

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta

Lausunto HE 241/2020 vp hallituksen esityksestä eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskivaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi

Sosiaali- ja terveysministeriön pyytäessä lausuntoa valmistelemastaan ehdotuksesta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen lainsäädännöksi (myöh. sote-uudistus) Med Group Oy jätti allekirjoittaneen valmisteleman lausunnon. Siinä on tuotu esiin joitakin ehdotuksen ongelmakohtia, joita en tässä lausunnossa toista. Yhteenvedon totean ainoastaan, että teknisessä mielessä esityksen suurimmat ongelmat liittyvät hyvinvointialueiden rahoitukseen, Uudenmaan alueen erillisratkaisuun, yritysten kohteluun (sopimusten mitätöiminen ja yrityksille asetettavat rajoitteet sekä erityisvelvoitteet) sekä sairaalaan hoitoon ottamisen määrittelyyn julkiseksi hallintotehtäväksi.

Kokonaisuuden kannalta keskeisin kysymys, jota tässä lausunnossa käsittelen, on kuitenkin seuraava: ***missä laajuudessa esitetty uudistus todennäköisesti saavuttaa sille asetetut tavoitteet?***

Mitä tavoitellaan, ja mitä ei tavoitella?

soteuudistus.fi -sivustolla esitetään usein kysyttyjä kysymyksiä uudistuksesta. Siellä vastataan sellaisiin kysymyksiin, kuin mitä hallituksen sote-uudistuksessa tehdään, miksi sote-uudistus tarvitaan, mitä palveluja sote-uudistus koskee ja mitä lakeja sote-uudistuksessa säädetään. Siellä ei esitetä kysymystä, mitä sote-uudistuksella tavoitellaan.

Hallituksen mediatilaisuuden 8.12.2020 aineistossa tavoitteiksi määritetään:

- kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja
- turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut sekä pelastustoimen palvelut kaikille suomalaisille
- parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta erityisesti perustasolla
- turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti
- vastata yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin
- hillitä kustannusten kasvua
- parantaa turvallisuutta

Vaikka tällaista tavoitetta ei edellä mainitakaan, pyritään uudistuksen osana myös rajamaan yksityisten yritysten tuottamien palvelujen määrää.

Jos edellä kuvattuja tavoitteita verrataan niihin tavoitteisiin, joita sosiaali- ja terveyspolitiikalla on aiemmin ollut ja joita järjestämisvastuussa olevat kunnat ja kuntayhtymät ovat pyrkinneet toteuttamaan, löydetään tuskin kovin paljon sellaista, mitä ei ole tavoiteltu jo aiemmillä suunnitelmissa ja kaikella sillä työllä, joita em. toimijat ovat vuosikymmenten aikana tehneet. Koska kuitenkin yleisesti nähdään, että näiden saavuttamista tulee sote-uudistuksen kaltaisella merkittävällä järjestelmä uudistuksella tukea, voidaan tätä vasten kaikei todetta, että aiemmat suunnitelmat eivät ole toteutuneet kovin hyvin. Olennainen kysymys siten on, auttaako nyt esitetty suunnitelma täyttämään nämä tavoitteet paremmin kuin aiemmat suunnitelmat?

Sote-palvelujen järjestämisvastuu on kaikkien Suomessa asuvien ja kaikkien sosiaali- ja terveystalvvelujen osalta kunnilla ja kuntayhtymillä. Tästä huolimatta lähes puolet perusterveydenhuollon avovastaaottopalveluista (ja yli puolet lääkärivastaanoitoista) toteutetaan yksityisten toimijoiden järjestäminä (työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut yritysten järjestäminä, yksityiset terveystalvvelut yksityisen sairausvakuutuksen järjestämänä sekä kokonaan ulkoistetut terveystalvvelupalvelut).

