

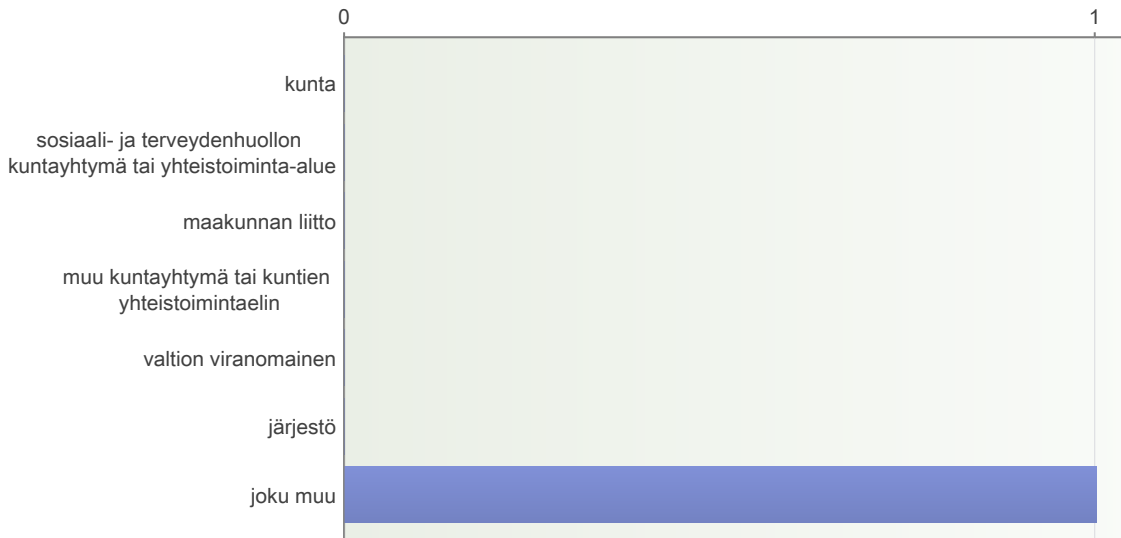
1. TAUSTATIEDOT

Vastaajien määrä: 1

Vastaajatahon virallinen nimi	Vastauksen kirjanneen henkilön nimi	Vastauksen vastuuhenkilön yhteystiedot	Lausuntopyyntöä käsittelevä päivämäärä toimielimessä	Toimielimen nimi
Lääkäri, omana itsenään	Kristiina Patja	kristiina.patja@kolumbus.fi		

2. Onko vastaaja

Vastaajien määrä: 1



Avoimet vastaukset: joku muu

- yksittäinen lääkäri

3. 1. Voidaanko esityksellä kaventaa väestön terveys- ja hyvinvointieroja sekä parantaa palvelujen yhdenvertaistasaatavuutta? Jos ei, niin miten ehdotusta tulisi siltä osin muuttaa?

Vastaajien määrä: 1

- Suomessa väestön terveys eroja on monitasoisia: alueellisia, tuloihin ja koulutukseen liittyviä, sairastavuuden kuormaan liittyviä ja henkilökohtaisiin ominaisuuksiin liittyviä.

Sosioekonomisia terveyseroja olisi voitu kaventaakin alkuperäisellä ehdotuksella, jossa palvelujen integroiminen oli tavoitteena. Näin olisi voitu jatkaa palvelujen tuotannon segmentointia ja kohdentaa palvelujen intensiteettiä väestötasolla eikä yksilötasolla. Terveystyötyt syntyvät kuitenkin laajemmista kokonaisuusksissa kuin lääkärin vastaanottohuoneeseen pääsyn lisäämisellä.

Terveyden taustalla olevat tekijät ovat monimutkaisia ja lähtökohtaisesti liittyvät yksilön ominaisuuksiin (ikä, vammaisuus, sairaus), ympäristöön (perhe, muut verkostot), sosiaaliseen pääomaan, koulutukseen, jotka vaikuttavat henkilön kykyyn määrittellä omia terveyden tai toimintakykyyn liittyviä tarpeita tai niihin liittyviä palvelutarpeita sekä kykyyn hyötyä palveluista nyky muodossaan. Tällä hetkellä toimintamalli on järjestelmälähtöinen ja tukee eniten niitä, joilla on oma aktiivinen toimijuus tai edustaja palvelujärjestelmässä.

Alkuperäinen tavoite lisätä erityistason ja perustason toimijoiden yhteistyötä asiakkaan, kansalainen näkökulmasta olisi tukenut tätä tavoitetta, mutta palvelurakenteen hajottaminen tulee tekemään päivästäin vaikutuksen ja lisäämään sosioekonomisia terveyseroja. Tämän näen käytännössä työssä joka päivä, joten se ei perustu kokonaan tutkimukseen, jota THL on kyllä ansiokkaasti tehnyt jos pitkään. Mikään neutraali asiantuntijataho ei ole suosittanut lähipalvelujen hajotamista vaan varoittanut juuri nykyisen hajanaisuudenkin olevan kustannusten nousun ja osittaisen päällekkäisyyden (=tehottomuus) taustalla. Osalla väestöä on kolmikertainen terveydenhuolto nopeasti ulottuvillaan (julkinen, työterveyshuolto ja yksityinen) ja osalla ei käytännössä yhtään kuin pitkään jonottamalla.

Terveys ei ole kulutustuote eikä perinteinen palvelu, sillä asiakkaan terveys on palvelun kohde ja riskit valitsijalle siis konkreettiset ja pahimmillaan katastrofaaliset. Maissa, jossa valinnanvapaus on viety pitkälle, on syntynyt uusia ammattiryhmiä, joiden tehtävä on ohjata potilas läpi palvelujärjestelmästä tai sinne on luotu portinvartijajärjestelmä, jonka tehtävänä on toimia eturistiriisattoaman toimijana. Jotta sairaimpien ja toiminkyvyttöimpien sekä monisairaiden hoito siis toteutuisi, maakunnan tulee investoida kokonaan uudelleen ammattiryhmään (kallista) tai sitoa esim. lähipalveluja tuottavat lääkärit portinvartijoiksi (eivät voi olla silloin yritysten listoilla?).

Toinen iso eriarvoisuus liittyy alueelliseen eriarvoisuuteen. Suomessa on alueellisesti onnistuttu tuottamaan palveluja uudella tavalla alueellisesti EKSOTEssa, jossa alueellisesti on voitu lisätä palveluja. Se on edellyttänyt juuri integraatiota, ammattiryhmien raja-aitojen rikkomista ja uusia työskentelymalleja läpi sosiaali- ja terveydenhuollon. Ehdotetulla ratkaisulla tämä ei mitenkään edisty vaan riskinä on, että jo saavutetut alueelliset hyödyt häviävät ja näin lisäävät alueellista eriarvoisuutta.

Käytännössä hallituksen esitys on sisäisesti voimakkaan ristiriitainen: halutaan integroida ja samalla hajottaa. Vastakkaisiin suuntiin ei voi samaan aikaan sama kappale tai asia liikkua, ei fysiikassa, ei palvelutotannossa eikä edes taloudessa. Hallituksen ensisijainen tavoite on elinkeinopoliittinen ja terveyspolitiikka on sivussa. Se on vastaava kuin lääkärit olisivat laatimassa finanssivalvonnan lakipakettia ja pyrkisivät tuottamaan sillä mahdollisimman paljon ympäristönsuojelulle hyötyjä. SOTEn seuraaminen on ollut käytännön lääkärinä surullista seurattavaa.

4. 2. Antaako esitys riittävät edellytykset saavuttaa 3 miljardin euron kustannusten kasvun hillinnän tavoite? Jos ei, miten tavoitteen saavuttamisen edellytyksiä voitaisiin parantaa?

Vastaajien määrä: 1

- Olen toiveikas, kun rahoitus kootaan yhteen, työterveyshuollon jääminen ulos vähän ihmetyttää, ei vaikeita asioita voi kiertää, kun sitten toisaalla ajetaan hajaannusta valinnanvapaudella.

Hallituksen esitys tulee saavuttamaan tavoitteensa erikoissairaanhoidossa, jossa keskittäminen ja rakennuskannassa säästäminen tulee merkitsemään kustannusten kasvun pysähtymistä.

Yksikanavaisuus on erinomainen asia ja jos tietojärjestelmät pystyvät tuottamaan tietoa kustannuskista yli hoitoperiodien, hoitoisuusryhmien tai diagnoosien sekä vertailemaan tätä tietoa kansalaisille laatu-tietoon linkittyen, niin varmasti näemme vaikutuksia. Sen merittävä este tulee olemaan perustason palvelujen hajottaminen valinnanvapauden kautta pieniin tuottajiin, koska systeemeissä, joissa raha on yhdessä pussissa (Kaiser Permanente, Health Partners), ollaan panostettu ennalta ehkäisyyn matalan kynnyksen palveluihin, proaktiiviseen toimintaan ja mobiiliverkkoapalveluihin. Syyt ovat olleet paitsi palvelujen saatavuuden ja kattavuuden paraneminen, niin taloudellinen. Ennalta ehkäisy on halpaa, mutta se pitää tehdä ammattimaisesti ja proaktiivisesti. Nyt synnytetään liian pieniä yksiköitä, jotka tietoteknisesti hajallaan eikä tällaiseen osaamisen keskittämiseen löydy tekijää ainakaan ensi vaiheessa. Se on hyvin kallista ja viivyttää kustannushyötyjen saavuttamista ja jääme entisestään jälkeen tässä kehityksessä länsimaista. Suomessa menossa voimakas datan hyödyntämisen teknologinen investointi aloite (IBM) ja tämä edellyttäisi juuri hyvää

ja tasalaatuista tiedontuotantoa ja riittävän kokouksia yksiköitä, jotka osaavat tietoa sitten hyödyntää. Tutkijana tiedän, että tiedon jalostaminen, numeroiden taakse näkeminen ja prosessien muuttaminen rahaksi ei ole ihan perustason osaamista eikä sitä synny ihan pieniin yksiköihin.

