

Antti Holopainen

SOTE-uudistuksen kriisi

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kriisi ei ole tänään syntynyt. Vuoden 1972 kansanterveyslain ja vuoden 1978 työterveyshuoltolainsäädännön perusterveydenhuoltoa kehittäneeseen perusrakenteeseen jäi valuvika. Sen seuraukset ovat aikaa myöten johtaneet kansanterveyslain alkuperäisten tavoitteiden vesittymiseen, mikä on näkynyt sekä terveyserojen kasvuna eri sosiaaliryhmien välillä. Se on johtanut myös yksityissektorin vahvistuneeseen asemaan tulevaisuuden suunnan määrittäjänä.

Monitasoinen ja moniulotteinen kriisi

Lääketieteen ja terveysteknologian kehitys on ollut viime vuosikymmeninä ennen kokemattomaa. Sekä akuuttien että kroonisten sairauksien diagnostiikan taso on noussut hurjasti. Kun 1970-luvulla sepelvaltimotautia sairastavia potilaita menehtyi leikkausjonoon, hoidetaan sydäninfarkti nykyään liuotushoidolla niin, että lihasvauriot jäävät vähäisiksi. Sepelvaltimosuonten pallolaajennuksia ja aivoinfarktiin sairastuneiden liuotushoitoja tehdään päivystyksenä alan erikoisyksiköissä. Ensihoidon elvytysvalmiudet ja tehokas päivystysluontoinen jatkohoito ovat kehittyneet koko maan kattaviksi palveluiksi. Syöpäsairauksien diagnostiikka ja hoito ovat kehittyneet siten, että tauteja diagnosoidaan varhaisvaiheessa ja hoidon onnistumisennuste on hurjasti parantunut.

Mielenterveyshäiriöiden hoidon kohentumisesta kertoo itsemurhien määrän puolittuminen viimeksi kuluneiden 40 vuoden aikana. Toisaalta päihdehäiriöiden esiintyvyys ja ennen aikainen kuolleisuus ovat jatkaneet lisääntymistään, mikä kertoo samanaikaisista ongelmista edistyksen rinnalla. Avohoitopalveluverkoston kehittämisen laiminlyönti, mielenterveyssektorilla ja päihdekuntoutuspalvelujen julkisen verkoston alasajo taas on mielenterveys- ja päihdeperäisen kuolleisuuden kasvun ja kasvaneen syrjäytymisilmiön takana.

Meneillään oleva digitalisaatio ja netti-aika ovat seuraavia menossa olevia syvällisiä muutoksia, jotka muuttavat terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja potilaiden (asiakkaiden) suhdetta. Uusimman lääketieteellisen tutkimustiedon saatavuus ja mahdollisuus tulkita itsenäisesti saatavilla olevaa tietoa kasvaa hurjasti koko väestön keskuudessa. Muutos vaikuttaa voimakkaasti väestön terveyskäyttäytymiseen. Samalla tilanne polarisoituu.

Osa väestöstä pystyy omaehtoisesti muuttamaan terveyskäyttäytymistään terveiden elämäntapojen suuntaan. Pienituloiset, ikääntyneet ja erilaisten vammaisten ryhmät sekä mielenterveys- ja päihdeongelmaiset jäävät pääosin tuon valtavirran ulkopuolelle, kun edellytyksiä uuden tiedon saamiseen ja hyväksikäyttöön tai uuden teknologian hyödyntämiseen terveyskäyttäytymisen muutoksen tueksi ei ole riittävästi saatavilla.

Hurja teknologian ja elämäntapojemme murros on synnyttänyt uusia kansanterveysuhkia, joiden torjunnassa tarvitaan sekä kasvavaa tarvetta tutkia muutosten terveysvaikutuksia että väestön uudenlaisen terveystietoisuuden kehittymistä vaikuttaa omaan terveyskäyttäytymiseensä. Uusia uhkia ovat mm ylipaino, luontaisen liikunnan väheneminen, aikuisiän diabeteksen raju lisääntyminen, postt-

traumaattiset stressi- ja kriisireaktiot äkillisten elämänmuutosten kuten sotien, terrorin, pakolaisuuden ja työelämän kasvaneen epävakauden seurauksena. Myös ympäristön pilaantuminen ja sen seurauksena kasvavat riskit ravintoketjussamme sekä ilman saastuminen aiheuttavat kasvavia ongelmia.

Riippuvuushäiriöiden uudenlaiset muodot, kuten ongelmapelaaminen, nettiriippuvuus ja lisääntynyt kiinnostus manipuloida elimistön ja tunne-elämän toimintaa laillisin ja laittomin farmakologisin keinoin on tullut perinteisen alkoholi- ja huumeriippuvuuden rinnalle.

SOS-hallituksen ratkaisut eivät ole helpottaneet kriisin ratkaisua. Sosiaali- ja terveyspalveluiden yhtiöittämisvelvollisuuden sisällyttäminen osaksi maakuntahallinnon uudistamista on johtamassa pahimmillaan julkisin verovaroin vuosikymmenien kuluessa rakennetun ja kansainvälisesti vertaillen hyvin toimineen järjestelmän kaappaamiseen voittoa tavoittelevalle terveys- ja hoivabusinesskentälle. Jos julkisten voimavarojen kaappaus yksityissektorille onnistuu, edessämme on harharetki, josta muun muassa Yhdysvalloissa halutaan laajasti eroon.

USA:n markkinavetoisella maailman rikkaimman ja tie-teellisesti ja teknologisesti kehityksen kärjessä olevan maan mallilla kustannukset ovat kaksinkertaisia meidän tasoomme verrattuna. Silti kymmenet miljoonat ihmiset ovat siellä edelleen vailla lakisääteistä terveysturvaa, hyväntekeväisyyden varassa. USA:ssa näemme jo ilmiön, johon yhteiskunnan sisäinen polarisaatio johtaa. Väestön keskimääräisen eliniän odotteen kasvu on pysähtynyt ja kääntynyt eliniän lyhentymiseksi.

Miksi tähän on tultu?

Juuret nykytilalle ovat alun perin lähtöisin siitä valuviasta, mikä syntyi Suomessa jo 1970-luvulla. Kansanterveyslain alkuperäinen tavoite oli maksuttoman perusterveydenhuollon turvaaminen kaikille. Työterveyshuoltolain säätäminen täydensi tuota tavoitetta, kun työperäisten terveysongelmien ehkäisemiseksi ja tehokkaammaksi hoitamiseksi säädettiin erillislaki. Ammattiyhdistysliike ajoi aktiivisesti työterveyslainsäädännön säätämistä. Terveysrintama, joka oli tuolloin aktiivisesti toiminut kansalaisjärjestö, rakensi laajaa verkostoa kansanterveyden edistämisen tueksi. Mukaan lähti sekä vanhan että uuden sukupolven asiantuntijoita, hoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä sekä ay-aktiiveja. Näin muotoutui liittouma, jonka tavoitteena oli saada aikaan sairauksien ehkäisyn ensisijaisuus niin perusterveydenhuollon, työsuojelun kuin työterveyshuollonkin kehittämisessä.

