

**Eduskunnan valtiovarainvaliokunnalle 13.4.2018****Aki Lindenin lausunto sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapauslaista. Stilisoitu tammikuussa 2019.****Johdanto**

Kolmea seuraavaa asiaa ei pysty sote-uudistuksessa toteuttamaan yhtä aikaa: laajaa valinnanvapautta, kustannusten alentamista ja korkealaatuisia palveluja.

Kaksi niistä voi toteutua yhtä aikaa, mutta tällöin ei kolmas niistä toteudu.

Laaja valinnanvapaus ja korkealaatuiset palvelut johtavat kustannusten kasvuun.

Laaja valinnanvapaus ja kustannusten alentaminen edellyttävät palveluiden sisällöstä karsimista: "saa valita, mutta sisällöltään niukempaa".

Kustannusten alentaminen ja korkealaatuiset palvelut on haasteellinen yhdistelmä, joka voidaan toteuttaa vain tiukasti ohjatussa julkisessa tai kokonaisulkoistetussa mallissa. Valinnanvapaus ei tähän malliin mahdu.

**Terveydenhuollon markkinoista**

Valinnanvapaus on käsitteenä hyvin positiivinen. Saman asian ilmaiseminen siten, että kyseessä on sosiaali- ja terveyspalveluiden laaja ulkoistaminen markkinoille asiakkaiden "valittavaksi", herättää paljon ristiriitaisempia ajatuksia. Tästä kuitenkin on kysymys nyt esitetyssä laissa. Asiakkaan tai potilaan suorittama valinta tapahtuu pääasiassa markkinoilla ja vain vähäisessä määrin julkisten yhteisöjen sisällä tai välillä. Siksi asiaa tulee tarkastella nimenomaan sosiaali- ja terveyspalveluiden markkinoille siirtämisen näkökulmasta.

Aihepiiristä on paljon tutkimuksia. Niitä esiteltiin mm. 2.2.2018 pidetyillä Terveystaloustieteen päivillä. Niiden tulokset ovat keskenään ristiriitaisia. Toisinaan kilpailu on johtanut myönteisiin tuloksiin: palvelun saatavuuden, asiakaskokemuksen ja laadun parantumiseen. Tosin esimerkiksi Iso-Britanniassa sairaaloiden välinen kilpailu on ollut pääosin julkisten sairaaloiden välistä kilpailua. Samalla kustannukset ovat yleensä kasvaneet, koska myönteiset tulokset ovat olleet seurausta laajemman julkisesti rahoitetun kapasiteetin käyttöönotosta. Toisinaan tulokset ovat neutraaleja. Toisinaan ne ovat niin kriittisiä, että eräät johtavat tutkijat, esimerkiksi Suomessa keväällä 2017 vierailut professori Jeffrey Sachs, katsovat terveyspalveluiden soveltuvan markkinoille huonosti.

Talousteorian mukaisten täydellisten markkinoiden edellytykset eivät toteudu terveyspalveluissa. Tuottajien pääsy markkinoille on tiukasti säänneltyä ja rajoitettua. Konkreettisesti kyse on esimerkiksi lääkäreiden tai hammaslääkäreiden, erityisesti erikoislääkäreiden, niukkuudesta. Tällöin sellaista kilpailua, joka alentaisi hintoja ja parantaisi laatua, ei esiinny. Toiseksi kysymys on tiedon asymmetriasta tuottajan ja asiakkaan välillä. Palvelun tuottaja asiantuntemuksensa perusteella määrittelee sen mitä asiakas tarvitsee. Kyse ei ole auton, ravintolan tai kampaajan valinnasta, vaan vaati-

vista asiantuntijapalveluista. Toimiessani valvontaviranomaisena (lääninlääkäri) jouduin selvittämään useita tapauksia, joissa asiakasta oli ”vedätetty” käyttämään palveluita, joita hän ei välttämättä sairautensa tutkimukseen tai hoitoon olisi tarvinnut. Kolmas syy on tuotteen sisällön vaikea määrittely ja vertailukelpoisen hinnoittelun puuttuminen. Tuottajien yhdessä sopimat ”monopolihinnat” tai laskuttaminen erilaisista lisäpalveluista ovat arkipäivää terveydenhuollossa.

Terveydenhuollon markkinat ovat erittäin vaikeasti ohjattavissa. Tällä hetkellä ja vielä pitkälle tulevaisuuteen vallitsee Suomessa keskeisten avainasiantuntijoiden niukuus. Pulaa on erityisesti kokeneista yleislääkäreistä, monien erikoisalojen erikoislääkäreistä ja hammaslääkäreistä. Suurissakin keskussairaaloissa kärsitään lääkäripulasta (esimerkiksi Satakunnan keskussairaala). HUS:n sisälläkin on haasteellista saada lääkäreitä Hyvinkään, Lohjan tai Raaseporin sairaaloihin. Tällaisessa tilanteessa valinnanvapausmarkkinat eivät toimi. Suunniteltu maakunta ei ole vahva järjestäjä, vaan valtio määrää keskitetysti monista sellaisista toiminnan yksityiskohdista, joiden tulisi olla maakunnan päätettävissä. Toisaalta tuottajayhtiöt päättävät itse mitä ne tekevät. Asiakaseteleitä ja henkilökohtaista budjettia käyttävä palvelutuotanto on yhtiötettävä, ts. maakunnankin omistamien näitä palveluja tuottavien yksiköiden on oltava yhtiöitä. Suoran valinnan palveluita tuottavilla maakunnan yksiköillä ei ole yhtiöityspakkoa, mutta menestyäkseen kilpailussa on nekin yhtiötettävä. Ongelmana on aloittavien yhtiöiden pääomittaminen. Johtaako se siihen, että julkisten yhtiöiden sijasta onkin muodostettava yhteisyhtiöitä, joissa yksityinen omistus on merkittävä?

### **Näkökulmani on toiminnallinen ja taloudellinen**

En tämän enempää esitä yleistä teoriaa vaan käsittelen konkreettisesti esitettyä valinnanvapauslakia. Näkökulmani on toiminnallinen ja taloudellinen. Olen havainnut, että lain vaikutusten ymmärtäminen on erittäin puutteellista. Keskustelua käydään teoreettisesti ja mielikuvien varassa. On ilmennyt, että nykyisenkään palvelujärjestelmä yksityiskohtia ei tunneta. Tulevan järjestelmän vaikutukset näihin yksityiskohtiin ovat vielä hataramman käsityksen varassa. Yritän osaltani valottaa näitä ongelmia sillä kokemuksella, joka minulle on kertynyt terveyskeskuksen lääkärimä ja johtajana, yliopiston kansanterveystieteen ja perusterveydenhuollon opettajana, kahden suuren sairaanhoitopiirien johtajana, yksityisenä lääkärimatmanharjoittajana ja keskisuuren lääkärikeskuksen osakkaana sekä lääninhallituksen sosiaali- ja terveyspalveluja valvojana virkamiehenä.

### **Ensimmäinen kommentti: byrokratia lisääntyy merkittävästi**

Julkisesti rahoitettujen palvelujen tuottaminen laajasti markkinoilla siten, että asiakas/potilas itse suorittaa valinnan, on aivan eri asia kuin palveluiden hankkiminen järjestäjän toimesta kilpailuttamalla eli ns. ostopalveluina. Kilpailutettuun ostopalveluun sisältyy mielestäni laatua parantavia ja kustannuksia alentavia vaikutuksia. On kuitenkin todettava, että hankinnat ovat vaikeita ja usein ne kohdistuvat vain osatoimintaan ja niiden vaikutus kokonaiskustannusten alentumiseen on jäänyt toteutumatta.

