



HPär

25.9.2020

Sosiaali- ja terveysministeriö
PL 33
00023 VALTIONEUVOSTO
kirjaamo@stm.fi

VN/8871/2019

ESITYSLUONNOS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON SEKÄ PELASTUSTOIMEN JÄRJESTÄMISEN UUDISTUSTA JA MAAKUNTIEN PERUSTAMISTA KOSKEVAKSI LAINSÄÄDÄNNÖKSI

Lääkäriliitto kiittää mahdollisuudesta lausua ko. HE -luonnoskokonaisuudesta. Olemme vastanneet lausuntopyyntökyselyn kohdennettuihin kysymyksiin soveltuvin osin, mutta haluamme tuoda näkemyksiämme kaavailusta uudistuksesta esille myös yleisemmin (viitaten lausuntopyyntökyselyn kysymykseen 89).

Lääkäriliitto on kahden edellisenkin hallituskauden aikana toistuvasti lausunut terveydenhuollon uudistamista koskevista lainsäädäntöhankkeista. Perusnäkemysemme niin uudistuksen välttämättömyydestä kuin sen keskeisistä peruseräiteistä eivätkä ole oleellisesti muuttuneet. On selvää, että kuntien taloudelliset mahdollisuudet sote-palveluiden järjestämiseen ja rahoittamiseen eivät ole riittävät, joten järjestämisvastuu on siirrettävä yksittäisiä kuntia suuremmille toimijoille.

Uudistuksen tavoitteet

Hallitusohjelmassa on sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistuksen keskeisiksi tavoitteiksi kirjattu hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen; yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen kaikille suomalaisille; palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen; ammattitaitoisen työvoiman saannin turvaaminen; yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin vastaaminen; sekä kustannusten kasvun hillintä.

Lääkäriliiton näkemyksen mukaan hallitusohjelmaan ja HE-luonnokseen kirjatut tavoitteet ovat ainakin pääasiallisesti tarkoituksenmukaisia ja kannatettavia. Keskeisimpinä niistä näemme eri väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen sekä laadukkaiden palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden parantamisen. Voimavarojen kohdentaminen sosiaali- ja terveyspalveluissa nykyistä enemmän perustason palveluihin on välttämätöntä.

Mainittujen tavoitteiden saavuttamiseksi näemme erittäin tärkeäksi terveydenhuollon sisäisen integraation toteuttamisen ja perusterveydenhuollon lääkäriresurssin huomattavan lisäyksen, painottuen yleislääketieteen erikoislääkäreihin.

Perusratkaisu maakunnista järjestäjänä

Lääkäriliitto on reilun parin vuosikymmenen ajan pitänyt esillä riittävän suurten, osaavien ja vahvojen terveydenhuollon järjestäjien aikaansaamista.

Näkemyksemme mukaan viisi alueellista järjestäjää olisi väestöpohjavaatimuksen näkökulmasta tarkoituksenmukaisin ratkaisu. Pienet väestöpohjat eivät mahdollista nykyaikaisten terveystalvveluiden täysipainoista järjestämistä ja tuottamista, ja ne myös synnyttävät jopa kestämatöntä rahoitustarpeen satunnaisvaihtelua.

Edellisellä hallituskaudella Tuomas Pöystin vetämä selvityshenkilötyöryhmä esitti ensisijaisesti 9-12 alueellisen järjestäjän mallia. Tuolloin poliittisena kompromissina päädyttiin esittämään 18 maakuntaan pohjaavaa sote-järjestämISRatkaisua, vaikka asiantuntijat varsin kattavasti olivat arvioineet yhdenvertaisten palvelujen saatavuuden näkökulmasta optimaaliseksi enintään 12 järjestäjän lukumäärää, sekä tuottavuuden, vaikuttavuuden ja kustannusten hillinnän kannalta enintään viiden järjestäjän lukumäärää.