Monet pitkäaikaissairaita ja vammaisia edustaneet järjestöt, erityisesti työtapaturmissa ja ammattitaudeissa vammautuneita edustava Tapaturma- ja sairausinvalidien liitto oli ammattiyhdistysliikkeen ja kansanterveyden edistäjien asialla ja merkittävä Terveysrintaman jäsenjärjestö. Maksuton hoitoon pääsy sairauden sattuessa ilman kynnyksiä oli työsuojelun ja työterveyspalvelujen kehittämisen rinnalla osa tuon liikkeen kansanterveysstrategiaa.

Mutkia tuli matkaan, kun oikeisto käynnisti laajan propagandan mollaamalla ”kolmen markan” lääkäreitä ja terveyskeskusten toimintaa levittämällä myyttiä terveyskeskuksista ”arvauskeskuksina”. Terveyskeskuksen lääkärikäyntien maksuttomuudesta luovuttiin. Työterveyshuollossa maksuttomuus säilyi ja laajeni työterveysasemien

toteuttamaan perustason sairaanhoitoon siten, että KELA korvasi vuosittain työyhteisössä hyväksytyt työnantajan ja työntekijöiden välisen sopimuksen mukaisen sairaanhoidon osana työterveyshuoltoa. Työterveydenhuollon palvelut eivät kuitenkaan ulottuneet laajasti kaikille työpaikoille.

Työterveyshuolto ja yksityiset terveyspalvelut

Työterveyshuollon kehittäminen oli kansanterveyslain aikaansaamisen ohella tärkeä työväenliikkeen ja edistyslistien voimien vaatimus. Vaatimus nousi työtapaturmien ja työperäisten sairauksien ehkäisyn tarpeesta. Työelämän koneellistuminen, työ- ja ympäristömyrkkujen käytön lisääntyminen tuotannossa synnytti välttämättömyyden kehittää työturvallisuutta ja työsuojelua, jossa työssä tarvittiin ammattilaisia.

Työsuojelun ja työterveyshuollon kehittäminen voimistui välittömästi sodan jälkeen. Vuonna 1948 perustettiin Tapaturma- ja Sairausinvalidien liitto ajamaan työpaikoilla vammautuneiden ja ammattitauiteihin sairastuneiden asiaa. Vanha työsuojeluun ja turvallisuuden kehittäjäsuukupolvi oli mukana perustetun etujärjestön toiminnassa ja toimi samalla 1970-lukulaisen nuoren polven innoittajana Terveysrintamassa.

Suomeen perustettiin 70-luvun alussa Työsuojeluhallitus ja työsuojelupiirit. Työterveyslaitoksesta kehittyi merkittävä valtion asiantuntijakeskus, joka alkoi kouluttaa alan asiantuntijoita ja lääkäreitä ja tutkijoita sekä kehittää alan tutkimusta. Työterveyslainsäädännön ajaminen oli tämän liikkeen päätavoitteita työturvallisuusnormien ja lainsäädännön kehittämisen ohella, ja se toteutui työterveys-

huoltolaissa. Uuden lain mukaan työterveyshuolto voitiin toteuttaa työnantajan toimesta palkkaamalla sitä varten henkilökunta ja perustamalla työterveysasema, hankkimalla palvelut muulta yksityiseltä työterveysasemalta tai terveyskeskukselta. Terveyskeskusten velvollisuudeksi tuli siis paitsi tuottaa kansanterveyslain mukaisia palveluita, myös työterveyshuoltolain mukaisten palveluiden tuottaminen.

Työpaikoille olivat ilmaantuneet työsuojelutoimikunnat ja työsuojeluvaltuutetut ajamaan uutta kehitystä jo ennen toiminnan lakisääteistymistä. Oma kokemukseni tuosta työstä työterveyslääkärinä alkoi 1975 Espoon kaupungin palveluksessa. Myös lainsäädäntö yhteistoiminnasta yrityksissä alkoi hahmottua. Työpaikkakohtaiset työsuojelun toimintaorganisaatiot saivat tehtäväkseen huolehtia työturvallisuuden työpaikkakohtaisesta kehittämisestä yhteistyössä työnantajien edustajien ja ulkopuolisten asiantuntijain, kuten työsuojelutarkastajien ja työterveyshuollon ammattihenkilöstön kanssa. Työterveyshuollon erikoislääkäreitä ja työterveyshoitajia alettiin kouluttaa. Ergonomian asiantuntijoiksi koulutettiin työfysioterapeutteja ja psyykkisen työsuojelun asiantuntijoiksi psykologeja.

Työterveyshuollon kehittyminen Suomessa on ollut kansainvälisestikin ainutlaatuinen innovaatio, jolla on ollut huomattava merkitys sekä työperäisten sairauksien ehkäisyssä ja hoidon kehittämisessä, että työpaikkalähtöisessä kansanterveystyön kehittämisessä perustuen potilaalle maksuttomiin palveluihin ja helppoon pääsyyn työterveyshoitajalle ja lääkärille. Pienten yritysten osalta palvelut ovat kuitenkin jääneet vähäisiksi.

Työpaikan työterveyshuollosta kohti terveysbisnestä

Työterveyshuollon toteuttajina saavuttivat pikkuhiljaa yksityiset työterveysasemat valta-aseman, kun sekä työntekijät että työnantajat halusivat palveluja, joissa työterveyshuollon ehkäisevät toimet ja sairaanhoito integroitiin yhdeksi kokonaisuudeksi. Terveyskeskusten toteuttama työterveyshuolto, joka on ollut pääosin lakisääteisiä ehkäisevän työterveyshuollon palveluiden järjestämistä, on vähitellen kuihtunut.