Nyt esitetty valinnanvapausmalli ei ole ostopalvelua, vaan se on hyvin toisenlainen malli. Tämän uuden mallin vaikutuksia toimintaan ja kustannuksiin on arvioitu aivan liian vähän. Espoossa on jo muutaman vuoden ajan toiminut malli, jossa 11:sta terveysasemasta kaksi on ulkoistettu yksityiselle toimijalle. Kaupunki on päättänyt koko-

naisbudjetin, jonka puitteissa terveysasemat rahoitetaan samalla tavalla siitä riippumatta, onko kyseessä kaupungin oma vai yksityisen tuottajan terveysasema. Mutta tämä malli ei ole tuleva valinnanvapausmalli. Tässä Espoon mallissa rahoittaja/järjestäjä (=Espoon kaupunki) päättää terveysasemien määrän, budjetin ja mahdolliset ulkoistukset. Valinnanvapausmallissa joku tuottaja itse omilla päätöksillään perustaa esimerkiksi viisi tai kuusi uutta terveysasemaa, jotka alkavat saada kiinteää rahoitusta kaikkien terveysasemien yhteisestä budjetista käyttäjiksi ilmoittautuvien lukumäärän perusteella. Tällainen ”markkinamalli” muuttaa toiminnan luonteen täysin. Se johtaa toistuvaan eri terveysasemien kasvuun tai supistumiseen ja jatkuviin yt-prosesseihin. Sopiiko tällainen malli julkisesti rahoitettuun toimintaan, jonka tulisi ehkäistä ihmisten sairauksia ja sosiaalisia ongelmia ja kaventaa terveysteroja? Ajatelkaa jos koululaitoksemme toimisi samalla tavalla.

Asiakkaiden ja potilaiden laajan ja suoran valinnanvapauden onnistunut käyttöönotto palveluissa, joiden keskeisenä tavoitteena sanotaan olevan yhteiskunnallisen tasarvon lisääminen, on erittäin haastavaa. Esitetyssä laissa ei ole tässä suhteessa onnistuttu. Uudesta järjestelmästä on tulossa erittäin sekava ja byrokraattinen. Rahoittajan ja lukuisten eri tuottajien pieniinkin osapalveluihin liittyvät rahoitusta, velvoitteita ja valvontaa koskevat toimenpiteet eli transaktiot moninkertaistuvat nykyiseen verrattuna. Tämä tulee aiheuttamaan valtavasti työtä ja hallintokuluja sekä synnyttämään myös ristiriitoja tuottajien ja rahoittajan välillä. Olen aivan varma, että riitojen käsittelyt myös tuomioistuimissa lisääntyvät. Aineksia siihen on laissa paljon. Totean samalla kuitenkin, että lain kirjoitustyö on mielestäni hoidettu kunnianhimoisesti ja lain lähtökohtiin liittyvien ristiriitojen aiheuttamiin on yritetty hakea ratkaisuja. Tämä näkyy useissa pykälissä, jotka ovat laissa vain siksi, että monimutkaisten tuottajien ja rahoittajan välisten suhteiden vuoksi tällaisia pykälää tarvitaan.

Suomen nykyiset kunnalliset sosiaali- ja terveystalvet muodostuvat 50 lääketieteen erikoisalalan palveluista, 44 eri sisältöisestä sosiaalipalvelutehtävästä ja 32 (Liite 3.) eri terveyskeskuksen palvelusta. Suuri osa näistä jakaantuu esitetyssä lainsäädännössä viidellä eri tavalla rahoitettuun ryhmään:

- 1) maakunnan liikelaitoksen budjettirahoituksella toimivat palvelut,
- 2) maakunnan myöntämällä asiakaseteleillä rahoitettavat palvelut,
- 3) maakunnan myöntämän henkilökohtaisen budjetin avulla rahoitettavat palvelut,
- 4) suoran valinnan palvelut (ns. sotekeskukset ja hammashuollon yksiköt), jotka maakunta rahoittaa pääosin palvelutuottajalle myönnettävällä kiinteällä kansalaisten lukumäärään eli kapitaatioon perustuvalla rahoituksella, sekä
- 5) jatkossakin potilaan ja asiakkaiden itsensä rahoittamat palvelut, joiden määrä tulee olemaan paljon suurempi kuin nyt annetaan ymmärtää.

Kuudes ryhmä, jota en tähän nyt laske mukaan, ovat työterveyshuollon palvelut. Aiemmin mainituissa 126 eri palvelussa muodostuu tuottajayhtiöiden, asiakkaiden, maakunnan liikelaitoksen ja maakunnan konsernihallinnon kesken tavattoman monimutkainen rahojen, tehtävien ja velvoitteiden vuorovaikutusten verkosto. Tarkoitukseni on kuvata tämä monimutkainen kokonaisuus visuaalisesti eräänlaisena ”kartana”, mutta se tulee olemaan hyvin haastavaa.

### **Asiakassetelit erikoissairaanhoidon kannalta**

HUS:lle on kertynyt laaja kokemus palvelusetelien (asiakassetelien aikaisempi nimi) käytöstä kevyemmässä erikoissairaanhoidossa. Vuosien aikana on käytetty

kymmeniä tuhansia palveluseteleitä. Niitä ei ole otettu käyttöön ideologisista syistä eikä niiden avulla ole ensi sijaisesti haettu säästöjä. Niitä on käytetty palveluiden laajentamiseen sellaisilla toiminnan alueilla, joissa HUSin oman henkilöstön muodostama resurssi on ollut perusteltua keskittää vaativampaan erikoissairaanhoidon kevyemmän tuotannon sijasta ja joissa kyse on ollut määrältään kasvavasta palvelusta. HUS on myös "kotiuttanut" takaisin itselleen palvelusetelitoimintaa silloin kun se on ollut kustannusten, laadun tai liiallisen byrokratian takia perusteltua.

Jokaisen eri toimenpiteen kohdalla - kaihileikkaus, suonikohjuleikkaus, tyräleikkaus, psykoterapia, magneettitutkimus jne. - on laadittu yksityiskohtainen käsikirja, jossa määritellään mitä kyseiseen toimenpiteeseen kuuluu ja millainen tulee laadun olla. Kaihileikkauksen palvelusetelin käsittelykulu on noin 75 euroa eli kymmenesosa koko kaihileikkauksen kustannuksesta. Toiminnan laajennettua on ollut vaikeuksia löytää asiantuntijoita, joille näiden setelien käsittely ja toiminnan valvonta olisi riittävän mielenkiintoinen työ. Työnjakoa on myös tehty siten, että yksityinen tuottaja suorittaa helpommat toimenpiteet ja sairaanhoitopiiri ne, joiden lääketieteellinen riski on suurempi tai potilaat ovat enemmän autettavia. On ollut sallittua, että sairaanhoitopiiriin omat lääkärit voivat työskennellä sivutoimisesti myös palvelusetelillä rahoitetussa yksityisessä tuotannossa. Olisi ristiriitaista, että luotaisiin laajat markkinat, joilla houkutellaan lääkärit jättämään vaativa työnsä päivystävissä sairaaloissa siirtyäkseen kokopäiväisesti helpomman sairaanhoidon tuottajiksi yksityiselle sektorille. Myös opetus-sairaalan aseman vuoksi on osa näistä toiminnoista - esimerkiksi puolet kaihileikkauksista - pidettävä omana toimintana. Sellaisellakin tiedolla on merkitystä, että esimerkiksi erikoistuvan lääkärin suoritettua on pienempi kuin valmiin erikoislääkärin, ts. opetussairaallalla on kuluja, joita muilla tuottajilla ei ole.

