



SOSIAALI- JA TERVEYSVALIOKUNNAN ASiantuntijakutsu

Asia: HE 16/2018 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi

Tarkastelen lausunnossani valinnanvapauslakiesitystä osana ehdotettua sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistusta. Erityisesti käsittelen pyydettyjä näkökohtia: palvelujen saatavuutta, yhdenvertaisuutta, asiakassuunnitelmaa ja integraatiota. Esitän myös huomioni oman maakuntani Lapin erityishuolista. En yritä perustella näkemyksiäni tutkimusnäytöillä. Suunniteltu järjestelmän muutos on niin laaja ja lähtökohdiltaan omintakeinen, ettei vastaavaa muutosta muissa maissa ole toimeenpantu, eikä suoraan sovellettavia tutkimustuloksia ole kattavasti käytettävissä. Perustan näkemykseni 30 vuoden työuran aikana hankittuihin kokemuksiin, joita olen kerännyt pääasiassa julkisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä yksityisen terveyspalveluyrityksen johtotehtävissä. Olen myös työskennellyt lainvalmistelutehtävissä sosiaali- ja terveystoiminnassa.

Uudistuksen tavoitteet

Sote-uudistuksen hyvät tavoitteet olivat alun perin terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen, palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden parantaminen sekä julkisen talouden kestävyysvajeen pienentäminen hidastamalla sosiaali- ja terveyspalvelumenojen kasvua. Keinoksi uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseen valittiin aluksi järjestämisen integraatio kuntalaissa määriteltyn tapa: vastuu palvelujen yhdenvertaisesta saatavuudesta, tarpeen, määrän ja laadun määrittämisestä, *tuottamistavasta*, tuottamisen valvonnasta ja viranomaiselle kuuluvan toimivallan käyttämisestä sekä tehtäviensä *rahoituksesta* samalle taholle.

Valmistelun aikana taloudellisten säästöjen merkitys alkoi korostua ja näiden varmistamiseksi rahoituksen kontrolli haluttiin pitää valtiolla. Valinnanvapauslailla, jolla tavoitellaan mm. asiakkaiden mahdollisuuksia valita palvelun tuottaja, rajoitetaan voimakkaasti myös maakuntien mahdollisuuksia päättää tuotantotavoista. Näkemykseni mukaan maakunnilta on kokonaisratkaisussa näin riisuttu oleelliset työkalut järjestämisvastuunsa toteuttamiseen, minkä vuoksi järjestäjistä ei tosiasiaa muodostu vahvoja vaan erityisesti suhteessa nyt ehdotettavaan valinnanvapauslain vastuisiin, heikkoja.

Käsitykseni mukaan uudistuksen tavoitteet yhdenvertaisuuden parantumisesta ja talouden kestävyysvajeen vähentämisestä eivät tule toteutumaan.



Markkinan kehittyminen

Yksityinen sektori on viime vuosien aikana investoinut yritysten ketjuttamiseen voimakkaasti. Epävarmuus tulevaisuudesta on aiheuttanut alueellisten keskikokoistenkin terveystaluyritysten myyntejä osaksi muutamaa suurinta yritystä. Investointien kuvitellaan merkitsevän valmistautumista innolla maakuntien määrittämien julkisten palvelujen tuottamiseen maakuntien määrittämällä hinnoilla. Tosiasiassa yritykset tietenkin varautuvat epävarmuuteen vahvistamalla neuvotteluasemaansa suhteessa tuleviin maakuntiin. Vaihtoehtona on, ettei julkisten palvelujen tuotannosta olekaan saatavissa riittävän kannattavaa ja yritysten intressi on toimia nykytavoilla. Näkemykseni voi olla oikein tai väärin. Oleellista olisi kuitenkin tämän kaltaisen spekulaatiotarpeen poistaminen arvioimalla aidosti markkinoiden muodostumisen erilaiset skenaarit. Tällaista analyysiä valmistelussa ei ole tuotu esille. Yritysten pyrkimyksiä voimassa olevan ja tulevan lainsäädännön kiertämiseen on nähty useita. Tuotantotilojen ostaminen kunnilta ennen vastuun siirtämistä on yksi esimerkki siitä, miten yritykset pyrkivät ennalta rakentamaan alueellisia monopoleja maakuntien kanssa käytäviä hintaneuvotteluja varten eikä maakunnissa tai yksittäisissä kunnissa osata varautua tulevaan tilanteeseen.