Tällä kertaa esitetään vieläkin suurempaa järjestäjien lukumäärää, yhteensä 22 toimijaa. Lisäksi ehdotukseen sisältyy Etelä-Savon maakunnan hajottaminen. Ehdotuksessa järjestämISvastuullisten organisaatioiden väestöpohjat jäävät näin erittäin pieniksi. Tarkoituksenmukainen väestöpohja saavutettaisiin vain Uudellamaalla, mutta sekin vain edellyttäen, että Uusimaa toimisi kokonaisuutena, ei jaettuna viiden toimijalle, kuten esitysluonnoksessa ehdotetaan.

Valitusta ratkaisusta voikin todeta, että suunta kohden suurempia, osaavampia ja vahvempia järjestäjiä on toki oikea, mutta kovin puolitiehen ratkaisu jää. Onkin erittäin tärkeää, että sote-maakuntien välinen yhteistyö ja työnjako niin päivytyksen järjestämisen kuin eräiden erikoissairaanhoidon toimintojen keskittämisen osalta toteutuu nykyistä huomattavasti suunnitelmallisemmin ja tehokkaammin tulevilla viidellä, nykyisiä erityisvastuualueita vastaavilla yhteistoiminta-alueilla.

Uudenmaan erillISRatkaisu

Lääkäriliitto on aiemmissa kannanotoissaan korostanut erityisesti terveydenhuollon integraation keskeisyyttä. Tämä toteutuukin esityksessä niin järjestämisen kuin tuottamisen osalta pääasiallisesti, mahdollistaen järjestämISvastuulliselle toimijalla kokonaisuuden hallinnan ja voimavarojen ohjaamisen tarkoituksenmukaisesti.

Poikkeuksen em. tärkeään periaatteeseen muodostaa kuitenkin Uusimaa, jonka väestö on lähes kolmasosa maamme väestöstä. Uudellamaalla järjestämISvastuu ehdotetaan jaettavaksi neljälle sote-maakunnalle ja Helsingin kaupungille, sekä yliopistotasaisen erikoissairaanhoidon osalta nykyistä HUS-kuntayhtymää vastaavalla lakisäateiselle HUS-maakuntayhtymälle.

Ehdotettu ratkaisu ei Uudellamaalla toteuta uudistuksen keskeisiä tavoitteita järjestämisen integraatiosta, yhdenvertaisten laadukkaiden palvelujen saatavuuden parantamisesta ja perustason palvelujen vahvistamisesta. Se päinvastoin hajottaa jopa erikoissairaanhoidon sisäisen integraation jaetun järjestämISvastuun mallillaan. Se mahdollistaa, jollei jopa johda, käytettävissä olevien resurssien painottumiseen erityistason palveluihin HUS-kuntayhtymän laskuttaessa palveluistaan sote-maakuntia kuten sairaanhoitopiirien kuntayhtymät nykyisin peruskuntia. Se myös pirstonee nykyisiä toimivia hoitoketjuja Uudenmaan alueella.

On itsestään selvää, että nykyistä HUS-kuntayhtymää ei pidä hajottaa, vaan maamme suurimman yliopistosairaalan kokonaisuus tulee jatkossakin

turvata. Valittu ratkaisu sisältää kuitenkin pidemmällä tähtäimellä myös riskin HUS:n pilkkoutumisesta Uudenmaan sote-maakuntien ja Helsingin halutessa painottaen omaa erikoissairaanhoidon järjestämisvastuutaan. Turvallisin ja tarkoituksenmukaisin ratkaisu HUS:n kokonaisuutena säilyttämiseksi olisikin ollut toteuttaa myös Uudellamaalla vastaava maakunnallinen järjestämisvastuu kuten muualla maassa. Tämä olisi myös mahdollistanut uudistuksen keskeisten tavoitteiden toteutumisen myös Uudellamaalla.