Moniammatillisen toimintamallin mahdollistamiseksi pitäisi taata että maakunnallisten sopimusten perusterveydenhuollon yksiköissä olisi tulevaisuudessakin lääkäreiden ja hoitajien palveluiden lisäksi vähintään myös fysioterapiapalveluita, perustason mielenterveyspalveluita, päihdepalveluita, sosiaalityön osaamista ja sosiaaliohjauspalveluita. Jos perusterveydenhuollon lähipalvelut joudutaan yhtiöittämään, tulisi kyseisissä yhtiöissä olla vähintään mainitut palvelut. Toinen vaihtoehto toki olisi hoitaa koko moniammatillinen perusterveydenhuolto maakunnan omassa palvelulaitoksessa. Tähän ei ainakaan tämä luonnos anna mahdollisuutta ymmärtääkseni. Mitä sitten yrityksiin jäisi on nykyisen kaltainen lääkäri-vastaanotto, mutta lisääkö se nyt sitten tuottavuutta ja hillitsee kustannuksia?

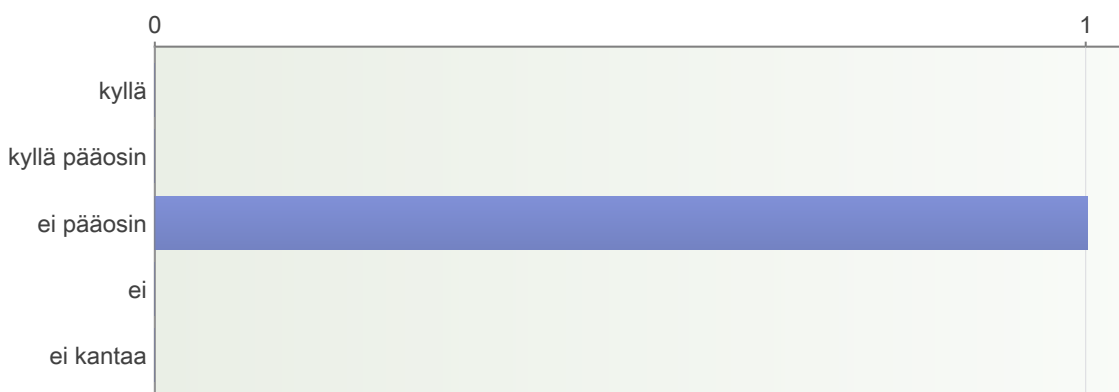
Väestö on monien tekijöiden seurauksena sairastavuudessaan ja toimintakyvyssään eri asemassa. Perusterveydenhuollon potilaista kunnallisessa terveyskeskuksessa 40 %:lla on pitkäaikaisairauksia tai tiloja, joiden vuoksi he käyvät lääkärissä 3-5 kertaa vuodessa, 10-15 % käy yli 6 kertaa vuodessa ja ikäihmisiä laitoksissa on 4-5 %. Heidän palvelutarpeensa tulee pysymään korkeana ja siellä juuri se erityistason sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio ja potilata tukevien palveluketjujen rakentaminen ja jopa räätälöinti vähentävät kustannuksia. Merkittävä osa tästä ryhmästä on niitä, joilla jo nyt palvelut sisältävät mielenterveys- ja päihdepalveluja, työllisyyspalveluja sekä sosiaalipalveluja erilaisissa suhteissa. Lisäksi ennaltaehkäisy on osa tämänkin väestön terveyttä. Uudistuksen valinnanvapaus tulee kohtelemaan tätä osaa kaltoin sekä kasvukeskuksissa, että harvemmin asutuissa maan osissa. Terveyskeskus on tällä hetkellä erittäin kompleksinen toimintakokonaisuus, jossa lääkärin vastaanotto on vain yksi toiminto. Se korostuu tämän väestön puolikkaan kohdalla erityisesti.

5. 3. Toteutuuko demokratia esityksessä riittävällä tavalla? Jos ei, miten esityksen kansanvaltaisuutta voisi vahvistaa?

Ei vastauksia.

6. 4. Muodostaako maakuntalaki tarkoituksenmukaisen yleislain tulevien maakuntien hallinnon ja talouden järjestämiselle?

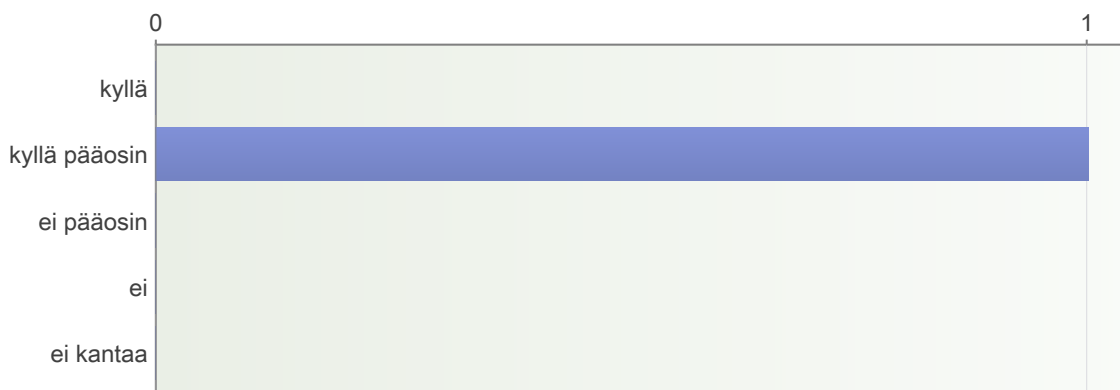
Vastaajien määrä: 1



Avoimet vastaukset: ei pääosin

7. 5. Maakuntalain 2 luvussa määritellään maakunnan tehtävät. Onko maakunnalle esitetty tehtäväkokonaisuus uudistuksen tavoitteiden näkökulmasta tarkoituksenmukainen?

Vastaajien määrä: 1



Avoimet vastaukset: kyllä pääosin

- Terveydenhuollon näkökulmasta merkittävä puute on ennalta ehkäisyn pirstoutuminen kahtia. Nykyisessä mallissa kunnan ennalta ehkäisevissä toiminna terveydenhuollon ammattilaiset ovat tiivisti mukana monialaisessa ennalta ehkäisyssä (kevyet väylät, oppilashuolto, ikäihmisten liikunta jne). Tästä ei ole lakipaketissa työnjaon tai taloudellisten velvoitteiden osalta tehty ohjausta. Mitkä ovat kunnan velvoitteet kuulla maakuntaa? Syntyykö ohjausvelvoite maakunnalle vai miten kunnan oma päätöksenteko nivotaan sitten ennalta ehkäisyn osalta maakuntaan? Tässä puhutaan hammashuollosta, neuvoloista, kouluterveydenhuollosta, ikäihmisten kaatumisen ehkäisystä, rokotuksista, neuvonnasta sekä kunnallisen päätöksenteon asiantuntijatoiminnasta. Suomessa muutenkin jo niukasti resursoitu, niin tässä tulee vielä toiminnan hajaannus päälle. Monet vaikeat asiat ollaan siirtämässä maakunnan päätettäväksi. Miten se pystyy ratkaisemaan riittävän nopeasti monet vaikeat asiat, joita on yritetty ratkaista vuosikymmeniä kansallisten tutkimuslaitosten ja asiantuntijatyöryhmien voimin? Maakunnan tulisi olla erittäin vahva palvelujen järjestäjä, jotta sillä olisi edes teoriassa mahdollisuus sovittaa yhteen palveluketjuja ja varmistaa niiden sujuvuus. Tämä vaatii osaavia virkamiehiä ja heille työkaluja. Maakuntalain pitää olla pakottavaa, mutta sallii se erilaisia malleja eri maakunnissa? Se taas edellyttää sitten voimakasta valtion ohjausta. Jos se on TEM ja VM johtoista, niin voi meitä kansalaisia. Vuonna 2019-2020 tietojärjestelmäkään eivät vielä ole vielä sillä tasolla, että tieto kulkisi riittävän hyvin ajatellen järjestäjän mahdollisuuksia vastata kokonaisuudesta tai tuottajien mahdollisuudesta omalta osaltaan toimia tarkoituksenmukaisesti kokonaisuuden osana. (Apottikaan ei ole käytössä vielä vuonna 2019 kuin ehkä Vantaalla ja Peijaksessa, Helsingissä aikaisintaan 2020). Muiden maakuntien tietojärjestelmistä puhumattakaan. Jos lainsäädännöllä määritetään valinnan kohde vuosiksi 2019-2022 suppeaksi, tulisi maakunnalla olla mahdollisuus omalla päätöksellään laajentaa valinnan kohteena olevaa palvelukokonaisuutta vastaamaan paremmin nykyistä peruspalvelujen laajuutta ja kokonaisuutta. Kansalaiset tarvitsevat valintansa tueksi tietoa palvelujen vaikuttavuudesta ja laadusta. Vuonna 2019 tätä tietoa ei tule olemaan riittävästi tarjolla.

