

5.6.2017

EDUSKUNNAN SOSIAALI- JA TERVEYSVALIOKUNNALLE

Asia: Lausunto HE 15/2017 vp. hallituksen esityksestä eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi sekä HE 47/2017 vp. hallituksen esityksestä eduskunnalle laeiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä valtiontalouden tarkastusvirastosta annetun lain 2 §:n muuttamisesta sekä HE 52/2017 vp Hallituksen esityksestä eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisesta.

Hallituksen esityksen keskeinen sisältö

Esityksen mukaan Suomeen muodostetaan 18 maakuntaa, joilla on alueellaan itsehallinto. Maakunnan keskeisiä tehtäviä olisivat sosiaali- ja terveydenhuolto ja pelastustoimi. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavalla lailla siirrettään kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu uusille maakunnille. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jäisi kuntien tehtäväksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen yhteistyön ja tarkoituksenmukaisen palvelurakenteen varmistamiseksi muodostettaisiin viisi yhteistyöaluetta. Yhteistyöalueeseen kuuluvat maakunnat laatisivat nelivuositain yhteistyösuunnitelman.

Maakuntien toiminnassa palvelujen järjestäminen ja tuottaminen erotettaisiin toisistaan. Palvelujen tuottamiseksi jokaiseen maakuntaan perustettaisiin maakunnan liikelaitos. Sen vastuulla olisi merkittävää julkista valtaa sisältävien palvelujen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalvelujen tuottaminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoa monipuolistetaan siten, että maakunnan omilla sekä yksityisillä ja kolmannen sektorin palvelun tuottajilla on tasapuoliset toimintaedellytykset tuottaa kaikkia markkinoilla olevia palveluja. Maakuntien velvollisuutena on myös edistää asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksia.

Maakunnille perustetaan kolme valtakunnallista palvelukeskusta. Ne vastaavat maakuntien toimitilapalveluista, henkilöstö- ja taloushallinnosta sekä tietohallinto- ja tietojärjestelmäpalveluista.

Maakuntien toiminta rahoitetaan pääosin valtion rahoituksella ja osaksi palvelujen käyttäjiltä perittävillä asiakasmaksuilla. Rahoitus määräytyisi laskennallisesti osin maakunnan asukasluvun ja osin palvelujen tarpeen ja olosuhdetekijöiden perusteella.

Maakunta, maakunnan liikelaitos ja suoran valinnan palvelun palvelujen tuottajat vastaisivat osaltaan asiakkaan palvelujen yhteensovittamisesta.

Valinnanvapaudella tarkoitettaisiin asiakkaan oikeutta valita palveluntuottaja ja tämän toimipiste sekä palveluja antavat ammattihenkilöt tai ammattihenkilöiden moniammatillinen ryhmä. Asiakkaan valinnanvapaus koostuisi suoran valinnan palveluista, maakunnan liikelaitoksen valinnasta sekä asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla saatavista palveluista. Suoran valinnan palveluita tuottavan sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suun hoidon yksikön asiakas voisi valita vuodeksi kerrallaan ilman maakunnan tekemää palvelutarpeen arviointia. Maakunnan liikelaitoksen tekemän palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakkaalle voitaisiin myöntää tietyissä palveluissa asiakasseteli tai henkilökohtainen budjetti, joiden perusteella asiakas voisi valita palvelun tuottajan. Lisäksi asiakkaalla olisi oikeus valita maakunnan liikelaitos ja sen toimipiste. Henkilökohtaisessa budjetissa asiakkaalla olisi mahdollisuus vaikuttaa myös palvelujen sisältöön. Lisäksi laissa säädettäisiin asiakkaan oikeudesta valita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö tai ammattihenkilöiden moniammatillinen ryhmä, joita kaikkien laissa tarkoitettujen palvelun tuottajien olisi käytettävä.

