

**Yksityisen sektorin edunvalvonnallisen työryhmän
loppuraportti hallitukselle
27.10.2016**

1. Työryhmän asettaminen	3
1.1. Tausta ja työskentelyaika	3
1.2. Työryhmälle asetettu tehtävä.....	3
1.3. Työryhmän jäsenet, kokoukset ja kuullut asiantuntijat	3
2. Yksityisen sektorin edunvalvonnan nykytila	4
3. Taustatietoa yksityisestä terveyspalvelusektorista	5
4. Eri toimintatavat yksityissektorilla.....	6
4.1. Ammatinharjoittaja.....	6
4.2. Yhtiömuodossa toimiminen	6
4.3. Työsuhteinen.....	6
4.4. Muut toimintatavat; esimerkkinä ns. kokonaispalkkasuhde.....	7
5. Toimintakentän muutos ja siihen vaikuttavat tekijät.....	7
5.1. Palveluntuottajien uudelleenorganisointumisen ja sen vaikutukset.....	7
5.2. Työvoiman vuokraus, ulkoistaminen ja alihankinta	8
5.3. Ostopalvelut	9
5.4. Vakuutusyhtiöiden rooli yksityisessä terveydenhuollossa ja lääkärin asema.....	9
5.5. Kilpailulainsäädännön vaikutus.....	10
5.6. Sote-uudistus	10
5.7. Arviointia yksityislääkäritoiminnan kannalta	11
5.8. Työsuhteet ja työehtosopimusten tarve	12
5.9. Sivutoiminen ammatinharjoittaminen ja sen muutokset	13
5.10. Laki sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta.....	13
5.11. Etäpalvelut	15
5.12. Sähköinen sairauskertomus ja e-resepti.....	15
5.13. Koulutus ja sen merkitys tulevaisuudessa	16
5.14. Autonomia	17
5.15. Markkinointi	17
6. Edunvalvonta yksityisellä sektorilla; eri lääkäriyhmien näkemykset.....	17
6.1. Nuoret alalle pyrkivät	17
6.2. Kokeneet, alalla jo pitempään toimineet	18
6.3. Itsenäisesti, omilla vastaanotoillaan ja tiloissaan toimijat	18
6.4. Työsuhteessa toimivat.....	19
6.5. Yhteenveto	19
7. Lääkäriliiton edunvalvonnan tavoitteet tulevaisuudessa ja toimenpide-ehdotukset.....	19

1. Työryhmän asettaminen

1.1. Tausta ja työskentelyaika

Lääkäriliiton hallitus käsitteli yksityissektorin edunvalvonnallisen työryhmän perustamista useissa kokouksissaan syksyn 2015 aikana. Hallitus näki tarpeelliseksi asettaa työryhmän selvittämään ja kartoittamaan yksityissektorin lääkäreiden edunvalvonnan kehittämistä ja suunnittelua.

Yksityissektorin lääkäreiden määrä on kasvamassa ja toimintaympäristö monimutkaistuu koko ajan. Lääkärit toimivat yksityissektorilla pää- ja sivutoimisina ammatinharjoittajina, mutta yhä enemmän yhtiömuodossa sekä työsopimussuhteisina. Yksityissektorin toiminnan reunaehdot ja toimintamuodot ovat monin tavoin muuttumassa mm. sote-uudistuksen myötä. Yksityissektorin lääkäreiden asemaan vaikuttavat myös monet lainsäädäntömuutokset, jotka vaativat reagointia ja kannanottoja.

Yksityissektoria edunvalvonnallisesta näkökulmasta on pohdittava kokonaisuutena ja laajasti. Tämä tarkoittaa mm. kannanmuodostusta siihen, tarvitaanko yksityiselle sektorille työehtosopimus, työnantajakohtaisia sopimuksia ja miten ja millä ehdoin ne voitaisiin toteuttaa sekä olisiko luottamusmiestoimintaa muistuttava yhdyslääkärijärjestelmä tarpeen.

Työryhmältä on edellytetty loppuraporttia hallitukselle 30.10.2016 mennessä, jotta asiaa voidaan käsitellä loppuraportin pohjalta valtuuskunnan syyskokouksessa joulukuussa.

1.2. Työryhmälle asetettu tehtävä

Työryhmän tehtävänä on selvittää ja kartoittaa:

- yksityissektorilla työskentelevien lääkäreiden edunvalvonnalliset ongelmat
- laatia suunnitelma sekä linjata parannusehdotukset siitä, miten edunvalvontaa jatkossa yksityissektorilla hoidetaan ja kehitetään.

Työryhmän tulee työskentelyssään huomioida ainakin seuraavat yksityissektorin toimintamuodot:

- pää- ja sivutoimiset ammatinharjoittajat
- yhtiömuotoisesti työskentelevät
- työsuhteisena toimivat ja
- muut toimintamuodot (esimerkiksi Practiconova, Plusterveys).

Työryhmän edellytetään pohtivan myös työehtosopimuskysymyksiä liittyen sekä kunnallisiin että yksityisiin osakeyhtiömuotoisiin toimintoihin tulevan SOTEn yhteydessä.

1.3. Työryhmän jäsenet, kokoukset ja kuullut asiantuntijat

Työryhmän kokoonpanossa on huomioitu yksityissektorin eri toimintamuodot. Jäsenet ovat edustaneet ammatinharjoittajia, oman yrityksen kautta toimivia, kokonaispalkkajärjestelyssä työtätekeviä, sivutoimisia ja työsuhteisia lääkäreitä.

Työryhmän puheenjohtajana on toiminut LT, fysiatrian erikoislääkäri LT Kia Peltoväsenius, Työryhmän jäseniä ovat olleet: LL, yleislääketieteen erikoislääkäri Virpi Kuismanen, LL, psykiatrian erikoislääkäri Marja-Liisa Eloranta, LL, fysiatrian erikoislääkäri Simo Järvinen, LL, toimitusjohtaja Heikki Kuuri-Riutta, LKT, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri Marjut Laurikka-Routti, LL, silmätautien erikoislääkäri Jukka Mattila, LL, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkäri Pirjo Matintalo, LL, terveyskeskuslääkäri ja sivutoiminen ammatinharjoittaja Arto Virtanen, OTM, lakimies Heli Hartman-Mattila. Sih-

teerinä on toiminut VT, lakimies Kati Lehtonen. Työryhmä on kokoontunut vuonna 2016 keväällä 5 kertaa ja syksyllä 4 kertaa. Työryhmä on kokouksissaan kuullut eri aihealueista omia ja ulkopuolisia asiantuntijoita seuraavasti:

Yksityisen sektorin lakiuudistus:

VT, Lakimies Kati Lehtonen, Suomen Lääkäriliitto ry.

Kilpailulainsäädäntö:

Kilpailuoikeusjuristit AA Kiti Karvinen ja AA Hannele Huimala Asianajotoimisto Castren & Snellman Oy

Työmarkkinatutkimus:

Tutkimuspäällikkö Jukka Vänskä ja
Tutkija Juho Ruskoaho, Suomen Lääkäriliitto ry.

Sote- ja TES-asiat:

Neuvottelujohtaja Laura Lindholm,
Lakimies Heli- Hartman-Mattila ja
Politiikkatoimialan johtaja Heikki Pärnänen, Suomen Lääkäriliitto ry

Nuorten lääkärin näkökulma:

LL, erikoistuva lääkäri Pauli Vähämurto, HUS Kuvantaminen, Porvoon sairaala
LL, Lauri Hartikainen, Mehiläinen Oy

Digivastaanotto

LL, erikoistuva lääkäri Toni Keski-Jyrä, Mehiläinen Oy

2. Yksityisen sektorin edunvalvonnan nykytila

Lääkäriasemien ja yksityissairaaloiden valtakunnallinen yhdistyminen ja ketjuuntuminen sekä alan yrityskaupat ovat yleistyneet räjähdysmäisesti viime vuosina. Samalla osa lääkäri- ja sairaalapalveluja tarjoavista yrityksistä on erikoistunut tiettyihin asiakassegmentteihin ja/tai laajentanut palvelutuotantoaan vanhustenhuollon, vanhusten pitkäaikaissairaanhoidon ja muiden sosiaalipalvelujen sektorille. Myös uudet teknologiset ratkaisut ovat luoneet mahdollisuuksia uusien palvelutapojen kehittämiseen ja muiden ammattiryhmien pyrkimykseen astua lääkärin tilalle potilaan tutkimisessa ja hänen terveydentilansa arvioinnissa (mm. optometristit, fysioterapeutit, sairaanhoitajat). Tietotekniikan hyödyntäminen näkyy mm. lisääntyvinä nettilääkäri- ja verkkopalvelutoimintoina. Lääkäripalveluissakin saumattomat hoitoketjut, etädiagnostisointi, etähoito sekä etäkuntoutus ovat yleistymässä.

Julkisen terveydenhuollon, erityisesti terveystieteiden, lääkäripulaa on perinteisesti paikannut lääkäreitä vuokraavat yritykset. Osaa näistä yrityksistä ei ole tilastoitu terveyspalvelujen toimialalle, koska niiden päätoimialan katsotaan olevan työvoimavuokrausta.

Kelan ja THL:n tilastojen ja Lääkäriliiton tekemän selvityksen perusteella yksityinen sektori on ollut viime vuosina ja nykyisinkin merkittävä palveluntuottaja ja lääkärin toimintatavat yksityisellä sektorilla ovat aiempaa monipuolisemmat.

Lääkärit eivät enää toimi vain perinteisinä ammatinharjoittajina, vaan mitä erilaisimmissa toimintamuodoissa. Lääkärien sopimukset ovat monesti monimutkaisia ja yksittäisen lääkärin voi olla vaikea ymmärtää eri ehtojen merkitystä tai sopimuskokonaisuutta. Myös toimintamuotojen eroavaisuuksia ei välttämättä tunneta. Esimerkiksi yrittäjänä toimivan lääkärin vastaanottotoiminnan sopimus voidaan päättää sopimukseen kirjatun irtisanomisajan puitteissa ilman perusteluita. Sen sijaan työsuhteessa toimivan lääkärin työsuhteen päättämiseen vaaditaan laissa oleva peruste.

Verottaja on viime vuosina myös aktivoinut monissa asioissa, jotka koskevat lääkäreitä. Verohallinto antoi esim. v. 2014 palkan ja työkorvauksen välisen rajanvedon tulkintaa kos-

kevan ohjeen, jossa todetaan mm., että samaan toimeksiantajaan ei voi olla sekä työsuhteessa että toimeksiantosuhteessa. Lääkäriliitto antoi asiassa lausuntonsa, jossa tuotiin esiin, että työ lääkäriasemalla voi olla hyvin moninaista; toisaalta kliinistä potilastyötä ja toisaalta hallinnollista työtä esimerkiksi asemien vastaavat lääkärit toimivat työsuhteessa tehden hallinnollista työtä tietyn tuntimäärän viikossa ja tämän lisäksi he toimivat ammatinharjoittajina ja saavat siitä pääasiallisen toimeentulonsa. Liiton mielestä tämän pitää olla mahdollista jatkossakin. Ohjeen antamisen jälkeen liiton tietoon ei ole kuitenkaan tullut, että lääkäreiden osalta toimintamuotoihin oltaisiin puututtu.

Viime vuosina terveydenhuollon yritykset ovat olleet myös verotarkastusten kohteina, mikä on koskenut myös joidenkin lääkäreiden omia yhtiöitä. Lisäksi verottaja on antanut arvonalisäverovelvollisuudesta tarkentavat ohjeet ja esim. kosmeettinen kirurgia on tullut alv:n alaiseksi.

