15.4.2021

Talousvaliokunta
00120 Eduskunta
talousvaliokunta@eduskunta.fi

Viite: Kysymyksiä talousvaliokunnalta asiassa HE 241/2020 vp

Eduskunnan talousvaliokunta on pyytänyt TAYS Sydänkeskus Oy:ltä (jäljempänä Sydänsairaala) kirjallisia vastauksia viitteessä mainittuun asiaan. Sydänsairaalan vastaa seuraaviin kaikille asiantuntijoille esitettyihin kysymyksiin.

Jos esitys viedään läpi esitetyssä muodossaan ilman muutoksia, onko se mielestänne parannus vai heikennys nykytilaan suomalaisten hyvinvoinnin kannalta?

Jos esitys viedään läpi nykymuodossaan, se sisältää useita heikennyksiä nykytilaan suomalaisten hyvinvoinnin kannalta.

Esitys on rakennettu järjestelmäkeskeisesti, jossa keskiössä ovat tuottajien ja järjestelmän, eivät potilaan, oikeudet. Esitys ei sisällä kannustimia hyvinvointialueille, jotka tukisivat terveys- ja hyvinvointierojen kaventamista ja yhdenvertaista saatavuutta esimerkiksi vaikuttavampien ja kustannustehokkaampien palvelumallien avulla.

Esityksessä tärkeimpänä keinona uudistuksen tavoitteisiin pääsemiseksi esitetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota. Kuitenkin esityksessä on päädytty sääntelyyn, jossa perusterveydenhuoltoa (ei virkalääkärivaatimusta) ja erikoissairaanhoitoa (virkalääkärivaatimus) säädellään eri tavalla. Tämä vaikeuttaa integraatiota ja sujuvien ja kustannustehokkaiden hoitoketjujen rakentamista sekä lisää kustannuksia. Esitys ei huomioi kehitystyötä ja tuloksia, jotka on jo saavutettu kumppanuuksilla yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa. Esitys johtaa olemassa olevien hyvien ja toimivien hoitoketjujen ja -käytänteiden purkamiseen. Esitykseen sisällytetty kielto järjestää etävastaanottoja ja sähköisiä palveluita toisen hyvinvointialueen asukkaille uhkaa heikentää palveluiden yhdenvertaista saatavuutta nimenomaan alueilla, joissa palveluiden saatavuus on jo nyt uhattuna. Erilaiset digitaaliset etäpalvelut ovat Suomen kaltaisessa maassa erityisen arvokas tapa parantaa palveluiden yhdenvertaista saatavuutta ja saavutettavuutta. Virkalääkärivaatimus tuo paitsi tarpeetonta byrokratiaa ilman potilaalle koituvaa lisäarvoa, myös uhkaa heikentää asiantuntijoiden saatavuutta tulevaisuudessa. Uhka on palveluiden järjestämisen näkökulmasta erityisen vakava huomioiden väestön ikääntymisen, suurten ikäluokkien terveydenhoidon palvelutarpeen ja jo tällä hetkellä sekä lääketieteen että hoitotieteen asiantuntijoiden saatavuuden tehtäviinsä.

Miten yksityisten palveluntarjoajien rooli muuttuisi uudistuksessa? Kuinka laaja mahdollisuus hyvinvointialueilla tosiasiassa on järjestää palveluja haluamallaan tavalla uudistuksen jälkeen?

Hyvinvointialueiden mahdollisuudet järjestää palveluja haluamallaan tavalla heikkenisivät merkittävästi nykyisestä. Hyvinvointialueilla ei olisi enää nykyisen kuntalain mukaista aitoa ja tosiasiallista itsehallintoa

ja päätösvaltaa alueensa palveluiden järjestäjinä. Esitys rajaa voimakkaasti, miten ja kenen kanssa palveluita tuotetaan ja kehitetään. Yksityisiltä palveluntarjoajilta voidaan hankkia palveluita vain täydentämään hyvinvointialueen omaa palvelutuotantoa.