8. 6. Maakuntalain 5 luvussa säädetään maakunnan asukkaiden osallistumisoikeuksista. Ovatko osallistumisoikeudet turvattu esityksessä riittävällä tavalla?

Vastaajien määrä: 1

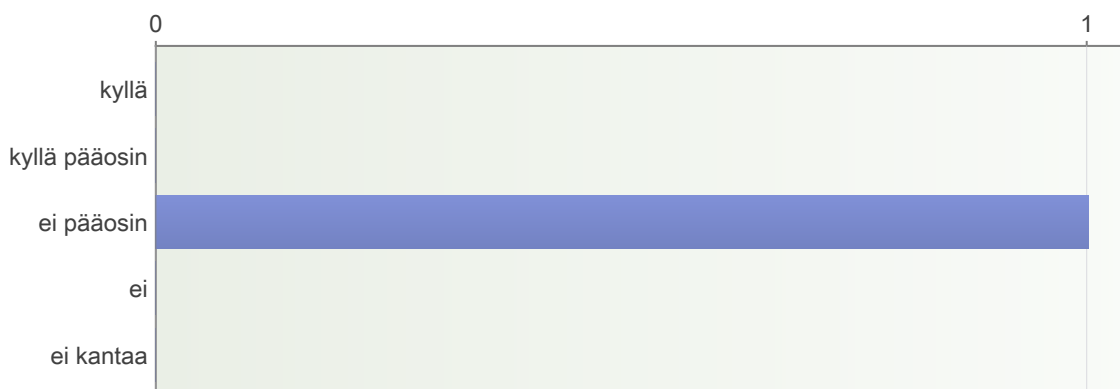


Avoimet vastaukset: ei pääosin

- Kunnat tulevat olemaan eriarvoisessa asemassa kokonsa ja kantokykynsä puolesta maakunnassa. Kun on seurannut alueellista yhteistyötä, se on edennyt suurten kuntien johdolla Uudellamaalla enkä näe mitään syytä miksi se toimisi maakunnassa eritavalla.

9. 7. Maakuntalain 9 luvussa säädetään maakunnan palvelulaitoksesta. Onko siitä esitetty säädettäväksi tuottamisen organisoimista näkökulmasta tarkoituksenmukaisesti?

Vastaajien määrä: 1



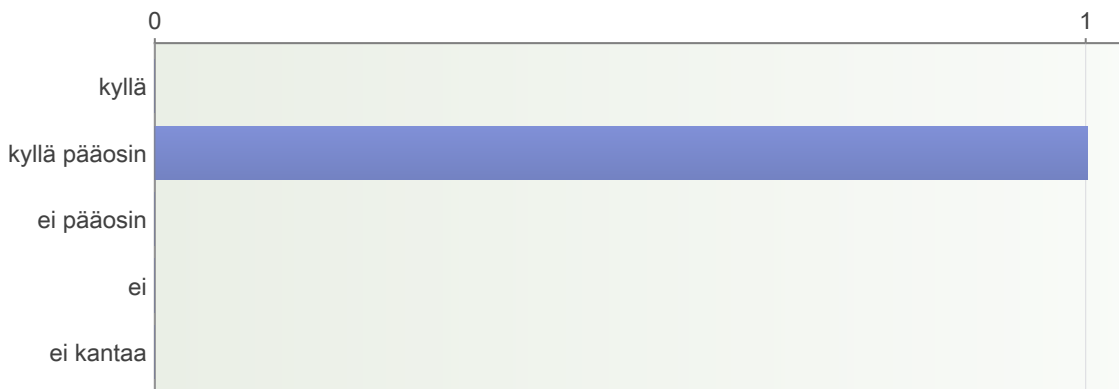
Avoimet vastaukset: ei pääosin

- Erikoissairaanhoidon osalta maakunnallinen ohjaus ja yksi rahoittaja ovat hyvä asia. Nykyisin erikoissairaanhoidolla ei ole pakkoa toimia talousarviossa eikä sen toimintaan voi puuttua. Sen osalta maakunta voi jakaa uudelleen toimintoja ja osa erikoissairaanhoidosta voidaan hajauttaakin lähemmäs perustasoa, jos siellä on riittävän kokoisia toimijoita. Se miten sitten erikoissairaanhoidon rahoituksen portinvartijuus toteutuu, on kriittinen tekijä. Nyt kolmasosa läheteistä (=maksusitoumus) tulee yksityiseltä ja käytännössä siis lääkärin lähete julkiseen järjestelmään on myytävä tuote, jossa kustannukset siirretään muulle toimijalle. Jos tähän saadaan mekanismi, jolla todella ollaan sitten samalla viivalla, kiireettömän hoidon

kriteerien noudattaminen koskee kaikkia eikä hoitoon ole ohituskaistaa ja lähettäjän toimintaa arvioidaan kustannusten kautta, niin voidaan saada säästöjä aikaan. Toinen kriittinen tekijä on sitten jatkohoidon saumattomuus, josta tulee enstistä haastavampaa kun perustaso pirstotaan. Erikoissairaanhoidolta tämä edellyttää myös muuttumista. Nyt hoitopolkujen ohjaus tapahtuu HUS:sta perusterveydenhuoltoon PDF-muotoisina hoitoketjuja sähköpostissa lähettämällä. Miten turvataan, että kaikilla tuottajilla on sama tieto, samat työvälineet, samat hoitoketjun ohjeet jne. Se olisi HUS:lle iso tietotekninen projekti, jota ei voi hoitaa Lyncillä ja sähköpostilla. Erityisesti kun toimijoiden määrä kasvaa, nyt noin 30 kuntaa. Maakunnalle tulee tässä kyllä velvoite hoitaa kuntoon ja tämäkin on muutaman vuoden iso projekti. Tässä on kaksi näkökulmaa: pienet ja isot kunnat. Pienen kunnan asukkaan näkökulmasta maakunnalliset erityistason sosiaali- ja työllisyyspalvelut olisivat varmasti laadukkaampia kuin nykyisin niukoin resurssein ja moniosaajin toteutetut (erityisosaamisen kerääminen yhteen). Suurissa kunnissa se voisi taas merkitä jo hyvin toimivien keskusten hajoamista, jos valinnanvapauden kautta peruspalvelut irrotetaan palveluketjuista ja niitä tuotetaan hajallaan. Maakunnallisesti tuottaminen esim. vammais- ja kuntoutuspalveluissa olisi järkevää. Se mitä palveluja maakunnan laitokset tuottavat, ei ole mitenkään avattu. Tästä on siis aika vaikea sanoa mitään kattavaa.

10. 8. Maakunnan talouden ohjaus perustuu erityisesti maakuntalakiin ja maakuntien rahoituslakiin. Ohjaavatko maakuntien rahoitusmalli ja maakuntalain mukainen taloudenohjausmekanismi maakuntien taloudenhoitoa tarkoituksenmukaisella tavalla?

Vastaajien määrä: 1



Avoimet vastaukset: kyllä pääosin

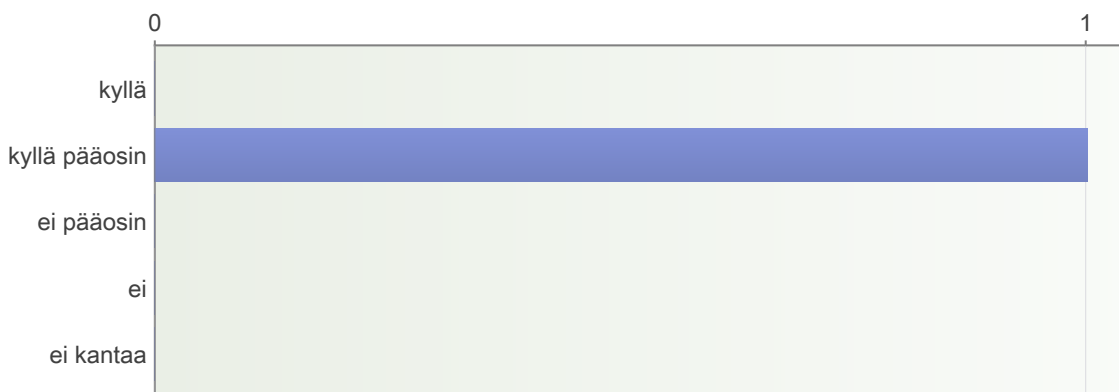
- Terveystalouden kokonaispotti on 26 mrd euroa. Uudenaan maakunta tulee olemaan siitä 40 % vähintään. Olennainen asia on valinnanvapaudessa se, miten rahoitus jaetaan. Puhdas kapitaatiomalli, missä rahoitus tulisi vain asukasmäärän tai asukasmäärän ja ikäjakauman kautta, on vaarallinen. Riski olisi suuri että jotkut yhtiöt pystyisivät markkinoimaan itseään selkeästi terveemmille asiakasryhmille, kun taas toisille yhtiöille kertyisi enemmän moniongelmaisista ja sairaita asiakasryhmiä. Golffaava kulttuurimatkaileva 70-vuotias kerryttää kustannuksia eri tavalla kuin monisairas mielenterveysongelmista kärsivä. Toisaalta suoritteisiin perustuva rahoitusmalli on vähintäänkin yhtä vaarallinen, koska se ruokkisi suoritteiden määrän epätarkoituksenmukaista nostamista, jolloin hoidon kokonaiskustannukset nousisivat kohtuuttomasti. Tämähän näkyy laboratoriokustannuksista ja kuvantamisesta: sitä joutuu jatkuvasti suitsimaan perusterveydenhuollossa yllilääkärinä, että diagnostiikka tarkoituksenmukaista. Jos tulos tulee sieltä, miksi suitsia? Tällä hetkellä parhaalta ratkaisulta näyttäisi omasta mielestäni rahoitusmalli joka huomioisi asukkaiden/asiakkaiden määrän, ikäjakauman, sairastavuuden ja sosiaalisten ongelmien esiintyvyyden, jos se avataan kilpailulle. Muutoinhan maakuntien rahoitusta tasataan poliittisen systeemin kautta jo nyt.

