

# Kymmenen kysymystä sote-uudistuksesta



Tuija Kuusmetsä

Mitä haluaisit tietää sotesta mutta et ole uskaltanut kysyä? Kymmenen tällaiseen kysymykseen vastaa Lääkäriliiton politiikkatoimialan johtaja **Heikki Pärnänen**.

**Sari Silventoinen**

## 1. Onko sote-uudistuksen taustalla muuta kuin tarve yrittää säästää rahaa?

Ehdottomasti on. Terveyspalvelujärjestelmämme on vuosikymmenten takaa: keskussairaalaverkosto, johon nykyiset sairaanhoitopiirit pohjautuvat, rakennettiin 1950-luvulla; kansanterveyslaki tuli voimaan 1972, ja sen myötä rakennettiin terveyskeskukset. Viimeisin suurempi lakiuudistus terveydenhuollossa on erikoissairaanhoitolain voimaantulo 1991. Silloin yhdistettiin eri toimintoja koskevat kuntayhtymät sairaanhoitopiireiksi. Terveydenhuol-

tolain säätäminen sisältölakina on jo osa tätä vuosia valmisteltua sote-uudistusta.

## 2. Nykyisin on viisi erva-aluetta. Uudistuksessa on viisi sote-aluetta. Mikä muuttuu?

Erva-alueet eivät ole juridisia toimijoita vaan enemmänkin "sopimukseen perustuvaa yhteistyötä", vaikka ne onkin nimetty valtioneuvoston päätöksellä. Terveysdenhuoltolaissa niille kieltämättä jo asetetaan tehtäviä, kuten työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta huolehtiminen palvelujen

tuotannossa, tietojärjestelmäratkaisuissa, hankinnoissa ja henkilöstön saatavuudessa ja osaamisessa. Tämä erva-yhteistyö perustuu kuitenkin erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien väliseen järjestämissopimukseen. Tällaiseen ratkaisuun päädyttiin terveydenhuoltolaissa sen vuoksi, että kyseessä ei ole ”rakennelaki” vaan ”sisältölaki” – sillä ei siis perustettu uusia juridisia toimijoita, vaan palvelujärjestelmän toimijoista säädetään edelleenkin kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain voimassa olevissa pykälissä.

Sote-alueista muodostetaan järjestämislailla kuntayhtymämuotoisia juridisia toimijoita, joilla on oma hallinto ja päätösvalta vastuullaan olevissa asioissa omalla alueellaan. Kieltämättä sote-alueille annettava palveluiden järjestämistä on sisällöllisesti hyvin samankaltainen kuin erva-alueiden tehtävät erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen perusteella. Suuri ero on se, että sote-alueet vastaavat erikoissairaanhoidon palveluiden ohella myös perusterveydenhuollon ja kuntien sosiaalitoimen palveluiden järjestämisestä. Ratkaisulla toteutetaan siis laaja horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio.

Sote-alueet ja erva-alueet lienevät alueellisesti hyvin yhdenmukaisia – pientä liikettä voi tapahtua, mutta tuskin suuria muutoksia.

### **3. Puhutaan, että ”sote” päättää tulevaisuudessa alueen toiminnasta. Mikä tai kuka on tämä ”sote”?**

Viittaa edelliseen vastaukseen. Sote on juridinen toimija, kuntayhtymä siinä missä nykyään sairaanhoitopiirien kuntayhtymät tai terveyskeskuskuntayhtymät. Sillä tulee olemaan ”konttori”, mitä ilmeisimmin yhtymävaltuusto korkeimpana päättävänä elementinä ja yhtymähallitus operatiivisena

toimijana, aivan kuntalain säädösten mukaan.

### **4. Sote-uudistuksessa puhutaan ”tuottajista” ja ”järjestäjistä”. Mitä ne ovat?**

Tämä asia on lausunnolla olevassa lakiesityksessä hämärtyneet pahemman kerran. Järjestämistä vastuu kuuluu – vähän yksinkertaistetusti – vastuu arvioida väestön palvelujen tarvetta nyt ja tulevaisuudessa ja huolehtia siitä, että on olemassa tuotantokoneisto tarvittavia palveluja tuottamaan. Järjestäjän tehtävänä on siis tehdä tuottamistapaa koskevat päätökset, päättää tuotantokoneistosta ja valvoa tuottajia.

Tuottajat – niin, ne tuottavat niitä palveluja, mitä järjestäjä on niille tuottavaksi antanut.