Keskustelussa on esitetty, että rakennettu malli suosii pientenkin yritysten tuloa julkisten palvelujen tuottajiksi. Tosiasiassa valinnanvapauslain 39 § edellyttää suoran valinnan palveluntuottajalta mm. riittävää taloudellista kantokykyä ja vakaata toimintaa tuotannon jatkuvuuden turvaamiseksi. Ainakaan uudella yrityksellä ei ole vakaata toimintaa vielä aloitettukaan, joten markkinoiden kehittymistä rajoittavia tekijöitä on suurten yritysten suojaksi kirjoitettu valinnanvapauslakiin. Lisäksi jo tietojärjestelmien hankinta on investointina sen suuruinen, ettei pienillä yrityksillä tule olemaan mahdollisuuksia siihen.

Rahoitusratkaisun vaikutuksia

Esitellyt rahoitusratkaisu on kireä, joillekin maakunnille erityisen vaikea. Tarkoitus on lisätä julkisia palveluja käyttävien ihmisten määrää niin sote-keskuspalveluissa kuin hammashoidossa. Palvelujen piiriin halutaan tuoda potilaat, jotka nykyisin maksavat itse valitsemansa sairausvakuutuksella kevyesti tuetut yksityis palvelut tai käyttävät työnantajansa maksamia työterveyshuollon tai vakuutuksiinsa perustuvia vakuutusyhtiöiden palveluja. Kun kiristävillä resursseilla toteutettavia julkisia palveluja ohjataan entistä enemmän keskimäärin taloudellisesti vahvemmassa asemassa oleville työssäkäyville ja vakuutetuille potilaille, kohdistunevat säästöt niihin potilaisiin, jotka nykyisin käyttävät julkisia palveluja niiden mahdollisesti hitaammasta hoi-toon pääsystä tai epämiellyttävästä toimitilaympäristöstä huolimatta. Erityisesti sosiaali-huollon asiakkaiden ja paljon palveluja tarvitsevien palvelut lienevät ensimmäiseksi säästötoimien kohteena.

Koska todennäköistä on, ettei kenellekään tuottajalle helppoa rahaa ole maakunnilta jaossa, tulevat yritykset omistajiensa vaatimuksesta optimoimaan tulonsa kohdentamalla palvelunsa todennäköisesti parhaan katteen tuottaviin ryhmiin. Ruotsin kokemusten mukaan yritykset ovat olleet kiinnostuneimpia asettumaan taloudellisesti vauraimmille alueille, joissa kansanterveyden riskit vähiten kuormittavat palvelujärjestelmää.



Valmistelussa on esitetty, etteivät tuottajat kykene valikoimaan potilaitaan. Todellisuudessa jokainen ymmärtää, että tuottaja kykenee helposti suunnittelemaan toimintansa niin, että kannattamattomimmat asiakasryhmät valitsevat toisen tuottajan. Jo toimipisteen sijoittuminen antaa viestin siitä, keitä asiakkaiksi halutaan. Lisäksi valinnanvapauslain 33 § mukaan suoran valinnan palveluntuottaja arvioi asiakkaan palvelutarpeen 18 §:ssä tarkoitettuihin palveluihin. Hyvinkin pienillä palvelutarpeen arviointiin liittyvillä erilaisilla näkemyksillä voi ohjata potilaan valitsemaan toisen tuottajan jos valinnanvaraa todellisuudessa on. Tällöin myös tyytymättömien tuottamattomampien potilaiden siirtyminen uuden tuottajan asiakkaiksi on erityisesti käynnistävälle yritykselle raskasta.

Palvelujen saatavuudesta

Kun palveluja kohdennetaan valinnanvapauslain mukaisesti uusille kevyemmille potilasryhmille, on selvää, että muiden palvelujen saatavuus voi kaventuvien resurssien vuoksi heiketä. Yritysten kiinnostus lisätä palvelutarjontaa kohdentuu todennäköisimmin suurempien ja tiiviimpien väestöpohjien alueille. Palvelutarjonta tulee alueellisesti lisääntymään ja saavutettavuus myös mahdollisesti joillain alueilla paranemaan. Koska maassa ei ole ylimääräistä ammattilaisresurssia, tulevat maakuntien keskuskaupunkeihin siirtyvien ammattilaisten poistuessa pienemmillä paikkakunnilla syrjäseutujen palvelut väijäämättä heikkenemään.

