

25.7.2024

STM

kirjaamo.stm@gov.fi

Lausunto luonnoksesta hallituksen esitykseksi eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta (perusterveydenhuollon hoitotakuu) VN/12310/2024

Lääkäriliitto vastustaa luonnoksessa esitettyjä kiireettömän perusterveydenhuollon hoitotakuun heikennyksiä, joiden mukaan 14 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta luovutettiin 23 vuotta täyttäneiden osalta, ja hoitoon pääsyn enimmäisajaksi palautettiin aiempi kolme kuukautta. Suun terveydenhuollossa toteutettiin vastaavalla tavalla merkittävä heikennys hoitoon pääsyyn. Ehdotusten olisi tarkoitus tulla voimaan vuoden 2025 alusta.

Ehdotusten taustana esitetään hallitusohjelman mukaiset julkisen talouden rahoitusaseman kohenemisen tavoitteet, joita tällä esityksellä tuettaisiin vähentämällä vähintään 95 miljoonaa euroa hyvinvointialueiden rahoituksesta.

Taloudellisten tavoitteiden lisäksi esityksessä mainitaan henkilöstön riittävyyden turvaaminen, järjestäjien joustavammat mahdollisuudet suunnitella toimintojaan ja hallitusohjelman kirjaus tarpeettoman yksityiskohtaisen säätelyn purkaminen.

Lääkäriliitto tukee hallituksen tavoitetta julkisen talouden tasapainottamiseksi. Keinojen, joiden vaikutukset kohdistuvat väestön perusoikeuksiin, kuten terveyden- ja sairaanhoitoon, tulee kuitenkin olla asiantuntemuksella ja huolellisuudella valmisteltuja, jotta niiden odotetut vaikutukset olisi mahdollista saavuttaa ja niistä aiheutuisi mahdollisimman vähän haittaa väestön hyvinvoinnille.

Esityksen vaikutukset tavoitteiden vastaisia

Nyt esitettyjen ehdotusten vaikutukset ovat suurella todennäköisyydellä koko **hyvinvointialueuudistuksen tavoitteiden vastaisia**. Hoitoon pääsyn heikennys esitetyllä tavalla lisää vääjäämättä väestöryhmien välisiä eroja palvelujen saatavuudessa ja sitä kautta ihmisten terveydessä. Alueelliset erot lisääntyvät vastaavasti. Vahvistamisen tarpeessa viimeisen kahden vuosikymmenen ajan ollutta perusterveydenhuoltoa

heikennetään ratkaisulla entisestään. Henkilökunnalle annettaisiin ratkaisulla viesti siitä, ettei perusterveydenhuollon toimivuudella ole merkitystä. Myös työolosuhteissa tapahtuisi oleellista heikentymistä. Näin henkilöstön saatavuus vaikeutuisi. Ihmisten hoidon tarve ei taloudellisella ohjauksella häviä ja paine erikoissairaanhoidon hakeutumiseen yksityisvastaanottojen kautta kasvaisi tavalla, joka näkyisi kustannusten nousuna.

Vaikutusten perustelut eivät ole uskottavia

Koska esityksen pääasiallinen tavoite on kansantaloudellinen, tulisi sen talousvaikutukset olla huolellisesti ja uskottavasti arvioitu. Perustelujen mukaan taloudellisten vaikutusten arvioinnissa ei kuitenkaan ole ollut mahdollista huomioida edes hyvinvointialueiden palveluluokkakohtaisia tilinpäätöstietoja. Siitä huolimatta tiettyihin palveluluokkiin on osoitettu 95 M€ säästötavoite ja rahoituksen vähennys. Tosiasiallisesti **taloudellisten tavoitteiden toteuttamisen mahdollisuudet näillä ratkaisulla ovat erittäin heikot.**

Perusteluina taloudellisten tavoitteiden saavuttamiselle esityksessä avataan eräitä potentiaalisia vaikutuksia. Pysyväluonteisen ja puskuriluonteisen kapasiteetin tarpeen perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa arvioidaan vähenevän. Tarpeen lisätöihin ja palveluostoihin arvioidaan vähenevän. Ehdotuksen esitetään parantavan tuotantokapasiteetin käyttöastetta kun lyhyempien hoitopääsaikojen varmistamiseksi ei tarvitsi pitää vapaana vastaanottoaikoja, jotka mahdollisesti jäisivät käyttämättä. Asiakkaiden arvioidaan saattavan hakeutua aiempaa vähemmän julkiseen perusterveydenhuoltoon saatavuuden heikentymisen vuoksi ja yksityisvastaanottojen käytön arvioidaan vastaavasti lisääntyvän. Varautumisentarve satunnaisiin ja kausiluonteisiin palvelutarpeiden vaihteluihin arvioidaan vähenevän. Ostopalvelujen ja vuokratyövoiman käytön arvioidaan vähenevän. Toisaalta sairauksien pahenemisen odotusaikana arvioidaan voivan tuoda kustannusten kasvua, samoin päivystyspalvelujen käytön lisääntymisen ja erikoissairaanhoidon tarpeen kasvun.

Perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa ylivoimaisesti suurin menoerä on henkilöstökustannukset, joita esitetyillä perusteluilla ei säästötavoitteita vastaavasti kyetä vähentämään. Yllä esitetyt tekijät eivät vähennä väestön hoitotarvetta eivätkä hoidon toteuttamiseen käytettävän henkilöstön tarvetta. Päin vastoin, hoidon tarvearvion yhteydessä kuluu merkittävästi ylimääräistä aikaa, kun hoitoon pääsyä ei ole mahdollisuus toteuttaa ilman ylimääräisiä viiveitä. Odotuksen aikana joudutaan myös usein käsittelemään potilaan kiireellisyysarviota toistuvasti ja usein viiveiden takia hoitoon joudutaan hakeutumaan päivystysten kautta. Lisäksi lääkärin vastaanotoilla pitkien odotusaikojen jälkeen asioiden käsittely on vaikeampaa ja hitaampaa vaivojen ja sairauksien edettyä.

Perustelujen mukaan palvelujen kysyntä saattaa siis vähetä saatavuuden heikentymisen vuoksi ja yksityisvastaanottojen käyttö saattaa lisääntyä. Yksityisten palvelujen käytön tukemiseksi hallitus on eri ratkaisulla lisännyt Kelan sairaanhoitokulujen korvauksiin jokseenkin tässä esityksessä hyvinvointialueiden rahoituksesta vähennettävän summan vuositasolla. Alkuvuoden kokemusten mukaan toteutettu kelakorvausten nosto on vaikuttanut uusien potilaiden hakeutumiseen yksityisten palvelujen piiriin hyvin vähän. Terveyskeskusten avosairaanhoidosta valtaosa ei ole yksittäisin käynnein

ratkaistavissa ja yksityisen sairaanhoidon kustannukset kasvavat potilaalle näin muodo-
doin niiden käyttöä rajoittavaksi tekijäksi. **Kelakorvauksiin lisättävän kustannuserän
suuruuden summan säästäminen romuttamalla julkisen perusterveydenhuollon hoi-
totakuu, on ilman vastuiden siirtoa vain rahoituksen uudelleen allokointia julkisista
palveluista yritystoimintaan. Väestön tarpeiden kannalta ratkaisu on huomattavan
epätarkoituksenmukainen.**

Esityksen ajankohta on huonosti harkittu

Esitys on ajankohdallisesti mahdollisimman huonosti harkittu. Esitöiden mukaan **EU:n
elpymisvälineen rahoituksesta jäänee saamatta 178 M€ avustusta**, joka saataisiin,
mikäli vuoden 2025 mennessä 80 % kattavuudella hoitoon pääsy perusterveydenhuol-
lossa olisi 7 vuorokautta. Valtio on tavoitteeseen pääsemiseksi jakanut hyvinvointialu-
eille 169 M€ avustuksia ja hoitoon pääsy on jo kohtuullisen hyvin 14 vuorokaudessa
koko maassa. Muutos vuoden 2025 mennessä olisi täysin mahdollinen toteuttaa ja tuo
EU avustus, joka vastaisi tällä esityksellä saatavaa noin kahden vuoden laskennallista
säästöä olisi valtion talouden kannalta kannattavampi. Mikäli sitten, kun hoitoon pääsy
olisi 7 vuorokauden tasolla, katsottaisiin poliittisesti perustelluksi romuttaa hoitoon
pääsy perusterveydenhuollossa, olisi se tuossa vaiheessa tehtävissä ilman nyt nähtä-
vissä olevia taloudellisia menetyksiä.