Työnantajien vastuu työntekijöidensä terveystalvvelujen järjestämisestä on jo niin syvällä rakenteissa, että joidenkin sairaanhoitopiirien ja kuntien johtavat viranomaiset ovat olettaneet, että Covid-19 -pandemiaan liittyvien rokotusten kustannuksista vastaavat työnantajat, vaikka tämä vastuu, kuten siis kaikkien muidenkin sosiaali- ja terveystalvvelujen vastuu, kuuluu kunnille (ja kuntayhtymille).

Tästä merkittävästä ja yleisesti tiedossa olevasta ongelmasta huolimatta sote-uudistuksen tavoitteena **ei ole** palauttaa sosiaali- ja terveystalvvelujen järjestämisvastuu julkiselle vallalle. Koska näin on, on erittäin tärkeää pohtia, vahvistaako vai heikentääkö esitetty sote-uudistus julkisen sektorin järjestämisvastuuta. Tämä on merkittävästi tärkeämpi kysymys, kuin mikä taho talvvelut tuottaa.

Sote-järjestämisessä hyvin suunniteltu ei ole puoliksi tehty

Sote-järjestelmän ongelmat: perustalvvelujen heikko saatavuus, epätasa-arvo ja pirstaleisuus ovat yleisesti tiedossa ja laajasti hyväksyttyjä kehittämiskohteita. Talvvelujärjestelmän tehokkuutta voidaan parantaa, vaikka tässä suhteessa Suomi selviääkin kansainvälisessä vertailussa erinomaisesti jo nyt.

Lopputulos ei kuitenkaan riipu yksinomaan suunnitelmasta. 2000-luvulla yksityisten terveystalvveluiden tuotoksen määrä on lähes kaksinkertaistunut, kun julkinen toiminta on kasvanut vajaalla viidenneksellä. Vuonna 2019 yritysten (ml. säätiöt) osuus terveystalvveluiden euromääräisestä tuotoksesta oli 31 prosenttia. Kun huomioidaan, että julkinen sektori tuottaa käytännössä kaikki kalliit terveystalvvelut (suuret leikkaustoimenpiteet, teho- hoidon, ym.), on yksityisen tuotannon osuus huomattavan korkea. Perusterveydenhuollon tasoisista avopalveluista yksityinen toiminta kattaakin tällä hetkellä lähes puolet. *Tämä ei ole varsinaisesti ongelma, mutta se on suunnittelematon lopputulos. Näiden muutosten taustalla on ollut tarve ja mahdollisuus, ei suunnitelma.*

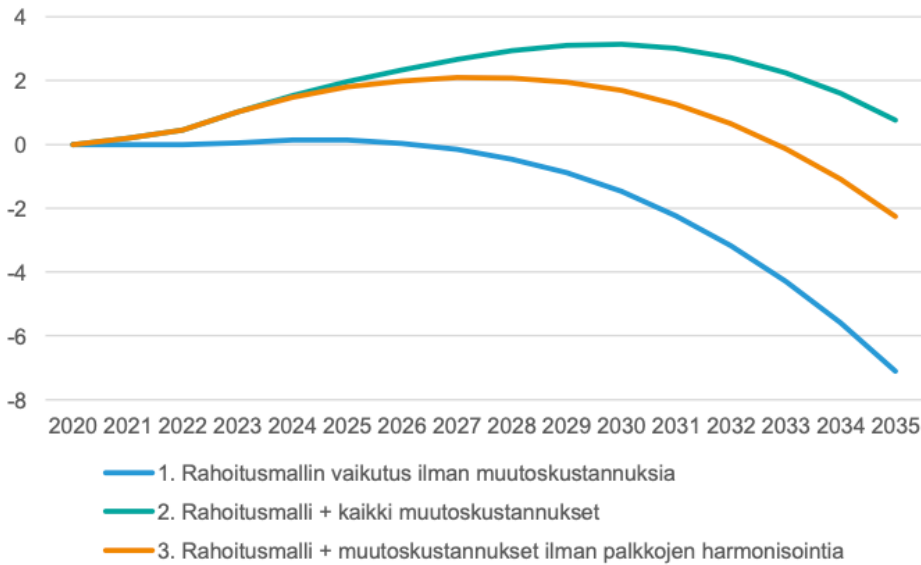
Tärkeimmät terveystalvvelujen käyttöä ohjaavat vetovoimatekijät ovat saatavuus, laatu ja kustannukset. Riippumatta siitä, millainen julkinen sote-malli on nyt tai myöhemmin, nämä tekijät vaikuttavat siihen, mitä talvveluja kansalaiset tosiasiallisesti käyttävät.