Esitetty sääntely pikemminkin haittaa kuin tukee perustuslain 19 § 3 momentin perusoikeuksien toteutumista. Esityksestä ei käy ilmi, miten hyvinvointialueen käytettävissä olevien keinojen lakisääteinen rajoittaminen auttaa turvaamaan perustuslain määrittelemien perusoikeuksien toteutumista nykyistä paremmin. Pikemminkin perusoikeuksien toteutuminen vaarantuu, mikäli hyvinvointialueella olisi ongelmia palveluiden järjestämisessä, koska siltä on rajattu mahdollisuuksia käyttää apuna yksityisiä palveluntuottajia.

Hyvinvointialueilla itsellään tulisi olla mahdollisuus päättää palveluiden tarkoituksenmukaisesta järjestämistavasta (SopS 66/1991) sekä luoda positiivisia kannustimia kestävämmän julkisen terveydenhuollon varmistamiseksi. Riittävän oman tuotannon osuuden määrittely ja palveluiden tarkoituksenmukainen tuottamistapa tulisi jättää hyvinvointialueiden päätettäväksi.

Kuinka suurena uhkana näette koulutetun työvoiman saatavuuteen liittyvät ongelmat sote-sektorin kehittämisessä ja tuoko uudistus välineitä vaikuttaa asiaan?

Koulutetun työvoiman saatavuus on keskeinen uhka sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen turvaamisessa ja sektorin kehittämissä. Suomessa lääkäreitä on kansainvälisesti vähän EU- ja Pohjoismaihin verrattuna. Erikoislääkäreiden riittävyyteen liittyvä ongelma on erityisen merkittävä ikääntymisen myötä yleistyvien sairauksien hoidossa. Tulevaisuudessa lääkäreiden ja hoitohenkilöstön tarve kasvaa entisestään, koska väestön ikääntyminen lisää palveluntarvetta.

Esityksen mukaan hyvinvointialueilla tulee olla järjestämisvastuun toteuttamiseksi riittävä oma osaaminen, henkilöstö ja palvelutuotanto. Velvoite hyvinvointialueen oman palvelutuotannon järjestämiseen ja esitykseen sisältyvät ulkoistamisrajoitukset edellyttävät huomattavasti nykyistä suurempaa hyvinvointialueen omaa henkilöstöä. Asiantuntijoiden saatavuus uhkaa muodostua ongelmaksi erityisesti pienimmille hyvinvointialueille ja sairaaloille sekä tietyille erikoisaloille, joilla on jo nyt vaikeuksia saada työvoimaa. Mikäli hyvinvointialueella olisi pulaa virkalääkäreistä, potilaan hoito kiireettömässä erikoissairaanhoidossa viivästyy, mikä lisää kustannuksia ja voi heikentää potilaan ennustetta. Tämä ei lisää yhdenvertaisuutta valtakunnallisesti, eikä näin ollen voi olla uudistuksen tavoite.

Erikoissairaanhoidon virkalääkärivaatimus sitoo erikoislääkäreiden työpanosta hallinnolliseen työhön, joka on pois potilaiden hoidosta tilanteessa, jossa lääkärityövoiman saatavuus on huono. Lisäksi lääkärityön juridisoituminen voi heikentää julkisen sektorin houkuttelevuutta terveydenhuollon ammattilaisten työpaikkana ja vaarantaa palveluiden tuottamisen sote-ammattilaisten määrän vähentyessä entisestään.

Laki sallisi poikkeuksia esimerkiksi vuokralääkäritoiminnassa erikoissairaanhoidon osalta (virkalääkärin jälkikäteinen hyväksyntä mm. hoidon saatavuuden turvaamiseksi). Kuitenkin lain sallimat poikkeukset

vain lisäävät kustannuksia, sillä virkalääkärin jälkikäteishyväksyntä tarkoittaa käytännössä kaksinkertaista työtä.

