



HPär

20.3.2017

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

STM 068:00/2015

LUONNOKSESTA HALLITUKSEN ESITYKSEKSI LAIKSI ASIAKKAAN VALINNANVAPAUSTESTA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

Lääkäriliitto kiittää mahdollisuudesta ottaa kantaa maakunta- ja soteuudistuksen valinnanvapauslainsäädäntöehdotukseen. Olemme vastanneet erikseen uudistusta koskevan lausuntopyyntökyselyn yksityiskohtaisiin kysymyksiin, mutta haluamme tällä lausunnolla tuoda esille Lääkäriliiton kantoja yleisemmin. Keskitymme tarkastelemaan lähinnä terveydenhuollon osuutta valinnanvapausuudistuksessa.

Valmisteilla olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta on konkreettisesti valmisteltu jo neljällä hallituskaudella. Julkisessa keskustelussa on voimakkaasti vaadittu uudistuksen lykkäämistä, parlamentaariselta pohjalta valmistelun uudelleen aloittamista, vähintäänkin valinnanvapausuudistuksesta luopumista – kaikkia asioita, jotka tarkoittaisivat uudistuksen vesittymistä taas tälläkin hallituskaudella ja todennäköisesti noin nollasta aloittamista seuraavien eduskuntavaalien jälkeen vuonna 2019.

Vaikka näkemyksemme uudistuksen keskeisistä periaatteista eivät kaikilta osin vastaakaan pääministeri Sipilän hallituksen tekemiä linjauksia, näemme edelleenkin välttämättömänä uudistuksen eteenpäinviemisen. Osana uudistusta valinnanvapautta hallitusti laajentava valinnanvapauslainsäädäntö tulee myös toteuttaa. Nyt lausuntokierroksella olevaa lakiehdotusta tulee kuitenkin huomattavasti yksinkertaistaa ja selkeyttää.

Yleistä

Terveyspalvelujärjestelmämme tuottaa tällä hetkellä laadukkaita palveluita kohtuullisin kustannuksin. Järjestelmämme suurimmat haasteet ovat erityisesti perusterveydenhuollon palvelujen paikoin huono saatavuus (pitkät odotusajat perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolle), osin pitkät jonoajat erikoissairaanhoidon tutkimuksiin ja hoitoon, sekä väestöryhmien väliset terveyserot. Haluammekin huomauttaa, että lääkärimäärä ei julkisessa perusterveydenhuollossa ole viimeisen kymmenen vuoden aikana lisääntynyt käytännössä ollenkaan, mikä ainakin osittain selittänee nykyisen palvelujärjestelmämme puutteita.

Uudistuksen tavoitteena tulee olla hyvin toimiva, laadukkaita palveluita tuottava palvelujärjestelmäkokonaisuus, joka tuottaa terveys- ja hyvinvointihyötyä kansalaisille. Sote- ja maakuntauudistus valinnanvapauden laajentamiseen on iso askel oikeaan suuntaan. On kuitenkin huolehdittava siitä, että uudistuksella ei vaurioiteta nykyisen palvelujärjestelmämme hyvin toimivia osia – ei kannata lähteä korjaamaan sellaista, mikä ei ole rikki!

Ennen kuin valinnanvapausjärjestelmää ryhdytään toteuttamaan, tulee asiakas-/potilastietojärjestelmien yhteiskäytön olla valmiina. Nykyisen terveydenhuollon julkisen palvelujärjestelmän suurimpia saavutuksia on sairaanhoitopiirikohtaisten sairauskertomusjärjestelmien rakentaminen. Hoitotietojen tulee jatkossakin näkyä kaikissa palvelua tuottavissa yksiköissä yhteisessä ensisijaisessa asiakas-/potilaskertomusjärjestelmässä. Toimiminen toissijaisissa arkistotyyppisissä tietokannoissa ei ole realistista. Yhteistä tietojärjestelmää tarvitaan myös toiminnanohjaukseen ja laadunvalvontaan.