Sote-maakuntien tehtävät

Sote-maakuntien tehtäväksi jäisi ehdotettavassa ratkaisussa vain sote-palvelut ja pelastustoimi. Ratkaisua voi tervehtiä tyydytyksellä – suppeampi ratkaisu on helpompi toteuttaa ja todennäköisesti myös eduskuntakäsittelyssä helpommin läpi vietävissä.

Esityksen mukaan opiskeluhoillon psykologit ja koulukuraattorit olisivat osa sote-maakuntien järjestämisvastuulla olevaa kokonaisuutta vastaavasti kuin koululääkärit ja kouluterveydenhoitajat. Lääkäriliitto pitää ratkaisua perusteltuna ainakin lääkärintyön näkökulmasta.

Ympäristöterveydenhuollon palvelut jäisivät esityksen mukaan kuntien järjestämisvastuulle. Näiden palvelujen väestöpohjavaatimus on jo nyt selvästi suurempi kuin välittömien sote-palvelujen, joten ratkaisua on vaikea ymmärtää tästäkään näkökulmasta – luontevaa olisi ollut siirtää nekin sote-maakuntien järjestämisvastuulle.

Vaikka nykyinen korona-pandemia onkin lähtöisin kiinalaiselta ruokatorilta, on se hyvä esimerkki ympäristön ja terveyden läheisestä yhteydestä. Suomessakin on suhteellisen tuoreita esimerkkejä mm. vesihuollosta lähteneestä epidemiasta, puhumattakaan elintarvikkeiden myyntiin, ravintolatoimintaan tai esimerkiksi teurastamoihin liittyvistä mahdollisista terveysriskeistä. Lääkäriliitto pitääkin erittäin tärkeänä ympäristöterveydenhuollon nivomista jo heti uudistuksen alkuvaiheessa osaksi muuta sote-kokonaisuutta, sote-maakuntien järjestämisvastuulle.

Palvelutuotanto

Erotuksena viime hallituskauden esitykseen nyt lausuttavana oleva hallituksen esitysluonnos ei sisällä järjestämisen ja tuottamisen lakisääteistä erottamista, vaan lähtökohtana on, että sote-maakunnat ovat myös palvelujen ensisijaisia tuottajia. Valittu ratkaisu helpottanee uudistuksen toteutumista, mutta kovin tiukasti sote-maakunnan päätöksentekoa vastuullaan olevan tuotannon järjestelyistä on esityksessä rajattu.

Vaatus potilaan hoitoon liittyvien päätösten rajaamisesta lähes pelkästään virkasuhteessa työskentelevälle lääkärille ei vastaa nykyistä käytäntöä ja laintulkintaa, ja estäisi sote-maakuntien palvelutuotannon järjestämisen niiden kokonaisuudessaankin omistamien yhtiöiden (julkisomisteiset yhtiöt) kautta. Vaikka hoidontarpeen arviota on jonkin verran lievennetty perusterveydenhuollon ja käytettävän vuokratyövoiman osalta, saattaa valittu ratkaisu aiheuttaa ongelmia päivystyksen järjestämiselle harvaanasuimmilla alueilla. Ongelmia palvelutuotannossa ja siten väestön tarpeenmukaisten palvelujen saatavuudessa koituneen monilla pienillä erikoisaloilla, sekä erityisesti psykiatriassa ja suun terveydenhuollossa. Tällä hetkellä huomattava osa psykiatrian palveluista maassamme hankitaan yksityiseltä sektorilta

ostopalveluna, ja yhdessä sairaanhoitopiirissä on ulkoistettu koko silmätautien erikoisalan toiminta.