Palvelusetelien ohella HUS on käyttänyt laajaa ostopalvelua esimerkiksi glaukooman eli viherkaihin ja koston silmänpohjarappeutumien hoidossa. Tällöin kyse ei ole valinnanvapaudesta, vaan potilaat ohjataan alihankkijalle, joka on voittanut kilpailutuksen. HUS kouluttaa alihankkijoita itse ja valvoo erityisesti toiminnan alkuvaiheessa tiukasti toiminnan laatua. Kyseisen ostopalvelutoiminnan kulujen kasvu oli vuosina 2017 ja 2018 HUS:n suurinta. Tämä johtui toiminnan laajentumisesta sen seurauksena, että kyseisten potilaiden määrä on kasvava. Aikaisemmin merkittävä osa glaukoomapotilaista hoidatti itsensä omalla kustannuksellaan yksityisillä silmälääkäreillä. Tässä suhteessa siis yhteiskunnan kustannukset ovat merkittävästi kasvaneet. Näin tulee tapahtumaan laajemminkin, jos valinnanvapaus laajenee sellaisella mallilla, että potilaiden aikaisemmin itse maksama hoito siirtyy yhteiskunnan kustannettavaksi. Tämä vain on fakta, joka löytyy tunnustaa. Saman totesi mm. Yleisradion haastattelussa vuonna 2017 ministeri Paula Risikko: "Ei valinnanvapaus ole mikään säästökeino. Se on nyt pakko sanoa kun täällä puhutaan terveydenhuollon kustannuksista. Se jopa vie tässä alkuvaiheessa enemmän rahaa. mutta väitän, että pitkällä juoksulla se tuo kustannusvaikuttavuutta."

### **Asiakassetelit peruspalveluiden kannalta**

Perustason palveluiden kannalta asiakasseteleillä on erittäin laajakantoinen merkitys. Ne johtavat nykyisten terveys- ja sosiaalipalveluiden laajakantoiseen ulkoistukseen. Laissa on määritelty pakottavana mitkä palvelut on tuotettava asiakassetelillä. Tällaisia ovat mm. kotisairaanhoido, kotipalvelu ja kotihoito. Monessa kunnassa nämä annetaan nykyisin yhtenä kokonaisuutena kotihoidon nimikkeellä vaikka juridisesti kyse on eri sisältöisistä palveluista. Näitä ja monia muita palveluja voi asiakas tulevaisuudessa saada vain asiakassetelillä. Niitä voivat puolestaan tuottaa vain yritykset tai

muut vastaavat yhteisöt, ei kuitenkaan maakunta itse. Luonnollisesti maakunta voi perustaa tätä tarkoitusta varten yhtiöt tai yhtiöitä.

Edellä kerrottu tarkoittaa käytännössä sitä, että nykyiset kuntien kotihoidon työntekijät eivät ole jatkossa maakunnan työntekijöitä vaan siirtyvät yrityksiin palvelukseen. Tämä näkemys on kiistetty sanomalla, että kyllä maakunnan tulee itsekin voida tuottaa näitä palveluja. Näin on, mutta se tarkoittaa vain tilanteita, joissa asiakas aktiivisesti itse kieltäytyy asiakassetelin vastaanottamisesta. Tämä ei ole aito ja tasavertainen valintatilanne. Lähtökohtana on asiakasseteli ja yritys tuottajana. Lisäksi tähän liittyy sellainen erikoisuus, että maakunnan tulee siis ylläpitää valmiutta tuottaa näitä palveluja jos yritykset eivät ole niistä kiinnostuneita tai jos asiakkaat kieltäytyvät asiakaseteleistä. Tämä aiheuttaa maakunnalle kuluja.

Loka-marraskuussa 2017 yritti maan hallitus (kaiketi pääosin Kokoomuksen painostamana) siirtää ulkoistukseen luvatussa kuuden miljardin palvelukokonaisuudesta merkittävän osan, arviolta 2-3 miljardia euroa, erikoissairaanhoidon. Tämä johtui siitä, että laaja-alaiset yritysmuotoiset sote-keskukset oli todettu perustuslain vastaisiksi kesällä 2017 ja "lupaus mikä lupaus"-periaatteella sama kustannusvaikutus haluttiin nyt saada erikoissairaanhoidosta. Seurauksena syntyi erittäin laaja sairaaloiden vastarinta, jossa oli mukana paljon Kokoomuksen kannattajiin lukeutuvia lääkäreitä ja muuta henkilöstöä. Tällainen ulkoistus olisi vaarantanut päivystävien sairaaloiden toiminnan. Tapahtuma kertoo siitä, millaisella "asiantuntemuksella" sote-uudistuksen poliittista ohjausta on harjoitettu. Esitys jouduttiinkin peruuttamaan.

Nykyinen lakiesitys sisältää kuitenkin "vapaaehtoisena" pääosin samat ulkoistettavat palvelut kuin tuolloin esitettiin velvoittavina ulkoistettaviksi. Maakuntavaltuuston on päätettävä, ulkoistetaanko näitä palveluja vai ei. Sama koskee terveyskeskusten neuvolapalveluita ja monia muita palveluja. Ei ihme, että kolme rikosoikeuden professoria varoitti julkisesti helmikuussa 2018 sote-uudistukseen sisältyvästä korruption riskistä! Eduskunta oli jo keväällä 2017 ennen kuntavaaleja käynyt keskustelun mm. neuvoista. Silloin pääministeri Sipilä ilmaisi omana kantanaan, että niiden tulisi säilyä julkisina. Asiaa ei ole kuitenkaan esitetty laissa tällä tavalla, vaan maakunnalle on jätetty valta päättää asiasta. Sen sijaan koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto on laissa maakunnan toimintaa. Tätä on perusteltu mm. sillä, että kyseinen toiminta on niin tärkeää! Ovatko muut terveyskeskuksen toiminnat, jotka on tarkoitettu viedä markkinoille, vähemmän tärkeitä?

### **Valinnanvapaus ilman budjettirajoitetta on johtanut kustannusten nousuun**

Terveydenhuoltolain nykyinen erikoissairaanhoidon valinnanvapaus on ollut voimassa vuoden 2014 alusta lukien. Niissä palveluissa, joissa sitä on eniten käytetty, ovat kulut kasvaneet 30 %. Tämä on siis tapahtunut kehitys eikä mikään spekulatio tulevista vaikutuksista. Mistä on kysymys?

Kaikessa tutkimustiedossa kalleimmaksi terveydenhuollon malliksi on osoittautunut sellainen, jossa potilas voi käyttää laajaa valinnanvapautta, on useita tuottajia, jotka itse tekevät päätöksen potilaan hoitamisesta eikä ole lainkaan budjettirajoitetta. To- tean, että tämä on valinnanvapauslakiin sisältyvistä viidestä eri valinnanvapaudesta ainoa, johon ei sisälly minkäänlaista budjettirajoitetta. Asiakasseteliin, henkilökohtaiseen budjettiin, sote-keskuksiin ja suun terveydenhuoltoon budjettirajoite sisältyy, mutta tähän ei. Tunnen asian erittäin tarkasti.

Valinnanvapaudessa julkiset sairaanhoitopiirit toimivat ”yritysmäisesti”, osa jopa yritysmuotoisesti, pyrkien tuottamaan mahdollisimman paljon palveluja toisilleen. Oman sairaanhoitopiirin ulkopuolelle suunnattu tuotanto on eräänlaista ”vientituloa” tuottajalle: sen maksaa julkisin varoin toimiva toinen sairaanhoitopiiri. Eniten valinnanvapautta on käytetty sydämen varjoainetutkimuksiin ja tekonivelleikkauksiin. Juuri näissä kulut ovat kasvaneet mainitsemani 30 %. 10 prosenttiyksikköä tästä muodostuu hintojen noususta ja 20 prosenttiyksikköä määrän kasvusta. Malli toimii siten, että hoitoindikaatiot eli hoitamisen perusteet ovat löystyneet. Potilaita tutkitaan ja hoidetaan aikaisempaa lievemmissä sairauksissa tai sairauden epäilyissä aikaisempaa kalliimmalla teknologialla. Palveluita markkinoidaan voimakkaasti ja lääkärit lähettävät potilaita tutkimuksiin ja hoitoon, joista lasku sitten lähetetään potilaan kotisairaanhoitopiirille. Haluan korostaa, että kustannukset kasvavat nimenomaan sen vuoksi, että tässä päätöstä hoidosta ei tee maksaja, vaan tuottaja, mikä on kustannusten hallinnan kannalta aivan nurinkurista. Kyseinen pykälä on siirretty sellaisenaan uuteen lakiin. Keskustelussani valtiovarainministeriön ylimmän johdon kanssa asiasta oltiin hyvin huolissaan. VM:n edustajat mainitsivat ihmettelevänsä miksi suomalaisille täytyy tehdä eniten tekonivelleikkauksia maailmassa! Syy on tässä väärin rakennetussa toimintamallissa.