Rahoitus

Sote-talvvelujen rahoituksesta vastaavat tällä hetkellä kunnat, joita valtio avustuksin tukee. Jatkossa rahoituksesta vastaisi valtio suoraan. Kun kuntayhtymiä on laajalti kritisoitu siitä, että kunnille jää vain maksajan rooli, on sote-uudistuksessa luotu samanlainen järjestelmä siten, että maksajan viitta siirtyy valtiolle. Tämän maksuvastuun rajaamiseksi lainsäädäntöön on kirjoitettu joitakin pakottavia rahoitusta leikkaavia elementtejä, joiden toivotaan vaikuttavan kustannuskasvua hillitsevästi.

Ennen kuin tähän päästään, tulee uudistus toteuttaa. Muutos on aina ylimääräinen kustannus. Valtiovarainministeriö on tehnyt kolme laskelmaa sote-uudistuksen vaikutuksesta julkiseen talouteen:

- 1) Rahoitusmallin vaikutukset ilman muutostalvveluksia
- 2) Rahoitusmalli ja kaikki tunnistetut muutostalvvelukset (täysi lisärahoitus)
- 3) Oletus, että palkkaharmonisointi rahoitetaan rahoitusmallilla (muihin muutostalvveluksiin täysi lisärahoitus)



Näiden kumulatiivinen vaikutus näkyy edellä olevassa kuvassa. Muutosvaiheen vaikutuksia palvelujen saatavuuteen ei ole arvioitu. Muutos vaatii resursseja, joiden voi olettaa joiltain osin olevan pois sosiaalitoimen asiakkaille ja terveydenhuollon potilaille tuotettavista palveluista

Laskelma 1 on luonnollisesti täysin epärealistinen. Yleisessä tiedossa on, että uudistus aiheuttaa merkittäviä lisäkustannuksia. On todennäköistä – kuten julkisissa muutoshankkeissa usein – että kustannusten määrä on ennemminkin ali- kuin yliarvioitu. Siten laskelma 2 ei välttämättä sekään vastaa totuutta.

Laskelma 3 tarkoittaa, että palkkaharmonisointi rahoitetaan henkilöstövähennyksin. Koska 80% hyvinvointialueiden kustannuksista on henkilöstökustannuksia ja niiden kokonaismäärä on henkilöstömäärän ja keskipalkan tulo, voi kasvavaa keskipalkkaa kompensoida ainoastaan vähentämällä henkilöstön määrää.

Kuten kuvasta havaitaan, muutosten aikaansaama kustannuslisä on kompensoitu joskus vuoden 2035 jälkeen (palkkaharmonisaation kustannuksia ei ole ainakaan kokonaan mahdollista kompensoida henkilöstövähennyksin). Siis vähintään 15 vuoden ajan muutos aiheuttaa lisäkustannuksia nykyiseen toimintatapaan nähden.

Palvelutarpeen kasvaessa rahaa joudutaan tulevaisuudessa käyttämään merkittävästi nykyistä enemmän. Koronapandemia on osoittanut, että terveydenhuoltoon myös halutaan käyttää rahaa ("mennään terveys edellä"). Sote-uudistuksen edellyttämällä lisärahoituksella ei kuitenkaan tuoteta terveyttä, vaan se kohdistuu rakenteellisiin muutoksiin, kuten hallinnon uudelleenrakentamiseen, tietojärjestelmiin, palkkaharmonisaatioon, ym. Näillä muutoksilla ei välittömästi paranneta yhtäkään edellä lueteltua vetovoimatekijää.