Yksityisen ja kolmannen sektorin täydentävä palvelutuotanto on siis tärkeä osa nykyistä sote-palvelujärjestelmäämme, niin palvelusetelitoiminnan kuin erilaisten ostopalvelujen tai osaulkoistusten muodossa. Yksityisen sektorin täydentävän käytön perusteeton hillitseminen lainsäädännön rajoituksilla vaikeuttaisi erityisesti syrjäisten alueiden, lääketieteen monien erikoisalojen ja suun terveydenhuollon palvelujen järjestämistä. Selvää kuitenkin on, että tarkoituksenmukainen ja kustannusvaikuttava ostopalvelutoiminta edellyttää tietoa ostettavien palvelujen tuotantokustannuksista omana toimintana. Terveydenhuollon palvelutuotannon sisäinen laskentatoimi onkin aivan lapsenkengissään, mihin ongelmaan kansallisella tasolla tulisi välittömästi puuttua.

Lääkäriliiton mielestä järjestämisvastuullisille sote-maakunnille tulisikin jättää enemmän päätösvaltaa vastuullaan olevan tuotannon järjestelyissä.

Sote-maakuntien toiminnan rahoitus

Sote-maakuntien toiminta rahoitettaisiin esityksen mukaan ainakin alkuvaiheessa valtion yleiskatteellisella maakuntien lakisääteisiin tehtäviin kohdistuvalla rahoituksella. Rahoitus olisi seitsemän vuoden siirtymäajan jälkeen pääasiallisesti laskennallisesti tarveperusteista ja vähäisemmässä määrin olosuhdeperusteista. Tarveperusteisessa rahoituksessa terveydenhuollon tarvetekijöiden osuus olisi suurin (noin 47 %), mikä onkin tarkoituksenmukaista, koska terveydenhuollon kustannukset muodostavat valtakunnallisesti vajaa 60% kaikista sote-palvelujen kustannuksista.

Terveydenhuollon tarvetekijöitä olisi noin viisikymmentä, mukaan lukien erilaisia sairauksia, sekä ikäryhmäjako. Tarvetekijöitä on tarkoitus päivittää esityksen mukaan vähintään neljän vuoden välein, ja niiden kertoimet vuosittain. On vaikeaa arvioida, kuinka hyvin tarvetekijät heijastelevat todellista alueellista palveluntarvetta – myönnettäköön, että eksakti ja läpinäkyvä mittaaminen ja määrittely on varmasti haastavaa. Epäselväksi siten jää, kuinka oikeudenmukainen rahoituksen jako määritellyillä kriteereillä olisi ja tukisiko se nykyistä yhdenvertaisempaa palveluiden saatavuutta.

Lukuisten tarvetekijöiden ottaminen mukaan laskentaan vähentää yksittäisen tarvetekijän merkitystä ja tarvelaskennan satunnaisvaihtelua, kun järjestäjien pieni koko lisää rahoitustarpeen satunnaisvaihtelua tarpeettomasti ja kohtuuttomasti. Satunnaisvaihtelua järjestäjän tarveperusteisessa rahoituksessa vähentäisikin tarkoituksenmukaisemmalla tavalla järjestäjän koon kasvattaminen. Ehdotuksen mukaan pienimpien sote-maakuntien asukasluku olisi 70 000 asukkaan luokkaa, ja alle 200 000 asukkaan sote-maakuntia olisi ehdotetusta 22 järjestäjästä yli puolet. Suurimmassa osassa Euroopan maita vastaavat väestöpohjat ovat vähintään satoja tuhansia, osassa miljoonia.

Ehdotuksen mukaiseen tarveperusteiseen rahoitukseen oltaisiin siirtymässä vähitellen, ja takapainotteisesti. Rahoitus ei kuitenkaan ole sote-tarveperusteista siirtymäajan jälkeenkään, kahdesta syystä. Ensinnäkin, toistaiseksi voimassa oleva siirtymätasaus on vuodesta 2029 alkaen rajattu 150 euroon asukasta kohden, kun suurimmat ehdotuksen mukaiset laskennalliset tarpeet edellyttäisivät yli kaksinkertaista tasausrajaa. Lisäksi tarveperusteisuutta vähentävät jo laskentamallin olosuhdetekijät ja ennen kaikkea asukasmäärään perustuva rahoitus, jonka osuus kokonaisrahoituksesta on noin seitsemäsosa.

