

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

**Yleislääketieteen professoreina, tutkijoina ja yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon asiantuntijoina emme kannata hallituksen esittämää kiireettömän hoitoon pääsyn enimmäisaikojen pidentämistä nykyisestä 14 vuorokaudesta 3 kuukauteen ja siihen liitettyä 132 miljoonan euron säästötoimenpidettä, joka niin hyvinvointialueiden päättäessä, kohdistuisi ennestäänkin 2000-luvun aikana systemaattisesti aliresursoituun perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaan.**

Yleislääkärin vastaanottoresurssi joudutaan nykytilanteessakin valtaosaltaan allokoimaan päivystykselliseen vastaanottotoimintaan, osastotoimintaan ja neuvola- ja kouluterveydenhuollon lakisääteiseen määräaikaistarkastusten hoitamiseen. Kaikki lisäys ja vähennys terveysasemien yleislääkäriresurssissa kohdistuu suoraan kiireettömään yleislääkärin vastaanottotoimintaan, joka on perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan ydintoiminto.

Aiemmassa hallituksen esityksessä vuodelta 2022 (HE 74/2022) kiireettömän hoitoon pääsyn enimmäisaikojen lyhentämisessä 3 kuukaudesta 14 vuorokauteen ja edelleen 7 vuorokauteen laskettiin tarvittavan lääkäri työvoiman vajeen (325 lääkäri työvuotta) lisäksi 226 ja 672 lääkäri työvuotta terveyskeskusten vastaanottotoimintaan. Hyvinvointialueille annettiin valtionbudjetin mukaan vuonna 2023 yhteensä 71 miljoonaa euroa em. 14 vuorokauden tavoitteen saavuttamiseksi. Esitämmekin seuraavat kysymykset hallitukselle ja Sosiaali- ja terveysministeriölle: kohdistivatko itsehallinnolliset hyvinvointialueet em. rahoituksen lääkäri vakanssien lisäämiseen perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaan ja kuinka monta lääkärintehtävää hyvinvointialueet lisäsivät perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaan? Vähennetäänkö nyt resursseja sieltä, minne ei aiemmin edes taloudellisen ja normiohjauksen päinvastaisella tavoitteella onnistuttu lisäämään? Nämä ovat oleellisia tietoja, kun hallitus tavoittelee 132 miljoonan euron säästöä perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnasta, käytännössä siis henkilö työvuosien vähentämistä. Lisäksi hyvinvointialueille on jaettu RRP-rahoitusta hoitotakuuseen pääsemistä edistävään kehittämistoimintaan yhteensä noin 170 miljoonaa euroa. Vastaava rahoitus EU:lta jäänee saamatta jos 14 vuorokauden hoitotakuussa ei pysytä.

Nyt hallituksen esityksellä (VN/12310/2024) tavoitellaan 132 miljoonan euron säästöä perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnasta. Säästön kohdistuminen kaikkiin yleisessä ja suun terveydenhuollon vastaanottotyössä toimiviin ammattiryhmiin tarkoittaisi yleislääkäri työvoiman osalta noin 63 miljoonan euron eli 571 yleislääkäri työvuoden vähentämistä. Yleislääkäri työvoiman vähentämisellä tulisi olemaan merkittäviä vaikutuksia potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden edellytyksiin, sillä suomalaisessa perusterveydenhuollossa potilas-lääkärisuhteet muodostetaan ensisijaisesti avosairaanhoidossa ajanvarausvastaanotoilla. Kansallisten tilastojen mukaan avosairaanhoidon vuosittaiset lääkäri käynnit ovat jo nyt pudonneet vuosien 2011–2022 välisenä aikana 1421 käynnistä 957 käyntiin per tuhat asukasta<sup>1</sup>. Vielä julkaisemattoman tieteellisen tutkimuksemme<sup>2</sup> laskentamallin perusteella tavoitellut säästöt tarkoittaisivat edelleen 36 % vähentymistä lääkärin ajanvarausvastaanottoaikojen nykytilanteen tarjonnassa. Toisin kuin hallituksen esityksessä väitetään, esitetty toimenpide tulee toteutuessaan heikentämään hoidon jatkuvuutta ja tekemään osittain mahdottomaksi siihen tähtäävien muutosten toteuttamisen.

Muutos on dramaattinen ja aiheuttaa 1) paineen lisääntymistä erikoissairaanhoidon, 2) kroonisten sairauksien hoitotasapainon heikentymistä ja uusien sairauksien liian myöhäistä diagnosoimista, joiden kerrannaisvaikutukset lisäävät sairastavuutta ja kasvattavat terveydenhuollon kokonaiskustannuksia, 3) yleislääkäreiden työn mielekkyyden ja työssäjaksamisen heikentymistä, joka heikentää entisestään työvoiman saatavuutta julkiseen perusterveydenhuoltoon.

Samaan aikaan hallitus allokoii noin saman verran rahaa yksityislääkärikäyntien Kela-korvauksiin perusterveydenhuollon jonojen purkamiseksi. Yhdessä nämä päätökset lisäävät Suomen perustason vastaanottopalveluiden epäyhtenäisyyttä, jota jo aiemmin sekä WHO että OECD ovat raporteissaan kritisoineet. Hallituksen esityksen (VN/12310/2024) alussa sivulla 6. viitataan Perustuslain 19 §:n 3 momenttiin, jonka mukaan *"julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ja edistettävä väestön terveyttä."* Edelleen *"Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella."* Nämä ovat voimakkaasti ristiriidassa hallituksen toimiin, joilla pyritään näivettämään entisestään julkista perusterveydenhuoltoa, jonka varassa ovat eläkeläiset, vähävaraisimmat ja sairaimmat kansalaiset, ja kasvattamaan yksityislääkärikäyntien Kela-korvauksia, joita käyttävät varakkaimmat. Lisäksi hallituksen esityksessä yli 23-vuotiaat asetetaan iän perusteella eriarvoiseen asemaan.