11. 9. Muut vapaamuotoiset huomiot maakuntalaista.

Ei vastauksia.

12. 10. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 4 §:ssä säädettäisiin palvelujen saatavuudesta ja saavutettavuudesta. Säännöksen mukaan palvelut on toteutettava väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä asiakkaita, mutta säännöksen mukaisten edellytysten täytyessä palveluja voidaan koota suurempiin kokonaisuuksiin. Onko säännös palvelujen saatavuuden näkökulmasta tarkoituksenmukainen?

Vastaajien määrä: 1



Avoimet vastaukset: kyllä pääosin

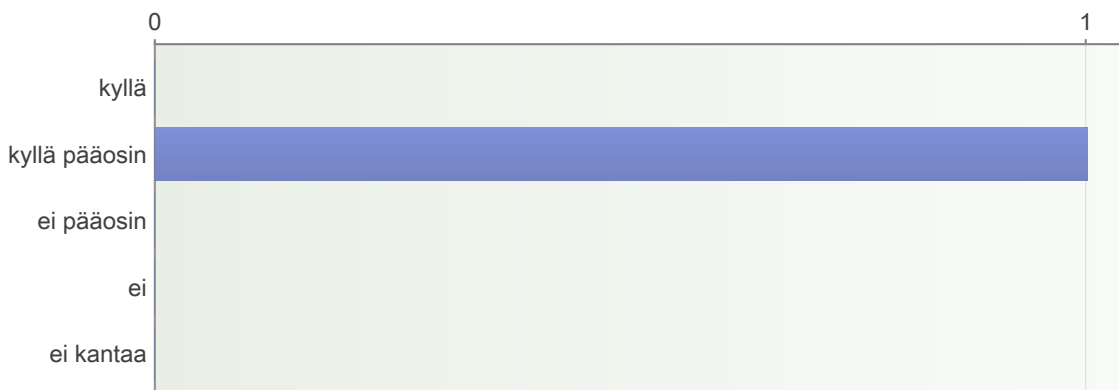
- Laki on väljä. Suomessa ei ole määritelty mitä lähipalveluilla tarkoitetaan. Jo ruotsissa on ajaututta vaikeuksiin, kun on pyritty maakunnallisesti määrittelemään perusterveydenhuollon palveluja ja on ajautettu alueellisesti kummallisiin tilanteisiin. Vastaavaa löytyy meiltä työterveyshuollosta, jossa lakisääteinen velvoite on niukka ja sitten yritykset voivat itse päättää mitä palveluja sislyttävät työterveyshuoltoon. Työterveyshuolto siis tarkoittaa eri työntekijöille aivan eri asiaa. Näin alkuvaiheessa tulee tässäkin käymään, kun avataan peruspalvelut kilpailulle. UK avasi erikoissairaanhoidon kilpailulle, se on helpompaa, kosa sen palveluketjussa alku ja loppu. Perusterveydenhuollosta puhutaan kovin keveästi ja sillä tarkoitetaan selvästi lähinnä terveyskeskuksen vastaanottopalveluja. Perustason palvelu on paljon muuta kuin lääkärin tai hoitajan suppea vastaanotto. Nyt virkamiesvalmistelussa esitetty suppea valinnan kohde vuosina 2019-2020 rikkoo jo nyt kunnissa ja terveyskeskuksissa olevan moniammatillisen ja integroidun peruspalveluiden kokonaisuuden ja aiheuttaa ongelmia niille asiakkaille, joilla on useampia samanaikaisia terveysongelmia tai toimintakyvyn ja pärjäämisen ongelmia. Kannattaa muistaa, että tapaturma tai muu äkillinen tilanne voi kohdata ketä tahansa ja johtaa useisiin ja pitkäaikaisiin terveysongelmiin. Rajapintaongelmat johtavat lisäkustannuksiin. Nykyinen kunnissa ja terveyskeskuksissa oleva moniammatillinen ja integroitu peruspalveluiden kokonaisuus on siis tavalla tai toisella säilytettävä. Sillä on monia erilaisia tehtäviä, lähes kaikissa on linkki lääkäriin. Näitä ovat mm. :
Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto, Ikäkausitarkastukset neuvolat, koulut, Ikääntyvien tarkastukset, Terveystilata tarkastukset: Nuoriso, ajokortti, asevelvollisuus jne., Rokotukset, Seulonnat, Hammasterveys, Avosairaanhoito, Sairauksien diagnosointi ja hoito, Sosiaalietuuksien lausunnot, Kuntoutuspalvelujen arvioinnit ja palveluohjaus, Vierotushoitojen toteutus; Päivystys; Hammassairaudet, Erikoissairaanhoito, Potilas ohjaus ESH:oon, Jatkoahoito erikoissairaanhoidosta, Ikääntyvien terveydenhuolto, Laitosten terveyspalvelut, Muistipoliklinikka, Kotisairaala, Omaishoitajien tarkastukset, Kuntoutukseen ohjaus, Työttömien terveystarkastukset, Päihdekuntoutajat, Mielenterveyskuntoutajat, Erityisryhmät, yhteistyössä

mukana, Vammaispalvelut, Pakolaiset ja maahanmuuttajat, Mielen terveyspalvelut, Erityistä tukea tarvitsevat perheet ja perhepalvelut, Apuvälineet, Liikkumiseen ja arkitoimintoihin, Vaivat, haavanhoitotarvikkeet, katetrit, Sosiaali- ja mielen terveyspalvelujen lääketieteellinen konsultointi, Palvelujen koordinaatio, Ensihoitoyhteistyö, Ostopalvelut: silmänpohjat, ENMG jne., Yrittäjien työterveyshuolto, Hankinnat, Potilasturvallisuus, laadunseuranta, tilastotuotanto, tietosuojat, Tietojärjestelmät, Viranomaistyö kunnan sisällä; Asiantuntijatyö kunnan sisällä ja kansallisesti terveyden edistämisen ja ennalta ehkäisyä asioissa sekä valmiudessa. Nykyisin siis on olemassa hyvät edellytykset horisontaaliselle ja vertikaaliselle integraatiolle. Pulmana on, että terveyskeskuksiin ei ole tullut lisää rahaa 1990-luvun jälkeen. Omassa työpaikassani kunnan väkiluku kasvaa siten, että joka kolmas vuosi tulee yhden väestövastuulääkärin väestö kuntaan ja näin on jatkunut jo lähes 20 vuotta. Yhtään lääkäriä ei ole tullut 2000-luvulla. Samaan aikaan työterveyshuoltoon on siirtynyt hyvinvoivaa väestöä ja potilasaineisto tiivistynyt sairaammaksi. Lisäksi erikoissairaanhoidon on kasvattanut kustannuksiaan, jotka on säästetty monena vuonna perusterveydenhuollosta ja lisäksi ehkä siirtävät omia tehtäviä ilmoitusluontoisesti perusterveydenhuoltoon. Miten voi hoitaa suurempaa ja sairaampaa väestöä pienenevin resurssein? Raja saakka kyllä, mutta se raja tuli vastaan kauan sitten. Sen korjaamiseen ei löytynyt poliittista tahtoa. Tilannehan synnyttiin poliittisesti 1993 kuntalakiuudistuksessa, kun terveydenhuollon rahoitus siirtyi kuntien budjettiin kisaamaan urheilukenttien kanssa. Se tuntuu unohtuneen.

13. 11. Maakunnat muodostavat 5 yhteistyöaluetta, joista kussakin on 3–4 maakuntaa.

Yhteistyöalueeseen kuuluvat maakunnat laativat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 16 §:n mukaisen yhteistyösopimuksen. Siinä maakunnat sopivat keskinäisestä yhteistyöstä palvelujen järjestämisessä ja toteuttamisessa. Sopimus on oikeudellisesti maakuntia sitova. Onko sopimuksen sitovuus perusteltua?