Toisaalta myös perinteinen ammatinharjoittaminen on kohdannut mitä moninaisempia haasteita. Lääkäriasemat pyrkivät ostopalvelusopimuksissa sopimaan lääkäreiden palkkiotason alhaiseksi joskus jopa lääkäreitä kuulematta ja muutoinkin tiukentamaan ammatinharjoittamisen vapautta. Vakuutusyhtiöiden tuleminen vahvasti mukaan terveydenhuoltoon on mm. kaventanut potilaan valinnanvapautta valita hoitopaikkansa ja muuttuneiden potilasasiakirjaluovutusten kautta potilaan tietosuojaan ja oikeusturvan voidaan katsoa heikentyneen.

Etäpalvelut ovat tulleet perinteisen vastaanotto toiminnan kylkeen ja lääkäriasemien niitä koskevat lisäsopimukset, joita esitetään lääkäreille, voivat sitoa työaikaa kohtuuttoman alhaisella korvauksella.

Lääkäreiden ja muiden ammattiryhmien työnjaon uudistamisesta kumpuavat asiat hämärtävät perinteistä yksityislääkäritoimintaa ja hoitoon liittyviä vastuita. Lääkäreiden työtehtäviin kuuluvia asioita pyritään siirtämään muille ammattihenkilöille, jotka pyrkivät jo nyt tekemään lääkäreiden tehtäviä.

Lainsäädäntö mahdollistaa nykyään yksityislääkärinä toimimisen jo heti valmistumisen jälkeen. Nuorien lääkäreiden tuleminen yksityissektorille pian laillistuksen jälkeen saattaa vaikuttaa yksityissektorilla toimivien lääkäreiden volyymiin ja toimintamalleihin. Nuorilla lääkäreillä ei ole välttämättä kokemusta arvioida esim. lääkäriasemien neuvottelemien ostopalvelusopimusten ehtoja ja merkitystä oman toimintansa tai tulonmuodostuksensa kannalta.

Valmistuvien lääkäreiden määrän lisääntyessä, lääkäreitä on jatkossa työmarkkinoilla eniten enemmän. Lääkärivolyymin kasvu voi vaikuttaa paitsi palveluntuotantoon niin lääkäreiden mahdollisuuksiin vaikuttaa ansio- ja muuhun edunvalvontaan liittyviin asioihin. Myös erikoislääkäreiden määrä on kasvanut ja joillain aloilla on selvää ylikoulutusta ja erikoislääkäreillä jopa pulaa potilaista.

3. Taustatietoa yksityisestä terveyspalvelusektorista

Vuonna 2016 lähes puolet työikäisistä lääkäreistä toimii pää- tai sivutoimisesti yksityissektorilla. Päätoimisesti yksityissektorilla (ei sisällä yliopistojen lääkäreitä) on töissä n. 4 750 lääkäriä. Lääkärikeskuksissa ja yksityisillä vastaanotoilla on töissä 3 300 lääkäriä, joista 55 % on ammatinharjoittajia. Päätoimisesti yksityisvastaanottoa piti 2 300 lääkäriä ja sivutoimisesti noin 4 100 työikäistä lääkäriä.

Vuonna 2015 Kelan korvaamia yksityislääkärikäyntejä oli reilut 3,6 miljoonaa. Vuosituhannen alusta kasvua oli 275 000 käyntiä eli noin 8 %. Samalla ajanjaksolla terveyskeskusten lääkärikäyntimäärät vähenivät yli 10 miljoonasta käynnistä vajaan 7 miljoonaan. Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä oli vuonna 2014 vajaat 9 miljoonaa, kun vuonna 2000 niiden määrä oli reilut 6 miljoonaa. Työterveyshuollon sairaanhoitokäyntien määrä oli noin 3,4 miljoonaa vuonna 2014, missä oli noin miljoonan käynnin lisäys vuodesta 2000.

Työterveydenhuollon palvelut ovat yksityisillä lääkäriasemilla merkittävä toiminta-alue. Suomessa toimi vuoden 2015 lopussa yhteensä 406 työterveysyksikköä. Työterveysyksiöiden tuottamien palvelujen piiriin kuului vuonna 2015 lähes 2 miljoonaa henkilöasiakasta. Henkilöasiakkaista oli lääkärikeskuksissa 58 %, terveyskeskusten työterveyshuolloissa 8 %, kunnallisissa työterveyshuollon liikelaitoksissa ja osakeyhtiöissä 21 %, työnantajien omista työterveysyksiköissä 9 % ja työnantajien yhteisissä työterveysyksiköissä 4 %. Työterveyshuollon palvelut yksityisiltä lääkäriasemilta saavien henkilöiden määrä on yli kaksinkertaistunut kymmenessä vuodessa.

Terveydenhuollon menot Suomessa olivat 20,5 miljardia vuonna 2014. Tästä yksityisen rahan osuus oli neljäsosa. Osuus on pysynyt samalla tasolla 10 vuoden ajan.

4. Eri toimintatavat yksityissektorilla

Yksityissektorilla lääkärin toimintamuodot ja toiminnan järjestämisen tavat ovat viime vuosina monipuolistuneet. Lääkärit työskentelevät kolmella tavalla 1) ammatinharjoittajina pääasiassa lääkäriasemilla joko pää- ja sivutoimisesti 2) yhtiöiden kautta ja 3) työsuhteisena. Jokaista toimintamallia säätelee oma lainsäädäntönsä ja sopimukset ovat myös erilaisia.

4.1. Ammatinharjoittaja

Helpoin tapa aloittaa yksityisvastaanotto on ryhtyä ammatinharjoittajaksi lääkärikeskuksessa. Itsenäisenä ammatinharjoittajana toimiva henkilö ei ole työ- tai virkasuhteessa toimeksiantajaan. Yksityinen ammatinharjoittaja määrittää palkkionsa itse ja huolehtii myös itse lakisääteisistä vero-, eläke- ym. velvoitteista. Työsuhteen tunnusmerkit eivät siten täyty. Ammatinharjoittaja voi työskennellä joko omilla tiloillaan tai vuokratuilla tiloilla esim. lääkärikeskuksessa. Ammatinharjoittaja voi työskennellä myös kuntien ja kuntayhtymien kanssa tehdyn toimeksiantosopimuksen perusteella kuntien tiloissa.

4.2. Yhtiömuodossa toimiminen

Yhtiömuotoinen toiminta on kannattavaa lähinnä silloin kun on vähäistä mittavammasta toiminnasta kysymys. Lääkärinpalvelujen yhtiömuotoinen tuottaminen edellyttää aluehallintoviraston lupaa terveydenhuollon palvelujen antamiseen. Yhtiömuotoisesti lääkäri voi toimia joko perustamalla osakeyhtiön, avoimen yhtiön tai kommandiittiyhtiön. Ko. vaihtoehtojen välillä on suuri ero lääkärin henkilökohtaisen taloudellisen vastuun jakautumisessa. Tämänkaltaisella toiminnan järjestämistavalla on merkitystä moniin asioihin, josta yhtenä esimerkkinä on vakuuttamisvelvollisuus; liiton jäsenetu potilasvakuutusmaksun osalta koskee vain ammatinharjoittajia.

Lääkäri voi toimia myös ns. osakkuusyhtiössä osakkeen omistajana ja mainitunlaisessa yhtiössä myös lääkärin omistama holding-yhtiö voi olla osakkaana. Osakkaat tekevät keskenään osakassopimuksen, minkä lisäksi he ovat työsuhhteessa osakkuusyhtiöön. Tämä mahdollistaa verosuunnittelua erityisesti osinko- ja palkkatulon määriin vaikuttamalla.

4.3. Työsuhteinen

Lääkäri voi toimia myös työsuhteisena, jolloin hän sitoutuu tekemään työnantajalle työtä tämän johdon ja valvonnan alaisena palkkaa tai muuta vastiketta vastaan. Työsopimuksessa sovitaan palkkauksesta ym. keskeisistä ehdoista. Työnantaja puolestaan huolehtii lakisääteisistä velvoitteista. Kun lääkäri on työsuhhteessa yksityiseen palveluntuottajaan, päättää työnantaja palveluista perittävien palkkioiden suuruudesta. Työnantaja kantaa myös riskin siitä, että toiminta on kannattavaa.

Lääkäri voi toimia myös ns. vuokralääkärinä lääkärityövoiman vuokrausta harjoittavan yrityksen palveluksessa. Tällöin lääkäri on myös työsuhhteessa ja hänellä on työsopimussuhde työvoiman vuokraajayhtiöön. Työvoiman vuokraajayhtiö on tehnyt palvelunkäyttäjän

kanssa sopimuksen palvelun sisällöstä, hinnasta jne. Työntekijä on antanut suostumuksensa sille, että työn johto- ja valvontaoikeus on siirretty palvelunkäyttäjälle. Palvelunkäyttäjän ja työntekijän välille ei synny sopimussuhdetta.

4.4. Muut toimintatavat; esimerkkinä ns. kokonaispalkkasuhde

Omanlainen toimintamallinsa on ns. työntajayhtiöissä toimiminen. Usein tällaisen yhtiön palvelukseen hakeutuu lääkäreitä, joilla on jo valmis toimiva yksityisvastaanotto. Tässä mallissa toimittaessa lääkäri on työsuhteessa yhtiöön, mutta myös osakkaana. Lääkärin kanssa sovitaan kiinteästä kuukausipalkasta työsopimuksella. Tämän lisäksi lääkäri voi saada luontaisetuja, joiden kustannukset veloitetaan lääkärin tulosityksiköltä, joiden on oltava kannattavia. Jokainen yhtiön palveluksessa oleva lääkäri muodostaa oman tulosityksikkönsä. Lääkäri voi tehdä työtä eri asemilla. Tyypillistä tällaisissa yhtiöissä on, että ne pyrkivät voimakkaasti kasvattamaan nettovarallisuuttaan voidakseen jakaa osakkailleen pääomatuloa. Lääkäreiltä peritään hallintomaksua mm. kirjanpito-, verotus- rahoitus- ja investointi-, ym. neuvonnasta. Tällä toimimallilla olevia yhtiöitä ovat esim. Practiconova Oy ja Plusterveys Oy.

5. Toimintakentän muutos ja siihen vaikuttavat tekijät

5.1. Palveluntuottajien uudelleenorganisointuminen ja sen vaikutukset

Yksityisten palvelujen tuottajien uudelleenorganisointuminen on johtanut lääkäreiden suoran omistuksen vähentymiseen ja ulkopuolisten sijoittajien mukaantuloon lääkärikeskuksissa. Lääkärikeskukset ovat ketjuuntuneet ja palveluntuottajien koot ovat kasvaneet. Ketjujen asema ostopalvelujen tuottajana on vahvistunut.

Aiemmin v. 2007 toteutetussa yksityissektorin Strategia-raportissa ketjuuntumisesta nähtiin monenlaisia uhkia, mutta myös mahdollisuuksia, joita kuvaillaan tarkemmin oheisessa liitteessä. Liite 1.

Sen jälkeen ketjuuntuminen ja ulkomaisten pääomasijoittajien mukaantulo rahoittajana on ollut erittäin voimakasta. Myös yhteiskunnan taloudellisesti heikentynyt tilanne on heijastunut terveydenhuollon sektorille. Tästä on ollut seurauksena, että lääkärin asema yksityisenä ammatinharjoittajana on heikentynyt. Yhä enemmän ketjut sanelevat ehtoja yksityisenä yrittäjänä toimiville lääkäreille. Asemat kilpailevat ostopalvelusopimuksista mm. hinnoilla, mikä heijastuu suoraan yrittäjälääkärin tulonmuodostukseen. Toisaalta ketjut pyrkivät sitouttamaan lääkäreitä niin, etteivät nämä toimisi muissa ketjuissa tai asemilla. Tietotekniset ratkaisut mm. sähköinen resepti ja e-arkisto ovat nostaneet ketjujen ja asemien kustannuksia ja osassa lääkäriasemista niillä on ollut vaikutusta myös vuokratason. Myös lääkäreiden vaikutusvalta ketjujen johdossa on heikentynyt.