Jos hallitus haluaisi voisi se hyvin rakentaa Suomeen eurooppalaisen ammatinharjoittaja- / yrittäjäpohjalla toimivan ja yhdenvertaisen omalääkärijärjestelmän. Tämä on todettu toimivaksi ja kustannustehokkaaksi muissa Euroopan maissa ja on vahvan tieteellisen näytön mukainen. Lääkäri työvoimaa Suomessa on tähän muutokseen riittävästi terveydenhuollon perustason eri sektoreilla. Norjassa vastaava muutos tehtiin vuonna 2001. Suomen ja Ruotsin terveyskeskusmallit eivät ole 2000-luvulla jatkuneen systemaattisen aliresursoinnin vuoksi menestyneet ja saavuttaneet riittävästi ja yhdenvertaista lain ja tieteellisen näytön mukaista perustason vastaanottotoiminnan tasoa.

Vielä julkaisemattoman tutkimuksemme laskentamallin mukaan aiemmin arvioidun hallittavissa olevan 1200 lääkäri työvuosikohtaisen väestön tason saavuttaminen tarkoittaisi perustason vastaanottotoiminnan yleislääkärien työvuosien nostoa noin 5200:aan. Tämä noin 1400 lääkärihenkilö työvuoden lisäys kasvattaisi nykyisessä terveysasemien toimintamallissa lääkärin vastaanottoaikojen määrää noin 93 %. Esimerkiksi noin 10 000 asukkaan keskimääräisessä terveyskeskuksessa tämä tarkoittaisi lääkärihenkilö työvuosien nostamista 6,7:stä 9,3:een, mikä nostaisi vastaanottoaikojen vuosittaisen tarjonnan noin 4600:sta noin 8900:aan.

Kansallisella tasolla 1400 lääkärihenkilö työvuoden lisäys tarkoittaisi yhteensä noin 158 miljoonan euron vuosikustannusta, mikä on samaa suuruusluokkaa kuin hallituksen vuosittainen lisärahoitus yksityislääkärikäyntien Kela-korvauksiin, jolla hallitus tavoittelee mm. perusterveydenhuollon jonojen lyhenemistä. Mainittakoon että terveyskeskusten avosairaanhoidon lääkärikustannukset olivat vuonna 2019 kokonaisuudessaan vain noin 700 miljoonaa euroa, mikä ei ole kovin suuri osuus yli 24 miljardin euron terveydenhuollon kokonaiskustannuksista ottaen huomioon, että kyse on terveydenhuollon perustan ydintoiminnasta ja jokaiselle kansalaiselle tärkeästä toiminnasta.

Yhteenvetona voimme todeta, että jos hallituksen kaavailemat muutokset toteutuvat nyt hallituksen esittämällä tavalla, voidaan sitä pitää tuottamuksellisenä perusterveydenhuollon näivettämisenä, mitä ei voida tieteellisen tutkimusnäytön perusteella pitää isänmaan etuna. Hallituksen esityksen mukaiset muutokset hoitoon pääsyn määrärajoissa ja siihen liitetty 132 miljoonan euron säästö

perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnasta tulee aiheuttamaan valtiolle moninkertaiset kustannukset, kun otetaan huomioon EU:lta palautumaton RRP rahoitus ja hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden heikentyminen ja niiden tieteellisen näytön mukaisten kerrannaisvaikutusten kustannukset. Lisäksi muutos tulee lisäämään epäyhdenvertaisuutta ja heikentämään terveydenhuollon laatua. Suosittelemmekin lämpimästi edellä mainituista syistä johtuen hallitusta perumaan perusterveydenhuollon kiireettömän hoitoon pääsyn enimmäisaikojen pidentämisen nykyisestä 14 vuorokaudesta 3 kuukauteen ja siihen liitettävät 132 miljoonan euron säästötoimet.

Voimme tarvittaessa kertoa vielä julkaisemattoman tutkimuksemme laskentamallista ja sen tuloksista tarkemmin teidän niin halutessanne.

Juha Auvinen, yleislääketieteen professori, yleislääketieteen erikoislääkäri, Oulun yliopisto (juha.auvinen@oulu.fi)

Markku Timonen, yleislääketieteen professori, yleislääketieteen ja psykiatrian erikoislääkäri, Oulun yliopisto (markku.timonen@oulu.fi)

Waltteri Tuompo, yleislääketieteen erikoistuva lääkäri, tohtorikouluttava, Oulun yliopisto (ville.tuompo@student.oulu.fi)

## **Viitteet**

1. Sotkanet, Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynnit yhteensä / 1 000 asukasta Info 4123,  
URL:<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szY0KAIA&region=s07MBAA=&year=sy5zta7U0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimestamp=202309010633>
2. Tuompo W, Ruotsalainen K, Timonen M, Auvinen J. Mihin lääkärin vastaanottoaikojen tarjontaan terveyskeskukset pystyvät? Laskentamalli nykytilasta ja vaihtoehtoskenaarioista. Julkaisematon käsikirjoitus, 2024.