Mielenkiintoista on se, että monet valinnanvapauden kannattajat ovat julkisuudessa puhuneet juuri tällaisen mallin puolesta, jossa julkisten sairaanhoitopiirien sijasta tai lisäksi aktiivisina tuottajina olisivat yksityiset yritykset. Tämä on malli, jota USA:n autoteollisuuden legendaarinen johtaja Lee Iacocca kirjassaan ”Autoelämäkerta” kuvaa sellaiseksi, että se osaltaan oli viemässä autoteollisuutta taloudelliseen katastrofiin. USA:ssa autoteollisuus maksoi sairauskassojensa kautta työntekijöiden täysin vapaaasti valittavissa olevat terveydenhuoltopalvelut - ilman budjettirajoitetta. Tuloksena oli taloudellinen katastrofi, kuten Iacocca toteaa.

Eräs johtava suomalainen poliittinen päättäjät perusteli valinnanvapautta sanoin: ”Se on hieno järjestelmä. Köyhäkin pääsee julkisin varoin parhaalle yksityislääkärille.” Voimme vain arvailla tällaisen mallin kustannuksia. Arvostetun ranskalaisen sosiaali- ja terveystieteiden tutkijan Bruno Palierin mukaan järjestelmät, joissa on runsaasti yksityistä tuotantoa, laaja valinnanvapaus ja julkinen sosiaalivakuutus, joka maksaa kulut, ovat kaksi bruttokansantuotteen prosenttiyksikköä kalliimpi kuin budjettirajoitteeseen perustuvat järjestelmät. Suomessa tämä tarkoittaa neljää miljardia euroa. Selvennän vielä, että Suomeen esitetty valinnanvapausmalli perustuu budjettirajoitteeseen - tätä erikoissairaanhoidon valinnanvapautta lukuun ottamatta.

### **Erikoissairaanhoito sote-keskuksissa**

Laissa esitetään, että suoran valinnan sote-keskuksissa olisi yleislääketieteen lisäksi vähintään kahden lääketieteen erikoisanalan palveluja. Nykyinen määrittely on väljempi kuin syksyllä 2017 lausunnolla olleessa luonnoksessa. Tämä on hyvä asia. Maakunnalle jää mahdollisuuksia arvioida laissa kuvatulla tavalla perustasolla tarjottavan erikoissairaanhoidon tarpeellisuutta. Itse pidän sitä hyvin hyödyllisenä, mutta korostan - kuten asia kuvattiin viime kevään (2017) lakiehdotuksessa - erikoissairaanhoidon palvelujen konsultatiivista luonnetta. Kyse ei ole myöskään vain lääkäripalveluista, eikä itsenäisistä vastaanottopalveluista ylipäätään, vaan yleislääkäreiden työtä tukevista konsultaatioista, joilla voidaan vähentää maakunnan liikelaitoksen erikoissairaanhoitoon lähettämistä. Erikoisalojen kirjo voi olla periaatteessa hyvinkin laaja. Olen omassa työyhteisössäni todennut, että ei ole niin harvinaista erikoissairaanhoidon



erikoisalaa, etteikö siitä olisi oikein toteutettuna hyötyä perustason lääkäreille. Esimerkiksi neurokirurgi voi olla sote-keskuksessa kaksi tuntia vuodessa, jolloin käydään koulutustyyppisesti läpi kaularangan välilevypullistaman hoitoon lähettämisen periaatteet tai selkäleikatun potilaan jatkohoito ja kuntoutus. Korostan edelleen, että kyse on nimenomaan konsultaatiosta, ei siis erikoislääkäripalvelujen suorasta valinnasta. Erikoissairaanhoidon tullaan jatkossakin pääsääntöisesti lähetteellä.

### **Mikä on (so)tekeskus?**

Laitoin otsikkoon kirjaimet s ja o otsikkoon pienellä ja sulkuihin. Syy on se, että tulevat sote-keskukset eivät ole tässä laissa enää mitään sosiaali- ja terveyskeskuksia. Olen jäsenenä sote-uudistukseen liittyvässä STM:n palvelutuotannon kehittämisen ohjausryhmässä. Ryhmän puheenjohtaja Markku Tervahauta (nykyinen THLn pääjohtaja) arvioi, että sosiaalityön ohjauksen ja neuvonnan vaatiman henkilöresurssin määrä on enintään 10 % sote-keskuksen henkilöstöstä. Saman ryhmän yksityissektoria edustava Kari Varkila arvioi osuudeksi 5 %. Muu on siis terveydenhuoltoa ja nimenomaan yleislääkärin ja hänen työparinaan toimivien terveyden- ja sairaanhoitajien vastaanottotoimintaa. Totean tämän siksi, että seuraavaksi käsittelen nimenomaan lääkäripalveluiden järjestämistä tulevissa sote-keskuksissa.

Suomalainen terveyskeskus laitetaan tässä laissa kansanomaisesti sanottuna ”tuhannen päreiksi”. Terveyskeskusten luominen ja kehittäminen johtivat aikanaan siihen, että Suomea pidettiin WHO:n puitteissa maailmanlaajuisesti perusterveydenhuollon mallimaana. Kävi kuitenkin niin, että yksi terveyskeskusten 32 eri toiminnosta, yleislääkärin vastaanotto, jäi pysyvästi väestön tarpeisiin nähden vajaaksi. Kyse on vertauskuvallisesti samasta, kuin jos peruskoulu olisi mitoitettu vain puolelle kouluikäisistä. Tästä seurasi vastaanotolle pääsyn vaikeus, pitkät jonotusajat ja aiheellista kritiikkiä. Puhuttiin jopa perusterveydenhuollon kriisistä. Olen tavannut ministerinä, kansanedustajana, kaupunginjohtajana ja maakuntajohtajana toimineen henkilön, joka suuressa julkisessa tilaisuudessa totesi, että hän ei tiedä yhtään toimivaa terveyskeskusta Suomessa! Minä tiedän monia. Myös Yle tiesi, kun se tutki asiaa neljä vuotta sitten. Kyseinen luettelo löytyy Ylen verkkosivuilta.

Palaan mainitsemaani numeroon 32. Se on erään luokituksen mukaan terveyskeskuksen eri palveluiden lukumäärä. Suurempikin luku on esitetty, jos käytetään tarkempaa erittelyä. Entisenä terveyskeskuksen johtajana tunnen kaikki nämä palvelut. Kyse on siis seuraavista asioista: perhesuunnitteluneuvola, äitiysneuvola, lastenneuvola, kouluterveydenhuolto, mammografiaseulonta, valvottu kotisairaanhoido, merimiesterveysneuvola, vuodeosastotoiminta, tartuntatautien ehkäisy ja rokotukset jne. 30 toimintaa terveyskeskuksen 32 palvelusta toimii kaikkialla Suomessa erinomaisesti. Kritiikkiä esiintyy lähinnä kahdesta palvelusta: lääkärin ja hammaslääkärin vastaanotolle pääsystä. Kumpikin näistä on rakenteellisesti aliresursoitu. Vuonna 2017 totesi lääkäriketju Pihlajalinnan perustaja ja johtaja Mikko Wiren, että sillä noin 100 - 120 eurolla per asukas, jolla suomalainen terveyskeskus yrittää pyörittää lääkäreiden vastaanottotoimintaa, sitä ei voi kannattavasti tehdä. Rahoituksen tulisi olla kaksinkertainen terveysaseman vastuulla olevaa henkilöä kohden. Mielenkiintoista onkin, että useimmissa nyt meneillään olevissa valinnanvapauden kokeiluissa rahoitus onkin kaksinkertainen. Ei tarvitse olla kovin suuri asiantuntija ymmärtääkseen, että kaksinkertaisella rahoituksella saa kaksinkertaiset resurssit, jolloin lääkärin vastaanotolle pääsee nopeasti ja joustavasti. Eräs suomalaisen terveystalouden ”suurimmista salaisuuksista” on se, että terveyskeskusten lääkärivastaanottotoimintaan käytetään vain 120-160 euroa asukasta kohti ja hammashuoltoon alle 100 euroa asukasta

kohti. Koko terveystakeskusten keskimääräinen nettoraioitus maassamme on 650 euroa asukasta kohti ja kokonaisraioitus, joka sisältää myös oman toiminnan tuotot, esimerkiksi asiakasmaksut, on noin 800 euroa asukasta kohti.