Potilasdirektiivin implementoiminen: Asiantuntijakuulemisessa on arvioitu, että Suomi voi joutua korvausvastuuseen, mikäli potilasdirektiiviä ei implementoida. Miten arvioitte väitettä?

Suomen osalta Euroopan komissio on katsonut potilasdirektiivin kansallisen implementoinnin olevan virheellinen, minkä takia komissio on käynnistänyt Suomea koskevan rikkomusmenettelyn jo vuonna 2015. Rikkomusmenettely on ollut pysähdyksissä sote-uudistuksen vuoksi. Esitys ei kuitenkaan sisällä mainintoja direktiivin oikeasta implementoinnista. Esityksessä tulisi huomioida tarve muuttaa kansallista lainsäädäntöä vastaamaan potilasdirektiiviä komission edellyttämällä tavalla ja potilasdirektiivin korjaamisen vaikutukset terveyspalveluiden markkinoiden toimintaan Suomessa. On huomioitava, että komissio voi langettaa Suomen valtiolle taloudellisia seuraamuksia, jos direktiiviä ei toimenpanna jäsenvaltiossa asianmukaisesti.

Yleisesti esityksessä tulisi kiinnittää huomiota potilaiden vapaaseen liikkuvuuteen ja sen positiivisiin vaikutuksiin koskien palvelujärjestelmän laatua ja kustannustehokkuutta. Potilaat voivat Suomessa valita perusterveydenhuollostaan vastaavan terveysaseman sekä – yhdessä lähetteen kirjoittavan lääkärin kanssa – myös erikoissairaanhoidon hoitopaikan koko maan alueelta. Potilailla on lakiin perustuva oikeus hakeutua hoitoon mihin tahansa EU- tai ETA-valtioon tai Sveitsiin. Kansallisessa lainsäädännössä valinnanvapaus perustuu terveydenhuoltolakiin (1326/2010) ja rajat ylittävässä terveydenhuollossa vapaan liikkuvuuden periaatteelle pohjautuvaan potilasdirektiiviin sekä sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annettuihin EU-asetuksiin.

Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksessä 3/2015 koskien potilaan valinnanvapautta julkisessa terveydenhuollossa suurimpana heikkoutena pidettiin järjestelmälähtöisyyttä. Selvityksen mukaan säännöksiä ja palvelujärjestelmää tulisi edelleen kehittää, koska valinnanvapauden nykyinen rajoittunut ja järjestelmälähtöinen toteutustapa mitätöi monin paikoin esimerkiksi potilaan tosiasiallisen mahdollisuuden hoitopaikan valintaan (ks. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 3/2015. Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa. Osa 1: sääntelykehikko kansallisessa ja rajat ylittävässä terveydenhuollossa, s. 9–10).

Coxa ja Sydänsairaala ovat kuulemisessa tuoneet esiin huolen, että uudistuksen jälkeen heidän toimintansa ei olisi mahdollista eli esitys johtaisi sidosyksikkömuodossa harjoitetun toiminnan eli osayhtiömuodossa toteutetun omistajasairaanhoitopiirien yhteistoiminnan purkamiseen tai toiminnan epätarkoituksenmukaiseen osittaiseen palauttamiseen hyvinvointialueelle ja sitä myötä kustannusten kasvuun. Miten kommentoisitte tätä väitettä? Millä tavoin ko. toiminta olisi mahdollista myös uudistuksen jälkeen? Millä tavoin virkalääkärivaatimus vaikuttaisi hoidon saatavuuteen, tasoon ja kustannuksiin?