Järjestämislakiesityksen keskeinen ongelma on, että tämä selkeä kahtiajako on sotkettu ehdottamalla tuottamisvastuullisista toimijoista säättämisestä. Voidaan ajatella niin, että järjestäjän (sote-alue) ja tuottajien (paikalliset ja alueelliset tuottajat) väliin asetettaisiin ikään kuin ”kakkosportaan” järjestäjä – paitsi että nämä tuottamisvastuulliset kunnat ja kuntayhtymät tulevat olemaan alueellaan myös pääasiallisia tuottajia, siis käytännössä alueellisia julkisia tuotantomonopoleja. Ne voivat toki tilata palveluita sote-järjestämispäätöksessä päätettyjen kriteerien mukaan myös muilta tuottajilta – samaan tapaan kuin nyt mm. sairaanhoitopiirit tilaavat. Mutta oireellista oli jo kesäkuussa linjausten julkistamistilaisuudessa useamman poliittisen päättäjän suusta kuultu toteamus, että ”nykyinen monipuolinen palvelutuotanto säilytetään ennallaan!” Siinähan meillä on uudistusta!

### **5. Puhutaan ”vahvasta sotesta”. Mitä se tarkoittaa?**

Järjestäjän – tai järjestäjärahoittajan

– tulisi olla vahva toimija tuottajien yläpuolella. Siis valtuuttaa tuottajat ja valvoa niiden toimintaa. Jos järjestäjä ja tuottaja aidosti erotetaan niin, että myös niiden päätöksenteko on toisistaan riippumatonta, järjestäjä on automaattisesti ”vahva”. Mutta kuten edellä on kuvattu, lakiehdotuksen säädös tuottamisvastuullisista toimijoista kyllä romuttaa vahvan järjestäjän, ”vahvan soten”. Molemmat ovat kuntayhtymiä, joissa päätösvaltaa käyttävät niihin kuuluvat kunnat. Kuntien intressi ei ole huolehtia yhteisestä hyvästä, siis tasapuolisesta järjestämisestä, vaan niiden intressi on haalia itselleen tuotantokoneistoa ja tuotantoa. Tämä on vanha totuus – ennen puhuttiin ”sijaintikunta-edusta”. Tarkoittaa, että kunnalle on suuri voitto saada alueelleen iso julkinen palveluntuottaja, sairaala tai terveyskeskus, jonka palveluksessa oleva henkilöstö asuu kunnassa ja maksaa veronsa sinne. Vastaavaa kuntien ”itsestä intressiä” on ollut nähtävissä nyt lainsäädännön valmisteluvaiheessa yksittäisten kuntien pyrkiessä pitkällä ulkoistamissopimuksilla takaamaan palvelutuotanto nykyisellään oman kuntansa alueella.

### **6. Kuka jatkossa päättää, missä potilas hoidetaan? Onko klinistä työtä tekevällä lääkärillä enää mitään vaikutusvaltaa?**

Potilaalla on voimassa olevan lainsäädännön mukaan vapaus valita käyttämänsä terveysasema (perusterveydenhuollon palvelut) kerran vuodessa, ja erikoissairaanhoidon palveluita tarvittaessaan julkinen sairaala, jonka palveluita haluaa käyttää. En usko, että tämä miksikään muuttuu. Käytännössä sairaalan valinnassa on kysymys potilaan ja lähettävän lääkärin yhdessä tekemästä päätöksestä – mutta viime kädessä potilas valitsee mahdollisista vaihtoehdoista. Klinistä työtä tekevän

lääkärin kannalta ei tässä suhteessa varmaankaan muutu mikään .

### **7. Jos erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto yhdistyvät, päättääkö potilas kuka häntä hoitaa – yleislääkäri vai esimerkiksi gastrokirurgi. Miten käy hoidon porrastukselle?**

Hoidon porrastus ei lopu, eikä potilas tätä asiaa päätä. Potilaslain – jota ei olla muuttamassa tässä yhteydessä – mukaan potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan kanssa tulee siis keskustella hoidon erilaisista lääketieteellisesti perustelluista vaihtoehdoista, mutta viime kädessä lääkäri tekee hoitoratkaisut, jatkossakin. Potilaalla ei ole subjektiivista oikeutta vaatia esimerkiksi erikoislääkärin konsultaatiota.

Kokonaan toinen juttu on sitten se, onko perusterveydenhuollon lääkärin tarkoituksenmukaista konsultaatiota kieltää, jos potilas sitä ehdottomasti tuntuu haluavan. Oma kokemukseni parinkymmenen vuoden takaa on, että jos potilas on – vaikkapa sen vuoksi, että hän ei luota arviooni – sitä mieltä, että hänen tulee saada kuulla erikoislääkärin mielipide asiassa, hän sen myös hankkii. Pahimmillaan se voi tarkoittaa sitä, että hän hankkiutuu asiaansa tuntemattoman toisen lääkärin vastaanotolle haluamaan lähetettä julkiseen erikoissairaanhoitoon – ja olen varma, että parhaan konsultaatiopyynnön konsultaation tarpeesta riippumatta tekee kuitenkin se lääkäri, joka potilaan asiat vanhaan parhaiten tuntee.