Erillisessä liitteessä (Liite 1) analysoin miksi terveystakeskusten lääkäriin vastaanotto-toiminta on vajaasti resurssoitua. Kaikissa terveystakeskustoiminnassa näin ei ole. Kerron myös, millaisia kokemuksia itselläni on työurallani terveystakeskustoiminnan kehittämistä. 1990-luvun alussa jokainen porilainen pääsi oman terveystakeskuslääkäriin vastaanotolle samana päivänä! Helsingin Sanomat julkaisi asiasta laajan artikkelin 18.5.1991. Otsikko oli ”Porin ihme toteutui vuodessa”. Sen edellytyksenä oli riittävä lääkärimäärä, hyvä johtaminen ja tehokas toimintamalli, jota osittainen urakkapalkkaus tuki.

Nyt kun elämme vuotta 2019, on sama ongelma ratkaistava uudelleen. Ratkaisu ei ole hallitsemaan valinnanvapaus vaan terveystakeskusten lääkäritoiminnan kehittäminen. Terveystakeskustoiminnasta ”puuttuu” kolme miljoonaa lääkärikäyntiä ja 1-2 miljoonaa sairaanhoitajakäyntiä. Tämän vajeen korjaaminen turvaisi jokaiselle suomalaiselle pääsyn nopeasti terveystakeskusten vastaanotolle – kuten pääsi Porissa 1990-luvun alussa. Edullisimmin tämä on toteutettavissa panostamalla olemassa olevaan rakenteeseen eli terveystakeskustoimintaan. Tarvitaan riittävä määrä lääkäreitä ja sairaanhoitajia ja oikea, tehokas toimintamalli. 200 miljoonaa euroa vuodessa tarvitaan lisää rahaa perusterveydenhuollon lääkäriin vastaanoton kapasiteetin lisäämiseksi. Hankkimalla nämä palvelut yksityisiltä tuottajilta voidaan myös päästä ”jonottomaan vastaanottoon”, mutta arvioni mukaan 100-200 miljoonaa euroa kalliimmalla. Valinnanvapauden ”hintalapuksi” onkin arvioitu 400-500 miljoonaa euroa. Olennoista on kuitenkin sen tosiseikan toteaminen, että ilman lisäraioitusta ei tilanne nykyisestä parane. Olen valmis esittelemään konkreettiset toteutusmallit.

**Yhteenvenona terveystakeskuksesta totean, että sen meneminen ”tuhannen päreiksi” tarkoittaa sitä, että nykyiset yhden kokonaisuuden palvelut hajoavat useille eri markkinoille ja niillä useiden eri tuottajien vastuulle: suun terveydenhuolto (alempana) omille yhtiöilleen, lääkäreiden ja sairaanhoitajien vastaanotto (”sotekeskus”) omille yhtiöilleen, kotisairaanhoito omille yhtiöilleen, vuodeosastot ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto maakunnan liikelaitoksen vastuulle ja monet muut palvelut (mm. neuvolat) ties mihin!**

### **Suun terveydenhuolto**

Konkreettisesti edellä käsitellyt valinnanvapauden ja rahoituksen väliset ongelmat ilmenevät suun terveydenhuollossa. Moni saattoi hätkähtää, kun yksityisiä hyvinvointipalvelujen tuottajia edustava etujärjestö otsikoi asiasta antamansa kannanotton rävakästi: ”Suun terveydenhuollossa on kyseessä kansallinen itsepetos.” Tällä tarkoitettiin sitä, että samalla rahoituksella, jonka yhteiskunta nykyisin käyttää suun terveydenhuoltoon pitäisi hoitaa ”tasavertaisesti” yhteiskunnan varoin nykyiseen verrattuna kaksinkertainen väestö. Tämähän on todellisuudessa mahdollista vain joko merkittävästi nykyistä suuremmalla julkisella rahoituksella tai sitten on yleisesti karsittava ja rajoitettava julkisen rahoituksen piiriin kuuluvan hoidon sisältöä vain kaikkein välttämättömimpään tai sitten on asiakasmaksuja nostettava.

Suun terveydenhuollon nettoraioitus terveystakeskusjärjestelmässä on alle 100 euroa asukasta kohti. Olen tarkistanut tämän useasta erilaisesta terveystakeskuksesta. Asiakasmaksut ovat tuntuvat julkisessa suun terveydenhuollossa, joten kokonaisraioitus



on hieman tätä suurempi. Koko maan tasolla terveyskeskusten suun terveydenhuollon rahoitus on siis noin 400 miljoonaa euroa verorahoituksen kautta ja noin 150 miljoonaa euroa asiakasmaksujen tuoton kautta. Tätä järjestelmää käyttää puolet väestöstä.

Toinen puoli väestöstä käyttää yksityisiä hammaslääkäripalveluja, joihin pitkän yrittämisen jälkeen runsaat kymmenen vuotta sitten saatiin sairausvakuutuskorvaukset. Ylimmillään niiden määrä oli 120 miljoonaa euroa, mutta nyt tehtyjen leikkausten jälkeen enää 50 miljoonaa. Tämä on alle 15 % kokonaiskuluista, jossa eivät ole mukana kuitenkaan kaikki itse maksetut hammashuollon kulut, esimerkiksi sellaiset, joihin ei lainkaan saa sairausvakuutuskorvauksia. Yksityisen suun terveydenhuollon liikevaihto on noin 500 miljoonaa euroa. Yhteensä hammashuollossa kyse on siis 1000-1100 miljoonasta eurosta, mahdollisesti jopa hiukan suuremmasta summasta. Tähän tulee siis julkista rahoitusta noin 450 miljoonaa euroa eli alle puolet.

Miten näillä volyyymeillä ja rajoituksilla toteutetaan valinnanvapaus ja palveluiden yhdenvertaisuus? Oma arvioni oli pitkään se, että asiakasmaksuja korotetaan eli "tasataan" omavastuut nykyisten terveyskeskusten hammashuollon ja yksityisen hammas-  
huollon kesken, jolloin terveyskeskuksen asiakasmaksut nousevat noin kaksinkertai-  
siksi ja yksityisen sektorin omavastuut lähes puolittuvat. Ministeri Saarikon voimakkaan kannanoton jälkeen (2018), jossa hän vastusti asiakasmaksujen korotuksia, uskon, että malli ei olekaan tämä. Tosin tuoreessa (2019) lakiesityksessä on avattu mahdollisuuksia korottaa hammashuollon maksuja. Vaihtoehtoinen malli on sellainen, että määritellään tarkasti mihin toimenpiteisiin julkinen rahoitus kohdistetaan ja sen ulkopuolelle jäävät palvelut, jotka ovat siis kustannuksiltaan noin puolet kokonaisuudesta, potilaat maksavat itse. Vaikutushan on melkein sama: potilaat saavat puolet hammashuollon "laskustaan" julkisista varoista ja maksavat puolet itse. Toki tässä mallissa kohdennetaan näitä osuuksia kansanterveydellisesti esim. preventiota korostaen. Tästä seuraa kuitenkin itse palvelutuotannossa mielenkiintoinen ja todella suuri muutos. Nykyisten terveyskeskushammaslääkäreiden eli tulevien maakunnan suun terveydenhuollon yksiköiden hammaslääkäreiden toiminnasta osan rahoittaa julkinen "soterahoitus" ja merkittävässä laajuudessa tarvittavat lisäpalvelut rahoittaa potilas itse. Tämä puolestaan merkitsee sitä, että ollakseen kilpailukykyisiä tulee julkisten suun terveydenhuollon yksiköiden olla myös yhtiöitä, jotta ne voisivat hoitaa itse maksavia potilaita. Eli yhtiöityspakkoa ei ole, mutta itse maksettujen hoitojen ja kilpailukyvyn vuoksi on tämäkin toiminta yhtiöitettävä.