Valinnanvapausjärjestelmään kuuluvien palveluntuottajien tulisi olla sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisesta annetun lain mukaisessa rekisterissä ja olla liittyneinä sosiaali- ja terveydenhuollon

asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa tarkoitettuihin valtakunnallisiin tietojärjestelmäpalveluihin. Lisäksi laissa säädettäisiin yleisesti valinnanvapausjärjestelmään kuuluvia palvelun tuottajia koskevista velvollisuuksista sekä vastuista. Suoran valinnan palvelun tuottajien osalta laissa säädettäisiin erityisedellytyksistä. Lisäksi maakunta voisi asettaa suoran valinnan palvelun tuottajille sekä asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla annettavan palvelun tuottajille ehtoja, joilla turvataan riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistetään väestön terveyttä ja hyvinvointia maakunnassa.

Maakunta tekisi sopimukset suoran valinnan palvelun tuottajien kanssa ja päättäisi palvelun tuottajille maksettavista korvauksista laissa säädettyjen rahoitusperiaatteiden perusteella. Lisäksi maakunta pitäisi julkista luettelo tuottajista ja valvoisi tuottajia. Maakunta olisi myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojen rekisterinpitäjä. Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen kautta asiakasta koskevat asiakas- ja potilastiedot olisivat tuottajan saatavilla palvelun toteuttamisen edellyttämässä laajuudessa.

Maakunta vastaisi siitä, että asukkailla on saatavissa riittävä tieto valintojen tekemiseen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tiedonhallintapalveluissa olisi tiedot palvelun tuottajista ja niiden avulla asiakas voisi valita palvelun tuottajan. Lisäksi palvelun tuottajat voisivat tehdä tiedonhallintapalveluissa ehdotetun lain mukaiset ilmoitukset sekä antaa säädetyt tiedot asiakkaiden saamista palveluista ja toiminnastaan.

Ehdotettujen esitysten vaikutus sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen

Tarkastelen kyseessä olevia hallituksen esityksiä (jäljempänä: "sote-uudistus") lähinnä terveyspalvelujen yhdenvertaisen saatavuuden kannalta. Olen muutaman viime vuoden ajan toiminut EU:n komission asiantuntijaryhmän (Expert Panel on Effective ways of Investing in Health) jäsenenä, joka vuonna 2016 julkaisi oman selvityksensä terveyspalvelujen saatavuuteen vaikuttavista tekijöistä: http://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/010_access_healthcare_en.pdf

Terveyspalvelujen saatavuus muodostuu tuon selvityksen mukaan seuraavista asioista.

- 1) terveystarpeisiin on kohdennettu riittävät taloudelliset resurssit
- 2) kaikilla on varaa palveluihin
- 3) on olemassa asianmukaiset ja kustannustehokkaat palvelut
- 4) kaikilla on päästy terveyspalveluihin, kun niitä tarvitaan
- 5) palvelut ovat kaikille hyväksyttäviä
- 6) hyvin varustetut toimintayksiköt ovat hyvin saavutettavissa
- 7) osaava henkilökunta on sijoittautunut oikeisiin paikkoihin
- 8) laadukkaat lääkkeet ja lääkintälaitteet ovat saatavissa kohtuulliseen hintaan

Edustamani EU:n asiantuntijaryhmä on parisataasivuisessa raportissaan analysoinut yksityiskohteisesti kaikkia em. tekijöitä, joita tarkastelen nyt samassa numerojärjestyksessä ehdotetun sote-uudistuksen kannalta:

- 1) Eräänä keskeisenä sote-uudistuksen tavoitteena on hillitä sosiaali- ja terveysmenojen kasvua. Ehdotettu lakipaketti lisää valtion taloudellista ohjausvaltaa ja merkitsee käytännössä ns. kehysbudjetoinnin käyttöä myös terveysmenojen osalta. Hallituksen esityksen ongelmana on, että sen vaikutusarviointi ei sisällä epidemiologista dataa terveystarpeiden muutoksista, vaan maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus rakennetaan pääosin maakuntien tiedossa olevan asukasmäärään ja ikärakenteen varaan. On kuitenkin hyvin tiedossa, että esimerkiksi syöpäsairaudet yleistyvät ja ne ovat jo ylittäneet sydän ja verenkieltoelimistön sairaudet väestön tavallisimpana kuolinsyynä. Syöpäsairauksien esiintyvyyteen voidaan jonkin verran vaikuttaa mm. terveystarpeiden kasvuun (tupakoinnin vähentäminen) ja rokotuksin (HPV-rokotukset), mutta millään nykyisin tunnetulla ennalta ehkäisevällä keinolla ei syöpäsairauksien lisääntymistä voida estää. Syöpäsairauksien hoito on kallista ja erityisesti uudet syöpälääkkeet ovat hyvin kalliita. Syöpään sairastuneella on kuitenkin oikeus