Edellä kuvattujen laskelmien kustannuksia vähentävä vaikutus perustuu siihen, että valtio kaavamaisesti leikkaa hyvinvointialueille annettavaa rahoitusta. Mallien taustalla ei ole palvelutarpeen väheneminen tai toiminnan tehostuminen.

Vaikka uudistuksen toteutushetkellä rahoitus perustuu tarpeeseen, myöhemmin tarpeen lisääntymisestä huomioidaan 80%. Parhaimmillaan tämä kirittää hyvinvointialueita kehittämään uusia, tehokkaampia toimintatapoja (eli tehokkuus seuraa vähenevää rahoitusta, ei toisin päin) mutta pahimmillaan siitä seuraa, että hyvinvointialueet eivät kykene ottamaan käyttöön uutta hoitoteknologiaa, jolloin julkinen hoito Suomessa ei enää vastaa hyvää kansainvälistä tasoa. Vähenevän rahoituksen ohella tätä uhkaa kasvattaa hyvinvointi-

alueen velanottokielto. Se todennäköisesti nostaa hyvinvointialueiden investointikynnystä (mitä ehkä tavoitellaankin) mutta mahdollisesti vielä sen jälkeen hyvinvointialueiden perusteltuina pitämiä investointeja rajataan valtion toimesta. Jos julkinen hoito jää jälkeen kansainvälisestä kehityksestä, on selvää, mitä siitä seuraa niiden osalta, joilla on valinnanvaihtoehtoja: kysyntä siirtyy yksityiselle sektorille.

Lähes 1,3 miljoonalla suomalaisella on terveystakuutus jo nyt. Se mahdollistaa noin neljäsosalle suomalaisista laajan yksityisen sektorin palvelujen käytön. Vakuutuksia on niin paljon, että jos vakuutuksen potilas törmää ongelmiin julkisten palvelujen saatavuudessa tai laadussa, tuntee jokainen henkilöitä, joilla on kokemuksia palveluista yksityiseltä sektorilta. Pahimmillaan käy niin, että perusterveydenhuollon nykyinen kahden kerroksen järjestelmä laajenee koskettamaan erikoissairaanhoidon.

Julkisen rahoituksen kiristäminen johtaa siis kysynnän siirtymiseen yksityiselle sektorille, mikä vähentää julkisia kustannuksia entisestään, mutta lisää myös palvelujen epätasa-arvoa.

Integraatio

Yksi soteuudistuksen tärkeimpiä päämääriä on parantaa palvelujen integraatiota. Julkisten sosiaalipalvelujen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisvastuussa on uudistuksen jälkeen yksi taho, hyvinvointialue. Se ei kuitenkaan tarkoita, että edes näitä julkisia palveluja tuottaisi yksi taho. Palveluja tullaan jatkossakin hankkimaan sekä toisilta hyvinvointialueilta että yksityiseltä sektorilta. Uudistus ei vaikuta näiden palvelujen integraatioon. Pelkästään sama palkanmaksaja ei luonnollisesti takaa integraatiota hyvinvointialueen omien palvelujen osalta. Lisäksi, kuten edellä on todettu, tuotetaan jatkossakin erittäin merkittävä osa palveluista muulla tavoin kuin julkisesti järjestettynä.

Kun integraatiota yhtäällä vahvistetaan, sitä toisaalla heikennetään. Helsinkiä lukuun ottamatta hyvinvointialueiden ja kuntien välinen integraatio vähenee. Vaikka mm. opetuksella, harrastustoiminnalla, puhtaalla vedellä, lämmön- ja sähköntuotannolla sekä jätehuollolla on huomattava merkitys terveyden ja hyvinvoinnin kannalta, näiden kytkentä sote-palveluihin jatkossa heikentyy. Pahimmillaan ongelmia työnnetään naapurin maton alle. Kaikille näille toimijoille annetaan esityksessä kyllä velvoite edistää terveyttä omien palvelujensa osalta, mutta onko se riittävä motiivi, kun ne aiheuttavat menoja, joiden hyöty kohdistuu muualle?