Tulevaisuuden vahvuuksina voidaan nähdä yksityisen sektorin palveluntuotannon vakiintuminen ja mm. palveluiden markkinoinnin paraneminen/tehostuminen. Isoilla palveluntuottajilla on myös mahdollisuus palkata enemmän avustavaa henkilökuntaa lääkäreiden avuksi.

Haasteena tulevaisuudessa on lääkärivolyymien kasvu; nykyisten vuosikurssien yhä suurempi koko, ulkomailla opiskelevien suomalaisten lääkäreiden määrä ja heidän kotiutuminen Suomeen opintojen päätyttyä ja ulkomaalaisten lääkäreiden määrä. Lisäksi uhkana on erikoislääkäreiden liikakoulutus. Kaikki nämä seikat heijastuvat tulevaisuudessa myös yksityissektoriin ja lääkäreiden työllistymiseen. Lääkäreiden voi olla jatkossa yhä vaikeampaa mm. neuvotella työehtojaan. Uhkana on myös ammatinharjoittajan itsenäisen päätäntävällän vähentyminen (mm. palkkiot) ja markkinoinnin epäeettisyys.

5.2. Työvoiman vuokraus, ulkoistaminen ja alihankinta

Työvoiman vuokrauksella tarkoitetaan sopimukseen perustuvaa järjestelyä, jossa työvoiman vuokrausyritys luovuttaa vastiketta vastaan työntekijöitään asiakasyrityksensä (käyttäjäyritys) käyttöön työnteon tapahtuessa käyttäjäyrityksen johdon ja valvonnan alaisena. Työvoiman vuokrauksessa työvoiman vuokrausyrityksen, työntekijän ja käyttäjäyrityksen välillä vallitsee "kolmikantainen" suhde. Vuokrausyrityksen ja käyttäjäyrityksen välillä on kahden elinkeinonharjoittajan välinen sopimussuhde. Vuokrausyrityksen ja työntekijän välillä on työsuhde. Työntekijän ja käyttäjäyrityksen välillä ei ole sopimussuhdetta. Työntekijän työntekovelvollisuus käyttäjäyrityksen palveluksessa perustuu työntekijän ja vuokrausyrityksen väliseen työsopimukseen ja siihen liittyvään työntekijän suostumukseen työskennellä käyttäjäyrityksessä.

Suomessa toimii useita terveydenhuollon palveluja tuottavaa yritystä, jotka välittävät lääkäreitä. Toimeksiantajina ja palvelun käyttäjinä ovat kunnalliset ja muut terveydenhuollon toimintayksiköt.

Vuokrausyritysten työntekijät työskentelevät yleensä kunnallisissa tai yksityisissä terveydenhuollon toimintayksiköissä yksikön työvälineitä ja laitteita käyttäen. Jos toimitilat ja laitteet vuokrattaisiin erikseen ja palvelun vastike perittäisiin suoraan potilailta, kuuluisi toiminta varsin selkeästi yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain soveltamisalan piiriin.

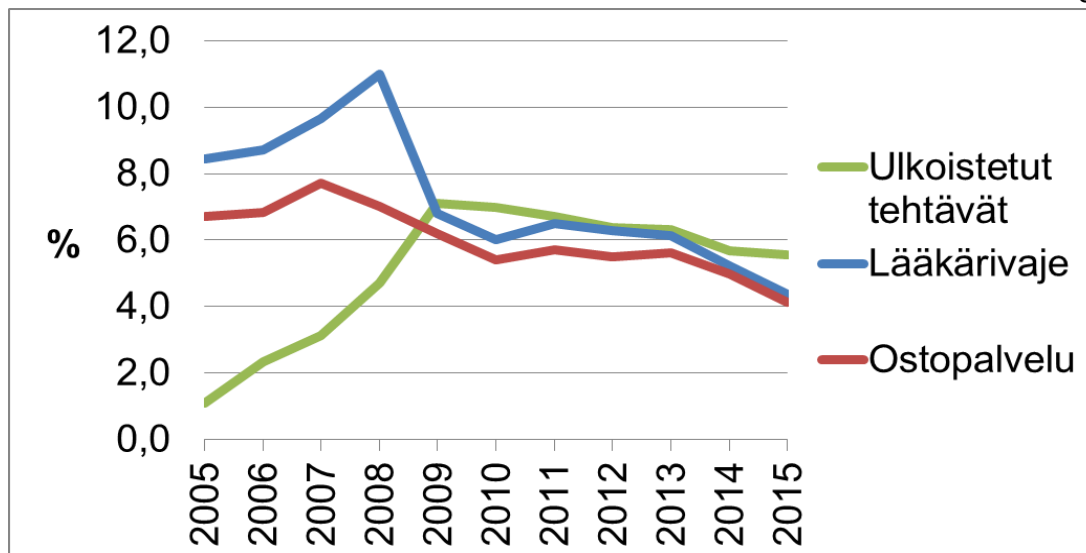
Työsopimuslain muutoksella v. 2010 parannettiin vuokrafirmojen työntekijöiden asemaa, koska heihin on TSL:n 9 §:n nojalla sovellettava vähintään käyttäjäyritystä sitovan lain tai yleissitovan työehtosopimuksen määräyksiä mm. vuosilomien, sairauslomien ym. säännösten osalta. Valitettavasti jotkut vuokrafirmat eivät ole noudattaneet mm. edellä mainittua velvoitetta taata TES:n mukaiset työehdot, mikä on aiheuttanut ongelmia.

Työvoiman vuokraus terveydenhuollossa on hiukan vähentynyt viime vuosina. Viime vuosina terveyskeskusten lääkäritilanteen parannuttua kunnat ovat täyttäneet suuremman osuuden vakansseista itse. (ks. kuvio 1)

Ulkoistamisella tarkoitetaan tilannetta, jossa kunta on luovuttanut virkojen täyttämisen palveluntuottajille. Tyypillisesti on ulkoistettu vaikka yksittäisten lääkäreiden työ, tietyn väestön terveyspalvelut tai kokonainen terveysasema. Ulkoistettujen tehtävien määrä perusterveydenhuollossa oli huipussaan vuonna 2007, kun terveyskeskusten lääkärintehtävistä oli ulkoistettu 7%. Viime vuosina määrä on ollut pienessä laskussa. Vuonna 2015 tehtävistä ulkoistettuja oli 5,6%. (ks. kuvio1)

Alihankinnasta on kysymys, silloin, kun työntekijät tekevät työtä palvelun tilaajan tiloissa "oman" työnantajansa johdon ja valvonnan alaisina niin, että heidän työnantajansa vastaa työn tuloksesta suhteessa tilaajaan. Jos siis vuokrafirma ei siirrä direktio-oikeuttaan terveydenhuollon toimintayksikölle, vaan järjestää työn johdon ja valvonnan sekä esimerkiksi konsultaatiomahdollisuudet oman henkilöstönsä avulla, toimii vuokrafirma alihankkijana.

Kuvio 1: Lääkäriavaj, ostopalvelut ja ulkoistaminen terveyskeskuksissa 2005–2015



5.3. Ostopalvelut

Ammatinharjoittajalle/Yrittäjälääkäreille tulee potilaita suoraan, mutta myös aseman solmimien moninaisten ostopalvelusopimusten kautta kuten yritysten työterveyshuollon, vakuutusyhtiöiden, sairaanhoitopiirien, kunnan tai kuntayhtymien kanssa tehtyjen sopimusten nojalla. Myös erityyppiset asiakassetelit (aiemmin palvelusetelit) ovat potilaiden käytössä ja jatkossa potilaat saavatkin vapaammin valita itse palveluntuottajansa.

Vaikka lääkäri suostuu hoitamaan ostopalvelusopimusten kautta tulevia potilaita ja saa näin potilasvolyyymiä, liittyy sopimukseen myös ongelmia. Lääkäriasemat sopivat ostopalvelusopimuksia neuvotellessaan myös lääkärinpalkkioista. Lääkäri voi valita ottaako hän näitä potilaita vastaan, mutta ei voi käytännössä päättää palkkiostaan. Ostopalvelusopimukset tuovat lääkäreille sinällään potilasvolyyymiä, mutta eri lääkäriryhmien kesken saattaa juuri palkkioiden tasosta olla eri näkemyksiä.

Lääkäriasemat pyrkivät monesti ohjaamaan lääkäreitä käyttämään oman asemansa laboratorio- ym. oheispalveluja ja laitteita, vaikka joskus potilaan hoidon kannalta voisi olla perusteltua käyttää muita oheispalveluita.

Ongelmana ostopalveluissa on ollut mm. se, että jotkut lääkäriasemaketjut tiedottavat ostopalvelusopimuksista tai niiden muutoksista lääkäreille luvattoman huonosti. Usein myös esim. sairaanhoitopiirien kanssa tehtyihin sopimukseen sisältyy paljon ylimääräistä työtä, mm. kun ostopalveluista joudutaan tekemään erillisiä raportteja toimeksiantajille. Tällainen ylimääräinen työ ei sisälly hintaan eikä siitä välttämättä edes informoida etukäteen.

5.4. Vakuutusyhtiöiden rooli yksityisessä terveydenhuollossa ja lääkärin asema

Vakuutusyhtiöiden asema on vahvistunut lakisääteisissä vakuutuksissa. Vakuutuslaitosten oikeus valita hoitopaikka on johtanut valtakunnallisten palveluntuottajien aseman vahvistumiseen. Vakuutusala pyrkii luomaan kustannusten ja hoidon sisällön mukaan standardoituja hoitoketjuja, joilla on vaikutusta yksittäisen ammatinharjoittajan toimintamahdollisuuksiin. Vakuutusala haluaisi itselleen hoitopaikan osoittamismahdollisuuden myös muissa kuin lakisääteisissä vakuutuksissa. Potilaiden perinteinen mahdollisuus valita hoitava lääkäriensä ja lääkärin autonomia vapaaehtoisen vakuutuksen piiriin kuuluvissa tapauksissa on tällöin uhattuna. Myös potilastietojen siirtymiseen vakuutusyhtiöille liittyy potilaan kannalta riskejä esim. sellaisten tietojen osalta, jotka eivät kuulu lainkaan käsiteltävään vakuutustapahtumaan.

Vakuutusyhtiöiden aktivoituminen on näkynyt myös siinä, että ne pyrkivät vaikuttamaan siihen, mikä on standardihoitoa.

Vuoden 2016 alusta tuli voimaan uusi Työtaturma – ja ammattitautilaki, jonka myötä työtaturma- ja ammattitautivakuutuksen sairaanhoitokustannusten korvaamista koskevat säännökset uudistuivat. Myös liikennevakuutuksen osalta säännökset uudistuivat samalla tavoin. Lainsäädäntöuudistuksen yhteydessä tarkistettiin terveydentilatietojen toimitamiseen ja niiden maksullisuuteen liittyviä kohtia.

Muutos on vaikuttanut tietojen luovuttamista koskeviin pyyntöihin, jotka ovat olleet vakuutusyhtiöissä erilaisia ja sangen sekavia ja sen myötä vaikeuttaneet ja lisätyöllistäneet niin lääkärien kuin lääkäriasemienkin toimintaa. Lausuntokäytäntöihin on tullut muutoksia eikä lausuntoja enää pyydetä samassa mittakaavassa kuin aiemmin. Potilasasiakirjapyyntökäytännöt ovat vaikuttaneet myös lääkäreille maksettaviin korvauksiin.