Valinnanvapauden toteuttaminen

Potilailla on terveydenhuollon palvelujärjestelmässämme jo nyt laaja, maankattava valinnanvapaus julkisten tuottajien osalta. Valinnanvapautta ehdotetaan laajennettavaksi myös yksityisten ja kolmannen sektorin tuottajien palveluihin luomalla perusterveydenhuoltoon monituottajamalli. Tavoitteena on vahvistaa erityisesti perustason palveluita ja parantaa niiden saatavuutta tuomalla järjestelmään uusia tuottajia ja palveluntuottajien välistä kilpailua. Yleensä kilpailu lisääkin tuottajien toiminnan tehokkuutta, sekä pakottaa samalla ottamaan paremmin huomioon palveluntarvitsijoiden toiveet.

Uutta valinnanvapausjärjestelmää rakennettaessa on luonnollisestikin vältettävä nykyisen valuviat. Näistä yksi esimerkki on eri sairaanhoitopiirien huomattavan erilainen hinnoittelu samasta palvelusta – valinnanvapauden ollessa potilaalla, mutta kustannusvastuun potilaan kotikunnan mukaisella sairaanhoitopiirillä.

Lakiehdotuksessa tarjotaan kuitenkin erittäin monta erilaista valinnanvapauden toteuttamisen keinoa – jopa liian monta ajatellen järjestelmän hallittavuutta ja selkeyttä. Keskeisintä mielestämme on mahdollisuus valita perustason palveluntuottaja (sote-keskus ja suunhoidon yksikkö). Erytystason palveluja tarjoava yksikkö valitaan useimmiten yhdessä ammattilaisen (terveydenhuollon palveluissa lähettävä lääkäri) kanssa. Haluamme korostaa, että varsinkin perusterveydenhuollossa niin toiminnan tuloksellisuuden (terveyshyödyn tuottaminen), kustannustehokkuuden kuin terveydenhuollon ammattihenkilöiden työn mielekkyyden kannalta pitkäaikaiset hoitosuhteet ovat aivan keskeisiä.

Ehdotuksessa valinnanmahdollisuus on rajattu tehtäväksi vain vuoden välein, poikkeustilanteita lukuun ottamatta. Palveluntuottajan vaihtaminen ei luonnollisestikaan ole itse tarkoitus – tavoitteena tulee olla pitkät hoitosuhteet. Valinnanvapauden palveluntuottajien toimintaa kehittävä vaikutus (palvelujen laatu, saatavuus, saavutettavuus ja toiminnan kustannustehokkuus) perustuu kuitenkin nimenomaan poisvalinnan uhkaan – ei niinkään valinnan realisoitumiseen. Palveluntuottajan uudelleenalinnan mahdollisuus vain vuoden välein vesittää ajatuksen valinnanvapauden käytöstä palvelutuotantoa kehittäväksi keinona. Lääkäriliiton mielestä uudelleenalinnan mahdollisuus tulisi olla vähintään puolivuositain.

Lisäksi tulee huolehtia siitä, että asiakkaalla/potilaalla tai häntä päätöksenteossa avustavalla omaisella tai muulla henkilöllä on käytettävissään ja helposti saatavilla tietoa eri palveluntuottajien palvelutarjonnasta ja palvelutuotannon laadusta pystyäkseen tekemään rationaalisia, ei pelkästään mielikuviin pohjautuvia valintoja.

Suoran valinnan palvelukokonaisuus

Suoran valinnan perustason palvelut vastaavat ymmärtääksemme terveydenhuollon osalta pääasiallisesti nykyisten terveyskeskusten avosairaanhoidon vastaanotto toiminnan palveluja – tämän voisi myös perusteluissa tuoda esille. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon jättäminen suoran valinnan palvelujen ulkopuolelle maakuntien liikelaitosten tuotettavaksi on ymmärrettävää lakiehdotuksen yksityiskohtaisissa perusteluissa mainituilla syillä.