Vastaajien määrä: 1

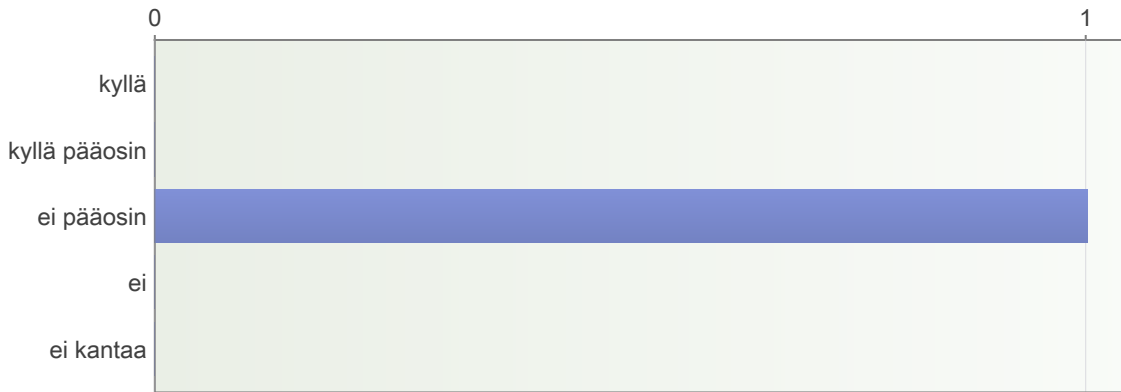


Avoimet vastaukset: kyllä pääosin

- Yleisesti tulisi pyrkiä estämään se, että Suomessa 18 erilaista toimintamallia. Tässä tarvitaan ihmisiä tekemään tätä. Ollanko valmiita investoimaan? Nythän puhutaan, että tehtäviä siirretään esim. Valviralle tai perustetaan supervalvontalaitos. Ohjausvastuu, seuranta, valvonta, sopimukset, kilpailutukset, reklamaatiot, viranomaistehtävät ja muu edellyttää kyllä lisää asiantuntijoita. On ollut kiinnostavaa, että Apottia valmistelee täyspäiväisesti työkseen 2-3 ajan 100 ihmistä ja tätä suurta uudistusta sivutoimisesti muutama kymmene ihmistä. Tässä olisi scrummauksen paikka.

14. 12. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 16 §:n mukaan laadittavassa yhteistyösopimuksessa on sovittava toimenpiteet palvelujen integraation varmistamiseksi. 23 §:n mukaisesti palvelun tuottajan velvollisuutena on valmistaa palveluketjujen integraation toteutuminen ja toimittava integraation edellyttämässä yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Ovatko säännökset riittäviä asiakaslähtöisen integraation toteutumiseksi?

Vastaajien määrä: 1



Avoimet vastaukset: ei pääosin

- Laki on väljä ja mitään mallia miten maakunnat tämän tekisivät ei ole esitetty. Asiantuntijat ovat vastustaneet lain valinnanvapausosuutta juuri tämän tavoitteen toteutumisen vaarantamisen takia. Lakipyrkii kahteen vastaikkaiseen suuntaan yht aikaa ja se ei ole mahdollista, paitsi jos sitten irrotetaan ne ns. hyvinvoivat omaan systeemiin: perusterveet ja sairaat ja tosi sairaat. Tosin perusterveestä ne sairaatkon sitten aikanaan tulevat eli millaista riskiä siis palveluntuottajan on kyettävä kestämään? Tanskassa on listamalli, jossa lääkäri voi valita listalleen potilaat ja lista menee ns. kiinni. Tästä on seurannut, että 700 000 tanskalaisella ei ole lääkäriä, jolle listautua ja potilaat ovat osin polarisoituneet. Tämä tieto tanskalaiselta kokeneelta yleislääkäriltä ja he ovat huolissaan tästä. Nyt siellä suunnitellaan reformia, jossa nämä 700 000 kootaan sinne, ns. terveyskeskuksiin. Tähäkö me siitä haluamme päätyä? Laki tulee epäonnistumaan tässä ja väestön terveys on panoksena. Käytännössä erikoissairaanhoidon kustannukset alkavat aina nousta, kun perustaso ei toimi, sen tietää jokainen johtava ylilääkäri terveyskeskuksessa.

15. 13. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain mukaan valtion ohjausta vahvistetaan sosiaali- ja terveyspalveluissa (19 §, 4 luku, 6 luku). Onko tämä uudistuksen tavoitteiden näkökulmasta perusteltua?

Vastaajien määrä: 1

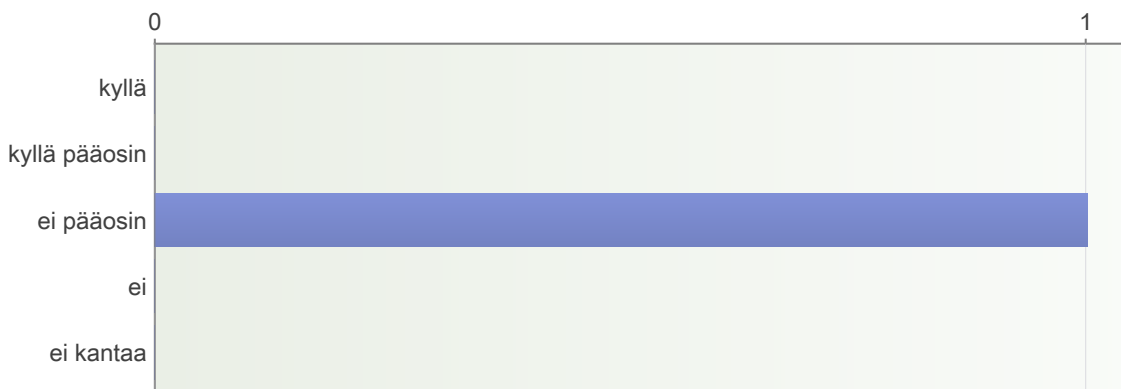


Avoimet vastaukset: kyllä pääosin

- Jos kaupallisuutta lisätään jossain järjestelmässä, niin se merkitsee aina valvonnan lisäämistä ja tiukentamista. Vertailtaessa terveydenhuoltojärjestelmiä sen voi havaita helposti. Valvontaa tullaan tarvitsemaan lisää ja sen osuus kustannuksista kasvaa. Luottamus halpa – epäluottamus kallis. Esimerkkinä voidaan pitää vaikkapa lääkäreiden ammattioikeuksia. Jo nyt lääkäreiden osaamisessa ja omaan osaamiseen panostamisessa (täydennyskoulutus) on suuria vaihteluita. Vähäsinä se on yksityisellä sektorilla ja parhaiten hoidettu yliopistosairaaloissa. Yksilöiden välillä huimia eroja ja ne kyllä näkyvät potilastyössä. Jos järjestelmä tulee perustumaan pieniin yrityksiin, joissa on edullisinta pitää ammatinharjoittajia, tämä vaihtelu tulee lisääntymään ja low-performance lisääntymään. Ammatinharjoittajia tullaan suosimaan, koska riski varaamattomasta ajasta on silloin lääkärin ja myös oman osaamisen kehittämisen kustannukset tulevat hänen maksettavikseen. Tämä tullaan kyllä havaitsemaan ja sitä varten tullaan tarvitsemaan resertifikaatiojärjestelmä ja valvontaviranomaisen tehtäviä tullaan lisäämään. Sinänsä näen sen jo nyt hyvänä esimiehen roolissa, koska olisi todell. hyvä saada tietoa, millainen on palkattavan kollegan panostus osaamisen ja millainen on suoriutuminen. Nyt käytännössä lääkärit palkataan aika sokkona.

16. 14. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 22 §:n mukaan maakunnan on omassa toiminnassaan erotettava sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja palvelujen tuottaminen. Onko järjestämisen ja tuottamisen erottaminen uudistuksen tavoitteiden näkökulmasta tarkoituksenmukaista?

Vastaajien määrä: 1

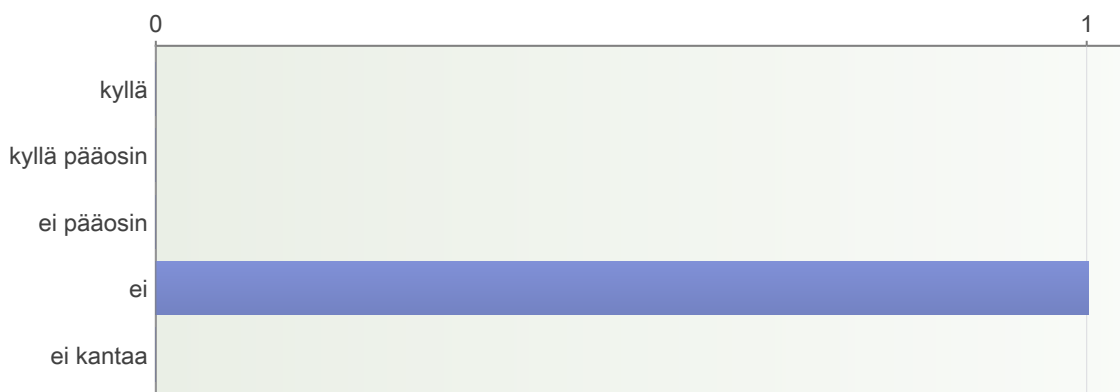


Avoimet vastaukset: ei pääosin

- Tässä kummittelee vanha tilaaja-tuottaja-malli, missä se sitten saatiin toimimaan?? Tätä on kokeiltu ja tulokset aika ristiriitaisia. Kokonaisvastuun kantaja on tilaajaorganisaatio. Se tarkoittaa sitä, että maakunnan hallinnon on oltava riittävän suuri ja asiantunteva, jotta se pystyy toimimaan tilaajana. Se miten hallinto sitten luodaan ja miten kuntien osajat sinne sitten siirretään?? Suostuvatko he siirtymään? Häviääkö osaamista? Epäselvyyksiä vastuunjaossa tilaajien ja tuottajien välillä on viranomaistehtävissä ja asiakasohjausjärjestelmissä, jotka ovat uudeistuksen kannalta ne olennaiset. Tutkimusten mukaan yhteistyön tilaajien ja tuottajien välillä oltava saumatonta, jotta tilaaja-tuottajamallin soveltaminen saisi aikaan positiivisia vaikutuksia palvelutuotantoon. Tässä kohti hallituksen linjaus valinnanvapaudesta ja perustason palvelujen hajauttamisesta sitten kyllä toimii ihan päinvastaiseen suuntaan.