tarveperusteisiin terveydenhuoltopalveluihin. Toisaalta sitten Suomessa psykiatrisen hoidon kustannukset ovat olleet korkeita hoidon laitosvaltaisuuden takia, mutta nämä laitoshoidon kustannukset ovat nopeasti vähenemässä.

On epävarmaa, heijastavatko hallituksen esitykseen sisältävän maakuntien rahoituksesta annetun lain ns. perushinnat riittävästi potilasryhmäkohtaisia tarpeita ja erityisesti niissä jo lähitulevaisuudessa tapahtuvia muutoksia. Maakuntien rahoituksesta annetun lain (rahoituslaki) 3 §:n sisällöksi ehdotetaan hallituksen esityksessä seuraavaa:

Valtion rahoituksen varainhoitovuotta koskeva taso määräytyy vuosittain tarkistamalla 9—17 §:ssä tarkoitettujen laskennallisten kustannusten perusteet ottaen huomioon uusimmat tiedot 5 §:n 1 momentissa tarkoitetuista toteutuneista käyttökustannuksista, 5 §:n 2 momentissa tarkoitettu lisärahoitus sekä arvioitu maakuntien perimien asiakas- ja käyttömaksujen yhteismäärä. Toteutuneet kustannukset otetaan huomioon siihen määrään asti, että 5 §:n 1 momentissa tarkoitettujen käyttökustannusten vuosittainen kasvu vastaa enintään prosenttimäärää, joka on 4 momentissa tarkoitettun maakuntaindeksin toteutunut muutos lisättynä 0,5 prosenttiyksiköllä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta tarkastellaan tarkemmin rahoituslain 9 §:ssä:

Sosiaali- ja terveydenhuollon ikäryhmäkohtaisiin ja palvelujen käyttöä kuvaaviin tarpeisiin perustuvien laskennallisten kustannusten määrittelyssä käytetään seuraavia tehtäväkohtaisia painotuksia:

Terveydenhuolto 59,07 prosenttia

Vanhustenhuolto 19,40 prosenttia

Sosiaalihuolto 21,53 prosenttia

Valtioneuvoston asetuksella säädetään tarkemmin asukaskohtaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon perushinnasta.

Hallituksen esitykseen sisältyy myös asetusluonnos maakuntien rahoituksesta, jonka 3 §:ssä ehdotetaan terveydenhuollon osalta tarvetekijöiksi painokertoimiseen seuraavaa:

- *diabetes 0,54*
- *epilepsia 0,93*
- *psykoosit 6,50*
- *reuma 0,80*
- *keuhkoastma 0,45*
- *verenpainetaudit 0,34*
- *sepelvaltimotaudit 0,72*
- *Crohnin tauti 0,81*
- *dementia 0,67*
- *syöväät 2,87*
- *neurologiset taudit 1,08*
- *sydämen rytmihäiriöt 1,10*

Ehdotettu rahoitusmalli ei käsitykseni mukaan riittävästi kuvaa väestön terveystarpeita ja niissä tapahtuvia muutoksia, mikä aiheuttaa ongelmia tarveperiaatteen toteutumiseen palvelujen rahoituksessa. Erityisen ongelmalliseksi asian tekee se, että itsehallinnolliset maakunnat eivät voi itse arvioida väestönsä terveystarpeita, vaan tarpeita kuvaavat painokertoimet määritetään keskitetysti valtioneuvoston asetuksella. On lisäksi ongelmallista, että maakuntien rahoituksen perusteista säädetäisiin lain sijasta vuosittain valtioneuvoston asetuksella.