Valinnanvapauslain edellisessä luonnosversiossa oli mukana erikoissairaanhoidon asiakassetelivelvoite, joka olisi vaarantanut vakavalla tavalla koko erikoissairaanhoidon toiminnan. Se poistettiin nykyisestä ehdotuksesta. Ilmeisenä myönnytyksenä erälle intressitahoille kirjattiin asiakassetelin käytöstä 24 §:ään näennäisen turvallisesti velvoite käyttää asiakasseteliä tilanteessa, jossa asiakas ei pääse liikelaitoksen palveluihin hoitotakuun määräajassa. Kirjaus kuitenkin asettaa erityisesti tavalliset keskussairaalat ja yksityiset erikoissairaanhoidon tuottajat vastakkain ja kilpailemaan avainosaajista. Saadakseen erikoissairaanhoidon asiakasseteliasiakkaita, yrityksen kannattaa heikentää julkisia palveluja hankkimalla keskussairaalaista avainosaajia riveihinsä, jotta hoitotakuu ylittyy. Keskussairaaloissa ei ole ylimääräistä erikoislääkäriresurssia tällaista varautumista varten, koska resurssi on mitoitettu päivätyön tarpeiden mukaan. Joillain päivystävillä erikoisaloilla, erityisesti kirurgialla, yksittäisten erikoislääkäreiden äkillinen lähtö voi uhata sairaalan päivystysvalmiutta ja palvelujen todellista saatavuutta.

Mikäli valinnanvapauslaki päätettäisiin hyväksyä, tulisi 24 § 3 momentti kustannusten nousun hillitsemiseksi ja potilasturvallisuussyistä poistaa.

Integraatio

Integraatiolla tarkoitettiin sote-uudistuksen alkuvaiheissa vastuiden yhdistämistä niin, että järjestäjän päätoimenteko, rahoitus ja toteutuksen johtaminen olisivat olleet samalla organisaatiolla. Tällöin yksi taho olisi ollut suoraan väestölleen vastuussa palvelujen toimimattomuudesta ja toimintojen päällekkäisyydet tai aukkopaidat olisi saatu omilla päätöksillä korjattua. Eitetty ratkaisu, jossa järjestäminen ja tuottaminen



erotetaan, rahoitus siirtyy valtiolle ja tuotantoa toteuttavat monenlaiset yhteisöt, tekee kokonaisuuden ohjaamisen yhdenvertaisesti ja samalla taloudellisesti tehokkaasti käytännössä mahdolltomaksi. Maasta ei löydy riittävästi sellaista osaamista, joka pystyisi maakuntien vaikeasta ohjaustehtävästä suoriutumaan. Etenkin kun järjestämisen ja tuottamisen erottamisesta johtuen maakunta ja sen liikelaitos tarvitsevat molemmat näitä osajia.

Nykyinen perusterveydenhuolto pirstotaan ratkaisulla paikallisesti eri sote-keskustuottajille sekä liikelaitokseen niin, että kansanterveystyön tavoitteet väestöryhmien terveyserojen kaventamisesta on jouduttu muuttamaan lääkärin vastaanotoille pääsyn nopeuttamisen tavoitteeksi. *Kansanterveystyö ja terveyshyöty on ratkaisussa unohdettu.*

Myös sosiaalihuollon palvelut pilkotaan sote-keskusten ja maakunnan liikelaitoksen sekä asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin tuottajien tehtäväksi niin, että sosiaalihuollon palvelujen vahvistuminen jää epävarmaksi. *Valinnanvapauslain perusteella eri tuottajien vastuut ovat epäselvät.*

Kun alkuperäinen ajatus integraation kokonaisvastuusta hylättiin, ryhdyttiin *integraation käsitettä maallilemaan* erilaisilla lisämääritteillä kuten järjestämisen integraatio, rahoituksen integraatio, tiedon integraatio, palveluketjujen integraatio ja toiminnallinen integraatio. Nämä käsitteet vievät huomiota pois siitä, että maakuntien järjestämisvastuun toteuttamisen merkittäviä mahdollisuuksia on karsittu. *Maakuntien vastuu muistuttaa järjestämisvastuuta enemmän järjestelyvastuuta.*

Palvelukokonaisuuden eheyden ja kustannustehokkaan toteutuksen kannalta on täysin eri asia, onko järjestäjällä koko kokonaisuus sekä toiminnan että talouden osalta suorassa työnjohdollisessa ohjauksessa vai pyritäänkö sitä hallitsemaan monimutkaisen sopimusohjauksen keinoin. Ehdotetusta mallista muodostuu lisäksi erittäin monimutkainen ja järjestelmään on sisäänrakennettuna eri toimijoille *merkittäviä osaoptimointikannusteita*. Tämä lisää edelleen maakunnan vaikeuksia hallita kokonaisuutta sopimusohjauksella.