5.5. Kilpailulainsäädännön vaikutus

Kilpailulainsäädäntö vaikuttaa kaikkien yrittäjien toimintaan, harjoitettiinpa toimintaa sitten itsenäisenä yrittäjänä tai yhtiömuodossa. Näin ollen myös yrittäjinä toimivat lääkärit, joutuvat huomioimaan kilpailusääntöjä. Kilpailusäännöt kieltävät mm. kilpailijoiden välisen yhteistyön (kartellit ja tietojenvaihto), tavarantoimittajien ja asiakkaiden/jälleenmyyjien toimintatapauden rajoittamisen sekä määräävän markkina-aseman väärinkäytön.

Kilpailusääntöjen rikkomisesta aiheutuu ankarat sanktiot, joita ovat kilpailunrikkomismaksu (sakko) – jopa 10 % konserniliikevaihdosta, vahingonkorvausvelvollisuus, poissuljenta julkisten hankintojen tarjouskilpailuista jne.

Kilpailijoiden välinen yhteistyö ja tietojenvaihto on kiellettyä. Tämä koskee mm. hintoja tai muista kaupallisista ehdoista sopimista, boikotteja jne.

Kilpailulainsäädäntö rajoittaa myös toimialajärjestöjen ja ammattiliittojen toimintaa. Hintasuositukset ovat ehdottomasti kiellettyjä. Niitä ovat myös tavat, jotka yhdenmukaistavat alalla toimivien yritysten hinnoittelua, kuten esim. hinnankorotusten ajankohtaa, jolloin asiakkaan mahdollisuus välttää korotus vaihtamalla palveluntarjoajaa heikkenee. Lisäksi toimenpiteet, jotka kannustavat yrityksiä hintojen nostamiseen omien kustannusten kehityksestä riippumatta ovat kiellettyjä samoin vakioehdot, joihin sisältyvillä määräyksillä on suora vaikutus asiakkailta perittäviin hintoihin (esim. suositushinnat ja alennukset).

Kollektiivinen boikotti on myös kielletty. Kollektiivisella boikotilla tarkoitetaan kaikkia sopimuksia tai muita järjestelyjä, joissa elinkeinonharjoittajat yhdessä kieltäytyvät tai uhkaavat kieltäytyä liikesuhteista tietyn toimijan kanssa. Lääkäriyrittäjien tulee itsenäisesti päättää kenen kanssa he ryhtyvät liikesuhteeseen tai päättävät liikesuhteen. Myöskään Lääkäriliitto ei voi suositella tai tukea kollektiivista boikottia, vaan jokaisen on tehtävä päätöksensä itsenäisesti.

Kilpailutuksen takia kuntien, sairaanhoitopiirien ja vakuutusyhtiöiden neuvotteluasema on vahvistunut ja lääkäriasemien tilanne on heikentynyt, koska palveluiden hinta on ollut kilpailutuksissa usein ratkaiseva tekijä.

Lääkäriasemien neuvotteluasema taas suhteessa palveluja tuottaviin itsenäisiin ammattiharjoittajiin on melko vahva. Lääkärit ovat helposti ”ota tai jätä” –tilanteessa. Hintoihin vaikuttaminen on vaikeaa, koska kaikenlaiset ammattiliiton hintasuositukset tai -ohjaukset ovat kiellettyjä (vrt. Leipuriliitto ja Hiusyrittäjät) kuten myös kollektiiviset boikotit. Vaihtoehdoksi edunvalvonnassa jää mm. lainsäädäntöön liittyvät edunvalvontatoimet, yksittäisten lääkäreiden sopimusten tarkastelu ja yksityislääkäreiden neuvottelutaitojen lisääminen koulutuksen avulla jne.

5.6. Sote-uudistus

Sote-uudistuksessa on tarkoitus yhdistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä, mm. varmistamalla toimiva ja vaikuttava sekä kustannustehokas sosiaali- ja terveyden-

huollon palvelurakenne. Rahoitus tapahtuu ensisijaisesti valtion toimesta ja monikanavaista rahoitusta yksinkertaistetaan. Sote-rakenne perustuu siihen, että 18 maakuntaa vastaa sekä sote:sta että muista palveluista. Yliopistosairaaloiden ympärille tulee viisi yhteistyöaluetta, jotka ovat valtion viimekätisessä ohjauksessa. Järjestäjinä toimivat siis 18 maakuntaa ja järjestäjä ja tuottaja eriytetään. Tuottajina voivat toimia sekä yksityiset että julkiset ja kolmannen sektorin toimijat.

Itsehallintoalueiden omaa tuotantoa johtavat ammattijohtajat erillään sote-palveluiden järjestämistä koskevasta päätöksenteosta. Itsehallintoalueen oman palvelutuotannon tarkoituksenmukaisuutta pitää verrata yksityisen sektorin tuotantoon ja tuotannon laatu- ja kustannustietojen tulee olla julkisesti vertailtavissa. Uusien toimijoiden ja pk-yritysten mahdollisuudet tarjota palveluita turvataan.

Potilaan valinnanvapaus toteutetaan erillisellä lailla. Mats Brommelsin työryhmän raportti hallitukselle valmistui 31.5.2016. Ajatuksena on, että potilas voisi itse valita palveluiden julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan piiristä. Valinnanvapaus olisi pääsääntö perustasolla, ja soveltuvin osin käytössä myös erikoistason palveluissa. Asiakasseteli (aiemmin palveluseteli) järjestelmää kehitetään edelleen. Tavoitteena vahvistaa erityisesti perustason palveluita ja turvata nykyistä nopeampi hoitoon pääsy. Yhtenäiset hoidon laatu- ja turvaperusteet ja valintaa tukeva julkinen tieto laadusta tulisi olla läpinäkyvää.

Lainsäädännön aikataulu on tällä hetkellä se, että järjestämislaki, itsehallintolaki ja palvelujen tuottamista koskeva laki ovat lausuntokierroksella marraskuun alkuun asti. Hallituksen esitykset valinnanvapauslainsäädännöstä ja rahoitusuudistuksesta tulevat mahdollisimman pian sote-järjestämislain jälkeen. Järjestämisvastuu siirtyy kunnilta 1.1.2019 itsehallintoalueille. Tavoitteena, että sote-palveluiden kustannukset vuonna 2029 olisivat 3 Mrd € vähemmän kuin ilman uudistusta.

5.7. Arviointia yksityislääkäritoiminnan kannalta

Suomalaisessa "sote-perinteessä" yksityiset tuottajat on nähty "täydentävänä" toimijana. Valtaosa työikäisten perustason terveystalouksista tuotetaan yksityisessä työterveyshuollossa. Yli miljoonalle ne on järjestetty lääkärikeskuksissa, työterveysasemilla noin 350 000:lle ja terveyskeskuksissa noin 450 000:lle. Yli miljoonalla suomalaisella on yksityinen sairauskuluvakuutus. Yksityinen sektori säilyi edelleen ja vahvistuu.

Sairausvakuutuksen kautta potilaiden saama tuki yksityislääkärikäyntien kustannuksiin on vähentynyt jo pitkään. Lääkärin palkkioiden osalta tarkistusta ei ole tehty vuoden 1989 jälkeen. Korvaussuhde on pienentynyt ja se oli v. 2015 noin 20 % keskimääräisestä lääkäripalkkiosta. Sairausvakuutuskorvaukset poistuvat tulevaisuudessa kokonaan.

Perusterveydenhuoltoa hoitanevat jatkossa sekä vanhat julkiset toimijat, jotka yhtiöittävät toimintonsa, yksityiset toimijat ja kolmas sektori. Niitä toimintoja, joita "palvelulupaus" ei hoida ainakaan pääasiallisesti (esim. silmätaudit, gynekologia) hoidetaan edelleen puhtaasti privaattissa. Ostopalvelutoiminta lisääntyy edelleen ja asiakassetelit, joita potilaat voivat käyttää otetaan laajamittaiseen käyttöön. Sivutoiminen ammatinharjoittaminen tulee uudella tavalla tarkastelun alle.

Maakunnan omat palvelut tuottaa jatkossa maakunnan palvelulaitos. Markkinoilla toimivan tuotannon osalta maakunnallisen palvelutuotantoyksikön toiminta on yhtiöitettävä. Käytännössä tämä koskee pääsääntöisen valinnanvapauden piiriin kuuluvia ja markkinoilla olevan tuotannon kanssa kilpailevia palveluita.

Mahdollisesti merkittävä osa nykyisin perusterveydenhuollon lääkäreistä ja ainakin osa sairaaloiden poliklinikoiden lääkäreistä siirtyy maakunnallisten osakeyhtiöitten palvelukseen, jolloin heistä tulee työsuhteisia ja heidän palvelussuhteeseensa sovelletaan yksityisen sektorin lakia ja käytäntöjä.

Julkisen puolen yhtiöittämisvelvollisuus kilpailluilla markkinoilla siirtyy todennäköisesti voimaan tulevaksi 1.1.2019 (HE eduskunnalle siirtymäajasta on annettu 20.10.2016). Tämä tarkoittaa sitä, että kunnallisella puolella mm. työterveyshuollossa nykyisin virkasuhteessa työskentelevät lääkärit sekä mahdollisesti myös muut perustason terveydenhuollon kilpailluilla markkinoilla toimivat virkasuhteiset lääkärit siirtyvät työskentelemään kunnallisiin/maakunnallisiin osakeyhtiöihin tai työsuhteisiksi. Kunnallista lääkäreiden virkaehtosopimusta ei tämän jälkeen enää sovelleta näitten lääkäreiden työehtoihin. Tätä taustaa vasten voi tulla tarvetta myös työehtosopimuksille.

5.8. Työsuhteet ja työehtosopimusten tarve

Tällä hetkellä yksityisellä sektorilla ei ole työehtosopimuksia, joita sovellettaisiin suoraan työsuhteessa oleviin lääkäreihin. Lääkärit neuvottelevat itse palkkansa ja muut työehtosopimuksensa ehdot.

Joissain tilanteissa lääkärit ovat sopineet, että ns. yleisten ehtojen (esim. vuosilomien, sairaslomien, vanhempainvapaiden ym.) osalta sovelletaan jotain työehtosopimusta esim. yksityisen terveyspalvelualan työehtosopimusta. Työehtosopimusten merkitys tulee tarkoin arvioida tulevaisuuden toimintamallien kannalta, koska niissä taataan lakia paremmat ehdot esim. juuri vuosilomien osalta.

Lääkäriliitto on jo useamman vuoden tehnyt alustavaa selvitystä työehtosopimusten tarpeellisuudesta ja kartoittanut eri yhteistyötahoja.

Lääkäriliiton Työmarkkinatutkimuksessa 2016 kysyttiin lääkäreiden näkemyksiä yksityisen sektorin työehtosopimuksen mahdollisista vaikutuksista. Vastausprosentti kyselyssä oli 22 %*.

Lääkäreitä pyydettiin ottamaan muun ohessa kantaa myös siihen pitäisikö yksityissektorilla olla työehtosopimus. Kysymyksenä oli ”Yksityisen sektorin lääkäreille tulisi saada kaikkia koskeva työehtosopimus, jossa on sovittu mm. työajoista ja minimipalkkauksesta.”