Integraatio voi parhaimmillaan vaikuttaa positiivisesti edellä kuvattuihin vetovoimatekijöihin, mutta lopputulos on olennaisesti kiinni siitä, millainen ja kuinka nopea vaikutus organisaatioiden yhdistämisellä on. Suuremmat organisaatiot ovat usein pienempiä jähmeämpiä ja erilaisten organisaatiokulttuurien yhteensovittaminen vie aikaa. HUS-kuntayhtymän perustamisesta saatujen kokemusten perusteella voidaan arvioida, että muutosprosessin positiiviset vaikutukset tulevat 5-10 vuoden jälkeen. Siihen asti tilanne on aiempaa huonompi.

Hyvinvointialueiden määrä ja koko

Hyvinvointialueet noudattelevat pääosin nykyisten sairaanhoitopiirien alueita pois lukien Itä-Savo ja Länsi-Pohja, jotka liittyvät osaksi Etelä-Savo ja Lappia. Uusimaa jaetaan 4 hyvinvointialueeseen, minkä lisäksi palveluja tuottavat Helsingin kaupunki ja HUS.

Keskussairaalan tarkoituksenmukainen toiminta vaatii vähintään 200 000 asukkaan väestöpohjan. Perustettavasta 22 hyvinvointialueesta 13:lla ei ole tätä vaadittavaa väkimäärää. Vastaavasti ns. laajan päivystyksen sairaaloita on 13, eli 9 hyvinvointialueella ei selailaista ole. Uudenmaan neljällä hyvinvointialueella sekä Helsingillä ei ole keskussairaala lainkaan.

Hyvinvointialueista saattaa tulla sekä henkilöstön että palvelujen käyttäjien näkökulmasta houkuttelevampia verrattuna nykyisiin kuntiin ja kuntayhtymiin. Toisaalta on mahdollista myös, että huonosti toimissaan koko alueelta ei enää löydy ammattilaisia houkuttelevaa julkista työnantajaa. Potilaiden näkökulmasta saattaa käydä niin, että sairaalan maine kärsii perusterveydenhuollon heikosta toimivuudesta, jos palvelujen saatavuutta ja laatumielikuvaa ei saada nykyisestä parannettua.

Kahdeksalla alueella toimii sosiaali- ja terveydenhuollon ”hyvinvointialuemuotoinen” organisaatio jo nyt, eli näissä ei tapahdu merkittävää muutosta nykytilanteeseen nähden. Muiden osalta järjestämistä vastuussa olevien väheneminen todennäköisesti parantaa useimpia vetovoimatekijöitä, tai ainakin luo niiden paranemiselle edellytykset. Hyvinvointialueita on ennemminkin liikaa kuin liian vähän.

Järjestäjien määrän väheneminen on uudistuksen suurin arvo. Koska myös palvelujen tuotantovastuu annetaan pääosin hyvinvointialueille itselleen, johtaa tämä lähes varmuudella palvelujen maantieteelliseen keskittymiseen. Käytännössä se tarkoittaa, että julkisia palveluja on tämän jälkeen tarjolla ainoastaan kaupungeissa ja sielläkin keskittyneinä harvoin toimipisteisiin. Jos tällainen malli vastaisi asiakkaiden tarpeita ja toiveita, olisi suurilla yksityisillä toimijoilla suurissa kaupungeissa yksi toimipiste. Sen sijaan niitä on kymmeniä. Yksityisten palvelujen saatavuus tulee siten tulevaisuudessa olemaan merkittävästi julkisia parempi, mikä todennäköisesti houkuttelee potilaita käyttämään kasvavassa määrin yksityistä.