Sidosyksikkömuodossa harjoitettu toiminta ei olisi enää uudistuksen jälkeen mahdollista. Tämä johtuu seuraavista lainsäädäntöratkaisuista:

1) Julkisten toimijoiden (ts. julkisten hankintayksiköiden) hankintalain (laki julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista; 1397/2016) 15 §:ssä tarkoitettuja sidosyksiköitä kohdeltaisiin vakiintuneesta oikeuskäytännöstä poiketen yksityisinä palveluntuottajina, eikä niitä luettaisi osaksi hyvinvointialueen omaa palvelutuotantoa. Hyvinvointialueen omana palvelutuotantona pidettäisiin vain hyvinvointialueen palveluksessa olevan henkilöstön tuottamia palveluita, eikä sen kanssa samaan konserniin kuuluvan henkilöstön tuottamia palveluita.

2) Velvoite hyvinvointialueen riittävän oman palvelutuotannon järjestämiseen ja tähän liittyvät ulkoistuksen rajoitukset.

3) Julkisen vallan käsitteen laajentava tulkinta ja lakisääteinen velvoite käyttää virkalääkäriä erikoissairaanhoidossa.

    - Esitys laajentaa julkisen vallan käyttöä siten, että hyvinvointialueen hankkiessa yksityiseltä palveluntuottajalta palveluja, kaikkien yksityisen palveluntuottajan tuotettavaksi siirrettävien asiakkaille annettavien palveluiden kohdalla on täytyttävä julkisen hallintotehtävän siirtämiselle perustuslain 124 §:ssä asetetut edellytykset. Järjestämislakiluonnoksen 12 § 3 momentissa on nimenomaisesti määrätty, että tietyt erikoissairaanhoitoon liittyvät tehtävät on osoitettava virkasuhteisen lääkärin hoidettavaksi. Virkasuhdetta edellytetään mm. lähetekäsittelyssä, hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoitoratkaisuissa. Käytännössä erikoissairaanhoitoa ei voi ulkoistaa yksityiselle palveluntuottajalle, koska erikoisairaanhoito sairaalassa on julkisen vallan käyttöä.

4) Toiminnan alueellinen rajoittaminen. Hyvinvointialue voi järjestää ja tuottaa palveluita toisen hyvinvointialueen alueella vain, jos se toimii yhteistyössä tai -toiminnassa kyseisen hyvinvointialueen kanssa. Näin ollen Helsingin Sydänsairaalan toiminta ei olisi enää uudistuksen jälkeen mahdollista (s. 376).

Viitaten edellä esitettyihin kohtiin 1–3, Sydänsairaalan kaltainen osakeyhtiömuodossa toteutettu omistajasairaanhoitopiirien yhteistoiminta ei olisi uudistuksen jälkeen enää mahdollista ja yhtiö jouduttaisiin purkamaan. Tämä johtaisi omistajasairaanhoitopiirien (PSHP, KSSHP ja KHSHP) palvelujen mittakaavaetujen menettämiseen ja prosessitehokkuuden laskuun, heikentäen palveluja ja niiden vaikuttavuutta sekä nostaen väistämättä toiminnan kustannuksia. Esimerkiksi avosydänleikkauksen yksikköhinta olisi lähes kaksinkertainen nykyiseen verrattuna, mikäli Sydänsairaala palvelisi pelkästään Pirkanmaan aluetta.

Sydänsairaala katsoo, että toiminnan osittainen palauttaminen yhtiöstä hyvinvointialueelle ei johtaisi tarkoituksenmukaiseen lopputulokseen. Mikäli toimintaa jouduttaisiin palauttamaan sidosyksiköstä hyvinvointialueelle, siitä aiheutuva byrokratia ja toiminnalliset vaikutukset johtaisivat lopulta yhtiön purkamiseen. Toiminnan osittainen palauttaminen hyvinvointialueelle johtaisi väistämättä päällekkäiseen toimintaan kahdessa yksikössä (hoitopolkujen monimuotoistuminen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraation vaikeutuminen, jononhallinta, laadun hallinta, toiminnan arviointi,

kehittäminen ja johtaminen, investoinnit, tukitoiminnot ml. välinevarastointi, koulutukset ja osaamisen ylläpitäminen, henkilöstön joustavan käytön mahdollisuuksien menettäminen, mittakaavaedun menettäminen) ja nostaisi kustannuksia merkittävästi. Tällöin menetettäisiin sidosyksikköasemassa toimien saadut hyödyt ja potilashoidon sujuvuus heikentyisi.