Tulokset osoittivat, että lääkäreiden oli vaikea ottaa kysymykseen kantaa. Yli 40 % vastanneista lääkäreistä vastasi joko ”En osaa sanoa” tai ”Ei samaa eikä eri mieltä”. Kaikista vastanneista lääkäreistä noin neljännes oli sitä mieltä, että yksityissektorille tarvitaan työehtosopimus ja kolmannes oli eri mieltä. Kantaa ottaneista siis hiukan useampi vastusti kuin kannatti työehtosopimusta.

Ammatinharjoittajat vastustivat työehtosopimusta eniten (hiukan yli puolet). Työehtosopimusta kannatti noin kuudesosa ja noin kolmasosa ei ilmaissut kantaansa. Myös sivutoimisesti yksityisvastaanottoa pitävissä lääkäreissä työehtosopimuksen kannattajia oli alle viidesosa ja vastustajia lähes puolet.

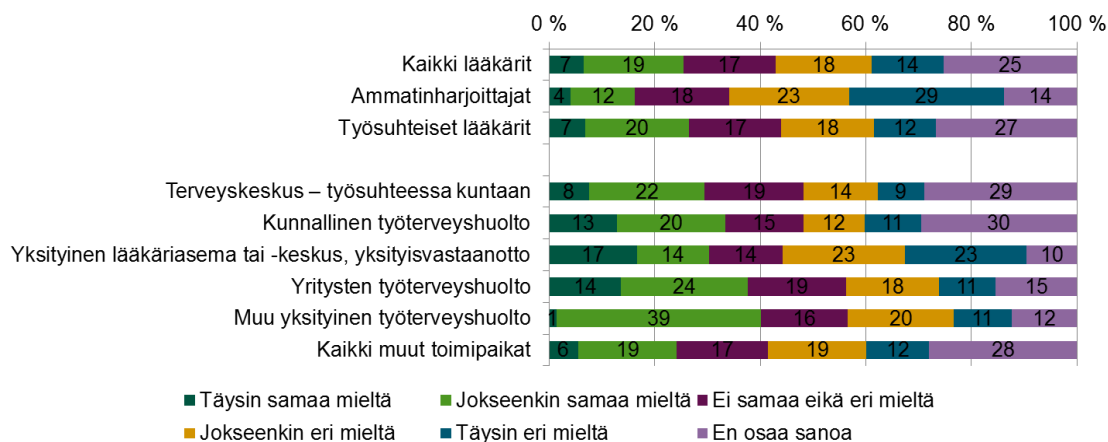
Työsuhteisista lääkäreistä isompi osa vastusti työehtosopimusta kuin kannatti. Yksityisen lääkäreiden työsuhteisistä lääkäreistä työehtosopimuksen kannattajia oli vajaa kolmasosa, noin neljäsosa vastasi neutraalisti tai ei ottanut kantaa ja lähes puolet vastusti.

Muutamassa toimipaikassa työehtosopimus sai enemmän kannatusta kuin vastustusta. Tällaisia paikkoja olivat työsuhteessa kuntaan olevat terveyskeskuslääkärit ja työterveyshuollon toimipaikat. Kunnallisen työterveyshuollon lääkäreistä yksityisen sektorin työehtosopimuksen kannattajia oli noin kolmasosa ja vastustajia reilu viidesosa. Yksityisen puolen työterveyshuollon lääkäreistä noin 40 % kannatti työehtosopimusta ja vajaa kolmannes vastusti. Näissä toimipaikoissa toimivista lääkäreistä isompi osuus näki yksityisen sektorin työehtosopimukselle tarvetta.

Tämän tutkimuksen perusteella enemmistö ei pitänyt työehtosopimusta tarpeellisena. Tulevaisuudessa tilanne on todennäköisesti toinen riippuen sote-uudistuksen toimintamallien ja merkityksen realisoitumisesta ja julkisten toimijoiden velvollisuudesta yhtiöittää toimint-

taansa. Koska työsuhteisten lääkärien määrä tulee jatkossa nousemaan huomattavasti julkisen sektorin yhtiöittäessä toimintaansa, niin työehtosopimuksen tarve tulee ilmeiseksi.

Kuvio: Lääkärien vastaukset kysymykseen: ”Yksityisen sektorin lääkäreille tulisi saada kaikkia koskeva työehtosopimus, jossa on sovittu mm. työajoista ja minimipalkkauksesta.”



* Tutkimus lähetettiin 19 124 liiton rekisteristä saatuun sähköpostiosoitteeseen. Vastauksia tuli 4 118, eli vastausprosentti näin laskettuna on 22 %. Ongelmana olivat virheelliset / käytöstä poistuneet osoitteet, joiden määrästä ei ole tarkempaa tietoa.

5.9. Sivutoiminen ammatinharjoittaminen ja sen muutokset

Sivutoimisen ammatinharjoittamisen osalta monet sairaanhoitopiirit (HUS, TAYS ja KYS) ovat viime vuosina tiukentaneet sivutoimiohjeitaan. Vaikka sivutoimiohjeita on kiristetty, niin lääkärien sivutoimia ei käytännössä ole toistaiseksi lähdetty rajoittamaan. Tähän täytyy kuitenkin jatkossa varautua samoin kuin tarvittaviin jatkotoimiin.

Lääkäriliitossa asiaa on selvitetty ja sairaanhoitopiirien luottamusmiehiä on ohjeistettu. Tässä on käytetty hyväksi myös ulkopuolista kilpailuasiantuntijaa, joka on tarvittaessa käytettävissä myös oikeudenkäynteihin, mikäli lääkärien sivutoimia ryhdytään rajoittamaan.

Kun Sote-uudistuksessa tulee tapahtumaan julkisen terveydenhuollon osakeyhtiöittämistä, merkitsee tämä sitä, että lääkärit siirtyvät virkasuhteista työsuhteisiksi. Sote-uudistuksen myötä tarkastellaan sivutoimista ammatinharjoittamista tavalla tai toisella uudelleen. Lääkärit joutunevat valitsemaan palveluja tuottavan sektorin jolla toimivat, silloin kun kysymys on julkisesti rahoitetuista palveluista.

Sivutoimista ammatinharjoittamista ei saa tulevaisuudessa rajoittaa itse maksavien potilaiden osalta.

5.10. Laki sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta

Vireillä on tällä hetkellä useita lainsäädäntöhankkeita, jotka koskevat kaikkia palveluntuottajia. STM on valmistelemassa myös lakia sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta sen pohjalta, että sosiaali- ja terveydenhuollon säännökset vaativat yhtenäistämistä, yksityisen terveydenhuollon toiminta on kehittynyt ja lainsäädäntö ei vastaa enää nykyisiä toimintamalleja. Lakiesitys perustuu yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön työryhmän loppuraporttiin (STM2016:27) ja on parhaillaan lausuntokierroksella. Lääkäriliitto on antanut STM:n työryhmälle jo valmisteluvaiheessa useita kannanottoja.

Lakiuudistuksen tärkeinä periaatteina on esiintunut mm. potilasturvallisuus, laatu, palveluntuottamisen monimuotoistuminen, palveluntuottajan ja viranomaisten yhteistyö, turhan

byrokratian ja hallinnollisen taakan purkaminen, toimintojen yksinkertaistaminen ja joustavoittaminen.

Palveluntuottajan käsite tulee muuttumaan niin, että oikeudellisella muodolla ei ole merkitystä, vaan sekä yksityiset että yhteisöt ovat lähtökohtaisesti samassa asemassa. Yksityisten terveyspalvelujen määritelmää tarkennetaan ja mm. esteettiset esim. kirurgia, injektiot jne. kuuluvat lain alle.

Palveluyksikkö ei ole jatkossa enää sidottu fyysisiin toimitiloihin, vaan laissa huomioidaan tulevaisuuden palvelutuotannon uudet muodot mm. etäpalvelut.

Oikeus tuottaa palveluja perustuu rekisteröintiin ja lupa- sekä ilmoittamismenettelystä luovutaan. Rekisteröinti-ilmoitus tapahtuu yhden kanavan kautta sähköisesti Valviralle. Palvelun tuottajan ja palveluyksikön rekisteröinti olisivat kaksi erillistä hallintotoimintaa. Rekisteröinnissä ei lähtökohtaisesti edellytetä asiakirjoja tai muuta selvitystä. Rekisteröintiä varten annettavat tiedot on listattu laissa. Rekisteriviranomainen rekisteröi palveluyksikön viipymättä yksityisten palvelun tuottajien rekisteriin palvelun tuottajan ilmoittamien tietojen perusteella. Toiminnan aloittamisen tai muutoksen toteuttamisen edellytyksenä on, että palvelutoiminnan rekisteröinnistä tai sen muutoksesta on tehty lain mukainen päätös.

Lakiin tulee uusi yhteisen palveluyksikön käsite, joka tarkoittaa sitä, että esim. asemalla toimivat yksittäiset palveluntuottajat voivat sopimuksella valita vastuullisen palveluntuottajan, jolle annetaan mahdollisuus edustaa kaikkia palveluntuottajia. Vastuullinen palveluntuottaja edustaa muita yhteisen palveluyksikön palveluntuottajia rekisteri- ja valvontaviranomaisessa asioissa, jotka koskevat yhteisessä palveluyksikössä toteutettuja palveluja. Vastuullinen palveluntuottaja vastaa ilmoittamistaan tiedoista.

Vastuullisen palveluntuottajan järjestely on vapaaehtoinen. Vastuullisella palveluntuottajalla ei ole minkäänlaista direktiovaltaa ja jokainen palveluntuottaja vastaa edelleen itse toiminnastaan. Yhteinen palveluyksikkö rekisteröidään kaikkien palveluyksikössä toimivien palvelun tuottajien lukuun. Jos palvelun tuottaja ei toimi enää sopimuksen perusteella yhteisessä palveluyksikössä ja aloittaa sopimuksen perusteella toisessa yhteisessä palveluyksikössä, uusi vastuullinen palveluntuottaja ilmoittaa viranomaiselle muutoksesta.

Laki edellyttää vastuuhenkilön nimeämistä. Tämän on tosiasiallisesti kyettävä johtamaan ja valvomaan toimintaa ja hänellä tulee olla siihen soveltuva koulutus.

Palveluntuottajan tulee antaa omavalvontasuunnitelma, mutta mm. toiminnan laajuus ja sisältö voidaan huomioida eli yksityinen elinkeinonharjoittajalta ei välttämättä edellytetä vastaavaa laajuutta kuin lääkäriasemalta.

Palvelun tuottaja on asiakas- ja potilasrekisterin rekisterinpitäjä. Vastuullinen palveluntuottaja on yhteisen palveluyksikön potilas- ja asiakasrekisterien rekisterinpitäjä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa tekemistään merkinnöistä siten kuin muualla lainsäädännössä säädetään.

Kun palvelun tuottaja lopettaa sopimuksen vastuullisen palveluntuottajan kanssa, hänellä on oikeus oman palvelutoimintansa jatkamista varten saada niiden asiakkaiden ja potilaiden yhteystiedot, joita hän on hoitanut sopimuksen voimassaoloaikana.

Jos potilas haluaa jatkaa lääkärin kanssa, joka ei enää toimi yhteisen palveluyksikön puitteissa, voi hän antaa suostumuksen varsinaisten potilastietojensa saamiseen vastuullisen palveluntuottajan järjestelmästä.

Kun palvelun tuottaja lopettaa toimintansa, vastaa Kansaneläkelaitos teknisenä rekisterinpitäjänä sähköiseen potilastiedon arkistoon talletettujen asiakas- ja potilasasiakirjojen sähköisestä säilyttämisestä.