Hyvinvointialueiden ohjausta tulee selkiyttää

Nyt kun hyvinvointialueiden ohjaus hallinnon, toiminnan ja talouden osalta on entistä
vahvemmin VM:n vastuulla, on tärkeää avata tarkemmin talouden ja toiminnan välisiä
yhteyksiä. Hyvinvointialueet saavat rahoituksensa yleiskatteellisenä. Onko kuitenkin
säästöt esitetyllä tavalla kohdennettavissa tiettyyn toiminnan osaan ja mitä seurauksia
on sillä, jos hyvinvointialueet eivät kykene osoittamaan määrättyjen säästöjen kohden-
tuvan rahoittajan määräämään kohteeseen? Lisäksi esityksellä perusterveydenhuollon
hoitotakuun romuttamisesta ja kannustamalla esityksen perustelujen mukaisesti sa-
malla hyvinvointialueita tavoittelemaan EU:n elpymisvälineen rahoituksen edellytyk-
senä olevaa 7 vuorokauden hoitoon pääsyä, **valtiovalta ohjaa** absurdilla tavalla **ristirii-
taisin viestein hyvinvointialueita**.

Valvonnan tarve lisääntyy, ei vähene

Esityksessä vähennetään myös valvojan voimavaroja hoitotakuun purkamisen perus-
teella. Tosiasiassa valvonnan tehtävä vaikeutuu oleellisesti, koska 14 tai 7 päivän hoito-
takuun valvonta on helppoa toteuttaa tietojärjestelmiin pohjautuvasti, koska se pää-
sääntöisesti toteuttaa kohtuullisuuden edellytyksen. **Kolmen kuukauden odotusaika
hoitoon perusterveydenhuollossa ei ole kenenkään kohdalla kohtuullista** ja valvoja
joutuu näin punnitsemaan yksilökohtaisesti lainmukaisen hoitoon pääsyn toteutumista
suhteessa kunkin potilaan hoidon tarpeeseen. Yksilötason valvonta vie luonnollisesti
henkilöresurssia merkittävästi enemmän kuin tekninen valvonta ja edellyttää siis lisää
resurssia, ei vähemmän.

Lääkäriliiton ehdotus

Vuodesta 2005 voimassa ollut hoitotakuu on käytännössä edistänyt vain hoidon tar-
vearvion saatavuutta. Kolmen kuukauden raja hoitoon pääsystä ei ole koskaan

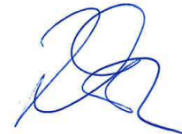
ohjannut terveyskeskusten toimintaa, koska potilaiden hoidon tarve ei ole mahdollistunut sellaista viivettä. Tarvearviolla on pyritty karsimaan perusterveydenhuollon perustehtävästä, lääkäreiden sairausvastaanotoista, mahdollisimman kattavasti potilaat, jotka voidaan jollain muulla keinolla hoitaa. Tämä on muuttanut terveyskeskuslääkäreiden päivät työläämmiksi monisairaiden potilaiden hoidon ja lausuntojen sekä hoitajien konsultaatioiden toteuttamiseksi. Tehtäväkuva ei ole riittävän motivoiva erityisesti monille uraa valitseville nuorille lääkäreille.

Lääkäriliitto ehdottaa, että hoitotakuun romuttamisen sijaan toiminnan tehostamiseksi otetaan omalääkärimalli käyttöön kaikilla hyvinvointialueilla. Sekä kansallinen, että kansainvälinen tieteellinen näyttö osoittaa toimintamallin olevan väestön terveyden ja sairauksien hoidon kannalta vaikuttavin ja taloudellisesti edullisin tapa tuottaa perusterveydenhuoltoa. **Lääkäreiden vastaanotoille pääsyn parantuessa, merkittävästi vähemmän lisäarvoa tuottavasta erillisestä hoidon tarvearviotoiminnosta voidaan säästää henkilöstökustannuksia.** Myös päivystystoiminta kevenee ja erikoissairaanhoidon paine helpottuu mahdollistaen harkitusti kohdennettuja säästöjä erikoissairaanhoidon.

Mikäli väestön perusterveydenhuollon tarpeita halutaan kelakorvauksilla tukea, tulee korvausjärjestelmään liittyvät toimijoiden vastuut määritellä hoidon jatkuvuuden turvaavalla tavalla hyvinvointialueiden toimintaa vastaavaksi. **Kelakorvauksilla rahoitettava ammatinharjoittajuuteen pohjaava omalääkäriratkaisu voi hyvin olla osa julkista perusterveydenhuollon järjestelmää.**



Niina Koivuviita
puheenjohtaja
Suomen Lääkäriliitto



Jukka Mattila
johtaja
Suomen Lääkäriliitto