Yhdenvertaisuus

Yhdenvertaisuuden toteutumista pohdin suhteessa ratkaisun lisäämään valinnanvapauteen. Lisääkö valinnanvapauslaki tosiasiallista valinnanvapautta vai ei? Suuremmissa kaupungeissa, ehkä ainakin maakuntien keskuksissa, valinnanvapaus niin sote-keskusten vaihtoehtoisissa kuin kotihoidon ja palveluasumisen palveluissa tullee lisääntymään. Suomen kuntien mediaanikoko on kuitenkin noin 6000 asukasta, eikä tuollekaan väestöpohjalla voida käynnistää useita kannattavia sote-keskuksia. Valinnanvapauslaki ja järjestämislaki sisältävät säännöksiä, joiden mukaan maakunnan tulee tukea eri keinoilla markkinoiden muodostumista ja yritysten tuloa tuottajiksi (mm. valinnanvapausL 24 §:n 6 mom). Näin siis niissäkin tilanteissa, joissa taloudellisia edellytyksiä kannattavalle kilpailulle ei ole. Kilpailun edellytys on, että tuottajia on samalla alueella vähintään kaksi. Jos kuitenkin käy niin, että alueella toimiva ainoa julkinen sote-keskus vaihtuu yksityiseksi, ei tuon seudun asukkaiden valinnanvapaus lisäännä lainkaan.

Yhdenvertaisuus ei siten tule toteutumaan valinnanvapauden lisääntymisen näkökulmasta.



Yritykset ovat hankkineet pienemmistä kunnista aktiivisesti toimitiloja, esimerkiksi palveluasumisen tiloja sekä terveyskeskuksia. Tavoitteena on vahvistaa yrityksen asemaa tulevassa sotessa, jolloin maakunta vastaa väestönsä palvelujen saatavuudesta, mutta joutuu osaan palveluja ensisijaisesti käyttämään asiakasaseteliä oman tuotannon sijaan. Tällöin vanhastaan alueellisesti monopoliasemassa olevat yritykset, jotka ovat palvelutuotannon lisäksi hankkineet kunnilta toimitilat, ovat vahvassa asemassa kun maakunta ryhtyy hinnoittelemaan palveluja. Valinnanvapauslain 24 § mukaan maakunnan on määriteltävä asiakasasetelin arvo siten, että asiakkaalla on tosiasiallinen mahdollisuus valita sillä maakunnan hyväksymä palveluntuottaja. Lain 70 § mukaan asiakasasetelillä valittavissa palveluissa voidaan palveluntuottajalle suorittaa korvausta lisäkustannuksista, jotka aiheutuvat alueellisista olosuhteista. Alueellisen tai paikallisen monopolin hankkinut asumispalveluntuottaja ymmärtää varmasti asemansa kun maakunnan kanssa käydään keskustelua 70 § kriteereistä. Yhdenvertaisuuden kannalta tilanne, jossa maakunta ei suostu hintaneuvottelussa tuottajan vaatimuksiin, voi tarkoittaa asumispalveluyksikön sulkemista ja asukkaiden muuttoa pois kotikunnastaan.

Asiakasaseteliä koskevaa sääntelyä tulisi muuttaa siten, että maakunnalla tulee olla päätösvalta siitä, milloin se käyttää asiakasaseteliä.

Asiakassuunnitelma ja palvelujen integraatio

Valinnanvapausesityksessä alkuperäinen integraatio on korvattu ns. toiminnallisella integraatiolla, jonka keskinä toteuttamisväline on asiakassuunnitelma. Näin ollen integraation saavuttamiseksi on olennaista, että säädökset asiakkaan palvelujen yhdistämisen varmistavasta asiakassuunnitelmasta ovat myös käytännössä toimivia.

Sote-keskus laatii asiakassuunnitelman asiakkaalle, joka käyttää vain sote-keskuksen palveluja. Sote-keskuksen vastuulla olevat tehtävät ovat kuitenkin niin paljon rajatummalla kuin nykyisen terveyskeskuksen tehtävät, että vain sote-keskuksen palveluja sisältävän asiakassuunnitelman tarve on hyvin vähäinen. Liikelaitos on vastuussa asiakassuunnitelmasta, jos asiakas tarvitsee useampien tuottajien palveluja. Liikelaitoksen tekemä asiakassuunnitelma velvoittaa muita tuottajia.