Mielenkiintoinen tieto on se, että yksityiset yrittäjät eivät ole olleet kovin innostuneita suun terveydenhuollon valinnanvapauskokeiluista. Tämä johtuu siitä, että edellä mainitsemani 100 euroa per kansalainen synnyttää yrittäjälle liian suuren riskin. Jos yksi potilas tarvitsee suussaan 1000 euron remontin, joka on melko tavallista, olisi oltava 9 listautunutta kansalaista, jotka eivät käytä lainkaan palveluita kyseisenä vuonna. Niinpä kokeiluissa onkin tarjottu 400 euron vuotuista kiinteää korvausta eli kapitaa-tiota listautuneesta henkilöstä - siis nelinkertaista nykyiseen julkiseen hammashuoltoon verrattuna! Jälleen eräs kummallisuus valinnanvapauden rahoituksesta, joka on ihan eri tasolla kuin nykyinen julkinen rahoitus, jonka kasvun piti leikkautua sote-uudistuksen myötä!

Alle 18-vuotiaiden hammashuolto on oma erikoinen asiansa laissa. Hyvin monimutkaisilla sanamuodoilla, joiden sisältö selviää vaikeasti vasta lain yksityiskohtaisista perusteluista, se on kytketty neuvolapalveluiden käyttöön ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon. Pykälän sisältönä on se, että alle 18-vuotiaista neuvolatoiminnan sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon toiminnan piirissä olevat nuoret saavat

suun terveydenhuollon maakunnan liikelaitokselta. Se pieni osa nuorista, jotka eivät ole koulu- tai opiskelijaterveydenhuollon piirissä, saavat suun terveydenhuollon palvelut markkinoilta kuten kaikki yli 18-vuotiaat. Kyseessä oleva ryhmä muodostuu muutoinkin haavoittuvassa asemassa olevista 16-17 –vuotiaista nuorista, jotka siirtyvät peruskoulusta suoraan työelämään tai ovat kokonaan työelämän ja koulutuksen ulkopuolella. Mielestäni oikeudenmukaisempaa ja selkeämpää olisi säätää kaikille alle 18-vuotiaille suun terveydenhuolto toteutettavaksi maakunnan liikelaitoksen toimesta.

### **Tiivistelmä: tulee valtava byrokrania ja julkiset menot kasvavat**

Yhteenvedona totean, että valinnanvapauslain heikoin kohta on - sekavuuden ja byrokratian lisääntymisen ohella - säädetyin uuden toiminnallisen mallin taloudellisten vaikutusten heikko analyysi ja huonosti ennakoitua vaikutuksia. Julkisessa poliittisessa keskustelussa "luvatut" ihanteelliset tulokset eivät voi toteutua ilman merkittävää julkisen rahoituksen lisäystä. Toisaalta, jos rahoitus ei lisääny, toteutuu valinnanvapaus sisällöltään hyvin niukkoina palveluina, joka varmasti on suuri pettymys väestölle. Tällöin väestö joutuu rahoittamaan tarvitsemiensa lisäpalvelujen oston itse.

Asiakassetelimalli ei myöskään toimi samalla tavalla kustannuksia alentavana kuin kilpailutukseen perustuvat ostopalvelut, koska asiakassetelissä hinta on etukäteen määritetty.

Käytännössä valinnanvapaus tulee johtamaan laajaan yhtiöittämiseen, vaikka siihen ei ole samanlaista pakkoa kuin kevään 2017 lakiesityksessä.. Tämä johtuu siitä, että menestyäkseen kilpailussa asiakkaista, tulee myös julkisten eli maakunnan omistamien tuottajayksiköiden olla yhtiöitä tuottaessaan asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla maksettuja palveluja. Myös suoran valinnan palveluja tuottavien yksiköiden eli soterakeskusten ja suun terveydenhuollon yksiköiden tulee pystyä tuottamaan ns. soterahoitettujen palvelujen lisäksi asiakkaiden ja potilaiden itse maksamia palveluja. Tämä on tärkeä kilpailuvälittäjä ja ainakin yksityinen sektori tulee toimimaan tällä tavalla. Yksityiset palveluntuottajat ovat ketjuuntuneet suuriksi monialaisiksi "tavarataloiksi". Niillä on palveluvalikoimassaan kaikki sote-palveluiden segmentit eli aikaisempi lääkärikeskuksissa tapahtuva itse maksavien potilaiden hoito, työterveyshuolto, kuntien kokonaisulkoistukset, hoivapalvelut ja sitten uudessa tilanteessa näiden lisäksi "soterahoitetut" palvelut.

**Mielestäni lakiesitys ei vie suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa tehokkaampaan ja tasa-arvoisempaan suuntaan. Se tulee hylätä.**

Aki Linden  
Yleislääketieteen erikoislääkäri  
Terveydenhuollon erikoislääkäri  
Valtiotieteen maisteri  
Toimitusjohtaja, HUS

- Liitteet
1. Analyysi terveyskeskusten lääkärivastaanotosta
  2. HUS-alueen ja muun Suomen kuntien vertailu, esh €/asukas
  3. Terveyskeskusten eri toiminta
  4. Sotejärjestelmän ”talouskartta” (punaisella ulkoistettavat palvelut)

## LIITE 1

**MIKSI LÄÄKÄRIN VASTAANOTTOTOIMINTA ON OLLUT ALIRESURSSOITUA?**

Miksi lääkärin vastaanottotoiminta on ollut niin aliresurssoitua, että se leimaa koko julkisen perusterveydenhuollon, joka sitten leimataan huonosti toimivaksi? Ennen kuin kerron syyt tähän, mainitsen, että tein huolellista taustatyötä useisiin terveyskeskuksiin ulottuvien verkostojeni kautta selvittääkseni terveyskeskusten eri toimintojen kustannusosuudet. Vain osa niistä oli Uudeltamaalta. Erityisesti haluan mainita hyvin toimivan pienen terveyskeskuksen Satakunnassa eli Säskylän, jonka olosuhteet tunnen hyvin ja päivitin tietojani vielä nykyisen ylilääkärin kautta.