Ääripääät rahoitustarkastelussa ovat Pohjois-Karjala ja Helsinki. Pohjois-Karjalalla jäisi em. mukaisesti vuonna 2029 rahoitusvajetta edelleenkin noin 41 miljoonaa euroa, ja vastaavasti Helsinki saisi edelleenkin ”liikaa” rahoitusta noin 47 miljoonaa euroa. Lääkäriliiton mielestä sote-maakuntien rahoituksen tulisikin perustua esitettyä voimakkaammin väestön ikärakenteen ja sairastavuuden aiheuttamalla palvelutarpeelle.

Sote-maakunnille kohdennettavaa rahoitusta lisätään ehdotuksen mukaan tehtävämuutosten, kustannusten kasvun ja väestökehityksen aiheuttaman tarvelisäyksen perusteella. Mikään noista mainituista tekijöistä ei kuitenkaan huomioi ainakaan suoraan lääketieteen kehityksen myötä ilmaantuvien uusien ja usein aluksi kalliiden, mutta pitkällä tähtäimellä hyvinkin kustannusvaikuttavien hoitomuotojen käyttöönottoa. Tällainen ratkaisu voisi rapauttaa suomalaisen terveydenhuollon kehityksen, samoin kuin lääketieteellisen tutkimuksen hyvinkin nopeasti. Sote-maakuntien rahoituksessa onkin tavalla tai toisella huomioitava myös hoitokäytäntöjen muutoksesta aiheutuvat kustannuslisästarpeet.

Perustuslain asettamat reunaehdot vaativat tarvittavan rahoituksen turvaamista sote-maakunnille riittävien sote-palvelujen järjestämiseksi. On toki selvää, että kaikkeen mahdolliseen ei terveydenhuollossakaan ole varaa. Niinpä poliittisten päättäjien – eduskunnan ja hallituksen – on ratkaistava, mihin ja miten yhteiskunnan erilaisten tärkeiden toimintojen vaatima rahoitus kohdennetaan. Vastaavasti, kullakin toimintasektorilla joudutaan tekemään toimintojen priorisointia pyrkien toiminnan tehokkuuteen ja kustannusvaikuttavuuteen. Terveydenhuollon osalta tämä edellyttää kansallisen palveluvalikoiman nykyistä huomattavasti kattavampaa ja sitovampaa määrittelyä, mikä puolestaan vaatii huomattavia lisäresursseja Palveluvalikoimaneuvoston toimintaan.

Lääkäriliitto haluaa kuitenkin korostaa, ettei terveydenhuoltoa tulisi nähdä vain tai ensisijaisesti kulueränä, vaan tarkoituksenmukaisena investointina väestön terveyteen, hyvinvointiin ja toimintakykyyn. Investointina, joka parhaimmillaan tuottaa taloudellista hyötyä koko kansantaloudelle, ja joka tapauksessa vähentää muiden yhteiskunnan toimintojen kustannuspaineita.

Lääketieteellinen koulutus ja tutkimus

Terveydenhuollon toiminnan ja jatkuvan kehityksen kannalta on keskeisen tärkeää, että riittävät resurssit ja osaaminen lääkärikoulutukseen ja lääketieteelliseen tutkimukseen turvataan.

Lausunnolla oleva lainsäädäntökokonaisuus ei em. tavoitteen toteutumista estä, mutta ei myöskään välttämättä takaa. Laadukkaan lääketieteellisen koulutuksen ja tutkimuksen toteuttaminen on mahdollista ehdotettavan uuden järjestelmän puitteissa, ja toimijoiden koon suurentaminen voi jopa parantaa esimerkiksi tarkoituksenmukaisten koulutusväylien luomista erikoislääkärikoulutukseen. Nykyisiä erityisvastuualueita vastaavien yhteistyöalueiden rooli koulutuksen ja tutkimuksen toteuttamisessa on merkittävä, mikä ehdotettavassa lainsäädännössä onkin todettu ja veloitettu. Todennäköisesti uudistus mahdollistaa myös koulutuksen tasalaatuistumista ja koulutuksen laadun valvontaa yliopistojen toimesta.