17. 15. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 22 §:n mukaan maakunnalla on yhtiöittämisvelvollisuus maakunnan hoitaessa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä kilpailutilanteessa markkinoilla tai jos palvelut ovat valinnanvapautta koskevissa säännöksissä tarkoitetun laajan valinnanvapauden piirissä. Onko ratkaisu tarkoituksenmukainen?

Vastaajien määrä: 1



Avoimet vastaukset: ei

- On epäselvää miksi tämä pykälä on luotu? Siihen ei ole terveystaloudellisia perusteita. Saatavuuden voi ratkaista muutenkin. Ilmeisesti yksityinen terveydenhuolto on jo niin suuri (20 % nyt vrs 7 % 2002), että se on ns. too-big-to-fail. Ratkaisu ei ole millään muotoa tarkoituksenmukainen. Keskeistä on, että tämä ns. lähopalveluyksikkö EI ole lääkäri-hoitaja työpari vaan siinä on mukana keskeiset ammattilaiset nykyisestä terveyskeskuksesta pakottavina ja sosiaalitoimi on siinä mukana.

18. 16. Muut vapaamuotoiset huomiot sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaista.

Vastaajien määrä: 1

- Terveydenhuolto ja lääketiede ovat aina nopeassa muutoksessa. Tulossa aivan ovella on personoitu lääkehoito, pelillisuus, palvelujen personointi ja kokemuksellisuus ja datalouhinnan mahdollisuudet. Tietojärjestelmäkeskeisyys hallitsee toimintaa muutamia seuraavat vuodet, mutta kansalaisten halukkuus maksaa kyllä vähenee, jos palvelujen laadussa ei tapahdu samalla muutosta, pelkkä saatavuus ei riitä. Miten siis turvataan riittävä osaaminen organisaatioissa, jotta tämä kehitys varmistetaan. Jo nyt olemme hukanne hajanaisella perusterveydenhuollolla monta kehitysvaihetta, kun organisaatioissa ei ole ollut riittävää rahoitusta kehittämisen riskeihin kuin yliopistosairaaloissa. Kehittämistä pitää tehdä kaikilla tasoilla ja siihen tarvitaan osaamista. Tällä hetkellä Lean-aalto pyyhkii läpi terveydenhuollon ja seuraavaa suosikkia jo odotellaan. Käytännössä olen huomannut nyt melkein 20 vuoden kehittäjäkokemuksen myötä, että organisaatioihin pitää saada kehittämisen erikoistunutta väkeä, joka sitten osaa hyödyntää käytännönihmisten arvokkaat havainnot, tiedot ja osaamisen.

Sama koskee potilaiden tuomista mukaan. Iso-Britanniassa on jo yli 15 vuotta otettu potilaita mukaan kehittämään palveluja. Se on erityisosaamista ja tehdään ammattimaisesti. Olen toiminut NICE:n ulkoisena arvioijana hoitosuosituksen prosessissa ja sinnekin on tuotu mukaan kansalaiset systemaattisesti ja rakenteisesti. Tämä edellyttää riittävää organisaatio kokoa, jotta osaajia kannattaa olla ja tieto saadaan systemaattisesti käyttöön.

Suomalaista terveydenhuoltoa on kehitetty hankerahoituksella psoradisesti ja nyt olisi ollut mahdollista rakentaa tähän 5-8 keskuksen kokonaisuus. Toivotaan, että sitä ei hukata

19. 17. Kysymys vain kunnille: Voimaanpanolaissa on tarkoitus säätää siitä, mihin maakuntaan kunnat kuuluvat uudistuksen tullessa voimaan. Katsotaanko kunnassanne, että sen tulee kuulua voimaanpanolain 5 §:ssä esitettyyn maakuntaan?

Ei vastauksia.

20. 18. Kysymys vain kunnille: Mikäli vastasitte edelliseen kysymykseen ei, mihin maakuntaan kunnan tulisi kuulua ja miksi? (Kunnan tulee toimittaa valtuuston päätösasiakirja sosiaali- ja terveysministeriöön)

Ei vastauksia.

21. 19. Väliaikaishallinnosta sekä väliaikaisen valmistelutoimielimen tehtävistä ja toimivallasta säädetään voimaanpanolain 2 luvussa. Onko väliaikaishallinnosta säädetty riittävällä tavalla?

Ei vastauksia.

22. 20. Voimaanpanolain 14 §:n mukaan kunnallisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavissa organisaatioissa työskentelevä henkilöstö siirtyisi maakuntien palvelukseen liikkeenluovutuksen periaatteiden mukaisesti. Lisäksi henkilöstö, joka muualla kunnan hallinnossa tai tukipalveluissa tekee pääasiallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä, siirtyisi maakuntien palvelukseen. Onko henkilöstön siirtymisestä esitetty säädettäväksi henkilöstön aseman näkökulmasta tarkoituksenmukaisesti?

Ei vastauksia.

23. 21. Voimaanpanolain 4 luvun mukaan lakisääteisten kuntayhtymien koko omaisuus sekä kuntien irtain omaisuus siirtyy maakunnille. Kuntien toimitilat ja kiinteistöt jäävät kuntien omistukseen. Onko omaisuusjärjestelyjä koskeva ratkaisu hyväksyttävä?

Ei vastauksia.

24. 22. Jos vastasitte edelliseen kysymykseen ei tai ei pääosin, millä tavoin omaisuusjärjestelyt pitäisi toteuttaa?

Ei vastauksia.

25. 23. Voimaanpanolain 41 §:ssa säädettäisiin kunnan tuloveroprosentista vuosina 2019 – 2021. Pidätkö veronmaksajien yhdenvertaisen aseman näkökulmasta perusteltuna, että kuntien veroprosentteja esitetään rajoitettavaksi kolmen vuoden määräajaksi?

Ei vastauksia.

26. 24. Voimaanpanolain 42 §:n mukaan maakunnan on perustettava sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain tarkoittamat maakunnan palvelulaitoksen tytäryhtiöt, jotka tuottavat lailla erikseen säädetyn laajan valinnanvapauden piiriin kuuluvia palveluita siten, että yhtiöittäminen on toteutettu 31.12.2020. Onko esitetty siirtymäaika riittävä maakunnan yhtiömuotoisen tuotannon organisoimiseksi?

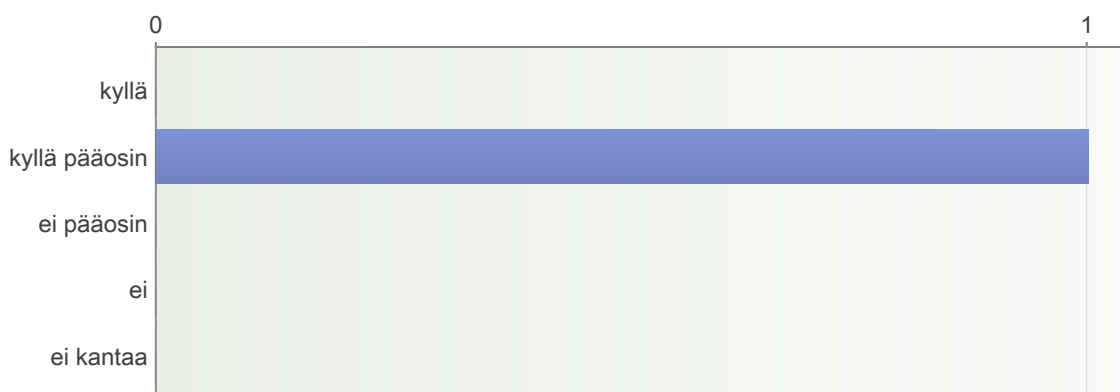
Ei vastauksia.

27. 25. Muut vapaamuotoiset huomiot voimaanpanolaista.

Ei vastauksia.

28. 26. Valtio rahoittaa perustettavien maakuntien toiminnan, eli vastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoittamisesta osoitetaan valtiolle. Onko ratkaisu uudistuksen tavoitteiden näkökulmasta tarkoituksenmukainen?