Sitä vastoin terveyskeskusten tavanomaiseen toimintaan kuuluvien neuvolapalveluiden (äitiys- ja lastenneurolat) jättäminen perustason ulkopuolelle on yllättävää eikä mielestämme perusteltua – tosin maakunnat voivat nämäkin palvelut käsittääksemme sisällyttää suoran valinnan palvelujen piiriin niin halutessaan. Mikäli neuvolatoiminta jää sote-keskuksilta edellytettävän palvelukokonaisuuden ulkopuolelle, pirstoo se ensinnäkin tarpeettomasti perheiden perustason terveyspalveluja, ja toisekseen kaventaa perusterveydenhuollossa työskentelevien lääkäreiden toimenkuvaa huomattavasti vähentäen samalla työn mielekkyyttä.

Laajennetun perustason palvelut sisältävät perustason lisäksi tavanomaisia erikoissairaanhoidon avosairaanhoidon konsultatiivisia ja vastaanottopalveluja. Tällaisten palvelujen liittäminen perustason palveluihin lienee pääsääntöisesti hyödyllistä – hyvän esimerkin muodostavat yksityisten palveluntuottajien tuottamat kattavat työterveyshuollon palvelut tämänkaltaisine joustavine konsultaatiomahdollisuuksineen. Samalla velvoittavasti toteutettuna ne kuitenkin ainakin pienemmän väestöpohjan maakunnissa saattavat tarpeettomasti pirstoa erikoissairaanhoidon kokonaisuutta, mikä voi heikentää erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuutta ja erikoislääkärien koulutusta, ja jopa vaarantaa ympärivuorokautisen päivystyksen järjestämistä.

Maakunnille tuleekin jättää – kuten lakiehdotuksessa todetaan – päätäntävaltaa tarkoituksenmukaisten palvelukokonaisuuksien määrittelyyn. Määrittelyn perusteeksi ei riitä, että laajennetun perustason palvelut pystytään tuottamaan kustannustehokkaasti sote-keskuksissa – eikä tavoitteeksi se, että tavanomaiset sairaudet kyetään hoitamaan mahdollisimman laajasti sote-keskuksissa. Palvelukokonaisuuksien määrittelyssä ensisijaisena perusteena tuleekin pitää maakunnan järjestämisvastuulla olevan terveydenhuollon toiminnan kokonaistaloudellisuutta! Käytännössä palvelukokonaisuudet tulevat väistämättä olemaan maan eri alueilla erilaisia, mikä on myös hyväksyttävä.

Maan eri puolilla on tuoreeltaan käynnistynyt valinnanvapauskokeiluja. Vaikka näiden tuloksia ei voidakaan hyödyntää valinnanvapauslainsäädännön valmistelussa lainvalmistelun kireästä aikataulusta johtuen, tulisi kokeilujen tulosten olla maakuntien käytettävissä niiden tehdessä omia ratkaisujaan valinnanvapauslainsäädännön toteuttamisesta. Tämänkin vuoksi valinnanvapauslainsäädännön tulee olla riittävän yleisluontoinen puitelainsäädäntö, joka jättää maakunnille laajan päätösvallan lainsäädännön soveltamisesta maakuntien huomattavasti toisistaan poikkeavissa olosuhteissa. Em. koskee erityisesti laajennetun perustason palvelukokonaisuuksien määrittelyä.

Maksuseteli

Lakiehdotuksen 17 §:ssä ehdotetaan säädettäväksi, että suoran valinnan palveluntuottajan olisi annettava erikseen määriteltävissä palvelukokonai-

suuden osakokonaisuuksissa asiakkaalle palveluseteli valinnanvapauden laajentamiseksi. Maksuseteli – nykyisen palvelusetelin kaltaisesti – on hyvä väline mahdollistaa lisää valinnanvapautta ja hankkia esim. erityistyöntekijöiden palveluja alihankintamenettelyyn kaltaisella menettelyllä.