Paljon lääketieteellisen koulutuksen ja tutkimuksen tulevaisuuden kehityksestä jää kuitenkin riippumaan uudistuksen käytännön toteutuksesta ja toiminnan johtamisesta uudessa järjestelmässä. Haluamme huomauttaa, että

jo pitkään huomattava osa lääketieteen peruskoulutuksen käytännön opetuksesta on järjestetty yliopistosairaaloiden ulkopuolella, myös terveyskeskuksissa. Koulutuksen resurssien riittämättömyys suhteessa jatkuvasti kasvaviin sisäänottomääriin kuormittaa jo nyt huomattavasti palvelujärjestelmää.

Terveydenhuoltolaki määrittelee valtion lääketieteelliseen tutkimukseen ja koulutukseen ohjattavan erillisrahoituksen, mihin ehdotettavassa sote-järjestämislaisakin viitataan. Molempien rahoituskohteiden tuntuva tasokorotus nykyisestä on jatkossa välttämätöntä tulevaisuuden tarpeisiin vastaamiseksi. Laadukas lääketieteellinen tutkimus ohjaa terveydenhuollon toimijoita tekemään kustannusvaikuttavia ratkaisuja.

Sote-järjestämislakiehdotuksessa on myös selkeästi todettu sote-maakunnan vastuu niin palveluksessaan olevan henkilöstön kuin mahdollisen sote-maakunnalle palveluja tuottavan yksityisen palveluntuottajan henkilöstön ammattitaidon ylläpidosta ja riittävästä täydennyskoulutuksesta. Mahdollisiin sote-maakuntien palveluhankintoja tai ulkoistuksia koskeviin sopimuksiin tulee jatkossa kirjata selkeästi velvoite henkilöstön täydennyskoulutuksen järjestämisestä.

Yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden rooli palvelutuotannossa tulee jatkossakin olemaan ainakin paikoin ja erikoisalakohtaisesti merkittävää. Nämä toimijat tulee ottaa nykyistä voimakkaammin ja selvemmin mukaan terveyspalvelujärjestelmän piirissä tapahtuvaan lääkärikoulutukseen (erikoislääkärikoulutus), jotta välttyään koulutusväylien pullonkauloilta erikoislääkärikoulutustarpeen voimakkaasti kasvaessa, erityisesti yleislääketieteen erikoisalalla. Sote-maakuntien tuleekin yhdessä yhteistyöalueiden ja yliopistojen kanssa kiinnittää erityistä huomiota em. yhteistyön kehittämiseen ja lisäämiseen.

Henkilöstön asema

Valmisteltava palvelujärjestelmä uudistus koskettaa noin puolta kuntien ja kuntayhtymien henkilöstöstä, yli kahtasataa tuhatta työntekijää. Eesityksen mukaan kunnallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palveluja tuottavissa organisaatioissa työskentelevä henkilöstö siirtyisi sote-maakuntien palvelukseen liikkeenluovutuksen periaatteiden mukaisesti. Myös henkilöstö, joka muualla kunnan hallinnossa tai tukipalveluissa tekee pääasiassa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä, siirtyisi sote-maakuntien palvelukseen. Kunnallista henkilöstöä koskevan lainsäädännön soveltamisalaa ehdotetaankin muutettavaksi koskemaan myös sote-maakuntien henkilöstöä. Sote-maakuntien työnantajaedunvalvontaa hoitaisi uudella lailla säädettävä Kunta- ja maakuntatyönantajat KT.