Mikäli sidosyksikköasemassa toimiva Sydänsairaala purettaisiin, purkamisen välittömät vuotuiset lisäkustannukset olisivat arviolta noin 4–5 miljoonaa euroa yhtiömallin mahdollistamien joustavien toimintamallien menettämisen ja tehokkuuden laskun vuoksi. Tämä heijastuisi välittömästi palveluhintojen noin 5 % kasvuna julkisen palvelun järjestäjille. Pitkällä aikavälillä saavutetut hoidon mittakaavaedut menetettäessä olisivat vuotuiset kustannukset arviolta 5–10 miljoonaa euroa, joka palveluhinnoissa tarkoittaisi 5–10 % nykyistä korkeampaa hintatasoa julkisen palvelun järjestäjille.

Osaulkoistusmallissa, missä Sydänsairaala tuottaisi vain osan palveluista, kustannukset nousisivat päällekkäisyyksistä ja prosessitehottomuudessa johtuen todennäköisesti noin samassa suhteessa.

Virkalääkärivaatimuksen vaikutukset: Hallituksen esitys ei sisällä arviota siitä, millä tavoin virkalääkärivaatimus vaikuttaa hoidon saatavuuteen, tasoon ja kustannuksiin. Vaikutuksissa tulisi arvioida odotusaikana hoidon viivästymisestä koituvat kustannukset (virkalääkärihyväksynnän vaikutukset, mm. päällekkäinen työ, virkalääkäreiden saatavuus). Etenevissä sairauksissa odottaminen heikentää ennustetta, koska odotusaikana tauti voi vaikeutua ja akutisoitua. Viivästykset lisäävät odotusaikana syntyvän kiireellisen hoidon tarvetta, kuten päivystyskäyntejä, tutkimuksia ja toimenpiteitä sekä sairaalahoitoa. Lisäksi tutkimusten ja hoidon odottaminen aiheuttaa inhimillistä kärsimystä asiakkaille ja heidän läheisilleen sekä kasvattaa yhteiskunnan kustannuksia (työkyvyttömyys, kuntoutus, muu palvelutarve).

Esityksen perusteiden perusteella vaikuttaa siltä, että ensisijainen peruste virkalääkärivaatimukselle olisi palveluiden taloudellinen vaikuttavuus ja taloudelliset seikat, joiden osalta esitys kuitenkin jättää avoimeksi, millä tavoin virkalääkärivaatimus vaikuttaisi esimerkiksi kustannuksia alentavasti.

On arveluttavaa, missä määrin hallituksen esityksen viittauksilla erikoissairaanhoidon kustannuksiin voidaan perustella virkalääkärivaatimusta, koska virkalääkärin tai muun lääkärin tekemään hoidon tarpeen arviointia eivät ohjaa kustannustekijät. Muun muassa eduskunnan oikeusasiamies on useissa ratkaisuissaan todennut, ettei pelkästään se, että kunnalla ei ole varattuna määrärahoja riittävästi terveyden- ja sairaanhoitoon, ole riittävä peruste sille, ettei hoitoa järjestetä. Lisäksi on selvää, että kustannustekijöiden osalta hyvinvointialue voi ohjata käytäntöjä ja palveluita lainsäädännön turvaamilla muilla keinoilla, joiden huomioon ottaminen ei edellytä virka-asemaa. Ratkaisu sivuuttaa sen lähtökohdan, että hoidon tarpeen arviointi perustuu aina sekä ohjeisiin ja koeteltuihin käytäntöihin, sekä esimerkiksi asiakkaan yksiköllisen hoidon tarpeen ja elämäntilanteen huomioon ottamiseen. Päätöksenteko tapahtuu yhtäläisin perustein sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa.