Sellainen palvelun tuottaja, joka on tehnyt ilmoituksen valvontaviranomaiselle ennen uuden lain voimaan tuloa, saa jatkaa aloittamaansa palvelujen tuottamista ennen kuin tässä laissa tarkoitettu rekisteröintipäätös on tehty. Myös aiemmin myönnetty lupa tai rekisteröity ilmoitus yksityisestä sosiaalipalvelusta tai yksityisestä terveydenhuollosta on voimassa lain voimaantultua.

Lain myötä yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen valvontaan tulee rajaus eli viranomaisen ei tutki yli 2 vuotta vanhempaa asiaa ellei siihen ole erityistä syytä.

Uusi laki tulee muuttamaan nykyisen käytännön ja myös uudet tulevaisuuden toimintamuodot on pyritty huomioimaan.

5.11. Etäpalvelut

Etäpalveluilla tarkoitetaan terveydenhuollossa sitä, että potilaan tutkiminen, diagnostiikka, tarkkailu, seuranta, hoitaminen, hoitoon liittyvät päätökset tai suositukset perustuvat esim. videon välityksellä verkossa tai älypuhelimella välitettyihin tietoihin ja dokumentteihin.

Valvira on antanut ohjeen, joka koskee sekä julkisen terveydenhuollon toimintayksikön että yksityisen palvelujen tuottajan (esim. yhtiömuotoinen yritys) ja itsenäisen ammatinharjoittajan vastaanottoa, jossa terveydenhuollon palvelu annetaan potilaalle etäyhteyden välityksellä.

Ohjeen mukaan etäpalvelun antajalla on oltava asianmukaiset tilat, laitteet (ml. yhteydet) ja toiminnan edellyttämä asianmukaisen koulutuksen saanut henkilökunta. Etäpalvelun on oltava lääketieteellisesti asianmukaista ja siinä tulee ottaa huomioon potilasturvallisuus. Etäpalveluissa potilastietojen välitykseen ja tallentamiseen käytettävien tietojärjestelmien on täytettävä salassapitoa, tietosuojaa sekä tietoturvaan koskevien säännösten vaatimukset. Vastuu tietosuojasta ja tietoturvasuudesta niin etäpalveluissa käytettävien yhteyksien kuin siinä syntyvien henkilötietojen käsittelyn osalta on palvelujen antajalla. Keskeiset periaatteet tarkemmin liitteenä. Liite 2.

Monet lääkäriasemat ovat alkaneet tarjota potilaille videovälitteisiä etävastaanottoja ja myös monenlaisia muita digi-, chat- ym. palveluja kehitetään jatkuvasti. Nämä uudentyyppiset palvelumuodot ja niitä koskevat sopimukset eivät välttämättä ole lääkäreille kannattavia. Ne saattavat viedä runsaasti aikaa eikä niistä maksettava korvaus ole suhteessa tehdyn työn määrään käytetty aika mukaan lukien. Lisäksi tällaisiin palvelumuotoihin voi sisältyä potilaan hoidon kannalta tietoturva- ym. riskejä. Digi- ja etävastaanottojen osalta pitäisi edunvalvonnallisesti huomioida mm. että, lääkäri saa työstä asianmukaisen korvauksen. Tämä on tärkeää huomioida myös silloin, kun lääkäri on tehnyt työtä digivastaanotolla ja myöhemmin havaitaan, että potilas joudutaan kuitenkin ohjaamaan normaalille vastaanotolle. Digivastaanottoja markkinoitaessa tulisi potilaille tuoda esiin, minkälaisia asioita tällaisella vastaanotolla voidaan hoitaa.

Etävastaanotot tulevat laajentumaan ja yleistymään. Lääkäreiden tulee miettiä tarkasti, millä ehdoilla he haluavat tällaiseen toimintaan lähteä.

5.12. Sähköinen sairauskertomus ja e-resepti

Sähköistä lääkemääräystä koskeva laki tuli voimaan 1.4.2007 ja laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 1.7.2007. Uudistusten tavoitteiden taustalla on ollut potilasturvallisuuden parantaminen, hoitoprosessien tehostaminen, rationaalisen lääkehoidon edistäminen sekä lääkkeen määräämisen ja toimittamisen helpottaminen ja tehostaminen. Tarkoituksena on myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallisesta sähköisestä käsittelystä varmistaminen ja potilaan tiedonsaantimahdollisuuden parantaminen. Sähköisen sairaskertomuksen osalta on nähty tärkeänä potilaan tietosuojan varmistaminen, tietojen oikeellisuuden ja muuttumattomuuden varmistaminen, käyttäjien tunnistaminen ja vastuitten määrittely.

Molempien lakien keskeinen tavoite on ollut myös tietojen saatavuuden ja yksityisyyden suojan tasapainottaminen niin, että ammattihenkilön osalta tiedonsaanti helpottuu. Potilaan kannalta on taas nähty tärkeänä, että laissa on kirjattu suostumuksesta, hakutietojen luovutuskiellosta, tiedonsaantioikeudesta, lokitiedoista, katseluyhteydestä ja reseptitietojen säilytyksestä. Tiedon liikkuminen joustavasti on tärkeää.

Sähköisen lääkemääräyksen toimintamalleihin tulee muutoksia 1.1.2017 alkaen. Sähköinen lääkemääräys muuttuu pakolliseksi vuoden 2016 lopussa. Paperi- tai puhelinreseptin saa tehdä vain poikkeustilanteessa. Lääkkeen määrääjän tulee aina antaa perustelu paperi-/puhelinreseptin kirjoittamiselle. Apteekeilla on velvoite tallentaa 1.1.2017 jälkeen kirjoitetut paperi-/puhelinreseptit sähköisiksi lääkemääräyksiksi. Yksityisen terveydenhuollon lääkäri voi kirjata lääkemääräykselle tiedon perittävästä lääkäripalkkiosta, kun reseptiä ei ole kirjoitettu vastaanottokäynnin yhteydessä. Lääkemääräyksen voimassaolo pitenee kahteen vuoteen. Muutos ei koske huumausaine- ja PKV-reseptejä, joiden voimassaolo on edelleen yksi vuosi. Potilaskohtaisen erityisluvan vaativien valmisteiden reseptit kirjoitetaan jatkossakin paperireseptinä. Niiden voimassaoloaika on yksi vuosi, jolloin ne ovat voimassa saman ajan kuin erityislupa.

Ns. Kelain ja sen käyttö yksittäisille lääkäreille ja pienissä organisaatioissa tulee mahdolliseksi. Ensimmäisessä vaiheessa Kelainta käyttävät itsenäiset ammatinharjoittajat sekä yksityiskäytössä lääkkeitä määräävät lääkärit. Käyttö pienissä organisaatioissa tulee mahdolliseksi vuoden 2017 aikana. Aikataulu tarkentuu ensi keväänä. Kelaimen käytön hinnoittelu yksityis- tai ammatinharjoittamiskäytössä tulee jatkossa olemaan erilainen. Kelaimen ominaisuuksia lisätään vaihteittain, kuten Kelaimen lääkäripalkkio-toiminnallisuus. Lisäksi lääkäriliitto tarjoaa jäsenilleen maksutta kortinlukijat.

Sähköiseen toimintamaailmaan siirtyminen on tuonut mukanaan kuitenkin kustannuksiin ja toiminnallisuuteen liittyviä haasteita. Esimerkiksi jatkossa (v. 2017 jälkeen) Kelaimen käyttöä koskevista maksuista ei ole vielä tietoa. Myös paperisen ja puhelinreseptin laatimisen pitää olla mahdollista ilman pelkoa sanktioista.

Jatkossa on tärkeää, että lääkäreillä on käytössä mobiilisovellus kaikessa sähköisessä asiointissa.

5.13. Koulutus ja sen merkitys tulevaisuudessa

Yksityiseen lääkäritoimintaan liittyvä koulutus ei sisälly lääkäriskoulutukseen. Lääkäriliitto on pyrkinyt saamaan aikaan valinnaisia kursseja lääkärin peruskoulutukseen yhteistyössä LPY:n ja Medici Practicin kanssa. Nämä eivät ole kuitenkaan alkaneet toteutua toivutussa määrin. Tulevaisuudessa lääkäriskoulutuksessa tulisi nykyistä enemmän tuoda esille lääkärin erilaiset toimintaympäristöt. Näitä asioita on esiintuotu Lääkäriliiton jäseneksi kutsumistilaisuuksissa sekä yksittäisillä Lääkäriliiton edustajien pitämillä luennoilla tiedekunnissa. Lisäksi liitto on järjestänyt ammatinharjoittajatoiminnan aloittamiskursseja sekä yhtiömuodossa toimimiseen liittyvää koulutusta, jotka nykyään toteutuvat verkkokursseina. Liiton tämänkaltaista koulutusta tuleekin jatkaa ja kehittää myös tulevaisuudessa.

Lääkäriliiton Työmarkkinatutkimuksen 2016 mukaan yksityislääkärit ilmoittavat osallistuvansa täydennyskoulutukseen hieman keskimääräistä lääkäriskuntaa vähemmän. Vuoden 2015 aikana koko lääkäriskunnassa keskimääräinen koulutuspäivien määrä vuodessa oli noin 8 kun se yksityissektorilla toimivilla lääkäreillä oli reilut 7.

Täydennyskoulutuksen osalta monet lääkäriasemaketjut ovat itse alkaneet tarjota koulutusta ammatinharjoittajille. Tämä on hyvä suuntaus. Koulutuksen järjestämisessä on huomioitava se, että ammatinharjoittaja maksaa koulutuksensa itse. Ammatinharjoittajalle osallistuminen koulutukseen voi olla iso kustannus, kun sen maksajana ei ole työnantaja.

Tältä osin tulee kuitenkin varoa sitä, ettei koulutus ole yksi elementti, joka vie siihen, että ammatinharjoittajaa aletaan tulkita työsuhteiseksi.

Täydennyskoulutuksen sisällön tulee vastata lääkärin ammatillisen kehittämisen arviointineuvoston suosituksia. Hyvin toteutettu ja laadukas täydennyskoulutus vähentää uhkaa tulevaisuudessa resertifikaatiolle eli toimiluvan luvanvaraisuudelle ja sen kytkemiseen pakolliseen täydennyskoulutukseen.

Lääkäriliiton tulee huolehtia yhdessä lääkärin ammatillisen kehittämisen arviointineuvoston kanssa siitä, että täydennyskoulutus on kaikkien lääkäriyhmien osalta korkeatasoista ja vastaa arviointineuvoston suositusta hyvästä täydennyskoulutuksesta.

5.14. Autonomia

Lääkäriliiton Autonomia- hankkeen selvitystyön raportti valmistui v. 2015 lopulla. Raportti sisältää useita eri osa-alueita ja myös työsuhde ja ammatinharjoittajuus -osiot. Autonomian kannalta osa-alueita tarkastellaan siltä kannalta, mitä liittymäkohtia niillä on lääkäriprofession ja yksittäisen lääkärin kliiniseen autonomiaan ja toisaalta lääkäriprofession itsesääntelyyn.

Lääkäriliiton edunvalvonnallinen työryhmä on käsitellyt tätä työsuhde ja ammatinharjoittajuus -osioita autonomian kannalta ja yhtyy selvitystyössä esitettyihin toimenpide-ehdotuksiin, jotka ovat tämän raportin liitteenä. Liite 3.

5.15. Markkinointi

Perinteisesti lääkärit eivät ole Suomessa markkinoineet itseään. Jatkossa on kuitenkin luonnollista, että lääkäri tuo myös itseään henkilönä ja osajana esille. Lääkäri ei tarvitse, eikä pidäkään, tyytyä olemaan vain ison lääkäriaseman yksi palveluntarjoaja, vaan hän voi omalla markkinoinnillaan pyrkiä parempaan näkyvyyteen. Yksityisen ammatinharjoittajan oma panostus markkinointiin myös korostaa perinteistä ammatinharjoittajuutta, johon liittyy yrittäjäriskiä.