Emme kuitenkaan ymmärrä, miksi maksusetelimenettelystä tulisi tehdä lakisääteinen velvoite. Kun nykyinen palvelusetelilainsäädäntö uudistetaan käsittääksemme uudistuksessa kaavailun mukaisesti siten, että maksuseteliä käytettäessä potilaan maksuosuus on asiakasmaksulainsäädännön mukainen, lisää jo tämä oletettavasti maksusetelin käyttömahdollisuuksia nykyisestään. Lakiehdotuksen mukainen lakisääteinen velvoittava maksusetelikäytäntö ei ole tarpeellinen potilaan valinnanvapauden toteuttamiseksi.

Erityisesti Lääkäriliitto haluaa tässä yhteydessä korostaa, että potilaiden suoraan itse maksamat osuudet ovat palvelujärjestelmässämme huomattavan korkeita kansainvälisessäkin vertailussa. Asiakasmaksuosuuksia ei siten ole varaa korottaa.

Asiakasseteli

Vastaavasti kuin edellä maksusetelin kohdalla lakiehdotuksen viidennessä luvussa ehdotetaan säädettäväksi, että maakunnan tulisi määrittää erilliset palvelukokonaisuudet, joiden hankkimiseksi maakunnan tulisi antaa asiakkaalle tai potilaalle asiakasseteli. Maakunnan liikelaitos ei myöskään saisi itse tuottaa näin määriteltäviä palvelukokonaisuuksia. Nykyistä palveluseteliä on erikoissairaanhoidossa käytetty esimerkiksi kaihikirurgiassa – mutta sairaanhoitopiirin yksiköt tuottavat itsekin samaa palvelua. Jos samaa palvelukokonaisuutta ei liikelaitos saisi itse tuottaa, edellyttäisi se palvelukokonaisuuksien hyvin pikkutarkkaa määrittelyä, ja johtaisi lisäksi ”poismäärittelyyn” palvelukokonaisuuden osaamisen menettämiseen, mikä haittaisi mm. alan erikoislääkärikoulutusta.

Lääkäriliitto ei näe asiakassetelijärjestelmän säätämistä velvoittavaksi em. tavoin joissakin erikseen määriteltävissä palvelukokonaisuuksissa tarkoituksenmukaiseksi. Järjestelmä on sekava, byrokraattinen ja vaikeasti ymmärrettävä, ja voi pahimmillaan pirstoa erikoissairaanhoidon kokonaisuutta vaarantaen mm. ympärivuorokautisen päivystyksen järjestämistä. Asiakassetelin käyttö voisi jatkossakin olla mahdollisuus nykyisen palvelusetelilainsäädännön kaltaisesti kuitenkin siten, että asiakasmaksuosuus olisi asiakasmaksulainsäädännön mukainen eikä setelin myöntävän tahon päätettävissä. Näkemyksemme mukaan keskeinen peruste maakunnan sote-palvelujen järjestämistä koskevassa päätöksenteossa tulisi olla palvelutuotannon kokonaistaloudellisuuden tarkastelu – toiminnallinen ja taloudellinen tarkoituksenmukaisuus myös asiakassetelin käytöstä päätettäessä.

Lakiehdotuksessa esitetään myös, että asiakassetelimenettelyssä potilas voisi halutessaan käyttää omia varojaan ja maksaa asiakassetelin arvon lisäksi itse lisäpalveluista. Ehdotus vaikuttaa ainakin jossakin määrin arvelutavalta. Tällainen menettely voi johtaa epätarkoituksenmukaisiin ratkaisuihin ja palvelun hinnoitteluun liittyviin ongelmiin – kustannusten vyöryttämiseen potilaan itse maksettavaksi.