Nykyisessä toimintamallissa terveyskeskus on vastuussa potilaan hoidosta ja konsultoi sairaanhoitopiiriin erikoisalojen lääkäreitä erilaisissa kysymyksissä. Terveyskeskus yhdistelee sitten erikoisalojen ohjeiden perusteella hoitokokonaisuuden, johon tarvittaessa yhdistetään kunnan sosiaalihuollon palvelujen, esimerkiksi kotihoidon ja palveluasumisen toimet.

Uudessa mallissa lähipalvelut sote-keskuksissa ja asiakasaseteliyrityksissä vain toteuttavat liikelaitoksen laatimaa asiakassuunnitelmaa. Ja kun palvelutarpeisiin tulee muutos, tulee liikelaitoksen päivittää suunnitelma. Ratkaisu vaatii asiakassuunnitelman laatimista varten kokonaan uuden erillisen toiminnon rakentamisen liikelaitoksen yhteyteen. Jos tämä toiminto sijoitetaan nykyisten sairaanhoitopiirien toimintojen yhteyteen, ei kaikkien kannalta ole kyse lähipalveluista ja helposta saavutettavuudesta. Esimerkiksi Lapissa tämä tarkoittaisi, että asiakassuunnitelman päivittämistä koskevien käyntien vuoksi asiakkaiden olisi tultava vaikkapa Utsjoelta, Inarista tai Enontekiöltä Rovaniemelle.



Jos asiakassuunnitelman laatimis- ja ylläpitotoiminto toteutetaan lähipalveluna, vaatii sen toteuttaminen sote-keskusten kanssa päällekkäistä infraa ja henkilöstöä. Koska asiakassuunnitelma sitoo oikeudellisesti sote-keskuksia, sen laatimiseen tarvitaan myös lääketieteellistä asiantuntemusta. Tällaiseen tehtävänkuvan saattaa kuitenkin olla esimerkiksi lääkärien keskuudessa vähäistä kiinnostusta.

Asiakassuunnitelman päivityksiin liittyy myös merkittäviä taloudellisia vaikutuksia. Jos asiakassuunnitelmat tehdään aidosti ja yksilöllisesti, on liikelaitoksessa oltava tätä varten edellä kuvatulla tavoin sote-keskusten ja muiden tuottajien kanssa päällekkäistä ammattihenkilöstöä, joka perehtyy yksilöllisesti asiakkaan tilanteeseen ja tekee palvelutarpeen arviointia. Jos taas näin ei tehdä, joudutaan arviot pitkälti perustamaan sote-keskustuottajien kertomuksiin. Tuottajilla puolestaan on taloudellinen intressi joko ylihoitoon tai alihoitoon korvauskäytännöstä riippuen. Maakunta joutuu maksamaan esimerkiksi kotihoidon tuottajalle enemmän, jos kotikäyntejä on kolme vuorokaudessa kuin jos niitä on vain yksi. Tuottajalla on siten intressi osoittaa asiakassuunnitelmaan tarvittavan suuri määrä kotikäyntejä.

Ratkaisu on kokonaisuudessaan kallis toteuttaa ja siihen sisältyy kustannuksia kasvattavia elementtejä, jotka eivät tuo hyvinvointihyötyä.

Koska asiakassuunnitelma on integraation toteutumisen kannalta lakiesityksen keskeisin työväline, on asiakkaan kannalta olennaista se, että hän saa tuottajia velvoittavan asiakassuunnitelman silloin, kun hän sen palvelujen toteuttamiseksi tarvitsee. Lain 5 §:n 1 momentin mukaan asiakassuunnitelma laaditaan palvelutarpeen perusteella siten kuin siitä erikseen säädetään. Tällainen säännös on esimerkiksi potilaslain 4 a §:ssä. Tästä pykälästä johtunee ensinnäkin se, että kaikille asiakkaille ei laadita asiakassuunnitelmaa sekä toisekseen suunnitelman saaminen on riippuvainen ammattihenkilön arviosta. Epäselväksi jää myös onko asiakkaalla muutoksenhakuoikeutta saamansa asiakassuunnitelman sisältöön tai siihen, että hänelle ei anneta asiakassuunnitelmaa. Ainakaan asiakassuunnitelmaa ei mainita muutoksenhakua koskevassa valinnanvapauslain 83 §:ssä. Asiakas on siten oikeudellisesti varsin heikoilla suhteissa integraation toteutumisen kannalta keskeisimpään turvaamiskeinoon.