- 2) Suomeenkin on viime vuosina syntynyt ryhmä potilaita, jotka joutuvat rahoittamaan sairaanhoitoaan toimeentulotuella. Tässä suhteessa sitä, että sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus perustuu maakuntien tasolla osittain asiakasmaksuihin, on pidettävä sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävän saatavuuden kannalta riskinä. *On runsaasti tutkimustuloksia siitä, että asiakasmaksut eivät tuota terveyttä, mutta voivat lisätä eriarvoisuutta terveyspalvelujen käytössä* (vaikka hallituksen esityksen perusteluissa ei näihin tutkimustuloksiin viitata). Yhdenvertaisuus kuitenkin korostuu sote-uudistuksen tavoitteissa. Näin ollen uudistuksessa pitäisi erityisesti varmistaa, että asiakasmaksut (varsinkaan yhdessä muiden hoitoon liittyvien kulujen kanssa) eivät muodosta esteitä terveyspalvelujen riittävälle saatavuudelle ja siten lisää väestön terveyseroja. Vastaavia ongelmia voi syntyä, mikäli yksityisille terveyspalvelutuottajille annettavaan asiakasseteliin liittyy mahdollisuus ostaa lisäpalveluja taikka parempia palveluja ao. tuottajalta, jolloin tuottajat helposti alkavat tuottaa vain minimipalveluja niille, joilla ei asiakassetelin lisäksi ole mahdollisuutta itse rahoittaa hoitojaan.
- 3) Perusoletuksena hallituksen esityksessä on, että terveydenhuollon markkinoille syntyy sote-uudistuksen jälkeen tarvittava määrä perusterveydenhuollon palveluja tuottavia yrityksiä. Yritykset voivat kuitenkin toimia vain, jos niillä on riskinkantokykyä ja toiminta on kannattavaa. Nykyiset julkiset palvelutuottajat voivat yhtä lailla katsoa, että yhtiömuotoiselle toiminnalle ei ole edellytyksiä kuin muuttaa toimintansa yhtiömuotoon. Ne voivat myös siirtää ”liiketoiminnan”, jonkun ulkopuolisen toimijan hoidettavaksi, kuten kuntien terveysasemien ulkoistuksissa on jo tapahtunut. Tästä ei sinänsä aiheudu ongelmia, jos toiminnan haltuunsa ottanut yritys ylläpitää väestön tarpeita vastaavaa palvelutasoa. Näin ei kuitenkaan välttämättä käy. Tarkasteltaessa vastaavaa tilannetta esimerkiksi toisen perushyödykkeen eli elintarvikkeiden vähittäiskaupan osalta havaitaan, ettei kauppaketjulla ole mitään intressiä turvata yksittäisen lähikaupan toimintaa, vaikka kaupan lopettaminen sitten aiheuttaisi kustannuksia esim. kotipalveluille, kun vaikkapa vanhusväestön ruokahuolto alueella pitää turvata.

Suomessa julkinen valta on tuottanut sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja juuri sen vuoksi, että markkinamekanismi ei takaa yhdenvertaisia palveluja maan eri osille ja maan eri väestöryhmille. *Tämän takia hallituksen esitykseen sisältävä velvoite yhtiöittää suoran valinnanvapauden piiriin kuuluvat palvelut on ongelmallinen.* Yhtiöiden veloitteet huolehtia riittävästä palveluista perustuvat sopimuksiin taikka markkina-arvioon, jotka muuttuvat liikelatoudellisin perustein. Hallituksen esityksessä on toki jossain määrin varauduttu tähän mahdollisuuteen. Valinnanvapauslain 43 § toteaa, että:

Jos maakunnan jollekin alueelle ei synny 1 momentin mukaisella ilmoittautumismenettelyllä riittävästi palvelujen väestöllistä tai alueellista kattavuutta, maakunta voi päättää, että palvelut järjestetään mainitulla alueella markkinapuutteesta johtuen julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista annetun lain (1397/2016), jäljempänä hankintalaki, mukaisella menettelyllä.

Markkinapuutetta arvioitaessa on otettava huomioon alueen olosuhteet ja väestön palvelutarpeet sekä ilmoittautumismenettelyllä saatavissa oleva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarjonta. Hankinnan ehtoihin voidaan asettaa markkinapuutetta korjaamiseksi, ja alueen palvelutarjonnan ylläpitämiseksi tai muusta syystä välttämättömiä lisäehtoja tai rajoituksia.