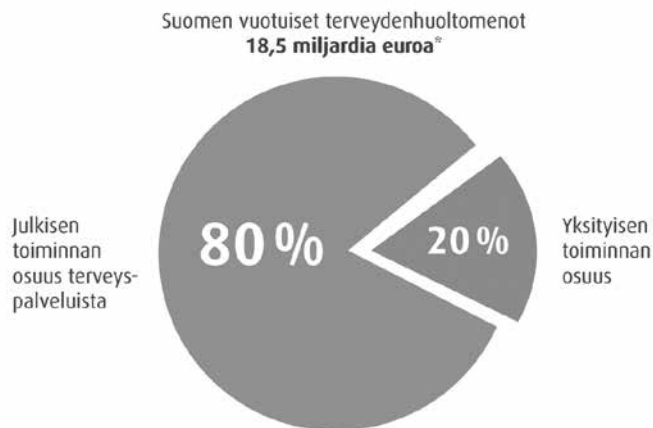
Valtio ja myöhemmässä vaiheessa myös suuret kaupunkikunnat yhtiöittivät oman työterveyshuoltonsa. Maksuttomalle työterveyshuollolle ei media istuttanut halveksivan ”arvauskeskuksen” mainetta eikä niiden sairaanhoitopalvelujen maksuttomuutta koettu palvelun laatua heikentävänä tekijänä, kun tuottajina olivat julkisella rahalla subventoidulla palvelutuotannolla pääomia kasanneet yksityisfirmat. Samaan asemaan ovat päässeet valtion ja kuntien rahoilla rakennetut bisnessektorille siirtyneet uudet yhtiöt, kuten Medivire-nimiseksi yhtiöksi muuttunut valtion työterveyshuolto.

Medivire laajensi nopeasti toimintaansa työterveyshuollon ulkopuolelle. Pääomasijoittajat kiinnostuivat bisnesestä. Näin alkoi terveysbisnespääoman ainutlaatuisen nopea kasautuminen. Seuraajia löytyi pian. Terveyskeskusten lääkäripulan lieveilmiönä syntyi lääkäri työvoiman välitysfirmit, jotka rahastivat kuntia keikkatyövoiman myynnillä niin menestyksellisesti, että alkoivat kehittää markkinaehtoista ratkaisumallia eli kokonaisulkoistuksia vaihtoehtona keikkatyövoimavetoisille terveysasemille. Näin suomalaiset terveysyritykset alkoivat kiinnostaa myös kansainvälisiä sijoittajia. Toiminta laajentui nopeasti hoivabisnekseen ja

sote-uudistuksessa terveysbisneksen lobbarit ovat päässeet vahvimman ”kuiskaajan” asemaan.

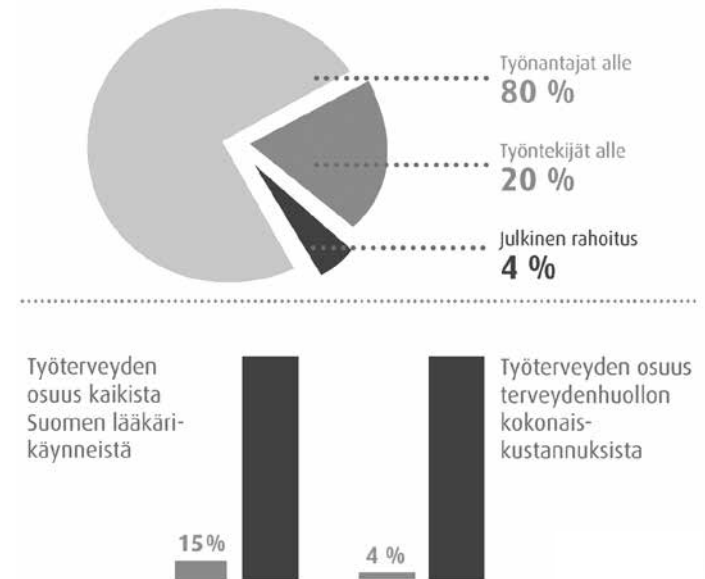
Markkinat vahvistaneet asemiaan

Vuodesta 2008 alkaneen talouden taantuman aikana terveys- ja sosiaalibisnes on menestynyt hyvin. Vuonna 2014 koko suomalaisen terveydenhuollon liikevaihto oli 18,5 miljardia euroa, josta yksityisen osuus oli 20 prosenttia (3,7 miljardia).



Lähde: Terveystalon vuosikatsaus 2016

Työterveyden rahoittavat työnantajat ja työntekijät.



Lähteet: THL, Terveyspalvelualan liitto

Terveystalo, joka on tällä hetkellä Suomen suuria työterveyspalvelujen tuottaja, kuvaa vuosikatsauksessaan monipuolisesti työterveyshuollon menestystarinaa. Kertomuksen mukaan työterveyshuollon osuus kaikista Suomen lääkärikäynneistä on 15 prosenttia. Kuvatessaan työterveyshuollon kustannusten jakoa, Terveystalo jättää kuitenkin kertomatta, miten työnantajan 80 prosentin rahoitusosuus oikeasti kustannetaan.

Työterveyshuollon toteutus perustuu työnantajan, työntekijäpuolen ja työterveyshuollon kesken tehtävään sopimukseen. Siihen kirjataan sekä ennaltaehkäisevät toimenpiteet, kuten työpakkakäynnit ja ennalta ehkäisevä

työterveyshuollon toimenpiteet terveystarkastuksineen, että mahdollisesti toteutettavat sairaanhoitopalvelut työterveyshuollon osana.

Työntäjä anoo vuosittain toteutuneista työterveyshuollon kustannuksista korvausta KELA:lta, joka korvaustaso on ennaltaehkäisevien toimien osalta 60 prosenttia ja sairaanhoitopalvelujen osalta 50 prosenttia. Koska työnantaja voi vähentää jäljelle jäävän osuuden verotuksessa henkilöstökuluina, jää työnantajan todelliseksi kustannukseksi huomattavan pieni osuus. Todellisuudessa työterveyshuolto subventoidaan siis julkisin sairausvakuutuksen varoin. Subventio-osuutta työnantajapiirit tosin pitävät ”omana rahan” sillä perusteella, että ne rahoittavat työnantajan sosiaaliturvamaksuja maksaessaan sairausvakuutusta, mutta niin tekevät työntekijätkin verotuksen yhteydessä.

Työterveyshuollon siirtyminen valtion ja kuntien yhtiöittämis-toimien seurauksena viime vuosina keskittyneeksi terveysbisnekseksi on ollut megatrendi, joka on mahdollistanut yksityisen terveystalustoiminnan vahvistumisen. Osakeyhtiöiksi muuttuessaan toimijat ovat laajentaneet toimialaansa sosiaalitoimen puolelle erityisesti hoivabisnekseen.