Jos ehdottamamme mukaisesti sote-keskusten myöntämä maksuseteli ja liikelaitosten myöntämä asiakasseteli toteutettaisiin mahdollisuutena eikä velvoittavana ja muuttamalla vain nykyistä palvelusetelilainsäädäntöä ai-

emmin mainitulla tavalla, valinnanvapausjärjestelmä selkiintyisi siltäkin osin, että samat määritteet koskisivat sekä perustasoa että erityistasoa. Näin voitaisiin käyttää vain esimerkiksi asiakassetelin nimeä. Nykyisessä lakiehdotuksessa monet erilaiset jonkin verran toisistaan poikkeavat valinnanvapaudet keinot aiheuttavat vain sekavuutta.

Henkilökohtainen budjetti ja tuettu päätöksenteko

Lakiehdotuksen kuudennessa luvussa ehdotetaan säädettäväksi henkilökohtaisesta budjetista yhtenä valinnanvapauden lisäämisen keinona. Maakunnilla olisi velvollisuus ottaa henkilökohtainen budjetti käyttöön vanhuspalvelulain, vammaispalvelulain ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain mukaisissa muissa kuin suoran valinnan sote-palveluissa.

Henkilökohtaisella budjetilla hankittavat palvelut olisivat käsityksemme mukaan pääsääntöisesti muita kuin terveydenhuollon palveluita, käytännössä sellaisia kuntien sosiaalihuollon palveluita, joista huomattava osa jo nykyään tuotetaan yksityisesti. Pidämme henkilökohtaisen budjetin mukaantotoa valinnanvapauslainsäädäntöön hyvänä valinnanvapautta lisäävänä keinona em. palveluissa.

Henkilökohtaisen budjetin käytöstä on käsittääksemme myös kokemusta ainakin pääkaupunkiseudun kunnista. Syntynyttä kokemusta on syytä käyttää hyväksi henkilökohtaisen budjetin käyttöönottoa eri maakunnissa valmisteltaessa.

Osana valinnanvapauslainsäädäntöehdotusta potilaslakiin ja sosiaalihuollon asiakaslakiin ehdotetaan lisättäväksi säännökset tuetusta päätöksenteosta. Tarkoituksena on tarvittaessa tukea potilaita ja asiakkaita näiden tehdessä valintojaan. Taustalla on valinnanvapauslain monet erilaiset ja eritasoiset valintamahdollisuudet. Lääkäriliiton näkemyksen mukaan vähemmätkin valinnanmahdollisuudet riittäisivät, kuten olemme aiemmin esille tuoneet – keskeisintä on mahdollisuus valita perustason palveluntuottaja. Valinnanvapausjärjestelmän yksinkertaistaminen ja selkeyttäminen vähentäisi myös tuetun päätöksenteon tarvetta. Henkilökohtainen budjetti on kuitenkin tarkoituksenmukainen lisä valinnanvapauden keinovalikoimaan, ja lähinnä sen käytössä tuettua päätöksentekoa tarvittaneen.

Potilaan ja asiakkaan apuna voivat olla omaiset, muut läheiset tai määrätty edunvalvoja. Siten ehdotuksen mukaisen tuetun päätöksenteon ja erikseen määrätyn avustajan käytön tulisi mielestämme olla viimesijainen keino, kuten lakiehdotuksen perusteluissa tuodaankin esille. Perusteluissa tuodaan myös esille, että jos edunvalvontajärjestelmä soveltuisi ja olisi riittävä vastaamaan potilaan tai asiakkaan tuen tarpeeseen, ei päätöksenteossa avustavan henkilön määrääminen ole perusteltua. Tärkeää on, että mainitun kaltaisissa tilanteissa avustajan määräämistä koskevaa ratkaisua tehtäessä kiinnitetään huomiota edunvalvonnan tosiasialliseen riittävyteen.