Henkilöstö

Vaikka esitetyssä mallissa julkinen ja yksityinen sektori eivät kilpaile potilaista, ne kilpailevat henkilöstöstä. Joihinkin terveyskeskuksiin on ollut vaikea rekrytoida lääkäreitä jo pitkään. Vuoden 2020 lääkärikyselyn mukaan terveyskeskuksissa oli kokonaan hoitamatta 295 lääkärintointia (7%). Kahdeksassa sairaanhoitopiirissä vaje oli yli 10%. Ulkoistuksin ja ostopalveluna oli hankittu 11% lääkäritoimen harjoittajista. Kevan 2021 julkaiseman analyysin mukaan yleislääkäreistä on kuntasektorilla noin 1 000 ammattilaisen vaje. Sairaanhoidajien osalta koko maan tasolla kaivattaisiin jo nyt yli 8 000 uutta työntekijää. Pelkästään Uudellamaalla on analyysin mukaan 3 500 sairaanhoitajan vaje.

Henkilöstöpulaa on myös suurissa organisaatioissa, joten organisaation koon kasvattamisen ei voida katsoa lisäävän houkuttelevuutta. Jos jätetään huomiotta kaikkein pienimmät kunnat, voi jopa käydä toisin päin, sillä suurempi organisaatio on työntekijän näkökulmasta usein jähmeämpi ja etäisempi. Yhteen liitettävien organisaatioiden kulttuurit saattavat olla hyvin erilaisia, ja niitä yhteensovittaessa käy helposti niin, että kaikki kärsivät.

On selvää, että lyhyellä aikavälillä henkilöstö on hyvinkin rajallinen resurssi, josta joudutaan kilpailemaan sekä hyvinvointialueiden kesken että yksityisten ja julkisten toimijoiden välillä. Järjestämislakiesityksessä oleva vaatimus, että sairaalaan hoitoon ottamisesta voi päättää vain virkasuhteessa oleva lääkäri poissulkee ammatinharjoittajan, yrittäjän tai vuokralääkärin toiminnan tällaisessa asemassa (pl. päivystys). Monen pienemmän sairaalan pienempien erikoisalojen toiminta pyörii ostopalvelulääkärien varassa. Tulevaisuudessa näin ei voi enää toimia, tai vähintään pitää luoda ”kumileimasinjärjestelmä”, jossa virkalääkäri tekee muodollisen päätöksen ko. alan erikoislääkärin tosiasiallisesti päättäessä asiasta. Jos viimeksi mainittuun ei ole mahdollisuuksia tai halua, tarkoittaa se, että tällaisen erikoisalan toiminta loppuu sairaalasta kokonaan.

Nykyiset työntekijät siirtyvät hyvinvointialueen henkilöstöksi liikkeenluovutuksella, mutta epäjatkuvuuskohta saattaa herättää joidenkin työntekijöiden mielessä kysymyksen omasta urasta ja tulevaisuudesta, ja johtaa miettimään myös muita vaihtoehtoja. Yksityiset työnantajat ovat tässä kohtaa varmasti hereillä. Ainakin jossain määrin tuntematon oma tulevaisuus hyvinvointialueella ja mahdollisesti aiempaa byrokraattisempi työnantaja saattavat alentaa kynnystä tarttua hyvämaineisen, paikallisen yksityisen toimijan

tarjoukseen, jossa työnkuva on selkeä ja mahdollistaa keskittymisen niihin asioihin, joista työntekijä on eniten kiinnostunut.