Hoivabisnes laajentunut nopeasti

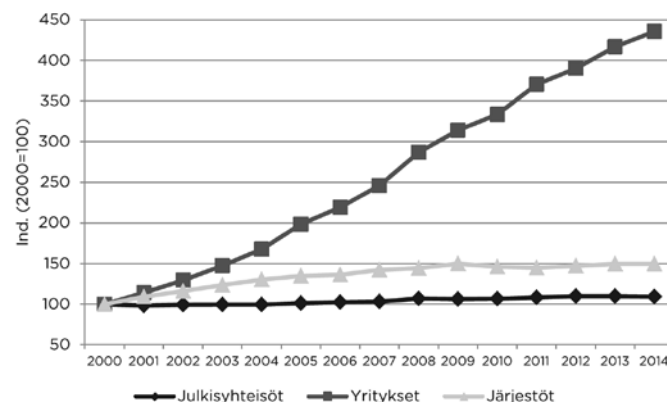
Sosiaalipalvelujen liikevaihto vuonna 2014 oli 11.1 miljardia. Siitä yksityisten yritysten ja järjestöjen osuus oli kolmannes, eli suhteellisesti enemmän kuin terveyssektorilla (taulukko alla). Sote-uudistuksen paikallaan junnaamisen aikana, on sosiaalipalvelujen tuotanto yksityissektorilla 4,5-kertaistunut 14 vuodessa, kun se on samaan aikaan polkenut paikallaan kuntien omassa tuotannossa ja kasvanut

kolmannen sektorin eli järjestöjen kentällä noin 50 prosenttia. Yksityisen hoivapalvelubisneksen kanssa kilpailuasetelmaan joutuneet järjestöpohjaiset palvelutuottajat ovat yhtiöittäneet omia toimintojaan pärjätäkseen hankinatalain mukaisissa kilpailuastelemissa voittoa tavoittelevan sektorin kanssa.

	Yhteensä	Julkisyhteisöt	Yritykset	Järjestöt
Sosiaalipalvelut 2013, mrd €	10,850	7,241	1,858	1,753
Sosiaalipalvelut 2014, mrd €	11,093	7,342	1,984	1,767
Kasvu, miljoonaa euroa	243	101	126	14
Kasvu, %	2,2	1,4	6,8	0,8

Lähteet: Tilastokeskus, Lith Consulting Oy

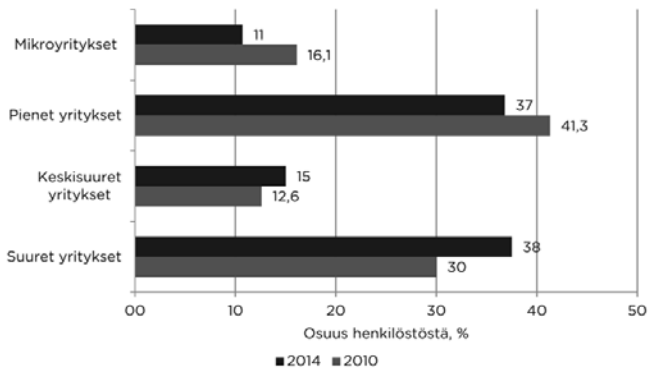
SOSIAALIPALVELUALAN (NACE:T 87-88) TUOTOKSEN MÄÄRÄN (VOLYYMIN) KEHITYS TUOTTAJARYHMITTÄIN 2000-14, IND. (2000=100)



Lähteet: Yritys- ja toimipaikkarekisteri Tilastokeskus, Lith Consulting Oy

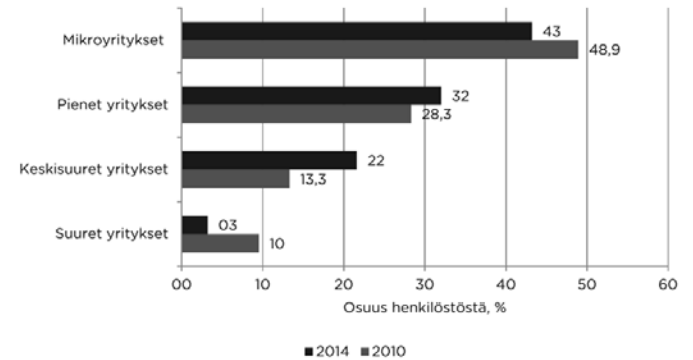
Voittoa tuottavin sektori sosiaalipalveluissa ovat asumispalvelut sekä vanhuksille ja vammaisille tarkoitetut ympärivuorokautisen hoivan palvelut. Näillä alueilla suuryrityksillä on jo vahvin asema. Pienyrityksillä sen sijaan on roolia avohoidon palveluiden tuottajina. Asumis- ja laitospalveluissa yritykset saavat suuremman prosentuaalisen tuoton sijoitetulle pääomalle kuin avopalveluissa, mistä johtuen nimenomaan hoivapalvelut ovat kiinnostaneet eniten kansainvälisiä pääomasijoittajia.

ASUMISEN SISÄLTÄVIEN SOSIAALIPALVELUJA TUOTTAVAT (NACE 87) YRITYKSET HENKILÖSTÖN KOKOLUOKITTAIN 2010 JA 2014



Lähteet: Yritys- ja työpaikkarekisteri ja yritysten rakenne- ja tilinpäätöstilasta, Tilastokeskus, Lith Consulting Oy

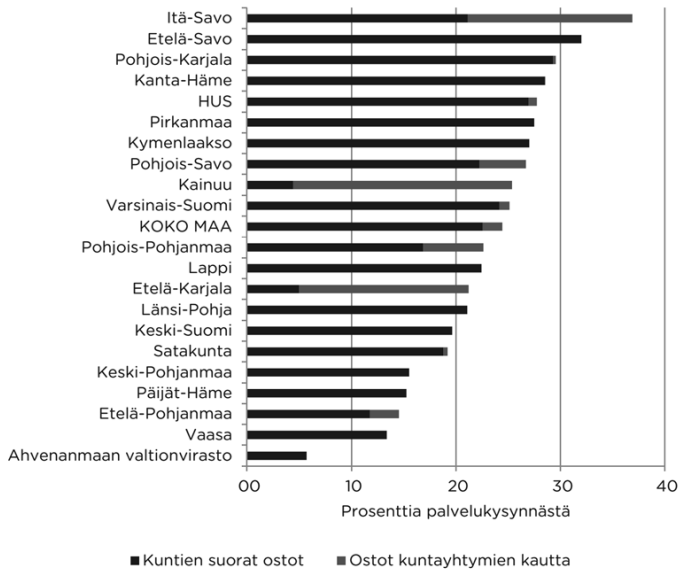
AVOHUOLLON SOSIAALIPALVELUJA TUOTTAVAT YRITYKSET (NACE 88) HENKILÖSTÖN KOKOLUOKITTAIN 2010 JA 2014



Lähteet: Yritys- ja työpaikkarekisteri ja yritysten rakenne- ja tilinpäätöstilasta, Tilastokeskus, Lith Consulting Oy

Kuntien harjoittama politiikka yksityisten sosiaalipalvelujen hankkimiseksi vaihtelee melkoisesti alueittain. Itä-Savo, Etelä-Savo, Pohjois-Karjala, Kanta-Häme ja HUS alue suosivat ulkopuolisia toimijoita, kun taas Vaasan seutu, Etelä-Pohjanmaa, Päijät-Häme ja Keski-Pohjanmaa kunnallista palvelutuotantoa.