### **8. Mitä tapahtuu potilaan valinnanvapaudelle uudistuksen jälkeen?**

Se ei muutu mitenkään. Ei siis vähene – mutta ei lisäänykään. Valinnanvapaus koskee voimassa olevan lainsäädännön mukaisesti ja jatkossakin vain julkisen terveydenhuollon palvelun-

tuottajia tai palvelusetelimenettelyllä siten kuin palvelusetelin antaja päättää. Ja todellinen, laaja valinnanvapaus on vain omalla rahalla palvelut hankittaessa.

### **9. Jos lääkärin työnantaja muuttuu esimerkiksi sairaanhoitopiirien yhdistymisen myötä, mitä tapahtuu palkoille, jos ne nyt eivät ole samansuuruisia eri sairaanhoitopiireissä välillä? Onko mahdollista, että palkka laskee?**

Lakiehdotuksen mukaan nykyisten palveluntuottajien henkilöstö siirtyy uusien tuottamisvastuullisten toimijoiden palvelukseen vanhoina työntekijöinä, siis entisillä työsuhte-educilla. Palkka ei siis voi laskea. Irtisanomissuojaa henkilöstölle ei kuitenkaan ole tulossa, niin kuin PARAS-lain säätämisen yhteydessä tai kuntarakennelain mukaan tapahtuvissa kuntaliitoksissa.

Kun eri työnantajien palveluksessa ollutta henkilöstöä siirtyy uuden työnantajan palvelukseen, siirtyvän henkilöstön palkkatasot voivat poiketa – ja todennäköisesti poikkeavatkin – toisistaan. Tämä edellyttää työsuhte-etujen harmonisointia jatkossa kohtuullisella aikataululla, jollaisena on pidetty paria vuotta. Harmonisointi ei voi tapahtua alaspäin – kenenkään palkka ei siis voi tässäkään vaiheessa laskea, jos tehtävät ja niistä suoriutuminen säilyvät ennallaan. Kuntatyönantaja on arvioinut tällaisen muutoksen merkitsevän huomattavaa kuntasektorin henkilöstömenojen kasvua ja edellyttänyt asian huomioon ottamista lakiuudistusta tehtäessä.

Uudet työnantajat vastannevat alueellisesti nykyisiä sairaanhoitopiirejä. Niinpä merkittävää erikoissairaanhoitossa työskentelevien lääkäreiden palkkatason harmonisoinnin tarvetta ei tule vastaan. Sitä vastoin terveyskeskuksissa työskenteleviä lääkäreitä asia koskenee, koska palkkataso

vaihtelee saman sairaanhoitopiirien alueella toimivissa terveyskeskuksissa huomattavastikin. Oman haasteensa tähän kokonaisuuteen tuo se, että Lääkärisopimuksessa on eri palkkaliitteet erikoissairaanhoitossa (liite 3) ja perusterveydenhuollossa (liite 1) työskentelevillä lääkäreille. Näiden liitteiden viikkotyöaika ja erältä osin (erityisesti terveyskeskusten omalääkärimääräykset) palkkausrakennekin poikkeavat toisistaan. Hinnoittelunimikkeittäinen peruspalkka (tehtäväkohtaisen palkan alaraja) on käytännössä identtinen suhteessa työaikaan, mutta maksupalkka on eri työskentelysektoreilla, erityisesti yliopistosairaanhoitopiireissä erilainen.

### **10. Muuttuuko yksityissektorin rooli?**

Oletettavasti ei. Järjestämislaki koskee julkista terveydenhuoltoa, ja näillä näkymin tämä suomalainen julkisen terveydenhuollon malli ollaan pikemminkin sementoimassa entiselleen kuin kehittämässä sitä niin, että eri palveluntuottajat voisivat toimia samalta viivalta. Erityisesti perustason palveluissa palvelutuotannon monipuolistamiseen olisi kuitenkin kaikki edellytykset – viitaten vaikkapa Ruotsin uudistuksiin.

Sote-sanastoa: <http://www.stm.fi/palvelurakennuudistus/kasitteet>

Onko mielessäsi jokin aihe, johon et tiedä vastausta etkä tiedä keneltä kysyisit? Todennäköisesti joku toinenkin kollega miettii samoja asioita. Lähetä kysymyksesi osoitteeseen [sari.silventoinen@fimnet.fi](mailto:sari.silventoinen@fimnet.fi), saatat löytää vastauksia myöhemmin Erikoislääkäri-lehdestä.