On myös huomioitava, että asiakas ei voi suoraan hakeutua kiireettömään erikoissairaanhoitoon, vaan hänen on aina ensin saatava lähete perusterveydenhuollosta. Näin ollen perusterveydenhuollon piirissä

tehtävä hoidontarpeen arviointi ja siihen liittyvä mahdollisen lähetteen kirjoittaminen tosiasiallisesti ratkaisee, miten ihmiset saavat perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitetut palvelut ja tapahtuuko tämä yhdenvertaisin perustein.

Virkalääkärivaatimuksen osalta jo pelkästään Sydänsairaalan kohdalla sydänpotilaiden yli 100 000 kliinisen palvelutapahtuman hallinnollinen virkalääkärikäsittely (lähetekäsittely, hoidon tarpeen arviointi ja hoitoratkaisut) lisäisi pelkästään välittömiä kustannuksia arviolta 0,5 miljoonaa euroa vuosittain. Tämä sitoisi samalla arviolta viiden lääkärin työpanoksen hallinnolliseen virkalääkärikäsittelyyn. Hallinnollinen työ olisi pois potilaiden hoidosta tilanteessa, jossa lääkärityövoiman saatavuus on jo nyt huono. Erikoislääkäreiden riittävyyteen liittyvä ongelma on erityisen merkittävä ikääntymisen myötä yleistyvissä sairauksissa, kuten sydän- ja verisuonisairauksissa. Esityksen virkalääkärivaatimuksella syntyy yhteiskunnalle merkittäviä lisäkustannuksia byrokratiasta, joka ei tuo lisäarvoa eikä edistä uudistuksen tavoitteiden toteutumista (ks. kuva 1).



Kuva 1: Lakiesityksen mukainen hoitoketju.

Sydänsairaala katsoo, että esitykseen sisältyvä erikoissairaanhoidon virkalääkärivaatimus on perusteeton, mekanismina lisäarvoa tuottamaton ja hoitokustannuksia lisäävä. Virkalääkärivaatimus lisää myös alueellista epätasa-arvoa ja hoidon viivästymisestä johtuvia kustannuksia.

On myös huomioitava, että erikoissairaanhoitoa koskeva virkalääkärivaatimus poikkeaa merkittävällä tavalla nykykäytännön mukaisista julkisen hallintotehtävän hoitamiseen ja julkisen vallan käyttöön liittyvistä lähtökohdista (KHO:212:63). Esitys laajentaa julkisen vallan käyttöä tavanomaiseen palvelutuotantoon, jolloin kaikista lääkärin ratkaisuista syntyisi valituskelpoisia hallintopäätöksiä (KHO, H316/20). Linjauksen kustannusvaikutukset voivat olla merkittävät. Lääkärityön juridisoituminen voisi johtaa ylivarovaisuuteen ja tavoitteiden vastaisesti kaikkien lähetteiden hyväksymiseen, turhiin

tutkimuksiin ja ylidiagnosointiin tuomioistuinkäsittelyjen välttämiseksi. Lisäksi hoidon juridisoituminen voisi heikentää julkisen sektorin houkuttelevuutta terveydenhuollon ammattilaisten työpaikkana. Virkatehtävät, joissa tulisi jälkikäteen hyväksyä työsuhteisen lääkärin tekemiä päätöksiä tai jopa tehdä hoitoratkaisuja näkemättä potilasta, eivät välttämättä houkuttele lääkäreitä.

Lisäksi samainen esityksen kohta vaikuttaa myös lääkäreiden asemaan siinä, miten yksityisen ja julkisen terveydenhuollon palveluksessa olevien lääkäreiden tekemiä laiminlyöntejä ja virheitä arvioidaan. Samaa tekoa arvioidaan eri rangaistusasteikolla ja näin ollen linjausta ei voitaisi pitää yhdenvertaisena myöskään yksittäisen lääkärin kannalta.