**KUNTIEN SUORAT YKSITYISET ASIAKASPALVELUOSTOT
JA KUNTAYHTYMIEN KAUTTA SUORITETUT YKSITYISET
ASIAKASPALVELUOSTOT / OSUUS KUNTIEN SOSIAALIPALVELUJEN
PALVELUKYSYNNÄSTÄ YHTEENSÄ SAIRAANHOITOPIIREITTÄIN 2013**

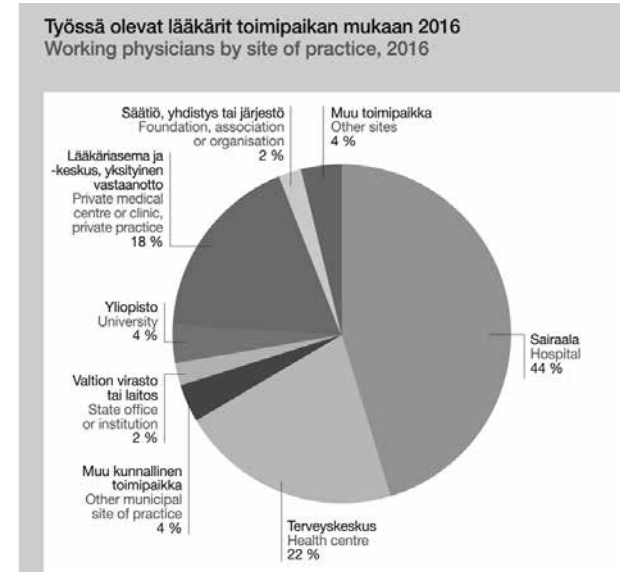


Lähteet: Kuntien talous- ja toimintatilasto, Tilastokeskus, Lith Consulting Oy

Yksityissektorin asema kertoo, että sen lähtökohdat menestyä hankintalain pelisääntöjen mukaisessa kilpailussa ovat hyvät ja myös sen osaaminen tarjousten tekemisessä pitkälle kehittynyt. Jos maakunnille tulee vuoden 2019 alusta velvollisuus yhtiöittää aiemmin kunnissa ja pääosin kuntayhtymähallinnon pohjalta toimineet sosiaali- ja terveyspalvelut, joutuvat maakunnat organisaatioina kilpailu- tuksissa altavastajaan asemaan.

Terveyskeskukset sote-uudistuksessa

Kuntien terveyskeskuksilla on edelleen vahva asema perusterveydenhuollon palvelujen tuottamisessa. Tuoreimpien tilastojen mukaan 22 prosenttia lääkäreistä työskentelee terveyskeskuksissa, ja 8 prosenttia heistä lääkäri työvoiman vuokrafirmojen välittämänä. Terveyskeskusten kokonaisulkoistukset ovat saaneet suurta mediajulkisuutta, mutta 4 000 lääkäriä työskentelee terveyskeskuksissa ja 10 000 sairaaloissa (Kuntatilastot 2015). Muuta sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä kunnissa on 165 000 (115 000 terveydenhuollon työntekijää ja 50 000 sosiaalipalvelujen työntekijää, Kuntatilastot 2015). Julkinen terveyskeskus tai sairaala on siis hoitohenkilöstön ja lääkärinkunnan enemmistön nykyinen työpaikka.



Lähteet: Suomen Lääkäriliitto, Työmarkkinatutkimus 2016

Terveyskeskusvastaanotolle pääsy ja hoitoketjun toimivuus perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaali- palvelujen välillä ovat olleet ongelmia, joihin sote-uudistuksella on etsitty ratkaisua.

Viime vuosien terveyskeskusmaksujen korottamispolitiikka on nostanut erityisesti pienituloisten ihmisten hoitoon hakeutumiskynnystä. Se on näin lisännyt eriarvoisuutta, kun samaan aikaan työelämässä mukana olevista suurin osa pääsee palvelujen piiriin maksutta työterveys- huollon kautta.

Terveyskeskusvastaanotolle pääsy ja erikoissairaanhoidon erillisuus on koettu ongelmaksi, johon palvelujärjestelmän kokonaisuudistuksella etsitään ratkaisuja. Sosiaalisten ongelmien liittyminen sairauksien syntyyn ja toipumisprosessin ongelmiin on tärkeimpiä ylikuolleisuuden ja sosiaaliryhmittäisten terveyserojen selittäjiä. Nopea hoitoon ja kuntoutukseen pääsyn helpottaminen ilman kynnyksiä on nähty tärkeäksi tavoitteeksi, jota edistäisi palvelujärjestelmän syvempi integraatio. Siksi uusimmassa ehdotuksessa on päädytty malliin, jossa esitetään perustettavaksi 18 maakuntaan sosiaali- ja terveyskeskukset korvaamaan aiempaa erillistä terveyskeskus- ja sosiaalitoimistojärjestelmää.

Valinnanvapaus – kuka valitsee ketä?

Lausuntokierroksella olevan asiakkaan valinnanvapautta koskevan lakiluonnoksen mukaan vuoden 2019 alusta maakuntien vastuulle siirtyvät sosiaali- ja terveyspalvelut jaetaan 1) maakunnan liikelaitoksen tuottamiin palveluihin, jotka eivät kuulu valinnanvapauden piiriin, ja 2) valinnanvapauden piiriin kuuluviin palveluihin, joita liikelaitos ei voi tuottaa. Valinnanvapauden piiriin kuuluvat palvelut

on yhtiötettävä maakunnan omistamiksi yhtiöiksi tai maakunta voi hankkia niitä yrityksiltä ja kolmannen sektorin palvelutuottajilta.

Kun valinnanvapauslakiehdotusta lukee, tulee vaikutelma, että liikejuristit on määrätty kirjoittamaan sosiaali- ja terveyslainsäädäntöä. Lakia on rustattu selvästi sillä logiikalla, että perustuslain mukaan julkisen vallan vastuulla olevista palveluista mahdollisimman suuri osa voidaan siirtää järjestäjän ja tuottajan erilliseksi säädetyllä roolijaolla hankintalain mukaan kilpailutettaviksi palveluiksi. Tässä kilpailuttamisvaiheessa palvelujen tuottajat ovat ns. ”samalla viivalla”. Palvelutuotantotarjouksen jättäneistä maakunnan hankinta-organisaatio valitsee sitten tarjouspyynnössä määriteltyjen kriteerien mukaan hankintalain mukaisesti kilpailussa parhaat pisteet saaneen palvelutuottajan.