Lääkärikoulutus ja lääketieteellinen tutkimus

Lääkäriliitto on jo pitkään ollut huolissaan lääkärikoulutuksen ja lääketieteellisen tutkimuksen resursseista ja kurjistuvista mahdollisuuksista. Lääkärikoulutusmääriä on lisätty samaan aikaan kuin koulutuksen resursseja on vähennetty. Tämä on johtanut lääkäreiden peruskoulutuksessa mm. yhä suurempiin ryhmäkokoihin – pienryhmäopetuksesta ei ole voitu sanan varsinaisessa merkityksessä puhua enää vuosiin!

Sekä lääkärien peruskoulutuksessa että erikoislääkärikoulutuksessa harjoittelulla tai työskentelyllä, joka tapahtuu terveydenhuollon palvelujärjestelmän piirissä, on keskeinen merkitys. Hallituksen esityksessä laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä määritellään palveluntuottajan velvollisuudeksi ottaa toimintayksikössä annettavaan koulutukseen opiskelijoita koulutuksesta vastaavan yliopiston ja maakunnan osoituksen mukaan (23 §). Tämän velvoitteen on luonnollisesti koskettava myös erikoislääkärikoulutusta.

Valinnanvapauslakiehdotuksen 36 § 1. mom. määrittelee asiat, joista maakunnan ja palveluntuottajan välisessä sopimuksessa on vähintäänkin sovittava. Lakiehdotuksessa mainittujen lisäksi välttämättä sovittavien asioiden listaan tulee lisätä, miten palveluntuottaja osallistuu sosiaali- ja terveydenhuoltoalan koulutus- ja tutkimustoimintaan, mukaan lukien lääkärien/hammaslääkäreiden perus- ja jatkokoulutus (erikoislääkärikoulutus).

Laadukas koulutus ja tutkimus myös maksavat. Koulutuksen ja tutkimuksen korvausten on oltava näiden toimintojen menot kattavia ja ne on maksettava kaikille tuottajille samoilla perusteilla edellyttäen, että yliopisto tai muu koulutuksen järjestäjä on palveluntuottajan koulutusyksiköksi hyväksynyt. Kaikkien palveluntuottajien on oltava myös tältä osin aidosti samalla viivalla kilpailuneutraliteetin vaatimusten vuoksi. Ehdotamme, että palveluntuottajille maksettavista koulutus- ja tutkimuskorvauksista säädetään valinnanvapauslain joko kannusteperusteisia korvauksia koskevassa 54 §:ssä tai muita korvauksia koskevassa 56 §:ssä.

Henkilöstön asema

Valmisteltava palvelujärjestelmän uudistus koskettaa noin puolta kuntien ja kuntayhtymien henkilöstöstä, yli kahtasataatuhatta työntekijää. Kunnallisten työnantajien sijaan tulevat uudet maakunnalliset työnantajat ja niiden tytäryhtiöt. Osa sosiaali- ja terveystalouksissa työskentelevästä kunnallisesta henkilöstöstä työskentelee tulevaisuudessa yksityisesti omistetuissa yrityksissä.

Uudistus tulee koskemaan myös kaikkia kuntien ja kuntayhtymien palveluksessa olevia lääkäreitä hyvin konkreettisesti, ja lisäksi välillisemmin myös yksityisellä tai kolmannella sektorilla eri muodoissa työskenteleviä lääkäreitä – siten lähes koko työssä käyvää jäsenkuntaamme. Erityisesti perusterveydenhuollossa työskentelevien lääkäreiden osalta työnkuvan samoin kuin työskentelypaikankin muutokset voivat olla huomattavia – eivätkä suinkaan välttämättä positiiviseksi koettuja. Muutokset saattavat merkitä yksittäisille lääkäreille niin työn suorituspaikan muuttumista, useita työskentelypaikkoja kuin tarvetta muuttaa asuinpaikkakuntaakin.