Jos suoran valinnan palvelujen toteuttaminen ei ole mahdollista 1 momentin mukaisesti eikä maakunta järjestä palveluja 2 momentin mukaisesti, maakunnan liikelaitoksen on tuotettava palvelut järjestämislain 22 §:n 3 momentin mukaisesti.

Edellä 2 ja 3 momentissa säädetyn menettelyn käyttämisen edellytyksenä on, että sosiaali- ja terveysministeriö antaa siihen maakunnan hakemuksesta luvan. Edellä 2 ja 3 momenteissa tarkoitettu markkinapuute on osoitettava erillisellä selvityksellä alueen palvelutarjonnan määrän ja asiakkaiden palvelutarpeiden kysynnän erolla tai muulla riittävän avoimuuden turvaavalla tavalla. Mikäli luotettavaa selvitystä ei voida

muutoin saada, voi maakunta pyytää asiassa myös Kilpailu- ja kuluttajaviraston lausunnon.

Säännöksessä ehdotettu menettely on hallinnollisesti varsin raskas ottaen huomioon, että kyse on tilanteesta, jossa yksittäinen potilas ei saa tarvitsemaansa hoitoa. Käsitteiseni mukaan ehdotetut säännökset eivät ”markkinapuutetilanteessa” turvaa nopeasti ja tehokkaasti riittäviä palveluja väestölle. Maakunnan tulisi voida käyttää kaikkia järjestämisuotoja (oma tuotanto, hankinta, yhteistyö toisen maakunnan kanssa, asiakasseteli) riittävien palvelujen turvaamiseksi väestölle eikä järjestäjää tulisi yhtiöittämisvelvollisuudella pakottaa yhden, mahdollisesti epätarkoituksenmukaisen järjestämistavan käyttöön

- 4) Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä universalismi on toteutunut kansainvälisesti katsoen hyvin ja koko väestöllä on käytännössä ollut pääsy terveystalouteen. Sinänsä sote-uudistus ei tätä universalismia muuta. Palvelujen saatavuudelle jonkin verran rajoituksia on asettanut suomalainen terveydenhuollon monikanavarahoitus. Sote-uudistuksessa huolta aiheuttaa erityisesti kuntoutuspalvelujen monikanavainen rahoitusjärjestelmä, joka ei varmistakaan sitä, että kuntoutusta tarvitsevat välttämättä pääsisivät tarvitsemiensa kuntoutuspalvelujen piiriin asianmukaisessa aikataulussa. Toinen huolenaihe liittyy henkilökohtaisen budjetin käyttöön. Erityisesti vammaisjärjestöt ovat kannattaneet henkilökohtaisen budjetin ottamista yhdeksi tavaksi järjestää palveluja. Ongelmana on, että henkilökohtaista budjettia voidaan käyttää paitsi voimaannuttamaan palvelujen tarvisijaa, myös rajaamaan hänelle annettuja palveluja. Tällöin on vaarana se, että henkilö, jolle on myönnetty henkilökohtainen budjetti ei pääsekään enää käyttämään muun palvelujärjestelmän puitteissa tarvitsemiaan palveluja. Tilannetta kuvaa Aisopoksen satu hevosesta, ihmisestä ja sudesta. Hevonen ottaa ihmisen selkäänsä, jotta tämä tappaisi suden, mutta ihminen ei suostukaan poistumaan hevosen selästä suden tapettuaan. Henkilökohtainen budjetti voi toimia aluksi monisairaalan potilaan voimaannuttajana, mutta siitä aiheutuukin ongelmia, jos potilas ei pysty palveluun itse järjestämään taikka palvelutarve ylittää budjetin.
- 5) Palvelujen hyväksyttävyyden ei ole Suomessa ollut palvelujen saatavuuden kannalta erityinen ongelma ennen sote-uudistusta ja tuskin se on sitä sote-uudistuksen jälkeenkään, vaikka monikulttuurisuus aiheuttaa haasteita myös terveydenhuoltojärjestelmälle. Sekä yksityiset että julkiset terveystaloutten tuottajat ovat potilaan kannalta hyväksyttäviä.
- 6) Terveydenhuollon yksiköiden saavutettavuus on Suomessa aina ollut jonkin tason ongelma, sillä harvaan asutussa ja maantieteellisesti laajassa maassa on aina alueita, joista matka lähimpään hoitoyksikköön on pitkä. Käytännössä kaikkien lääketieteen erikoisalojen palveluja on ollut vaikea turvata edes kaikkiin keskussairaaloihin. Nykyiset erityisvastuualueet (erva) ovat pyrkineet tukemaan alueensa sairaaloiden toimintaa mm. luomalla yhteisverkkoja taikka etäpalveluja, joilla esim. neurologien, radiologien, patologisten ja onkologisten palvelut turvataan kasvukeskusten ulkopuolella. Ehdotetussa järjestämislaissa erva-alueen korvaa yliopistosairaalan yhteistoiminta-alue. Järjestämislain 16 §:n mukaan yhteistyösopimuksessa on sovittava mm:
 - 1) *toimenpiteistä palvelujen integraation ja yhdenvertaisen saatavuuden, asiakkaiden osallistumisoikeuksien ja vaikutusmahdollisuuksien sekä kielellisten oikeuksien varmistamiseksi;*
 - 2) *toimenpiteistä vaikuttavan, laadukkaan ja kustannustehokkaan sosiaali- ja terveydenhuollon tuotantorakenteen varmistamiseksi;*
 - 3) *maakuntien työnjaosta ja yhteistyöstä ympärivuorokautisen päivystyksen tuottamisessa siltä osin kuin siitä ei säädetä 11 §:ssä tai muualla;*