Terveyskeskusten kokonaisulkoistukset ovat olleet tämän mallin rakentamisen testausvaihetta, joita sekä ulkoistuksia toteuttaneet kunnat että kilpailutuksiin osallistuneet, sen aikana menestyneet ja suuriksi paisuneet terveysalan yritykset, ovat harjoitelleet. Sitra on sparrannut prosessia kehittäen näin ”siirtymäkauden” terveystalousmallia ”sotemarkkinamalliksi”

Ketä yhtiöittämisvelvollisuus palvelee?

Yhtiöittämisvelvollisuuden säätäminen maakunnille merkitsee sitä, että maakuntiin perustettavat, valinnanvapauden piiriin kuuluviksi palveluiksi luokiteltavien palvelujen tuotanto on yhtiötettävä. Lakiluonnoksessa ei kerrota selvästi sitä, mitkä palveluista jäävät maakunnan liikelaitoksen tuottamiksi palveluiksi, jotka eivät kuulu valinnanvapauden piiriin. Ilmeistä on, että tähän kategoriaan asetetaan ne virkavastuun piiriin kuuluvat toiminnot, kuten sosiaalityö ja

lastensuojelun sellaiset toiminnot, joissa edellytetään yksilöön kohdistuvia virkamiespäätöksiä. Yhtiöiden työntekijät tai alihankintayrittäjät eivät voi toimia virkamiehinä. Virkamiehet käyttävät lakeihin perustuvaa yksilön oikeuksiin vaikuttavaa päätösvaltaa, joten heidän on oltava julkiseen valtaan virkasuhteessa olevia.

Sosiaali- ja terveysturvaviranomaiset venyttivät jo ulkoistusmallien harjoitteluvaiheessa lain tulkintaa virkavastuusta. Se tapahtui muun muassa kun terveysturvakeskuksissa alkoi olla pulaa päivystävistä lääkäreistä. Perinteisestihän terveysturvakeskukset palkkasivat päivystävän keikkalääkärin suoraan virkasuhteeseen lyhyiksi ajoiksi niillä virkavelvollisuuksilla, kuin lääkärin tehtäviin akuuttitilanteissa kuului. Tällainen toiminta oli laillista.

Harmaalle alueelle siirryttiin kun lääkäriytyvoiman välittäjäfirmat tunkeutuivat syvemmälle terveysturvakeskusten henkilöstön rekrytointitontille. Ne ottivat käyttöön mallin, jossa lääkäriytyvoimaa ei välitettykään terveysturvakeskusten lyhyisiin virkasuhteisiin, vaan työsuhde tai ammatinharjoittajasuhde säilyi suhteena välittäjäfirmaan. Valvovat viranomaiset katsoivat vuosikautia läpi sormien sitä, että virkavastuuta edellyttävä päätöksenteko siirtyi henkilölle, joka ei ollutkaan kuntaan virkasuhteessa. Tästä edettiin sitten vähitellen kokonaisulkoistumalleihin, joissa virkavastuun rooli hämärtyi entisestään. Jossain vaiheessa virhe huomattiin ja sitä on yritetty hoitaa erilaisin kiertojärjestelyin muun muassa tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämistilanteissa, jotka ovat eräs terveydenhoidossa eteen tuleva tyypillinen virkavastuuta edellyttävä päätöksentekotilanne.

Paljon virkavastuuta – mutta myös sosiaalibisnestä

Sosiaalipalvelujen alueella on runsaasti sosiaalityöntekijän virkavastuuseen kuuluvia viranomaispäätösvaltaa edellyttäviä toimintoja muun muassa sosiaalityössä, lastensuojelussa ja vammaispalveluissa. Toimintojen siirtäminen valinnanvapauden piiriin on näiltä osin mahdotonta. Maakunnan liikelaitoksen palvelut, jotka eivät kuulu valinnanvapauden piiriin, tullevat koostumaan ainakin edellä kuvatuista julkisen vallan toiminnoista.

Valinnanvapauden piiriin kuuluvien palveluiden rajaaminen kilpailutettaviksi palveluiksi synnyttää rakenteellisen ”rusinat pullasta” -poimimisen mallin, josta paisuva sosiaali- ja terveysturvabiznes havittelee nyt uutta miljardiluokan rahasampoa itselleen. Bisneksen teko on turvallista, kun sitä tehdään verovaroilla ja maksajalla on lakisäätöinen velvollisuus järjestää palvelut.

EU-lainsäädäntö tai hankintalakihan ei tällaista kilpailuttamista edellytä. Kyseessä on Elinkeinoelämän keskusliiton sekä terveysturv- ja sosiaalibizneslobbareiden valmistelema kaappaushanke, joka aiotaan viedä poliittisesti läpi oikeistohallituksen voimin venyttämällä perustuslain tulkintaa.

Perustuslain 19§:n mukaan ”Lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella.

Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveysturvapalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.”

Perustuslain mukaan julkisen vallan on siis turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Miten tämän oikeuden turvaamisen käy sen jälkeen, kun julkinen valta eriyttää ja yhtiöittää palvelujen turvaamisen kannalta välttämättömät ydintoimintonsa? Julkinen valta – maakunnat 2019 alkaen – joutuu hankkimaan ne kilpailuttamisen kautta markkinoilta, joilla kilpailevat keskenään yksityinen sektori ja yhtiöittämisvelvollisuuden vuoksi osakeyhtiöiksi muuttuneet maakuntakonsernin palvelut.

Kansalaisen valinnanvapauden lisääminen sosiaali- ja terveyspalveluissa voi tuntua kauniilta ajatukselta. Ongelmana tässä on kuitenkin se, että julkisen vallan velvollisuus edistää terveyttä ja turvata kaikille perustoimeentulo ovat tehtäviä, joissa kohteena on koko väestö ja joiden toteuttaminen liittyy julkisen vallan koko toimintaan. Perustuslais- sa säädetty julkisen vallan tehtävä tulee jatkossakin olemaan sisäänrakennettuna myös valtaosaan niistä toiminnoista, joita nyt kaavaillaan ”valinnanvapauden” piiriin kuuluviksi.

Jos julkinen valta eli maakunnat joutuvat uuteen lainsäädäntöön perustuvan yhtiöittämisvelvollisuuden vuoksi ulkoistamaan ydintoimintansa perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja sosiaalityössä osakeyhtiölain, hankintalain ja kilpailulainsäädännön alaiseksi toiminnaksi, millä maakunta turvaa näiden ydintoimintojen voimavarat? Jäävätkö ne maakunnan hankintatoimiston ja toimeksiannoltaan rajatun sote-keskuksen tehtäväksi? Kun nykyiset sosiaali- ja terveyspalveluiden ydintoiminnot eivät yhtiöittämisvelvollisuuden vuoksi enää kuulu sote-keskuksen tehtäviin, vaan ne on hankittava kilpailutuksen kautta yhtiöiltä, siirtyy perustuslaillinen vastuu välilliseksi valvontavastuuksi ja palveluja tuottavan firman kannalta voittoa tuottavaksi bisnekseksi, joka maakunnan on lakiin perustuen pakko jostain hankkia.