Mainitsen kolme syytä, joista yhden olen osin valmis itsekin hyväksymään, mutta kahta en. Nämä syyt ovat seuraavat:

1) Lainsäätäjä, STM ja myös valvovat viranomaiset ovat priorisoineet laeilla, asetuksilla, ohjeilla ja määräyksillä tarkasti monet terveyskeskuksen toiminnoista, esimerkiksi neuvolat, seulonnat, kouluterveydenhuollon, työterveyshuollon, apuvälinepalvelut, valvotun kotisairaanhoidon jne. Lääkäreiden vastaanottotoiminnan laajuutta ja saatavuutta ei ole vastaavalla tiukkuudella säädelty. Siihen jää käytettäväksi se raha, joka muiden ns. lakisääteisten toimintojen jälkeen on terveyskeskuksen kokonaisbudjetista käytettävissä. Tämä merkitsee niukkuutta. Tämä niukka resurssi on eettisesti aivan oikein kohdistettu eniten palveluja tarvitseviin potilaisiin, jotka usein ovat monisairaita, vanhuksia, työttömiä, syrjäytyneitä jne. Tämä ryhmä käyttää 80 % terveyskeskuksen lääkärin vastaanottokapasiteetista ja ”osaa palvelun käyttämisen säännöt”. Tähän 80 % en laske mukaan terveyskeskusten akuuttipäivystystä, joka aikanaan oli merkittävä, sillä se on siirtynyt pääosin sairaaloissa sijaitseviin yhteispäivystyksiin. Hyväksyn periaatteessa sen, että niukka resurssi kohdistetaan eniten tarvitsevien hoitoon. Se on kestävä periaate kaikessa lääkäritoiminnassa. Aikanaan julkinen hammashoito kohdistettiin kokonaisuudessaan lapsi-ikäluokkaan. Sillä tavalla luotiin heille pysyvä suun terveyden perusta. Tällaiset priorisoinnit ovat oikeita, mutta ongelma on kokonaisresurssin niukkuus, josta seuraa väestön suuressa osassa tyytymättömyyttä. Tämä osa väestöstä, joka ei tarvitse yhtä paljon palveluja, mutta maksaa valtaosan veroista, ei koe saavansa terveyskeskusten lääkäripalveluja riittävän joustavasti ja nopeasti.

2) Toinen syy terveyskeskusten lääkäripalvelujen niukkuuteen on monien kuntien tietoinen säästöpolitiikka, joka on kohdistettu tähän palveluun. Ajatellaan, että väestön suuri osa on suostuvainen maksamaan

itse palveluista yksityissektorilla, joten ei ole edes tarkoituksenmukaista rahoittaa niitä verovaroin. Eräs varakas kunta, joka noudatti aivan virallisesti tällaista politiikkaa, sai asiasta Eduskunnan oikeusasiamiehen huomautuksen. Viitataan toistamiseen vertaukseen peruskoulusta. Mitä ajattelimme, jos peruskoulu olisi resurssoitu vain osalle lapsista ja muiden perheiden haluttaisiin itse maksavan lapsensa koulutus? Näin kuitenkin toimii terveyspolitiikka suuressa osassa Suomen kuntia. Tästä on seurannut, että ihmisten on käytettävä omaa rahaa ("out of pocket") saadakseen kohtuulliset lääkäripalvelut. Tämä puolestaan on ylläpitänyt laajaa kannattavaa julkisia palveluja "täydentävää" palveluliiketoimintaa. Ja nyt ratkaisuksi tähän syntyneeseen epätasa-arvoiseen tilanteeseen esitetään, että mainittu yksityisten palveluiden käyttö rahoitetaan julkisin varoin! Toteutusmallin nimi on valinnanvapaus. Sen puolesta lobbaa voimakkaasti nykyinen yksityissektori, joka on tehnyt satojen miljoonien sijoitukset, johon nyt haetaan yhteiskuntaa maksajaksi. Se, mistä tämä rahoitus saadaan, on jätetty keskustelun ulkopuolelle.

3) Kolmas syy terveyskeskusten lääkäripalvelujen vajeeseen on varsin käytännöllinen: lääkäripula. 1990-luvulla leikattiin lääkärikoulutuksen aloitusmääriä voimakkaasti. Kun talous alkoi taas kasvaa vuodesta 1994 alkaen, syntyi lääkäreille tuhansia uusia työpaikkoja. Niitä syntyi sairaaloihin, joiden päivystysjärjestelmiä muutettiin aikaisempaa enemmän lääkäri työvoimaa tarvitseviksi. Työpaikkoja syntyi työterveyshuoltoon, yksityissektorille, opetukseen ja tutkimukseen. Raskas yleislääkärin työ jäi muiden sektoreiden jalkoihin niin palkkauksellisesti, työnjohdollisesti kuin myös potilaiden ongelmien monimutkaistumisen ja työn vaativuuden lisääntymisen takia. Kansainvälisen vertailun mukaan Suomessa pitäisi olla 1500-2000 yleislääkärinä enemmän kuin terveyskeskuksissa nyt on.

### **Miten tämä ongelma ratkaistaan?**

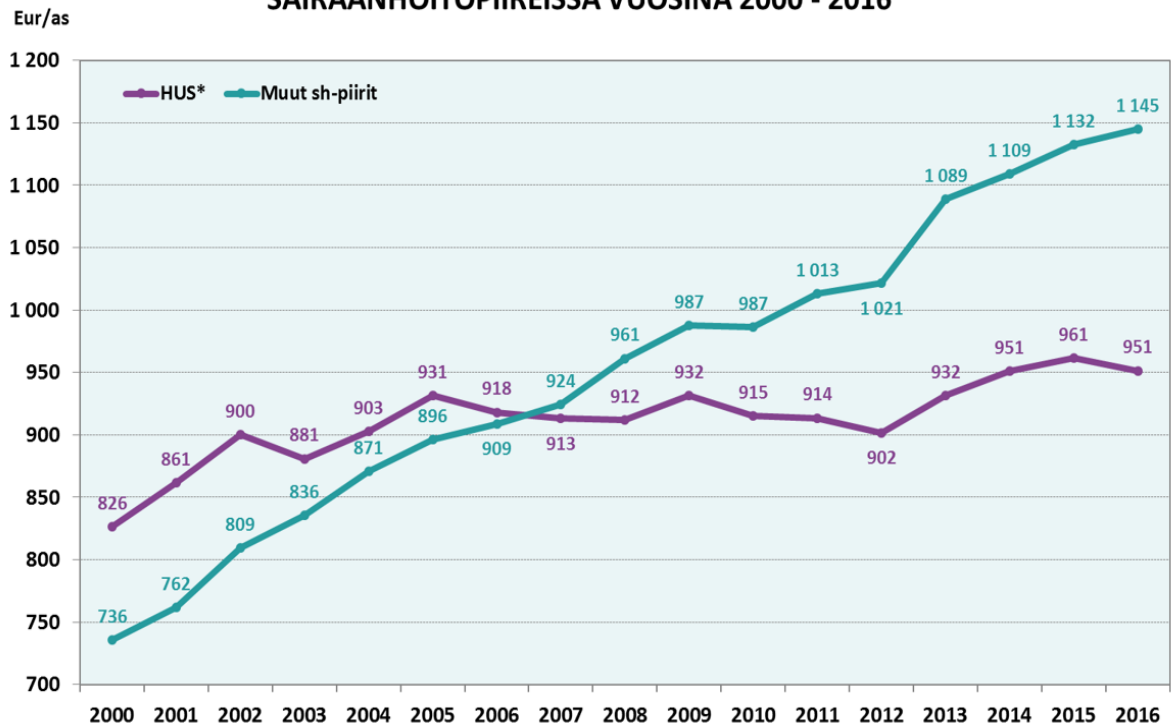
En esitä pelkkää kritiikkiä, vaan myös ratkaisuja. Johdin Porin terveyskeskusta vuosina 1987-1995. Tuona aikana nostimme kriisissä olleen terveyskeskuksen (STM:n virallisen arvion mukaan Suomessa vallitsi koko maassa vuonna 1989 terveyskeskusten kriisi) malliterveyskeskukseksi, jonka oppeja alettiin soveltaa koko maassa. Mallin nimi oli omalääkärimalli tai väestövastuumalli. Kyse on julkisen palvelun sisäisestä yrittäjyydestä. Lääkäreistä tuli eräänlaisia kunnallisen sektorin ammatinharjoittajia, joiden työ muistutti entisiä kunnanlääkäreitä. Heillä ei ollut tarkasti määriteltyä työaikaa, mutta kullakin oli vastuuväestö, joka piti hoitaa. Palkkaus muuttui siten, että puolet palkasta oli kiinteää kuukausipalkkaa ja puolet toiminnasta seuraavia erilliskorvauksia. Tekemällä enemmän töitä sai enemmän palkkaa. Terveyskeskusten ns. lakisääteisten tehtävien osuutta lääkäreiden viikkotyöstä vähennettiin aikaisemmasta yli puolesta alle neljännekseen ja vastaavasti lisättiin vastaanottotyön osuutta. Tätä auttoi se, että terveyskeskuksen 40 virasta oli ollut 18 täyttämättä ja ne täyttyivät uuden toimintamallin myötä puolessa vuodessa. Vastaanottokontaktien määrä kolminkertaistui. Käynnin yksikköhinta aleni 25 prosenttia. Väestön tyytyväisyys lisääntyi merkittävästi. Jokainen porilainen pääsi omalle lääkärilleen saman päivän aikana. Viikon eri työpäivien kuormitus muuttui. Maanantaina vastaanotolla oli kaksinkertainen määrä potilaita perjantaihin verrattuna.