Johtaminen

Hyvinvointialue vastaa oman alueensa sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudesta ja laadusta, mutta kuten edellä on todettu, rahat tähän se saa valtiolta. Valtio antaa rahojen lisäksi myös erittäin tiukat raamit, joiden mukaan palveluja tulee järjestää. Yksityistä palveluntuotantoa saa käyttää tuottavuuden parantamiseen hyvin tiukoin reunaehdoin ja muutenkin moni asia tulee erilaisten ulkoisten tahojen jatkuvasti arvioitaviksi. Aluehallintovirastot ja Valvira tekevät kustakin hyvinvointialueesta vuosittain raportin, jossa arvioidaan palvelujen yhdenvertaista toteutumista. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos laatii vuosittain kustakin hyvinvointialueesta raportin, jossa se arvioi väestön terveydentilaa sekä sote-palvelujen tarvetta, saatavuuden, laadun vaikuttavuuden ja yhdenvertaisuuden toteutumista sekä arvioitua tulevaa kehitystä, palvelujen yhteensovittamisen toteutumista, investointien tarvetta ja kustannusten kehittymistä. Hyvinvointialue toimittaa sosiaali- ja terveysministeriöön suunnitelman, jonka se hyväksyy (tai valtioneuvosto päättää asiasta toisin). Nämä ja lukuisat muut tekijät heikentävät olennaisesti hyvinvointialueen suvereniteettiä ja sitovat sen johdon käsiä, mikä taas olennaisesti alentaa näiden tehtävien houkuttelevuutta. Yksityinen sektori saattaa siten jatkossa olla hyvin kiinnostava vaihtoehto paitsi osaaville lääkäreille ja hoitajille myös kyvykkäimmille johtajille.

Vaikka julkisten tuotanto-organisaatioiden integraatio varmasti helpottaa palvelujen yhteensovittamista, tulee se aiheuttamaan kipinöitä johtamisessa, kun keskustellaan siitä, kuka saa johtaa ketä, ja mikä on "laadukasta johtamista". Tätä kinastelua parhaat johtajat tuskin kovin pitkään jaksavat katsoa, eikä se houkuttele työntekijöitäkään.

Koska hyvinvointialueen tulee tehostaa toimintaansa, merkitsee se vääjäämättä hallinto-henkilöstön ja väliportaan johdon vähentämistä nykyisestä. Kuntien sote-johtajat, terveyskeskusten hallinto- ja talousjohtajat sekä osastoylilääkärit ja monet muut etsivät uusissa organisaatioissa hetken omia paikkojaan, kun toimintoja laitetaan yhteen. Vaikka henkilöstö siirtyy liikkeenluovutuksella, kenelläkään ei silti ole irtisanomissuojaa, vaan työtarpeen päätyttyä uusi organisaatio voi ja varmasti joutuukin irtisanomaan näitä "virattomia".

Potilasdirektiivi

EU:n direktiivi rajat ylittävästä terveydenhuollosta tuli jäsenmaita velvoittavana voimaan 24.4.2011. Suomen valtio ei ole omassa lainsäädännössään vielä toistaiseksi implementoinut direktiiviä sen edellyttämällä tavalla. Tämä on sekä EU-komission että sosiaali- ja terveysministeriön tiedossa. Selityksenä oli kevääseen 2019 asti, että sote-uudistus korjaa ongelman, kuten olisi korjannutkin, sillä Sipilän hallitus ehti jo antaa esityksen lain rajat ylittävästä terveydenhuollosta muuttamiseksi. Tämä esitys kaatui edellisen sote-esityksen myötä, eikä uutta lakiesitystä ole annettu.

Potilasdirektiivi vaatii, että se hoito, johon kansalainen on omassa asuinmaassaan oikeutettu, tulee saada samoin ehdoin ja samoin kustannuksin myös toisessa EU-maassa. Käytännössä se tarkoittaa, että jos potilas haluaa sydänleikkauksen tehtäväksi esim. Karoliinisessa sairaalassa Tukholmassa tai Charité-sairaalassa Berliinissä, hän maksaa siitä saman asiakasmaksun kuin Suomessa ja palvelujen järjestämisvastuussa oleva taho, tulevaisuudessa hyvinvointialue, maksaa loput kustannukset (samaa summaan, kuin hoito maksaisi Suomessa). Direktiivi koskettaa kaikkia terveyspalveluja, myös perusterveydenhuollon palveluja.

Tästä seuraa, että yksityiset yritykset voivat perustaa klinikoita esim. Tallinnaan ja Haaparantaan, jotka hoitavat suomalaisia potilaita suomalaisella henkilökunnalla. Potilaalla on oikeus hakeutua näiden hoitoon samoin ehdoin, kun hänellä on oikeus saada hoito

Suomessa riippumatta siitä, tuottaako ko. palvelun julkinen sektori vai yritys – suomalainen tai ulkomaalainen.