Perustuslaillinen ristiriita syntyy vääjäämättä, sillä terveyskeskusten, sosiaalitoimistojen ja erikoissairaanhoidon työn arjesta ei voida erottaa näiden toimintojen yleisvastuuta terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä. Nämä velvollisuudet ovat osa jokaista yksittäistä hoitopäätöstä tai sosiaalilainsäädännön mukaista etuustulkintaa. Julkisella vallalla säilyy myös vastuu palvelusuoritteiden sisällön laillisuuden turvaamisesta.

Jos maakunta yhtiöittää sosiaali- ja terveyspalveluiden ydintoiminnat niin kuin Sipilän hallituksen lakiesitys linjaa, siirtyy sen ydinosaaminen julkisen vallan ulkopuolelle ja markkinoilla kilpailevien konsulttien varaan. Seurauksena on järjestämis- ja palvelutuotantorajapinnan muuttuminen hallintohimmeleiden labyrintiksi, jossa juridiikka ja markkinamallin voitontavoittelun ”Troijan hevonen” syrjäyttää hoitotyön, sosiaalityön ja lääketieteen etiikan ja julkisen vallan yleishyödyllisen perustehtävän.

Epäreilu kilpailuasetelma

Väestövastuupohjalta ja ensisijaisesti kokonaisvaltaisen huolenpidon filosofialla toimiva julkinen palvelutuotantosektori näkee toimintansa pääpainon monipuolisten ja laadukkaiden terveys- ja sosiaalipalvelujen tuottamisessa. Tämä on ollut julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden laakisääteinen tehtävä hyvinvointivaltion rakentamisen aikana ja se on väestön enemmistölle edelleen tärkein hyvinvointivaltion turvaverkko.

Yhtiöittämisvelvollisuus vaarantaa vakavasti julkisen vallan mahdollisuudet vastata perustuslakiin kirjatusta perustehtävästä turvata väestölle tarpeen mukaiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Jos erikoissairaanhoidon kehittynein ydi-

nosaaminen siirtyy tuotannon johtamisen osalta osakeyhtiölle, ollaan tilanteessa, jossa julkiselta vallalta karkaa keskeinen instrumentti perustehtävän toteuttamiseksi.

Kun tuotantoprosessin ja sen kehittämisen vastuu siirtyy pois maakunnalta yhtiölle, maakunnalle jää hankintalain mukainen kilpailutus ja sen mukainen velvollisuus hankkia palvelut mahdollisimman edullisesti. Julkisen vallan eli maakunnan ja valtiotoimijan mahdollisuus arvioida väestön tarpeita kokonaisvaltaisesti hajoaa toisistaan irrallisiksi osiksi. Sosiaali- ja terveystarpeilla ostettaviksi ja myytäviksi muuttuneet suoritteet ovat asioita, joihin uusien maakuntien luottamushenkilöiden työ keskittyy. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen jää toissijaiseksi asiaksi, josta jatkossakin laaditaan ”hyvinvointikertomuksia”, mutta jossa julkisen vallan ohjausvaikutus heikkenee, kun operatiivinen toiminta on osakeyhtiölain ja sen takaamien liikesalaisuuksien suojassa.

Aiemmin kuntien ja kuntayhtymien organisaatiossa ollut teknologia ja hiljainen tieto sekä kehittämisvastuu siirtyvät yhtiölle, jonka tärkeämmäksi intressiksi tulee menestymisen markkinoilla substanssista ja ihmisten terveydestä ja hyvinvoinnista vastaamisen sijasta. Keinottelu ihmisen terveydellä ja hyvinvoinnilla tulee nykyistä paljon laajemmin mahdolliseksi, mikä heikentää väestön perusturvallisuutta.

Ennen Juha Sipilän, Petteri Orpon ja Timo Soinin SOS-hallituksen sote-esitystä kaikki lähtivät siitä, että julkisella tuotanto-organisaatiolla on päävastuu palveluista, mutta se voi täydentää moninaisia palvelutarpeita hankkimalla palveluita yrityksiltä ja kolmannelta sektorilta. Tämä lähtökohta pyllähti pääläelleen. Yhtiöittämisvelvollisuudesta tuli uudistuksen pääkysymys. Kun toimintamalli hajotetaan yhtäältä järjestämisvastuuksi, eli vastuuksi palvelujen turvaamisesta, ja toisaalta yhtiötetyksi tuotantovastuuksi,

on edessä tilanne, jossa trimmattu bisnessektori jyrää helposti kunnallisen kokonaisvastuun perinnettä vaaliseen julkisen sektorin pohjalta muodostettavat yhtiöt.

Valtion työterveyshuollon yhtiöittämiskokemus osoittaa havainnollisesti sen, miten voittoa tavoitteleva organisaatio alkaa elää omaa elämää terveys- ja hoivabisnesmarkkinoilla, mahdollisista alkuperäisistä hyvistä tarkoituksista huolimatta. Menestyäkseen kilpailluilla markkinoilla, julkistenkin yhtiöiden on keskityttävä kaupaksi käyvien ja hyvää katetta tuottavien alojen kehittämiseen. Katetta lisätään myös uusia terveystarpeita synnyttävällä mainonnalla. Tässä jää jalkoihin se tutkimukseen perustuva tieto väestön terveydestä ja terveystarpeista, joka ei ole kannattavaa bisnestä, mutta olisi väestön perusturvallisuuden kannalta välttämätöntä.

Tavoitteita soteuudistuksen uudessa tilanteessa

Hallitus rikkoi laajan konsensuksen sote-uudistuksen toteuttamisessa nostamalla julkisten palveluiden yhtiöittämisuudistuksen perusasiaksi. Valinnanvapausrummutuksella hallitus yrittää saada esitykselleen yleisen hyväksynnän lupaamalla nykyistä helpomman pääsyn palveluiden piiriin. Samalla oikeiston kenttäagentit ovat alkaneet valmistella julkisen palveluverkon karsimista raskaalla kädellä rai-vataksaan näin tilaa yksityisen sosiaali- ja terveystarpeiden kukoistujalle.

Markkinavoimien vetäminä bisnespohjaiset terveyspalvelut keskittyvät suurin väestötaajamiin ja niiden keskukseen. Näin ajaudumme aikaan ennen kansanterveyslakia. Haja-asutusalueet autioituvat palveluista. Palveluita on siel-

lä, missä on maksukykyistä kysyntää. Muista kuin valinnan vapauden piiriin kuuluvista palveluista tulee niukkuuden jakamista.