Muualta maasta jonotettiin tutustumiskäynnille Poriin. Sanon tasapuolisuuden vuoksi, että olennaisilta osin tämä sama malli oli käytössä Kelan rahoittamassa Yksityislääkärit omalääkäreinä -kokeilussa, joka on viime viikkoina saanut myönteistä julkisuutta. Ero oli siinä, että Porissa malli koski koko kaupunkia ja siihen osallistui 40 lääkäriä eikä vain neljä lääkäriä neljässä eri kaupungissa kuten em. kokeiluissa. Porin ”kokeilun” yhteiskunnallinen vaikuttavuus oli paljon suurempi kuin Kelan kokeilun. Helsingin Sanomatkin tuli ”kehäkolmosen” pohjoispuolelle ja teki asiasta erittäin positiivisen artikkelin, jonka otsikko vuonna 1991 oli ”Porin ihme toteutui vuodessa.”

Miksi tämä malli ei sitten ole enää toiminnassa? Tai miksi ei Kelan kokeilu laajentunut koko maahan? Syy on nykyiseen valinnanvapauskeskusteluun liittyen hyvin mielenkiintoinen. Molemmat mallit perustuivat kahteen samaan lähtökohtaan. Lääkärimäärä oli väestön tarpeisiin nähden riittävä eli olennaisesti suurempi kuin aikaisemmin ja toimintamalli perustui osittaiseen urakkapalkkaukseen ja suureen itsenäisyyteen järjestää työnsä lääkärikohtaisesti parhaaksi katsomallaan tavalla. Tietenkin ylilyöntejäkin ja virheitä tapahtui ja niihin jouduttiin puuttumaan, mutta kokonaisuus oli aikaisempaan verrattuna mullistavasti parempi. Ensimmäinen syy tämän mallin näivettymiseen oli niinkin raadollinen kuin raha. Vaikka vastaanottokäynnin yksikköhinta halpeni, tuli käyntejä niin paljon lisää eli väestön tarpeiden mukainen määrä, että kokonaiskustannukset nousivat ja kuntien kamreerit alkoivat kritisoida tätä mallia. Terveyskeskus toimi liian hyvin. Siitä olikin tullut sairauskeskus, joka nautti potilaiden suurta arvostusta. Tilannetta ei myöskään katsottu hyvällä yksityisissä lääkärikeskuksissa, joiden asiakasmäärät alkoivat vähentyä. Toinen syy oli se, että lääkäreiden kuormitus kasvoi kasvamisestaan ja tämä olisi edellyttänyt lisäpanostuksia, joihin kunnat eivät kuitenkaan eräitä harvoja lukuun ottamatta olleet valmiit. Tällöin lääkärit alkoivat uudelleen kaivata aikaisempaa vähemmän urakkamallista virkistyötä, jossa tehtiin säännöllisesti päivittäin töitä 7 tuntia 24 minuuttia ja vietettiin runsaasti aikaa neuvoloissa, kouluissa, vanhainkodeissa ja erilaisissa yhteistyöpalavereissa, joiden määrä lisääntyi sitä mukaa kuin syntyi sosiaali- ja terveyskeskuksia, hyvinvointikeskuksia, perusturvakkeuksia ja millä kaikilla nimillä näitä uusia virastoja kutsuttiin. Alkoi lääkäreiden laajamittainen siirtyminen yksityiselle sektorille ja samalla lisääntyivät terveyskeskusten lääkäripalvelujen ulkoistukset.



### EUROA/ASUKAS -KEHITYS DEFLATOITUNA HUS:SSA VS. MUISSA SAIRAANHOITOPIIREISSÄ VUOSINA 2000 - 2016



HUS\*: huomioitu laskennallinen ylijäämä 54,6 milj. euroa vuonna 2015, vuosi 2016 ei sisällä vuoden 2015 ylijäämää.

Ensihoito siirtyi sairaanhoitopiirin vastuulle vuoden 2013 alussa. Osa sairaanhoitopiireistä hoiti tehtävää jo vuonna 2012. Jäsenkuntien myyntitulot sisältävät ensihoidon nettotoimintamenot vuodesta 2013 alkaen.

Deflatoitu v. 2016 tasoon kuntatalouden terveydenhuollon julkisten menojen hintaindeksillä (Tilastokeskus 13.2.2017).

Muut sh-piirit ilman Ahvenanmaan maakuntaa. Tiedot: Kuntaliitto, Väestö 31.12., lähde: Tilastokeskus.

Kuntaliitto.fi: Palvelurakenteiden ja tietojärjestelmien uusimiset vaikeuttavat osassa sairaanhoitopiireistä vertailukelpoisten ja luotettavien seurantatietojen raportointia. Tämän vuoksi tiedot eivät osin ole aivan kattavia – eivätkä kaikki täysin vertailukelpoisia.

## LIITE 3

**TERVEYSKESKUKSEN ERI TOIMINNOT**

**Lääkärin vastaanotto toiminta, ajanvaraus ja kiireellinen, sekä niihin liittyvät puhelin-, netti- ym. palvelut  
Sairaanhoitajien ja muun henkilöstön vastaanotto toiminta**

**Suun terveydenhuolto, ehkäisevä ja sairauden hoito, kiireetön ja kiireellinen**

Eri ammattiryhmien toteuttama kotisairaanhoito: valvottu, säännöllinen ja satunnainen

- Kotisairaala
- Kotihoito, kotipalvelu
- Päiväsairaala, muu päivätoiminta
- Perhesuunnitteluneuvola
- Äitiysneuvola
- Lastenneuvola
- Kasvatus- ja perheneuvola
- Työikäisten ja ikääntyneiden neuvolapalvelut
- Kouluterveydenhuolto
- Opiskelijaterveydenhuolto
- Seulonnat ja muut joukkotarkastukset
- Tartuntatautien ehkäisy ja valvonta, ml. rokotustoiminta
- Työterveyshuolto, ennaltaehkäisevä
- Työterveydenhuolto, sairaanhoito
- Yrityksille myytävä työterveyshuolto
- Merimiesterveidenhuolto
- Lääkinnällinen kuntoutus ja apuvälinepalvelut
- Fysioterapiapalvelut
- Muut terapiapalvelut: puheterapia, toimintaterapia, jalkaterapia, ravitsemusterapia
- Terveystieteiden tutkimus
- Mielenterveyspalvelut
- Päihdetyö
- Sosiaalihuollon yksiköiden lääkäri- ja muut sairaanhoitopalvelut
- Terveystieteiden tutkimus
- Yleiset neuvonta- ja ohjauspalvelut
- Laboratoriopalvelut
- Kuvantamispalvelut
- Yhteispäivystysten perusterveydenhuolto
- Vuodeosasto: akuutti, kuntouttava, pitkäaikainen