Markkinoinnin seuranta, valvonta ja informointi niin lääkärin kuin organisaatioidenkin osalta on tärkeää. Lääkäreiden omaa markkinointia voidaan tukea ja rohkaista esim. järjestämällä markkinointiin liittyvää koulutusta.

Lääkäri- ja terveystalvelujen markkinoinnissa on huomioitava, että se eroaa muiden alojen markkinoinnista ennen kaikkea etiikan kannalta. Markkinoinnin tulisi aina perustua lääketieteellisesti tehokkaisiin tutkimuksiin ja hoitoihin ja yhteisesti hyväksytyihin ja tunnustettuihin sääntöihin. Markkinointi ei saa luoda turhia terveydenhuollon tarpeita eikä lisätä aiheetonta palveluiden kysyntää tai huolta kansalaisissa.

Lääkäriliitolla on uudistetut markkinointiohjeet, joita liiton jäsenten tulee noudattaa toimivatpa he yksityisinä ammatinharjoittajina tai terveydenhuollon palvelun muina tuottajina. Lääkäriliiton tulee olla tunnustettuna toimijana edelleen. Lääkäriliiton tulee ylläpitää sitä, että markkinointi on asianmukaista ja uskottavaa ja ettei se luo turhia terveydenhuollon tarpeita eikä lisää aiheetonta palvelun kysyntää tai huolta kansalaisissa. Liiton markkinointiohjeet on hyväksytty Kilpailu- ja kuluttajavirastossa kuluttajapuolen käytänneohjeiksi.

Sote-uudistus tulee vaikuttamaan palveluntuottajien kilpailuun ja odotettavissa on, että sen myötä myös epäasiallinen markkinointi tulee lisääntymään. Näin ollen liiton on varauduttava järeämpiin toimiin ja tiivistettävä yhteistyöstä kuluttajaviranomaisten kanssa.

6. Edunvalvonta yksityisellä sektorilla; eri lääkäriyhmien näkemykset

6.1. Nuoret alalle pyrkivät

Nuorten lääkärin mielestä on tärkeää saada tietoa lääkärin toimintatavoista, lainsäädännöstä, riskeistä, tietoisuus potilasmäärien riittävydestä ansiota ajatellen ja ylipäättään realistista tietoa nykytilanteesta.

Työryhmän kuullessa nuoria lääkäreitä esille tulivat mm. seuraavat ongelmat:

- 1) Perusterveydenhuollon päivystysten osalta on koettu olevan meneillään ”palkka-ale” eli viimeisten 5-10 vuoden aikana vuokratyössä tuntipalkkaan ei tehty tarkistuksia tai se on jopa laskenut. Tilanne on ajautunut siihen, että tekemällä suoran sopimuksen kunnan kanssa voi saada parempaa palkkaa kuin toimiessa vuokralääkäfirman kautta. Samoin virka-aikana tk-työssä saa jopa parempaa palkkaa kuin illalla tai viikonloppuna. Korvausten tasoon on vaikuttanut mm. se, että vuokralääkäfirmit ovat lähteneet rekrytoimaan lääkäreitä suoraan ulkomailta esim. Virosta ja Venäjältä.
- 2) Ns. ”takuri” toiminta. Takuri on henkilö, joka rekrytoidaan 5 vuosikurssin kandeista, ja joka sitoutuu lyhyellä varoitusajalla päivystämään vuokrafirman kautta hänelle osoitettussa paikassa. Takurit ostavat vuokrafirman kautta auton ja sitoutuvat työllään maksamaaan sen. Näin heidät saadaan sitoutettua vuokratyöryhtykseen ja yritys saa edullista työvoimaa. Ongelmia tällaisessa toiminnassa on esim. perättäiset raskaat työrupeamat eri paikoissa ja velvoite auton lunastamiseen sopimuksen päättyessä. Takurit tekevät työtä monesti paikoissa, joihin on ollut vaikea saada lääkäreitä töihin, esim. Itä-Suomessa.
- 3) Holding-yhtiöihin liittyvät ongelmat ovat olleet viime vuosina mm. työn verottaminen palkkatyön mukaan. Sopimukset ovat usein hankalia ja vaikeasti ymmärrettäviä eikä niitä solmittaessa välttämättä tiedetä mihin viimekädessä sitoudutaan.
- 4) Lääkäriasemien ja yritysten väliset ostopalvelusopimukset, joissa asemat sopivat palvelujen tarjoamisesta alhaisin hinnoin. Taustalla on kilpailutukseen liittyvät tekijät.
- 5) Vakuutusyhtiöiden toiminta ja potilasasiakirjaluvutukset (ks. ed. kohta 5.4.)

Edellä olevista asioita nuoret lääkärit ovat tehneet toimenpide-ehdotuksia, jotka käyvät ilmi tarkemmin kohdasta 7.

6.2. Kokeneet, alalla jo pitempään toimineet

Yksityislääkärin jo hankkiman vakiintuneen aseman säilyttäminen on tärkeää. Itsemääräämisoikeus eli autonomian säilyttäminen, ammattitaidon korostamisen mahdollisuudet, ajan tasalla pysymisen tärkeys (jatkuva tiedon lisääntyminen ja uusien tietojen hyödyntämisen taitojen parantaminen) ja täydennyskoulutuksen turvaaminen ovat keskeisiä asioita jatkossakin.

Lääkärin rooliin liittyvät muutokset ja potilaiden muuttuneet odotukset ja vaatimukset, tuovat omat haasteensa ja ammattitaidon korostamiseen liittyvät näkökulmat ovat tärkeitä. Kommunikaatio- ja vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu ja viestintätaidot ovat tärkeitä. Lääkärin tulee oppia uusien palvelukanavien käyttämistä, jolloin teknisten välineiden käytämisen opettelu on tärkeää. Omien taksojen ajan tasalla pitäminen ja tarvittaessa hinnoittelutapojen muutokset, ovat kokeneen lääkärinkunnan intressissä.

Kokeneet lääkärit tarvitsevat myös koulutusta mm. eri toimintamuodoista ja niiden eroavaisuuksista, eläke-asioista, tietotekniikasta ja oman työterveyshuollon järjestämisestä.

Kokonaispalkkausjärjestelyssä kuten Plusterveys Oy:n tai Practiconovan kautta toimivien työsuhteisten lääkärin erityistarpeiden huomioonottaminen on tärkeää: koulutukseen pääsy pitää turvata eikä toimintamallista irtisanoutuminen saisi olla liian vaikeaa.

6.3. Itsenäisesti, omilla vastaanotoillaan ja tiloissaan toimijat

Uhkia on nykyisellään paljon, niistä mainittakoon mm. toimeentulo ja sähköiset palvelut yhtiömuodossa toimivilla lääkäreillä Toimintaa aloitettaessa eri maksut ovat myös kohtuuttomia. Kannattavuusriski on suuri.

6.4. Työsuhteessa toimivat

Työsuhteisia lääkäreitä tulee jatkossa olemaan enemmän kuin ennen mm. sote-uudistukseen liittyvän yhtiöittämisen myötä. Lisäksi työsuhteessa toimivien lääkäreiden osalta mm. työterveyshuollossa olevat tulosvastuupaineet ja palkkaukseen sekä työoloihin vaikuttaminen voi olla vaikeaa.

Vuonna 2015 kunnallisissa työterveyshuollon liikelaitoksissa/osakeyhtiöissä tai työntäjän omilla tai yhteisissä työterveyshuoltoyksiköissä tai lääkärikeskuksissa työskenteli työsuhteessa 1216 lääkärinä ja ammatinharjoittajina 1485 lääkärinä eli yhteensä noin 2700 lääkärinä.

Mikäli perusterveydenhuollon toiminnat tullaan sote-uudistuksen nyky suunnitelmien mukaan yhtiöittämään, työsuhteisten lääkäreiden määrä lisääntyy huomattavasti, jo lähivuosina arvioiden jopa noin 4000 lääkärinä, jolloin työsuhteisia lääkäreitä saattaa lähivuosina olla jo noin 7000 lääkärinä.

Palkkaneuvotteluissa etenkin maakunnallisissa osakeyhtiöissä voi yksittäisen lääkärin olla haastavaa sopia palkastaan. Tällä hetkellä yksityissektorilla ei ole voimassaolevaa työehtosopimusta. Myös muuhun kuin ansioedunvalvontaan vaikuttaminen saattaa tulevaisuudessa olla nykyistä vaikeampaa yksittäisen työsuhteisen lääkärin osalta.

Myös vastuulääkäreiden asemaan lääkäriasemilla liittyy tällä hetkellä haasteita, koska he saattavat toimia osaksi työsuhteisina ja osaksi ammatinharjoittajina.

Liiton tulee ennakoita em. asioihin liittyviä edunvalvonnallisia haasteita. Tämän vuoksi tulee harkita mm. työehtosopimuksia, joilla voidaan jatkossa taata työsuhteeseen lakia parempia ehtoja. Lääkäriliiton palkkasuosituksien ja palkkavertailun seuranta ovat jatkossakin tärkeitä asioita.

6.5. Yhteenveto

Edellä olevien kohtien 6.1.- 6.4. perustella näyttää vahvasti siltä, että eri sektoreiden yksityislääkäreillä on samantyyppisiä ongelmia. Näistä voidaan mainita mm. oman autonomian heikentyminen ja muiden toimijoiden voimakas tuleminen lääkäreille perinteisesti kuuluvien tehtäväkenttien alueelle ja sitä kautta halu hyötyä taloudellisesti. Ongelmana on myös lääkärin oman neuvotteluaseman vaikeus. Tulevaisuudessa eettisesti ja moraalisesti toimiva sekä laadukas yksityissektoritoiminta on kaiken perusta.

7. Lääkäriliiton edunvalvonnan tavoitteet tulevaisuudessa ja toimenpide-ehdotukset

Lääkäriliiton edunvalvontatyössä kiinnipidettäviä tavoitteita ovat seuraavat:

1) Edunvalvontajaos organisoidaan uudestaan

Liiton edellisessä strategiauudistuksessa toteutettu käytäntö siitä, että edunvalvontajaos käsittelee kaikkia sektoreita tasapuolisesti, ei ole toteutunut ja yksityissektori on jäänyt vähemmälle huomiolle. Kun liiton uusi strategia (ja jonka on tarkoitus valmistua v. 2018) käynnistyy, niin evajaos jaetaan alajaoksiin lääkäreiden toimintatapojen mukaan eli 1) virkasuhteiset 2) työsuhteiset ja 3) palkkiopohjaiset. Näin yksityissektorin edunvalvonta turvataan jatkossa. Esitys tästä on selvityksen liitteenä. Liite 4.

2) Tiedonkeruu ja tiedottaminen

- Tehostettu edunvalvonta edellyttää tiedonkeruuta ja asioista informointia. Yksityissektoria koskevaa tutkimustietoa kerätään mm. lääkäreiden määrästä, ansiokehityksestä ja työhyvinvoinnista. Tuloksia kerätään, välitetään ja käsitellään vuosittain

lääkärien keskustelutilaisuuksissa. Tietojen jakaminen jäsenille tulisi tapahtua pääasiassa liiton nettisivujen ja Lääkärilehden kautta. Nettisivuja tulee tätä silmäläpäitään kehittää. Ammatinharjoittajan opas tulee päivittää.