Yhtiöittämisvelvollisuuden kaapuun puetut julkisen so- te-sektorin kaappaushankkeet on syytä torjua. Maakunnille tulee turvata mahdollisuus jatkaa julkisina palvelutuot- tajaorganisaatioina. Samat mahdollisuuden tulee turvata edelleen myös kunnille niiden palveluiden osalta, jotka ovat väestön kannalta lähipalveluita.

Sote-uudistuksen perustavoite eli nykyistä joustavampi pääsy palvelujen piiriin ja myös potilaan laajentuneet oi- keudet valita lääkäriinsä silloin kuin vaihtoehtoja on tar- jolla, on toteutettava perusterveydenhuollon voimavaroja vahvistamalla.

Perusterveydenhuollon, sosiaalityön ja erikoissairaan- hoidon integrointia ja julkisen järjestelmän sisäistä toi- mintaa tulee kehittää käyttämällä hyväksi informaatiotek- nologiaa, jossa tieto kulkee sekä järjestelmän sisällä että asiakkaan/potilaan ja järjestelmän välillä nykyistä parem- min.

Julkiset palvelut ovat kaikkina aikoina ostaneet palvelu- ja myös ulkopuolisilta palvelutuottajilta, kuten potilas- ja vammaisjärjestöjen ylläpitämiltä yhteisöiltä, ja erityis- osaamista omaavalta yksityissektorilta. Tämän rajapin- nan asema on määriteltävä paremmin ja yleishyödyllisen kolmannen sektorin asemaa julkisen sektorin strategisena kumppanina on parannettava.

Työterveyshuollon näkeminen merkittävänä kansanter- veystyötä kehittäneenä ja työturvallisuuden kehittämiseen myönteisesti vaikuttaneen innovaationa, jossa työsuoje- lulla ja ammattiyhdistysliikkeellä on ollut keskeinen roo- li, tulee nähdä osana järjestelmää ja vahvistaa ehkäisevän terveydenhuollon näkökulmaa työterveyshuollossa. Jos

terveyskeskusmaksut poistettaisiin, häviäisi työelämän ul- kokuolella ja päätöksissä olevia syrjivä maksurajapinta työ- terveyspalvelujen sairaanhoidon rajapinnan ja terveyskes- kustoiminnan välillä. Työterveyden sairaanhoitopalvelujen tai terveyskeskuspalvelujen välinen ”vallinnanvapaus” laa- jenisi myös työterveyshuollon ja terveyskeskusten välille.

Työterveyshuollon maksuttomuuden periaate tulisi laajentaa yleiseksi kansanterveyttä edistäväksi maksutto- muuden periaatteeksi uudistuvissa sosiaali- ja terveyspal- veluissa. Se on toiminut hyvin työterveyshuollon sairaan- hoitopalveluissa ja pystytty toteuttamaan niin, että matalan kynnyksen hoitoon pääsyn ilman jonotuksia lääkärielle on ollut mahdollista. Miksi näin ei voisi olla myös terveyskes- kuksissa. Tai tulevissa sote-keskuksissa? Se, että huomatta- va osa väestöstä eli vakinaisessa työsuhteessa olevat saavat yleensä maksutta terveyspalvelut, mutta työelämän ulko- puolella olevat joutuvat niistä maksamaan, on korjaamat- ta jäänyt perustuslain ristiriita, jota eduskunta ei ole vielä korjannut. Se olisi tullut korjata sen jälkeen, kun sosiaaliset ja terveydelliset perusoikeudet vahvistuivat perustuslakiuu- distuksemme yhteydessä.

Terveyskeskuspalveluiden tekeminen maksuttomiksi voisi toteutua samoin kuin se on toteutettu työterveyshuol- lossa: KELAn sairausvakuutus laajennettaisiin kattamaan myös muu julkinen perusterveydenhuolto samoin peri- aattein kuin sairausvakuutus korvaa nykyään työnantajille työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut työterveyshuollon työpaikkakohtaisten toimintasuunnitelmien mukaisesti.

Tapaturma- ja sairausinvalidien Liitto on esittänyt use- aan kertaan terveyskeskusmaksujen poistamisen rahoitta- mista tällä ratkaisulla. Helsingin kaupunki poisti terveys- keskusmaksut kaupungin omalla päätöksellään perustellen tätä terveyseroilla ja niiden kaventamisella. Nyt kun terve-

yskeskuspalvelujen omavastuut ovat nousseet hurjasti sekä hallituksen että muiden kuntien päätöksillä, on terveyskeskusmaksun poistamisesta valtakunnallisella ratkaisulla tullut yhä ajankohtaisempi poliittinen tavoite.

Yhtiöittämisvelvollisuuden kaatamisen rinnalla maksutomat terveyskeskuspalvelut kaikille ja pääsy terveyskeskuksiin helpommaksi tulisi nostaa kaikkien terveyspalvelujen parantamiseen tähtäävien yhteiskunnallisten voimien yhteiseksi vaatimukseksi.

Vammaisten ja muiden erityisryhmien syrjiminä lopetettava

Vammaisiin kohdistuu vammaislainsäädännön, sosiaalilainsäädännön ja vanhuspalvelulainsäädännön rajapinoissa syrjintää. Ikäsyrjintä on räikeä syrjinnän muoto tilanteessa, jossa ikääntynyt jätetään vaille subjektiivisia oikeuksia turvaavan vammaislainsäädännön soveltamisen ulkopuolelle.

Juuri ratifioitu vammaisten oikeuksien YK:n yleissopimus on tullut osaksi kansallista lainsäädäntöämme. Vammaisten ikäsyrjintää ja syrjintää työelämässä tapahtuu silti arjen sosiaalityössä ja terveyspalveluissa käyttämällä hyväksi eri lakien epäselviä rajapintoja.

Tapaturma- ja sairausinvalidien liitto on toistuvasti nostanut syrjinnän ongelmat esille vaatien lainsäädännön rajapintojen tulkintojen selkeyttämistä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen muuttuminen sosiaali- ja terveysbisnekseksi synnyttää uuden uhkan vammaispalveluille, jos vammaispalvelujen tarve jää toissijaiseksi kannattavan liiketoiminnan ohjatesa entistä vahvemmin kehityksen suuntaa.

Soteuudistusta valmistelevien tahojen tulisi palata uudistuksen alkuperäistavoitteiden äärelle rakentamaan uudis-

tusta, jossa parannetaan palvelujen saatavuutta, puretaan eri väestöryhmiä koskevat syrjivät mekanismit ja vahvistetaan julkisen vallan mahdollisuuksia toimia kansalaisten sosiaalisten perusoikeuksien parantamiseksi. Tämä toteutuu vain siten, että vetäydytään sotebisneksen harharetkiltä ja palataan sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteiskunnallisen perustehtävän kehittämiseen.