Hallituksen esityksen linjaus henkilöstön siirtymisestä liikkeenluovutuksen periaatteita noudattaen on oikea. Kunnallisten työnantajien sijaan tulevat uudet maakunnalliset työnantajat, joiden palvelukseen lääkärit siirtyvät liikkeenluovutuksen periaattein. Uudistus tulee koskemaan lähes koko Lääkäriliiton työssä käyvää jäsenkuntaa, koska kuntien ja kuntayhtymien palveluksessa olevia lääkäreitä on noin 70 % lääkäreistä.

Monen lääkärin osalta uudistus voi aiheuttaa niin työnkuvan kuin työskentelypaikan jopa huomattavia muutoksia. Konkreettisesti muutokset merkinnevät monille lääkäreille niin työn suorituspaikan muutosta, useita työskentelypaikkoja ja jopa tarvetta muuttaa asuinpaikkakuntaakin. Näitä muutoksia tuskin koetaan positiivisiksi.

Henkilöstön siirtymisestä liikkeenluovutuksen periaattein aiheutuva palkkaerojen harmonisaatio on toteutettava viivytyksettä, oikeudenmukaisesti ja vaikiintuneen oikeuskäytännön mukaisesti. Sote-maakunnissa, niiden mahdollisissa liikelaitoksissa ja yhtiöissä on varauduttava palkkaharmonisaatioon yhdenvertaisuuden turvaamiseksi. Harmonisaatioon liittyvät kustannukset on huomioitava jo uudistuksen toimeenpanon suunnittelussa ja myös sote-maakuntien rahoituksessa.

Henkilöstö on luonnollisestikin otettava alusta pitäen vahvasti mukaan uudistuksen käytännön valmisteluun sote-maakunnissa suunnittelemaan uusia organisaatioita ja niiden toiminnan järjestelyjä. Lääkäriliitto haluaa myös nostaa esiin lääkärin keskeisen roolin ja kokonaisvastuun terveydenhuollossa: lääkäreille on lainsäädännössä määritellyt nimenomaiset oikeudet ja velvollisuudet päätöksentekoon terveydenhuollon toiminnassa ja sen kokonaisuuden johtamisessa.

Lisäksi on syytä jo tässä vaiheessa todeta, että yliopistojen kliinisestä koulutuksesta vastaava henkilöstö toimii sairaanhoitopiirien sivuviroissa, joista on säädetty erikoissairaanhoitolaissa. Tällä tavoin on siirretty uusin tutkimustieto kliiniseen toimintaan sekä lääkärin ja hammaslääkärin koulutukseen. Tämän yhteyden katkaiseminen vaarantaisi myös kliinisen tutkimuksen toteuttamisen yliopistosairaaloitten, muiden sairaaloitten, perusterveydenhuollon yksiköiden ja yliopistojen välillä. Uudistuksessa on edelleen lainsäädännön tasolla turvattava mahdollisuus toimia samaan aikaan yliopiston ja palvelujärjestelmän tehtävissä.

Terveydenhuollon kestävä kehitys

Tehtäessä ratkaisuja terveystalouden kehittämiseksi tai uudistamisesta näkökulmana tulisi olla pitkän aikavälin kestävä kehitys – niin taloudellisesti, sosiaalisesti, eettisesti kuin ekologisestikin.

Ehdotettu uudistusmalli vaikuttaa olevan taloudellisesti varsin kestävällä pohjalla yhteiskunnan kokonaisuuden näkökulmasta. Mallissa varmistetaan erittäin maltillinen terveydenhuoltomenojen kasvu ja tehdään lisäresurssien suuntaamisesta terveydenhuoltoon vaikeaa ja tarkasti valtakunnan tasolla kontrolloitua. Terveydenhuollon näkökulmasta malli on ongelmallisempi. Kuten todettu, esitetty jäykkä rahoitusmalli ei näytä antavan mahdollisuutta terveydenhuollon lisäpanostuksiin terveydenhuollon laadun parantamiseksi tai lääketieteen kehityksen huomioon ottamiseksi ja sen mukaan toimimiseksi.