Asiakasseteli

Asiakassetelipalveluihin liittyy merkittäviä kustannusten nousua edistäviä tekijöitä kun asiakassetelin tarjoaminen on velvoite eikä mahdollisuus 24 § palveluissa. Maakunnan asiakassetelin käyttöönoton laajuutta rajattaessa edellytetään välttämättömyyttä palvelukokonaisuuksien toimivuuden tai palvelujen kustannustehokkuuden perusteella. Välttämättömyys on vaikeasti perusteltava ja jäänee käyttökeltomaksi maininnaksi. Tällä yhdessä erikoissairaanhoidon asiakassetelivelvoitteen kanssa on vääjäämättä vaikutus myös kustannustasoon.

Valinnanvapauslailla kumotaan palvelusetelilaki, jossa tuottajalta edellytettiin vähintään kunnallisten palvelujen tasoisia palveluja ja vastuuvakuutusta voidakseen tulla hyväksytyksi tuottajaksi. Nämä voidaan ajatella sisältyvän asiakassetelituottajaksi hyväksymismenettelyyn myös, vaikkei niitä suoraan mainitakaan. Kokoan avoimeksi jää asiakasseteliasiakkaan asema suhteessa tuottajaan. Palveluseteliasiakas tekee oman sopimuksen tuottajan kanssa ja on potilaan oikeuksien lisäksi kuluttajansuojan piirissä. Asiakasseteliasiakas



ei ilmeisesti tuollaisia sopimuksia tulisi tekemään ja olisi siis asemaltaan erilainen. Mutta millainen asiakkaan asema olisi ja millaisessa fyysisessä ja henkisessä kunnossa asiakkaan tulisi olla ymmärtääkseen asemansa käyttäessään asiakasseteliä tai henkilökohtaista budjettia. *Asiakassetelin oikeudelliset vaikutukset ovat lakiehdotuksessa epäselvät ja niitä tulee selventää.*

Asiakasseteliä koskevat kustannusvaikutusten on esityksessä arvioitu hyvin puutteellisesti.

Sote-keskusten vastuun sisältö

Kenties isoin epäselvyys valinnanvapauslaissa sisältyy 18 §:ään, jonka määrittelee suoran valinnan palvelut.

Terveys- ja sosiaalihuollon neuvonta ja ohjaus ovat vastuultaan kapeita tehtäviä. Laboratorio ja kuvantamispalvelut 18 § vastuisiin kuuluvilta osin on aika luonteva ratkaisu, mutta vaatii sote-keskusten osalta näiden ostopalvelujen vastuista maakunnalta yksityiskohtaistakin määrittelyä. *Huolestuttavin ja epäselvin on 1 momentin 3 kohdan vastuu: yleislääketieteen alaan kuuluva, terveydenhuollon ammattihenkilön suorittama, vastaanotolla, kotikäynneillä tai etäyhteyksien avulla toteutettava asiakkaiden oireiden, toimintakyvyn ja sairauksien tutkimus, toteaminen ja hoito.*

Yleislääketieteen alaa ei kuitenkaan ole missään määritelty niin, että sen perusteella voitaisiin ratkaista mikä potilaan hoidossa on sote-keskuksen ja mikä liikelaitoksen vastuulla. Vastuuta ei voida määritellä väestön ikäryhmän, sukupuolen, sosioekonomisen tai muun tekijän perusteella. Sitä ei voi myöskään määrittellä sairauksien diagnoosin tai oireen perusteella. Kaikilla on joku käsitys siitä, mitä yleislääkäri tekee, mutta tosiasiaa kaikissa sairaanhoitopiireissä on vaihtelevat roolitukset vastuiden kannalta sairaalan ja terveyskeskusten välillä.

Ei ole olemassa juridisesti pitävää rajaa siitä minkä asian hoitaa yleislääkäri ja minkä erikoisalan erikoislääkäri. Koska tällä rajanvedolla on tuottajien ja liikelaitosten toiminnan kannalta mittavia taloudellisia seurauksia, seuraa tämän lainkohdan epäselvyydestä vääjäämättä tuottajien tuotantokustannuksiin vaikuttavia kiistoja, joita varmasti tullaan ratkomaan oikeusasteissa.