Jotta Sydänsairaalan ja Coxan toiminta olisi jatkossakin mahdollista, tulee järjestämislakia muuttaa seuraavasti:

- sidosyksikkömuodossa harjoitettu toiminta tulee mahdollistaa vakiintuneen oikeuskäytännön mukaisesti osana hyvinvointialueen toimintaa myös erikoissairaanhoidossa niin, että toiminta luetaan hyvinvointialueen omaksi tuotannoksi;
- ulkoistamisrajoituksia ei tule soveltaa hyvinvointialueen sidosyksikköön; ja
- potilaiden sujuvan ja kustannustehokkaan hoidon varmistamiseksi esityksessä olevasta virkalääkärin päätöksentekoa koskevasta vaatimuksesta tulee luopua sellaisissa erikoissairaanhoidon toimissa, joita ei nykyisinkään pidetä julkisen vallan käyttönä, vaan tavanomaisena palvelutuotantona.

Kuulemisessa on arvioitu, että esityksessä ei käytännössä lainkaan oteta kantaa siihen, miten teknologisen kehityksen avulla voidaan parantaa palveluita ja keventää kustannusrakennetta samanaikaisesti. Kuinka valmistelussa on pyritty miettimään digitalisaation ja teknologian tuomia mahdollisuuksia sote-palveluiden järjestämisessä ja miten mallin hallinnollisin ja kustannusratkaisuin pyrittäisiin varmistamaan uusien teknologioiden hyödyntäminen?

Esitys ei ota kantaa digitalisaation tuomiin mahdollisuuksiin eikä kannusta niiden kehittämiseen. Sen sijaan esityksessä pyritään rajaamaan nykyaikaisten palveluiden kehittämistä ja tarjoamista. Esityksen perustelut (s. 669) sisältävät kiellon tarjota etävastaanottoja ja sähköisiä palveluita tietylle potilasryhmälle. Rajoitus on syrjivä, rikkoo potilaiden oikeuksia, vaikeuttaa hoitoon pääsyä ja estää palveluiden kehittämistä. Kielto ei edistä esityksen tavoitteiden saavuttamista. Kielto on ristiriidassa Suomen valtion digitalisaatiotavoitteiden kanssa ja se on myös EU-lainsäädännön vastainen. Kielto tulee poistaa.

Terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen sekä palveluiden yhdenvertainen saatavuus edellyttävät digitaalisten ja muiden etäpalveluiden kehittämistä sekä tiedolla johtamista ottaen huomioon harvaan asuttu maamme ja merkittävät nykyiset alueelliset erot. Uudistuksessa tulisi kiinnittää huomioita etäpalveluiden lisäämiseen osana palveluratkaisuja, koska ne ovat usein paitsi välittömiltä, myös välillisiltä kustannuksiltaan (potilaiden korvattavat matkakustannukset, ajankäyttö) sairaalassa ja terveysasemalla annettavia palveluja kustannustehokkaampia. Esitykseen sisältyvät kategoriset

15.4.2021

rajoitukset koskien hyvinvointialueiden toiminnan rajoittamista yksinomaan niiden alueille, ml. sähköiset palvelut, eivät tue erikoissairaanhoidon yhdenvertaista saatavuutta koko maan alueella eivätkä edistä asiakkaiden tosiasiallista mahdollisuutta vaikuttaa hoitopaikan valintaan, vaan päinvastoin karsivat palveluiden tasavertaisemman saatavuuden kannalta keskeisen toimintamallin hyödyntämistä. STM:ssä on linjattu, että ihminen on tärkein myös digitalisaatioon liittyvässä kehittämisessä (ks. https://stm.fi/digitalisaatio). STM:n linjauksen mukaisesti digitalisaation avulla tulisi muodostaa parempaa tietoa, jotta ihmiset voivat tehdä parempia valintoja ja saada parempia palveluja.

Tampereella 15.4.2021

Heikki Tyvi
hallituksen puheenjohtaja

Pasi Lehto
toimitusjohtaja