Ehdotettu malli on huomattavasti integroidumpi ja keskitetympi järjestelmä kuin nykyinen terveydenhuollon järjestämismalli. Tämä luo mahdollisuuden paremmin toimivien ja yhdenvertaisempien palveluiden järjestämiseen, ja sitä kautta voi parantaa toiminnan sosiaalista kestävyttä. Sosiaalista kestävyttä lähtökohtaisesti parantaa myös terveydenhuollon demokraattisten päätöksentekomekanismien selkiytyminen. Sen sijaan uhkana sosiaalisen kestävyden kannalta on mahdollinen epätasa-arvoinen resurssien jako maakuntien välillä, sekä resurssien niukkuudesta johtuva järjestelmän mahdollinen asteittainen rapautuminen.

Mallin ekologista ja eettistä kestävyttä on tässä vaiheessa vaikea arvioida, kun yksityiskohtaisemmat lainsäädäntömuutokset tuodaan prosessin seuraavassa vaiheessa. Ekologista kestävyttä parantaisi yhteistyöalueiden vahvempi rooli, jolloin materiaalistien resurssien käyttöä voitaisiin optimoida suurempina kokonaisuuksina.

Yhteenveto

Lausuttavalla lainsäädäntökokonaisuudella perustetaan kuntaa suuremmat järjestämisvastuulliset toimijat sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä pelastustoimeen. Esitettyjen perustelujen mukaan tällä uudistuksella ei ole tarkoitus lainsäädännön tasolla erottaa järjestämistä ja tuottamista, vaan järjestämisvastuulliset sote-maakunnat ovat myös ensisijaisia palveluntuottajia.

Ehdotetussa mallissa on erittäin voimakas valtion ohjaus niin sote-maakuntien käyttörahoituksen, investointien kuin palvelutuotannon järjestämisen osalta. Voidaankin perustellusti puhua valtiollisesta järjestämisvastuusta ja rahoituksesta, jolloin perustettavat sote-maakunnat jäävät lähinnä tuottajan rooliin. Tämä lieneekin tarkoituksenmukaista sote-maakuntien nykyaikaisen terveydenhuollon järjestämisen näkökulmasta aivan liian pienten väestöpohjien vuoksi.

Uudistuksen tavoitteet ovat hyvät, mutta ehdotettu malli tuskin johtaa tavoitteiden täydelliseen toteutumiseen. Suurimman ongelman tähän muodostaa Uudenmaan erillisratkaisu, jossa itsestään selvästi uudistuksen keskeiset periaatteet ja tavoitteet tietoisesti sivuutetaan.

Lääkäriliiton mielestä on tärkeää, että uudistusta sen puutteista huolimatta viedään eteenpäin. Kerralla valmista ja vuosikymmeniä kestävästä mallista tuskin on mahdollista luoda, joten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmämme kehittämistä on jatkettava tulevina vuosina ja vuosikymmeninä keskeisenä tavoitteena ainakin terveydenhuollon integraation kattava toteuttaminen vähintäänkin maakuntien tasolla. Jatkossakaan ei tule tehdä ratkaisuja, jotka sementtoisivat nyt ehdotetun mallin – tällainen olisi sote-maakuntien valmisteilla oleva verotusoikeus!

Lopullisessa hallituksen esityksessä on nyt lausuntokierroksella olevaan luonnokseen nähden tärkeää lisätä oleellisesti järjestämisvastuullisten sote-maakuntien päätöksentekomahdollisuutta palvelutuotannon järjestämisessä alueellaan, sekä purkaa Uudenmaan erillisratkaisu.

Kunnioittaen

SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO ry.



Tuula Rajaniemi
puheenjohtaja



Heikki Pärnänen
johtaja