Samaan pykälään liittyy merkittävä epäselvyys kahden muun kuin yleislääketieteen erikoisalan ammattihenkilöiden konsultaatio ja vastaanottopalvelujen määrittämisestä sote-keskuksiin. Pykälän mukaan palveluiden on vastattava väestön palvelutarvetta, mutta maakunnan tulisi kuitenkin päättää näiden erikoisalojen laajuus. Periaatteessa voisi ajatella, että väestön tarpeita laajemmat palvelut perusteltaisiin matkailijoiden erillistarpeilla, mutta käytännössä, mikäli erikoisalan vastaanottotoiminta määrätään sote-keskukseen, poistuu liikelaitokselta kyseisten erikoisalojen toiminta sairaalan osastohoitoa ja mahdollisia leikkauksia tms toimenpiteitä lukuun ottamatta. Päivystävien erikoisalojen toimintaa ei näin voida ajatella määrättäväksi sote-keskuksille. Ajatusta siitä, että maakunta määräisi, jonkun osan väestöstään hoidettavaksi erikoissairaanhoidon osalta sote-keskuksessa ja muut saisivat palvelut liikelaitoksesta, on myös vaikea perustella.



Saman pykälän mukaan maakunnan päättäessä noista sote-keskusten erikoisaloittaisista palveluista, on edellytyksenä, ettei asiakas- ja potilasturvallisuus vaarannu. Säädöksen ja perustelujen perusteella on vaikea päätellä miten kyseinen velvoite toteutuu. Onko maakunta esimerkiksi tehnyt virheen ja suoraan vastuussa, mikäli siirrettyissä erikoisalapalveluissa tapahtuisi sote-keskuksessa potilasvahinko.

Sote-keskuspalvelut sisältävät joka tapauksessa merkittävästi vähemmän vastuita kuin nykyisillä terveyskeskuksilla on. Neuvolat, kouluterveydenhuolto, opiskelijaterveydenhuolto, kotisairaanhoito, sairaalahoito ovat liikelaitoksen vastuulla. Tämä tarkoittaa sitä, että vaikka kuntakeskukseen tulisi vain yksi sote-keskus, joutuu liikelaitos tavalla tai toisella järjestämään sote-keskukselle kuulumattomat palvelut. Jos kuntakeskuksessa sattuisi olemaan vain yksi yksityinen tuottaja, olisi se melko vahvoilla neuvottelemaan näiden palveluiden tuottamisen hinnoista ostopalveluina. Liikelaitoksen vaihtoehtona olisi toki itse toteuttaa nuo palvelut, mutta pienissä kunnissa etäällä liikelaitoksen muista palveluista se tulisi erittäin kalliiksi.

Tietosuojaan yksityiskohta 80§: Kansaneläkelaitoksella on oikeus luovuttaa salassapitosäännösten estämättä tässä laissa tarkoitettujen tehtävien hoitamiseksi välttämättömiä asiakas- ja potilastietoja maakunnille ja palveluntuottajille sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle ja Väestörekisterikeskukselle. Muotoilu kuuloistaa siltä, että kenen tahansa tuottamia tämän lain tehtävien hoitamiseksi välttämättömiä tietoja voi luovuttaa myös palvelujen tuottajille riippumatta siitä onko tuottajalla mitään oikeutta noihin tietoihin omien tehtäviensä hoitamiseksi. Pykälän täsmentämistarve tulee selvittää.

Lapin maakunnan erityispiirteitä

Oleellista on tunnistaa maakuntien erilaiset mahdollisuudet ja velvoitteet. Lapille ominaista ovat pienet kuntayhteisöt kaukana toisistaan. Etäisyydet aiheuttavat merkittäviä lisäkustannuksia väestön palvelujen toteuttamiseen verrattuna tiiviimpiin maakuntiin.

Lapin sairaanhoitopiirin alueella Rovaniemen ulkopuolella terveyskeskustasoiset paikallispalvelut sairaalahoitoineen on järjestetty keskimäärin 4 000 asukkaan väestöpohjilla. Pääkaupunkiseudulla terveysasematasoiset palvelut on kohdennettu noin 30 000 asukkaan väestölle. Lapissa on 6 kertainen määrä ensihoidon yksiköitä asukasta kohden verrattuna pääkaupunkiseutuun, mutta pääkaupunkiseudulla 108 kertainen määrä neliökilometreihin suhteutettuna.

Kun palvelujen keskittämismahdollisuuksia mietitään Lapin olosuhteissa, on hyvä muistaa, että paikallispalvelut on jo keskitetty kuin erityispalvelut tavallisissa maakunnissa. Alle puolet maakunnista on pinta-alaltaan suurempia kuin Sodankylän kunta yksin. Vain kolme maakunnista on suurempia kuin Inari.