Yhteistoimintasopimus on keskeinen elementti vaativien palvelujen saavutettavuuden alueellisessa toteuttamisessa. Kuten kaikkien sopimusten osalta, menettelyn ongelmana on, että sopijapuolten täytyy olla järjestelyistä ja niiden kustannusvastuista yhtä mieltä (sosiaali-

ja terveysministeriötä ensin kuultuaan). Mitä useampi maakunta yhteistoiminta-alueeseen kuuluu, sitä haastavammaksi tulee yhteisymmärryksen saavuttaminen. Käytännössä yhteisymmärrys saavutetaan helpoiten, kun ei sovita vaikeista asioista (esim. syöpäsairauksien hoidon keskittämisestä). Maakuntien pieni koko ja laajan päivystyksen sairaaloiden maakuntia vähäisempi määrä johtavat nyt käytännössä tilanteeseen, jossa kaikki maakunnat eivät pysty turvaamaan vaativia palveluja väestölleen.

- 7) Sote-uudistus pyrkii vahvistamaan peruspalveluja. Jotta näin tapahtuisi, pitäisi työvoiman ohjautua perustettaviin sote-keskuksiin. Sote uudistuksen valinnanvapaus voi lisätä lääkäripalvelujen tarjontaa, jos nykyisin terveyskeskuksissa työskentelevät lääkärit alkavat uudessa yhtiötetyssä järjestelmässä hoitaa aiempaa enemmän potilaita. Sote-uudistus ei suoraan lisää perusterveydenhuollon palveluja tuottavien lääkärin määrää, koska työterveyshuolto on jätetty uudistuksen ulkopuolelle.

Erikoissairaanhoidossa vaarana on, että lääkärit hakeutuvat asiakassetelillä palveluja tuottaviin yhtiöihin tekemään taloudellisesti kannattavaa palvelutoimintaa. Samalla kuitenkin päivystävien yksiköiden kyky ylläpitää 7/24 palveluja kriittisillä lääketieteen aloilla heikenee. On hyvin vaikea ennakoida, miten terveydenhuoltopalvelujen markkinaehtoistuminen vaikuttaa yhteiskunnan kykyyn ylläpitää kokonaisturvallisuutta ja erityisesti sairaaloiden päivystysvalmiutta.

- 8) Sote-uudistuksella ei ole välittömiä vaikutuksia lääkekorvauksiin taikka lääkintälaitteiden saatavuuteen. On kuitenkin huomattava, että tältä osin kustannuskehitys on ollut Suomen kansantalouden kasvua nopeampaa ja Suomen valtiolla on vähän vaikutusmahdollisuuksia näiden lääkkeiden ja lääkintälaitteiden hinnoitteluun Euroopassa.