Kilpailun lisääntyminen varsinkin suoran valinnanvapauden piirissä olevissa palveluissa tulee merkitsemään myös työpaikkojen häviämistä ja uusien muodostumista. Selvää on, että uudistuksen käynnistymistä seuraavien vuosien aikana tullaan näkemään myös terveydenhuollon työntekijöitä, lääkäreitä mukaan lukien, koskevia YT-neuvotteluja irtisanomisineen. Ei siis ole ihme, että uudistus kokonaisuudessaan herättää tavattomasti huolta jäsenkuntaamme piirissä. Huoli kohdistuu niin työpaikkojen säilymiseen kuin työsuhteen ehtoihin tulevaisuudessa.

Jotta uudistus saataisiin maakunnissa myös käytännössä toteutettua, on henkilöstö otettava alusta pitäen mukaan suunnittelemaan uusia maakun-

nallisia organisaatioita ja niiden toiminnan järjestelyä. Luottamusmiesjärjestelmästä ja luottamusmiesten ajankäytön periaatteista uusissa tuottajaorganisaatioissa on sovittava kansallisella tasolla. Luottamusmiehille tulee turvata riittävä ajankäyttö, myös väliaikaishallinnossa. Lisäksi on uudistuksen yhteydessä varmistettava työsuojeluorganisaation riittävä kattavuus.

Lakiehdotuksen siirtymäsäännökset

Valinnanvapauslainsäädäntö astuu ehdotuksen mukaan voimaan 1.1.2019 samalla kun maakuntien sote-palveluiden järjestämisvastuu alkaa. Ratkaisu on mielestämme tarkoituksenmukainen. Maakunnan velvoitteelle siirtää suoran valinnan palvelujen tuotantovastuu sote-keskuksille ja suunhoidon yksiköille ehdotetaan kahden vuoden siirtymäaikaa, vuoden 2020 loppuun saakka (valinnanvapauslakiehdotuksen 72 §). Tuotantovastuun siirto on kytketty maakuntien liikelaitosten yhtiöiden toiminnan aloitukseen ko. pykälän yksityiskohtaisten perustelujen mukaan.

Vaikka osalla maakunnista tullee olemaan valmiudet suoran valinnanvapauden palveluiden yhtiöittämiseen jo lain voimaan astuessa, lienee realistista sallia jonkin mittainen siirtymäaika. Kaksi vuotta siirtymäajaksi lienee riittävän pitkä.

Joka tapauksessa on itsestään selvää, että tuotannon siirtämisen siirtymäajan tulee olla synkronissa yhtiöittämisveloitteen siirtymäajan kanssa – so., niin maakuntien liikelaitosten yhtiöiden kuin yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden sote-keskusten ja suunhoidon yksiköiden tulee aloittaa toimintansa samaan aikaan, kuten 72 §:n perusteluissa todetaankin.

Lopuksi

Valinnanvapauslakiehdotuksella lienee mahdollisuuksia parantaa perustason palvelujen saatavuutta ja puuttua siten terveystalouden yhteisen keskeiseen ongelmaan. Todelliset ratkaisut toteutuksesta tehdään maakunnissa, joten maakunnille tulee jättää palvelujärjestelmän rakentamisessa, määrittelyssä ja ohjauksessa vahva rooli. Toimivan palvelujärjestelmän aikaansaaminen edellyttää vahvaa järjestäjäohjausta, toki myös kansallisen tason koordinaatiota.

Sote-uudistuksen yksi keskeinen tavoite on vähentää jatkuvasti lisääntyneitä terveyden sosio-ekonomista epätasa-arvoa. Jotta tämä tavoite kyettäisiin toteuttamaan, tulee toiminnan tehostumisen seurauksena toivottavasti vapautuvia voimavaroja ohjata paljon palveluja tarvitseville. Tämä edellyttää erityisen huomion kiinnittämistä syrjäytymisvaarassa oleviin yksilöihin ja perheisiin, mm. erilaisen etsivän työn ja matalan kynnyksen palvelujen keinoin.

Kunnioittaen

SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO ry.



Marjo Parkkila-Harju
puheenjohtaja



Heikki Pärnänen
johtaja