Pienistä väkimääristä huolimatta palvelut tulee edes jollain tavalla olla saatavissa koko alueella. Kuntayhteisöt ovat niin pieniä väestömäärältään, ettei niistä moneenkaan ole realistista saada yritystuottajia kilpailemaan palvelujaan valitsevista asiakkaista.

Lapin toinen erityishaaste on maakunnan kaksi sairaanhoitopiiriä ja keskussairaalaa. Maakunnan väestöpohja riittää väestön yhteen kattavasti erikoissairaanhoitoa tarjoavaan sairaalaan. Kahden päivystävän sairaalan ylläpidosta seuraa merkittävästi ylimääräisiä kustannuksia, jotka on säästettävä muista palveluista.



Kolmas erityispiirre on monikielisyys ja -kulttuurisuus. *Saamen kielet ja kulttuuri elävät* ja ne tulee huomioida palveluja toteutettaessa. Saamenkielisten palvelujen toteuttaminen valtakunnan rajat ylittäen on ratkaisu, jota tultaneen edistämään maakunnan toimesta. Monikielisyys on myös kustannuksia lisäävä tekijä. Tästä aiheutuvia kustannuksia ei kuitenkaan ole otettu huomioon maakuntien rahoituslaissa. Kustannusten tarveperusteinen jako ei siten ole tältä osin oikeudenmukainen.

Valmistelusta yksittäinen Lapin kannalta merkittävä huomio on HE 15/2017 vp:n täydentävään esitykseen tarkoitettu kuuleminen lääkärihelikopteritoiminnan toiminnan ja rahoituksen muutoksesta. Lausunnon antamista varten oli asianomaisilla kaksi viikkoa aikaa. Aikaan sisältyi pääsiäinen. Kuulemistilaisuudessa kävi yllättäen ilmi, että laskelmat, joita esityksessä näytettiin, eivät pitäneet helikopteritoimintaan ohjattavan rahoituksen osalta paikkaansa, kun valtion nykyisin lentotoimintaan ohjaama suora rahoitus 30 miljoonaa euroa onkin jo laskettu maakuntien saamaan yleiskatteelliseen rahoitukseen. Asia ei käynyt esityksestä eikä maakuntien kanssa käydyissä simulaationeuvotteluissa ilmi. Lapin kannalta tämä tarkoittaa esityksessä olevan noin 30 miljoonan euron säästövelvoitteen lisäksi vielä 3 miljoonan ylimääräistä säästövelvoitetta.

Esityksessä ehdotettiin lääkärihelikopteritoiminnan järjestämisvastuun siirto yliopistosairaanhoitopiireiltä Pirkanmaan maakunnalle, joka laskuttaisi maakuntia palvelujen piirissä olevan väestömäärän ja toimintamäärän perusteella. Lapin olosuhteiden vuoksi Rovaniemellä sijaitseva helikopteri ei tietenkään ulotu oman maakunnan rajojen ulkopuolelle, kun koko maakuntakaan ei tosiasiallisesti ole toiminta-aluetta. Sen vuoksi on epäoikeudenmukaista jakaa rahoitusvastuuta suoriteperusteisesti, kun kyse on lakisääteisistä velvoitteista, joiden päätösvalta ei ole Lapin sairaanhoitopiirillä tai maakunnalla. Oikeudenmukaisempi rahoitusratkaisu olisi suoraan palvelun piirissä olevan väestön määrän suhteessa. Kyseisen kuulemisen jälkeen on ilmennyt, ettei täydentävää esitystä olisikaan tarkoitus antaa tänä keväänä. *Mikäli HE 15/2017 vp hyväksytään keväällä 2018, on rahoitusta helikopteritoiminnan osalta välttämätöntä muuttaa helikopteritoiminnan luonne huomioiden oikeudenmukaiseksi.*

Yhteenveto

Yhteenvetona totean, että esitetty valinnanvapauslaki osana maakuntaratkaisua, on mahdollon toteuttaa yhdenvertaisesti ja taloudellisesti. Järjestelmästä muodostuu erittäin monimutkaisesti hallittava, eikä sen ohjaamiseen ole maassa riittävästi osaamista. Tästä johtuen kaikki kustannusnousuja mahdollistavat epäselvyydet ja puutteet säädöksissä sekä maakuntien sopimuksissa tulevat nostamaan voimakkaasti toiminnan kustannuksia, mikäli potilaat ja asiakkaat edelleen hoidetaan.

Jukka Mattila

johtajaylilääkäri

Lapin sairaanhoitopiiri