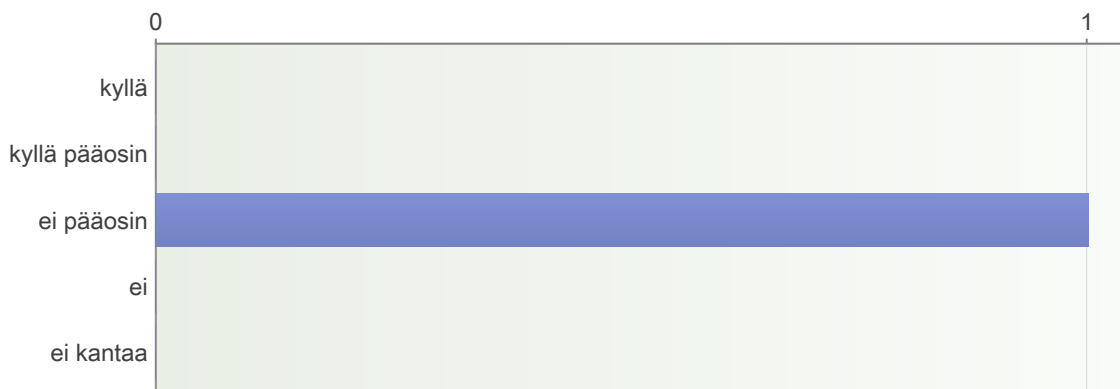
Vastaajien määrä: 1



Avoimet vastaukset: kyllä pääosin

29. 27. Maakuntien tuloja ovat valtion rahoitus (3 §) sekä asiakas- ja käyttömaksutulot (4 §). Lisäksi maakunnat voivat ottaa lyhytaikaista lainaa (3 §). Valtion rahoituksen kasvua rajoitetaan vuosittaisessa tarkistuksessa julkisen talouden kantokyvyn turvaamiseksi (6 ja 29 §). Onko maakunnilla riittävät taloudelliset edellytykset suoriutua lakisääteisistä tehtävistä?

Vastaajien määrä: 1

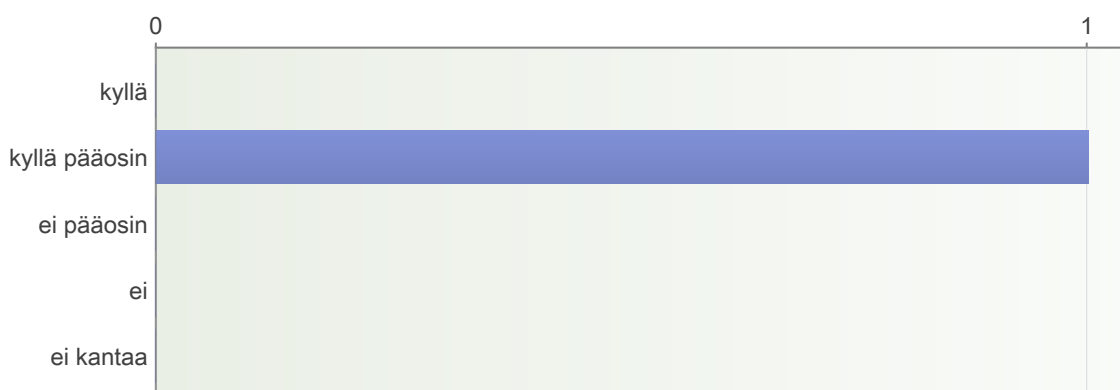


Avoimet vastaukset: ei pääosin

- Maakuntien perustamisaikataulu on kireä ja esim. osaajien rekrytointia ei ole edes Uudellamaalla aloitettu. Porrastaisuus olisi ollut viisasta, aloitetaan kalliista erikoissairaanhoidosta.

30. 28. Ovatko maakuntien valtion rahoituksen määräytymisessä käytettävät palvelujen käyttöä kuvaavat tarvetekijät (luku 3, ml. uusi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kerroin) ja niiden painokertoimet perusteltuja?

Vastaajien määrä: 1



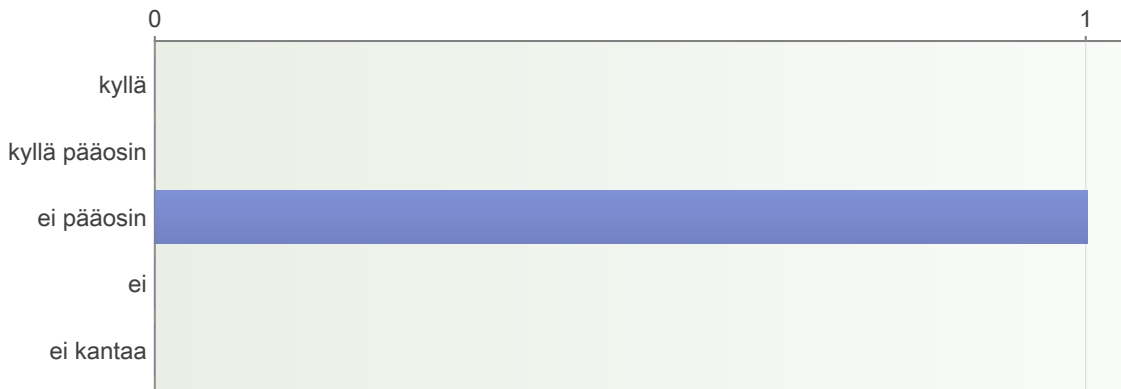
Avoimet vastaukset: kyllä pääosin

- Niissä tulisi huomioida väestön palvelujen käytön tottumukset. Olemme opettaneet täällä Uudellamaalla ihmiset menemään nuhan kanssa yksityiselle: miten se sitten opitaan pois?? Se tulisi huomioida, koska väestön halukkuus maksaa palveluista voi rapautua. EKSOTE on ollut erinomainen edelläkävijä ja en ymmärrä miksi

Suomessa aina pitää joka niemen ja notkon keksiä sama nelikantainen pyöränsä uudelleen. Yritykset eiuvät tässä auta, koska kipeistä ja muutoin vaivasista ei tuottoja saa, jos ei sitten oteta vaikkapa se vaimkuttavuusinvestointi laajasti käyttöön, joka siis tavallaan EKSOTEssa tehty.

31. 29. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksessa siirrytään asteittain menoperusteisesta rahoituksesta tarveperusteiseen rahoitukseen. Onko maakuntien rahoitukselle vuosille 2019–2023 esitetty siirtymäaika (27 – 28 §) riittävä?

Vastaajien määrä: 1



Avoimet vastaukset: ei pääosin

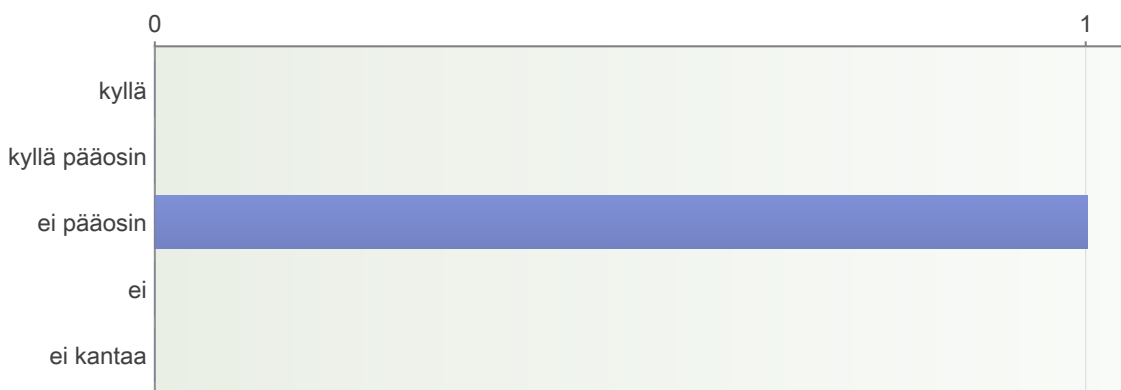
- Kuka määrittelee tarpeen ja miten siinä huomoidaan ennalta ehkäisyn tarpeet? sitä on vaikea määrittää, kun tuotto syntyy nehgation kautta= mitään ei tapahtunutkaan.

32. 30. Muut vapaamuotoiset huomiot maakuntien rahoituslaista.

Ei vastauksia.

33. 31. Pidättekö esitettyjä tapoja maakuntajaon muuttamiseksi tarkoituksenmukaisena? (erityisesti maakuntajakolain 2 ja 10 §)

Vastaajien määrä: 1



Avoimet vastaukset: ei pääosin

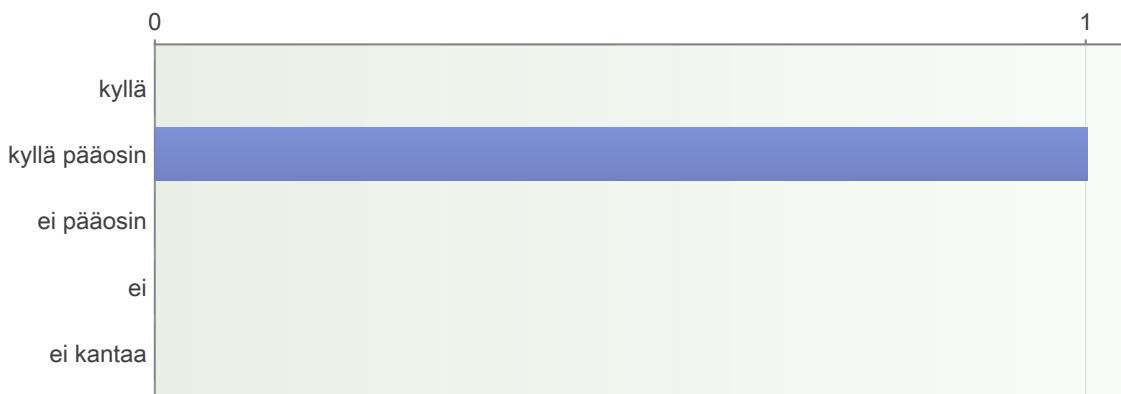
- Liian pieniä ja yksi mammutti.