- Nuorille ja n. 5-10 vuotta alalla toimineille lääkäreille tulee tehdä kohdennettu kysely, jossa kartoitetaan näkemyksiä mm. päivystystyön hinnoittelusta, takurien palkkauksen tasosta ja ulkomaisille lääkäreille maksettavasta palkasta.
- Yksityissektorilla työskenteleville lääkäreille suunnattua tiedotusta lisätään ja huomioidaan yleisessä uutiskirjeessä.
- Informaation jakaminen yksityissektorin toiminnasta ja palveluista myös potilaille on tärkeää samoin kuin korostaa sitä, että yksityissektori sote:ssa takaa potilaan valinnanvapauden.

3) Lainsäädäntöön, lääkärin ehtoihin ym. vaikuttaminen ja päätöksenteko

- Lainsäädäntöön, joka koskee yksityislääkäreitä, tulee edelleen aktiivisesti vaikuttaa riittävän ajoissa ylläpitämällä jatkuvaa keskusteluyhteyttä viranomaisiin.
- Sote-uudistuksen ja lainsäädännön myötä huomiota tulee kiinnittää erityisesti toimintojen yhtiöittämiseen.
- Järjestämällä tarvittaessa yksityislääkäreiden ja heidän yhteistyökumppaneidensa välisiä keskustelutilaisuuksia ajankohtaisista lääkärin työtä vaikeuttavista asioista ja auttamalla niiden ratkaisussa (esim. vakuutusyhtiöiden sekavat toimintamallit)
- Ammatinharjoittamisen vapautta sivutoimisesti pitää puolustaa ja jos sitä linjataan sote-uudistuksen myötä, niin liiton tulee huolehtia linjausten järkiperäisyydestä.
- Liiton hallituksen tulee tehdä päätös työehtosopimusten tarpeellisuudesta.
- Yksityissektorin vakuutusten kehittäminen ja laajentaminen kattamaan jatkuvasti monimuotoistuvaa jäsenkuntaa.
- Lääkärin työn sisällön muuttuessa lääkärin kilpailukykyyn vaikuttavia asioita tulisi miettiä esim. oma markkinointi, miten myydä asiantuntijuutta ja osaamisensa tuotteistamista. Esim. omannäköinen asiantuntijaesittely itsestä, nettisivujen rakentaminen, sosiaalisen median hyväksikäyttö.

4) Yhteyshenkilöjärjestelmä, luottamusvaltuutetut, valiokunta ym. toiminta

- Yhteyshenkilöjärjestelmän kehittäminen liiton alajaosjärjestelmän osaksi. Liitolla on oltava helpot käytännölliset, ajantasaiset kanavat silloin, kun yksityislääkäri tarvitsee tietoa/käytännön apua ongelmiinsa.
- Yksityissektorilla työskenteleviä lääkäreitä kannustetaan ryhtymään luottamusvaltuutettu tehtävään työpaikoilla.
- Yhteydenpitoa suoraan ketjujen ja asemien johtohenkiöiden kanssa jatketaan edelleen.
- Pyritään saamaan valiokuntien edustajiksi yksityissektorin edustajia.
- Suositellaan, että piiriylilääkärit pitävät aktiivisesti yhteyttä alueella oleviin yksityissektorin lääkäreihin ja välittävät tietoa liittoon ja liitosta. Lisäksi toivotaan kiinnitettävän huomiota siihen, että alueellisissa valiokunnissa käsitellään yksityissektorin asioita säännöllisesti esimerkiksi vuosittain omana teemakokouksenaan tai aihekohtaisesti valiokunnan kokouksissa. Kyseisiin kokouksiin kutsutaan yksityissektorilla työskenteleviä lääkäreitä kuultavaksi.

5) Koulutus- jäsen ym. tilaisuudet

30 päivänä lokakuuta 2016

Kia Pelto-Vasenius (pj.)

Virpi Kuismanen

Marja-Liisa Eloranta

Simo Järvinen

Heikki Kuuri-Riutta

Marjut Laurikka-Routti

Jukka Mattila

Pirjo Matintalo

Arto Virtanen

Heli Hartman-Mattila

Kati Lehtonen (siht.)

Lääkäriliiton yksityissektorivaliokunnan v. 2007 toteutetussa yksityissektorin Strategia-raportissa lääkäriasemien ketjuuntumisen osalta kirjattiin seuraavia asioita:

Vahvuuksina ketjuissa nähtiin:

- työolojen ja koulutuksen paraneminen
- lääkärien liikkumismahdollisuudet ketjujen sisällä
- konsultointimahdollisuudet
- työmahdollisuudet
- uusien erilaisten tekniikoiden lanseeraaminen yksityissektorille
- keino hillitä vastaanottokustannusten nousua

Lisäksi todettiin, että:

- ketjuuntuminen saattaa aiheuttaa sen, että maineikkaat ja nimekkäät lääkärit sekä ”taitotalot” häviävät.
- kokematon lääkärikuntaa tulee lisää
- kokeneet erikoislääkärit pohtivat uusia toimintamalleja
- kilpailu lääkärikunnasta lisääntyy
- lääkärien omat potilaat vähenevät
- ei ole juurikaan lääkärijohtoa, jonka takia johto etäänny
- ketjut tulevat persoonattomiksi verrattuna aiempiin lääkärikeskuksiin

Uhkana ketjuissa nähtiin:

- kustannusten nousu
- lääkäri on sidoksissa yhteen ketjuun
- vastaanoton pitäminen eri ketjuissa voi vaikeutua
- lääkärin ammatinharjoittamisen itsenäisyys ja autonomia ketjuissa heikkenee; miten siihen voidaan jatkossa vaikuttaa?
- mikäli elinkeinonharjoittamisen tunnusmerkit eivät täyty, voidaan ammatinharjoittaja jatkossa tulkita työsuhteessa toimivaksi, millä olisi vero- ja eläkekysymysten kannalta vaikutusta.
- suurissa yksiköissä terveydenhuoltoon saattaa liittyä myös ei-lääketieteellistä toimintaa, joka saattaa johtaa eettisesti hankaliin tilanteisiin.
- pienten lääkäriasemien tilanne saattaa huonontua ja ketjut voivat käyttää työnteettäjää -asemaansa väärin.
- ketjujen sisällä erikoisaloja kohdellaan epätasapuolisesti

Etäpalveluja annettaessa on tärkeä huomioida ohjeen mukaisesti seuraavat asiat:

- etäpalveluun on oltava potilaan tietoinen suostumus
- terveydenhuollon ammattihenkilön on arvioitava huolellisesti, soveltuuko annettava palvelu etäpalveluna toteutettavaksi (etäpalvelun ei voida katsoa soveltuvan esimerkiksi sellaiseen potilaan lääketieteelliseen/terveydenhoidolliseen tutkimukseen, jossa hoidon tarpeen arviointi edellyttää potilaan fyysistä tutkimista tai hoitotilanteeseen, jossa arvioitavaksi tulee ja jonka perusteella voi tapahtua potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen)
- terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä lisäksi yksilöllinen arvio siitä, soveltuuko potilas hoidettavaksi etäyhteyden välityksellä
- potilaan tunnistamisen on perustuttava luotettavaan menetelmään, jollaisena pidetään ainakin niin sanottua vahvaa tunnistamista, josta säädetään laissa vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä allekirjoituksista (617/2009). Tunnistamiseen käytetty menetelmä on oltava todennettavissa jälkikäteen
- etäpalvelusta on laadittava asianmukaiset potilasasiakirjamerkinnot ja potilasrekisteriä on ylläpidettävä annettujen säännösten ja määräysten mukaisesti
- potilaalle on tarvittaessa varattava mahdollisuus henkilökohtaiseen vastaanottokäyntiin tai potilas tulee ohjata vastaanotolle muuhun hoitopaikkaan.
- etäpalvelujen antajan on täytettävä asianomaista toimintaa koskevan lainsäädännön lisäksi muun ohella henkilötietolaissa (523/1999) ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa (159/2007) asetetut vaatimukset. Etäpalvelujen antajan on muun muassa laadittava tai päivitettävä omavalvontasuunnitelma etäpalvelujen sisältö huomioiden.

Autonomia - työsuhde ja ammatinharjoittajuus

Liittymäkohdat autonomiaan/itsesäätelyyn:

- Missä määrin lääkäriellä on mahdollisuus vaikuttaa palkkauksen perusteisiin, malleihin ja työaikaan?
- Missä määrin professio voi vaikuttaa/puuttua asiaan?
- Missä määrin valvovat viranomaiset, työnantaja, lääkäriaseman vastuulääkäri, kollega tai muu taho voi vaikuttaa lääkärin työhön ja autonomiaan?

Työsuhde ja autonomia

Toimenpide-ehdotukset:

- Ylläpidetään palkkasuosituksia ja tarkastellaan niitä vuosittain.
- Työsuhteisten ja virkasuhteisten ansioiden vertailua kyselytutkimuksin. Myös työolo- ja myös muita tutkimuksia tarvitaan.
- Pohditaan työehtosopimusten solmimista laaja-alaisesti.
- Laaditaan vertaileva analyysi; lääkäri työsuhteessa vai virkasuhteessa, jossa tarkastellaan mm. edut, haitat, julkisen vallan käyttö, suojelutyö, ylityö, päivystys ym. virkavelvollisuudet
- Varaudutaan siihen mahdollisuuteen että lääkäreiltä kielletään tulevaisuudessa työn tekeminen samaan aikaan työ-/virkasuhteessa ja ammatinharjoittajana.
- Varaudutaan EU:sta tuleviin direktiiveihin, jotka vaikuttavat työsuhteisten asemaan

Ammatinharjoittajuus ja autonomia

Toimenpide-ehdotukset:

- Sivutoimisen ammatinharjoittamisen tarkastelu ja sen mahdollistaminen - sen rajat.
- Kannatettava lainsäädäntömuutoksia, jotka keventävät ja yksinkertaistavat mm. lupabyrokratiaa
- Rekisterinpito on yksi elementti am. harjoittamisen vapaudessa ja lääkärin autonomiassa. Lääkärin jatkossakin saatava itselleen/hallittava oma potilasrekisterinsä, jos lähtee asemalta pois oli rekisterinpitäjyyden tekninen muoto mikä tahansa. Tähän vaikuttaa tietenkin miten potilastiedot ovat saatavilla, löytyvätkö ne yhteistyössä toimivien potilastietojärjestelmien avulla toimipisteistä riippumatta (julkiset ja yksityiset potilastietojärjestelmät pystyvät toimimaan yhteen) tai kanta-arkistosta (joka on ilmeisesti vain tiedon osittainen tietopankki). Merkitystä potilaan hoidon kokonaisuuteen –korostettava.
- Kiinnitettävä huomiota siihen, miten vakuutusyhtiöiden toiminta esim. omien sairaaloidensa ja suorakorvaustoimintojen myötä voisi vaikuttaa lääkärin autonomiaan mm. potilaan hoidon suunnittelun suhteen ja potilaan valinnanvapauteen
- Palveluseteliä kehitettävä; aito raha potilaalle, joka valitsee palveluntuottajan
- Erityisalojen ongelmien huomioiminen silloin, kun ammatinharjoittajalla ei ole omaa suora potilaskontaktia (mm. anestesia, röntgen)
- Pitää välttää elementtejä, jotka lähentävät ammatinharjoittajaa työsuhteeseen
- Ohjeet sairauslomien pituuksista eri sairauksissa.
- Ammattitaitoa lisäämällä vältetään painostusyrietykset.
- Rekisterinpitäjyys on oleellinen asia; ammatinharjoittajan kuuluisi saada aina itselleen omat merkintänsä.
- Vakuutusyhtiöyhteistyö on jatkuva ongelma; toimet sen suhteen?