Johtopäätökset

Nyt lausuttavana olevien hallitusten esitykset vaikutusten arviointi on haastavaa. Hallituksen esityksissä on esitetty useita olettamuksia, jotka eivät välttämättä toteudu. Esitysten perusteluissa siteeratut tutkimukset antavat jossain määrin virheellisen kuvan terveystalouden saatavuutta koskevista tutkimustuloksista. Useat esityksen perusteluissa esitetyt tutkimukset ovat enemmänkin hallinnon selvityksiä, kuin riippumattomia tutkimuksia ja esityksen kannalta kielteiset tutkimustulokset on jätetty monelta osin huomiotta. Esimerkiksi asiakasmaksujen vaikutuksia ei ole analysoitu juuri ollenkaan. Tautikohtaisia epidemiologisia ennusteita ei ole esitetty, jotta voitaisiin arvioida, vastaako terveydenhuollon palvelujärjestelmä 2020-luvun lopulla muuttuviin haasteisiin.

Palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden kannalta lausuttavina olevissa hallituksen esityksissä on useita ongelmallisia kohtia:

- Palvelujen rahoituksen tulisi olla aidosti tarveperusteista. Hallituksen esityksessä ehdotettu menettely ns. perushintojen osalta ei tätä välttämättä varmista, varsinkaan pienissä maakunnissa.
- Maakunnan toiminnan yhtenä rahoituslähteenä olevat asiakasmaksut voivat muodostaa vähävaraisille henkilöille esteen käyttää sosiaali- ja terveystalouden palveluja. Asiakasmaksujen suuruudesta tulisi säätää lailla eikä jättää sitä yksittäisten, mahdollisesti rahoitusongelmien kanssa painiskelevien, maakuntien päätösten varaan.
- Valinnanvapauslain 43 §:ssä ehdotettu menettely ”markkinapuutteen” korjaamiseen on hallinnollisesti varsin raskas ottaen huomioon, että kyse on tilanteesta, jossa yksittäinen potilas ei saa tarvitsemaansa hoitoa. Käsitykseni mukaan ehdotetut säännökset eivät turvaa nopeasti ja tehokkaasti riittäviä palveluja väestölle. Maakunnan tulisi voida käyttää kaikkia järjestämismuotoja (oma tuotanto, hankinta, yhteistyö toisen maakunnan kanssa, asiakasseteli) riittävien palvelujen turvaamiseksi väestölle eikä järjestäjää tulisi yhtiöittämisvelvollisuudella pakottaa yhden, mahdollisesti epätarkoituksenmukaisen järjestämistavan käyttöön

- Valinnanvapauslain 6. luvun mukaista henkilökohtaista budjettia voidaan mahdollisesti käyttää paitsi potilaan/asiakkaan oma-aloitteisuuden lisäämiseen, myös rajaamaan henkilökohtaisen budjetin käyttöönsä saaneet henkilöt pois muiden palvelujen piiristä.
- Maakuntien pieni koko ja laajan päivystyksen sairaaloiden maakuntia vähäisempi määrä johtavat nyt käytännössä tilanteeseen, jossa kaikki maakunnat eivät pysty turvaamaan vaahtivia palveluja väestölleen
- Kun osa sairaanhoidon palveluista kuuluu yhtiöittämisvelvollisuuden piiriin, on vaarana, että erikoislääkärit hakeutuvat asiakassetelillä palveluja tuottaviin yhtiöihin tekemään taloudellisesti kannattavaa palvelutoimintaa. Samalla kuitenkin päivystävien yksiköiden kyky ylläpitää 7/24 palveluja kriittisillä lääketieteen aloilla heikkenee.

On erittäin tärkeää, että osana sote-uudistuksen toteutumista riskien olemassaolo tiedostetaan, riskeihin varaudutaan lainsäädännössä, riskien ilmenemistä seurataan ja riskien toteutuminen pyritään kaikin keinoin estämään.

Kunnioitavasti,

Lasse Lehtonen, oik.tri, lääk.tri
terveysoikeuden professori, hallintoylilääkäri
Helsingin yliopisto ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri