopimuksessa on sovittu valtuuston äänimäärän ja kautumisesta peruspääoma osuuksien suhteessa.

Lainsäädännössä yksinkertaisinta olisi noudattaa maakuntayhtymässä kuntayhtymäsääntelyn logiikkaa: jätetään maakuntien sovittavaksi samat asiat kuin kunnille on jätetty. Maakunnat voisivat sopia myös siitä, valitsevatko ne ylimmän päätösvallan käyttäjäksi yhtymävaltuuston vai yhtymäkokouksen.

Jos maakuntalakiin ei tule maakunnille mahdollisuutta perustaa maakuntayhtymää tai jos tämä lainsäädäntö koskisi vain rajatun toimialan yhtymiä, maakuntayhtymälainsäädäntö tässä laajuudessa olisi HUS-yhtymää koskevaa erityissääntelyä. Jos erityissääntelyn tarve osoittautuu laajaksi, valinta yhtymävaltuuston ja yhtymäkokouksen välillä olisi todennäköisesti tehtävä jo lain tasolla.

Yhtymävaltuustoa voidaan perustella sillä, että se on ollut perinteisesti käytetty malli kuntayhtymissä. Erityisesti sairaanhoitopiirin kaltaisissa kuntayhtymissä sitä on pidetty myös jonkinlaisena alueellisen tason demokraattisena päätösvallan käyttäjänä. Toisaalta kuntayhtymähallinnon kansanvaltaisuus on asetettu kyseenalaiseksi. Valtuutettujen vaali perustuu välilliseen demokratiaan. Valtuutetut ovat kuntien valtuustojen valtuustokaudeksi valitsevia mutta yhteys kuntaan on saattanut jäädä heikoksi. Näin kunnan vaikutus ylimmän tason kuntayhtymän ylimmän tason päätöksentekoon on saattanut jäädä sattumanvaraiseksi ja heikoksi.

Tämän vuoksi keskusteluun on noussut vaihtoehtona yhtymäkokous.

Yhtymäkokous

Yhtymäkokous lisättiin jo vuoden 1976 kunnallislakiin vuoden 1995 kuntalakia valmisteltaessa ja korvattaessa kuntainliitot väljemmin säännellyllä kuntayhtymällä. Keskeisenä perusteluna oli se, että silloisen kuntainliiton liittovaltuusto koettiin kuntakentässä toimielimeksi, joka toimii liiaksi kunnista irtautuneena alueellisena poliittisena päätöksentekijänä, joka ei ottanut jäsenkuntien näkökantoja huomioon (HE 70/1992). Tuolloin – ja myöhemminkin – korostettiin erityisesti sitä, että yhtymäkokous soveltuu parhaiten tehtäväalueeltaan rajattuihin kuntayhtymiin. Valtuustotyyppinen toimielin olisi puolestaan luonteva laaja-alaisissa, esimerkiksi maakunnallisia asioita hoitavissa kuntayhtymissä (HE 192/1994 s.120).

Vaikka jo tuolloin kunnallislaissa ja myöhemmin 1995 kuntalaissa syrjäytettiin erityislainsäädännön kuntien yhteistoiminnan hallintoa koskevat säännökset (nykyisen kuntalain 2 §:n 2 momentti), sairaanhoitopiirit ovat pysytelleet yhtymävaltuusto-mallissa.

Vasta viime vuosina on herännyt kiinnostus kokeilla yhtymäkokousta ylimpänä päätöksentekijänä. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän perussopimus on tullut voimaan 1.8.2019, joten sen toimivuudesta ei ole vielä kokemusta. Sen sijaan HSY ja HSL ovat jo pitkään toimineet yhtymäkokousmallilla mutta niiden toimiala on suppeampi kuin sairaanhoitopiirin tai HUSin.

Yhtymäkokousmalli ei ole ollut missään vaiheessa perustuslakivaliokunnan tarkastelun kohteena. On kuitenkin ilmeistä, että osana sote-lainsäädäntöä myös yhtymäkokous muun maan ratkaisusta poikkeavana tulee toisella painolla valtiosääntötarkasteluun. Tämän vuoksi on arvioitava, millä tavoin HUSin yhtymäkokouksen sääntelyä tulisi täydentää, jotta se täyttäisi myös perustuslain edellyttämän kansanvaltaisuuden vaatimuksen.

Periaatteessa yhtymäkokous täyttää kansanvallan vaatimukset ehkä paremminkin kuin yhtymävaltuusto. Yhtymäkokouksessa jäsenmaakunnat muodostavat kukin kannan käsiteltävinä oleviin asioihin ja kokoukseen valitun yhtymäkokousedustajan asiana on huolehtia siitä, että kokouksen kanta mahdollisimman pitkälle vastaa hänen edustamansa jäsenmaakunnan kantaa. Yhtymävaltuutetut saattavat helpommin irtaantua taustayhteisönsä kannoista.

Yhtymäkokous on kuntalain 60 §:ssä säädetty kuntayhtymän ylin päättävä toimielin. Mallia yhtymäkokoukseen haettiin osakeyhtiön hallinnosta mutta sääntely on nimenomaisesti yhtymäkokousta koskien huomattavasti suppeampaa kuin osakeyhtiölaissa.

Kuntalain mukaan yhtymäkokous on pidettävä kaksi kertaa vuodessa. Yhtymäkokouksen tehtävänä on ainakin:

1. päättää kuntayhtymän talousarviosta ja taloussuunnitelmasta;
2. hyväksyä kuntayhtymän hallintosääntö;
3. valita kuntayhtymän toimielimet;
4. päättää luottamushenkilöiden taloudellisten etuuksien perusteista;
5. valita tilintarkastajat;

Yhtymäkokouksen julkisuuteen sovelletaan, mitä valtuuston kokouksen julkisuudesta säädetään 101 §:ssä. Yhtymäkokousedustajan esteellisyyteen sovelletaan, mitä valtuutetun esteellisyydestä säädetään 97 §:ssä.

Myös sellaista kuntayhtymää, jossa yhtymäkokous on ylin päättävä elin, koskevat samat yhtymän hallinnon järjestämistä koskevat säännökset kuin sellaista kuntayhtymää, jossa ylimpänä päättävänä toimielimenä on yhtymävaltuusto. Perussopimuksessa ja hallintosäännössä määrätään työnjaosta jne.

Kuntalaki antaa hyvän pohjan HUS-maakuntayhtymän yhtymäkokouksen sääntelylle silloin kun kysymyksessä on suhteellisen rajattuun toimialaan keskittyvä kuntayhtymä. HUSin hallinnossa yhtymäkokous vaatii tarkempaa sääntelyä.

Kun mallina on osakeyhtiön yhtiökokous, on tarkistettava, että esimerkiksi vähemmistön suoja on riittävällä tasolla.

Lähtökohtana voi olla esimerkiksi se, mitä kuntalain 56 §:ssä on säädetty perussopimuksesta. Perussopimus on Helsingin ja maakuntien yksimielisesti hyväksyttävä. Kuntayhtymän perussopimusta voidaan muuttaa, jos vähintään kaksi kolmannesta jäsenkunnista sitä kannattaa ja niiden asukasluku on vähintään puolet kaikkien jäsenkuntien yhteenlasketusta asukasluvusta. Saman tyyppinen säännös sopinee myös HUS-maakuntayhtymälle.

Kun kysymyksessä on täysin uudenlainen organisaatio, maakuntayhtymien perussopimusta on todennäköisesti tarpeen raamittaa lainsäädännöllä pidemmälle kuin kuntayhtymän perussopimusta. Samoin on varmistettava, että maakuntalaki antaa riittävän pohjan maakunnille ottaa tarvittavat seikat huomioon HUS-maakuntayhtymän perussopimuksessa, hallintosäännössä, jne

Kuntalaissa ei ole valtion puuttumismahdollisuutta, vaan esimerkiksi perussopimuksen sisältöä koskevat asiat ratkaistaan valituksena

Pohdittavia asioita esimerkiksi:

- yhtymäkokouksen ideana on se, että jäsenmaakunta äänestää koko äänimäärällään; säädetäänkö laissa, että vain yksi yhtymäkokousedustaja (kuten on suositus yhtiökokouksissa)? Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä esim. Lahdella on seitsemän edustajaa; miten kaupungin kanta muodostetaan?
- yhtymäkokousedustaja voi olla periaatteessa kuka tahansa kunnan tähän tehtävään valtuuttama, paitsi luottamushenkilö, myös kunnan viranhaltija. Pitääkö laissa sanoa asiasta jotain?
- yhtymäkokouksen päätösvalta. Kuntalain säännökset ovat suhteellisen suppeat – HUS-lailla tai perussopimuksella päätettävien asioiden määrää voidaan laajentaa.
- äänivallan määrittely ja äänivallan rajoitukset: peruspääomien/asukaslukujen suhteessa, yksi maakunta enintään 50 %.

Yhtymäkokous ylimpänä päätösvalan käyttäjänä merkitsee sitä, että päätösvaltaa siirtyy huomattavassa määrin HUS-yhtymän hallitukselle. Perustuslakitarkastelun näkökulmasta tämä taas merkitsee sitä, että HUS-hallituksen kokoonpanolle ym. tulee asettaa myös lainsäädännön tasolla suuremmat täsmällisyysvaatimukset kuin kunta-laissa on asetettu kunnanhallitukselle.

Pohdittavia asioita:

- hallituksen kokoonpano on nyt määritelty HUSin perussopimuksessa; HUS-lainsäädäntö vaatii tarkempia säännöksiä;
- hallituksen on vastattava poliittiselta kokoonpanoltaan maakunnan poliittisia voimasuhteita, entä muut säännökset: jäsenmäärä, alueellinen edustavuus, eri kieliryhmien edustus jne.? Hallituksen tehtävien merkittävyys voi perustella lailla säätämistä sellaisissakin tapauksissa, jossa asia on tarkoitus jättää maakunnan hallituksen kohdalla maakunnan itse hyväksymien sääntöjen varaan.