Kun direktiivin mukainen toimintamalli joudutaan joka tapauksessa toteuttamaan, aikaansaa se varmuudella kilpailun julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Toisin kuin aiemmin esitetyssä sote-mallissa, jossa kilpailu olisi rajautunut perusterveydenhuoltoon, tämä kilpailu tullaan käymään erikoissairaanhoidon osalta. Nämä palvelut tulevat todennäköisesti entisestään lisäämään yksityisen sektorin houkuttelevuutta (lääkäri voi leikata esim. Tallinnassa 1-2 päivää viikossa, pitää yhden päivän etä vastaanottoja ja lopun viikkoa tehdä tutkimustyötä tai golfata).

Lopuksi

Kuten edellä todetusta toivottavasti käy ilmi, on lainsäädännöllä hyvin vaikea ohjata vetovoimatekijöihin vaikuttavia asioita ja käy helposti niin, että lopputulos ei vastaa suunniteltua. Suuri muutos on aina suuri riski. Vaikka tavoitteena on mm. parantaa perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen saatavuutta, ei ole lainkaan selvää, että esitetyt lainsäädännölliset muutokset edesauttavat niiden paranemista ja että saatavuus näiden toimenpiteiden seurauksena todellakin paranisi. Saatavuus voi parantua vain, jos lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa on tulevaisuudessa helpompi houkutella hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon piiriin. Myös laatu edellyttää osaavaa henkilöstöä. Siten on helppo todeta, että sote-uudistuksen onnistuminen on täysin kiinni siitä, lisääkö uudistus julkisen sektorin houkuttelevuutta työnantajana. Aina voi toivoa, mutta toive ei tunnetusti ole suunnitelma. Näiden toiveiden toteuttamiseksi sote-esitys antaa hyvin vähän eväitä.

Oma johtopäätökseni on, että sote-uudistuksen läpimeno todennäköisesti lisää vakuutusrahoitteisten yksityisten terveystalouksien kysyntää. Niiden tuottaminen edellyttää henkilökuntaa julkiselta sektorilta. Myös potilasdirektiivin implementaatio lisää yksityistä kysyntää. Rahoitusrajoite todennäköisesti heikentää julkisten palvelujen teknologista kilpailukykyä, mikä entisestään vahvistaa tätä siirtymää. Jos tavoitteena on vähentää terveystalouksiin liittyvää epätasa-arvoa ja ennemminkin vähentää kuin lisätä yksityisten palvelujen käyttöä, tavoitteet eivät todennäköisesti kovin hyvin toteudu.

Yksi sote-uudistuksen tärkeimpiä motiiveja vaikuttaa olevan palvelujen rahoituksen siirtäminen pois pieniltä kunnilta ja huonosti toimeentulevilta alueilta. Tämä on mahdollista toteuttaa ilman suurta järjestelmäuudistusta. Kuvatus kaltainen massiivinen uudistus luo merkittävän riskin odottamattomille tapahtumaketjuille, jotka voivat johtaa kehityskulun täysin toisenlaiseksi, kun mitä suunnitelmissa ja toiveissa on ollut.

En kuitenkaan itse pidä tarkoituksenmukaisena muokata käsiteltävänä olevaa lainsäädäntöehdotusta siten, että se koskisi vain palvelujen rahoituksen muutosta. Järjestämisvastuun siirto suuremmille alueille tulisi saada toteutetuksi myös. Vähintään yhtä tärkeää olisi ottaa suunnittelun ja julkisesti hallinnoidun terveystalouksien järjestelmän piiriin myös työnantajien ja vakuutusyhtiöiden järjestämät terveystaloukset. Ilman näiden huomioimista Suomessa ei edelleenkään ole universaalia terveydenhuoltojärjestelmää. Nähdäkseni näiden tavoitteiden toteutuminen edellyttää uutta lainsäädäntövalmistelua.

Helsingissä 22.2.2021


Janne Aaltonen