34. 32. Muut vapaamuotoiset huomiot maakuntajakolaista.

Ei vastauksia.

35. 33. Ovatko valtionosuusjärjestelmään esitetyt, sote-uudistuksesta aiheutuvien merkittävien kuntakohtaisten muutosten lieventämiseksi esitetyt tasausjärjestelyt ja muut muutokset hyväksyttäviä ja riittäviä (laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta 24 §, 27§ 27 b§ ja 55§)?

Vastaajien määrä: 1

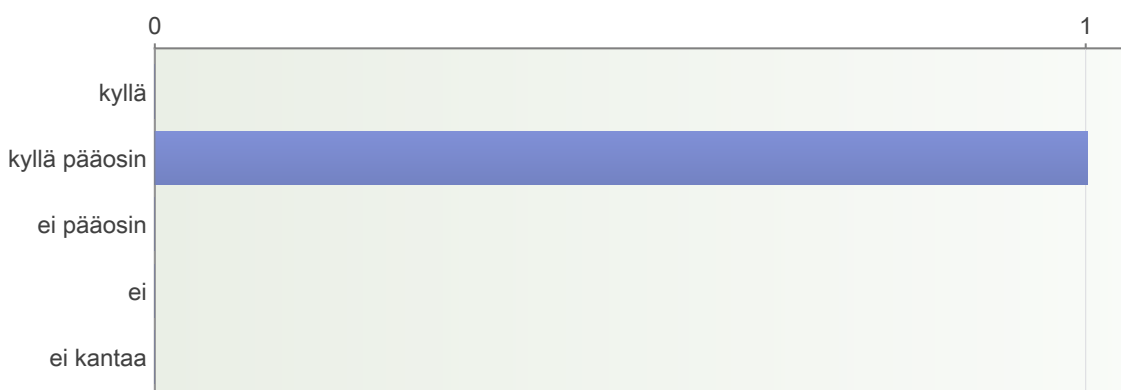


Avoimet vastaukset: kyllä pääosin

- Kuntia ei saa ajaa ahdinkoon, siellä merkittäviä terveyteenkin vaikuttavia asioita hoidossa. Suomen tulevaisuus on kuitenkin koulutetussa väestössä ja se pitää turvata.

36. 34. Ovatko valtionosuuskriteerit (ml. uusi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen -kriteeri) sekä niiden painotukset perusteltuja (laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta, luku 2 sekä luonnos valtioneuvoston asetukseksi kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta 3 §)?

Vastaajien määrä: 1



Avoimet vastaukset: kyllä pääosin

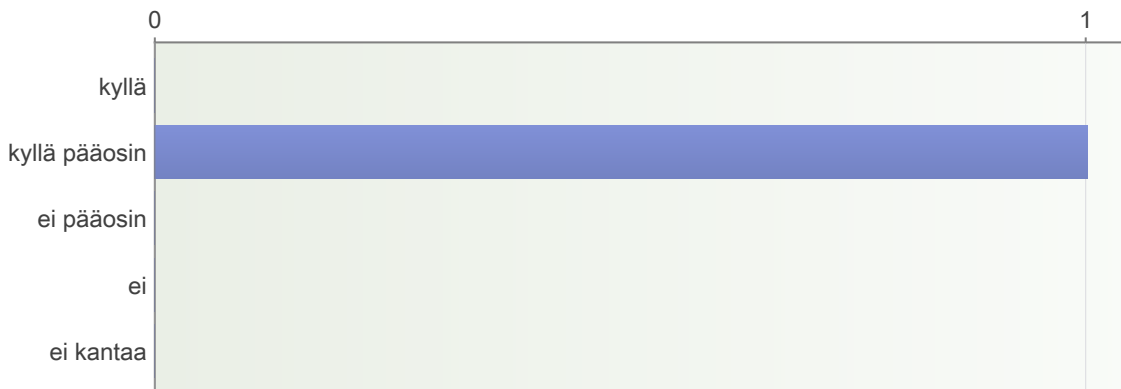
- Jos tällä luodaan kunnollinen rakenne, hyödynnetään esim. kunnolla sitten mm. TEA-viisaria ja muita välineitä, niin varmasti parempi kuin nyt. Olisi tärkeää muistaa järjestöt tässä yhteydessä, tekevät valtionkin rahalla paljon jo asioita, miten tähän nivotaan?

37. 35. Vapaamuotoiset huomiot hallituksen esityksen valtionosuuskokonaisuudesta.

Ei vastauksia.

38. 36. Pidättekö maakuntien rahoituksen keräämiseksi esitettyjä valtion verojärjestelmän muutoksia hyväksyttävänä?

Vastaajien määrä: 1



Avoimet vastaukset: kyllä pääosin

39. 37. Vapaamuotoiset huomiot verolaeista.

Ei vastauksia.

40. 38. Kunnallista henkilöstöä koskevan lainsäädännön soveltamisalaa ehdotetaan muutettavaksi koskemaan myös maakuntien henkilöstöä. Maakuntien työnantajaedunvalvontaa hoitaisi uudella lailla säädettävä Kunta- ja maakuntatyönantajat KT. Onko henkilöstön asemasta ja työnantajaedunvalvonnasta esitetty säädettäväksi tarkoituksenmukaisesti?

Vastaajien määrä: 1



Avoimet vastaukset: kyllä pääosin

- Suuri osa lääkäreistä tulee jäämään tämän ulkopuolelle, onkohan viisasta?

41. 39. Onko eläkkeiden rahoittamisesta esitetty säädettäväksi tarkoituksenmukaisesti?

Vastaajien määrä: 1



Avoimet vastaukset: ei kantaa

42. 40. Vapaamuotoiset huomiot henkilöstön asemasta ja/tai työnantajaedunvalvonnasta sekä eläkkeistä.

Vastaajien määrä: 1

- Jos kaupallisuutta lisätään jossain järjestelmässä, niin se merkitsee aina valvonnan lisäämistä ja tiukentamista. Vertailtaessa terveydenhuoltojärjestelmiä sen voi havaita helposti. Valvontaa tullaan tarvitsemaan lisää ja sen osuus kustannuksista kasvaa. Luottamus halpa – epäluottamus kallis. Esimerkkinä voidaan pitää vaikkapa lääkärin ammattioikeuksia. Jo nyt lääkärin osaamisessa ja omaan osaamiseen panostamisessa (täydennyskoulutus) on suuria vaihteluita. Vähäsinä se on yksityisellä sektorilla ja parhaiten hoidettu yliopistosairaaloissa. Yksilöiden välillä huimia eroja ja ne kyllä näkyvät potilastyössä. Jos järjestelmä tulee perustumaan pieniin yrityksiin, joissa on edullisinta pitää ammatinharjoittajia, tämä vaihtelu tulee lisääntymään ja low-performance lisääntymään. Ammatinharjoittajia tullaan suosimaan, koska riski varaamattomasta ajasta on silloin lääkärin ja myös oman osaamisen kehittämisen kustannukset tulevat hänen maksettavikseen. Tämä tullaan kyllä havaitsemaan ja sitä varten tullaan tarvitsemaan resertifikaatiojärjestelmä ja valvontaviranomaisen tehtäviä tullaan lisäämään. Sinänsä näen sen jo nyt hyvänä esimiehen roolissa, koska olisi todell. hyvä saada tietoa, millainen on palkattavan kollegan panostus osaamisen ja millainen on suoriutuminen. Nyt käytännössä lääkärit palkataan aika sokkona.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä on velvoite, mutta ei seuraamuksia. Pidemmän päälle tämä heikentää valvontaa. Kun sama lääkäri toimii nykyisinkin eri palveluntuottajien palveluksessa tai ammatinharjoittajana, ei osaamisesta tai työn laadusta synny kokonaiskuvaa. Kun valvontaa nyt koeskitetään ja samalla velvoitteita tulee lisää, olisi vakavasti harkittava, olisiko ammattioikeuksien valvonta hyvä toteuttaa lähivuosina. Se helpottaisi työnantajien asemaa ja toisaalta sitä kautta voidaan tarjota kansalaisille tietoa ja varmennusta ammattihenkilöiden osaamisesta. Se toimisi myös toisin päin: ammatillisella on oikeus saada ammatillista lisäkoulutusta ja työnantajalle muodostuu enemmän velvoitetta, jos tätä seurataan. Tiedon voi linkittää laatuindikaattoreihin ja seurata, missä osaamisen vajeita esiintyy toiminnan raportoinnin kautta. Julkisten osalta säädetään nyt täydennyskoulutusvelvoitteesta: hyvä jos laajenee kaikkiin eikä sitä voi kiertää millään. palveluntuottajalta voi mennä oikeudet; varmaan myös yksittäiseltä ammattihenkilöltä? Tätä lakia pitää tarkastella uudesta näkökulmasta kokonaan.

43. 41. Miten arvioitte uudistuksen vaikuttavan oman taustaorganisaationne asemaan?

Vastaajien määrä: 1

- Se tullaan yhtiöittämään pakolla. Se mitä siihen sitten jää ja keitä sinne jää, on arvoitus.

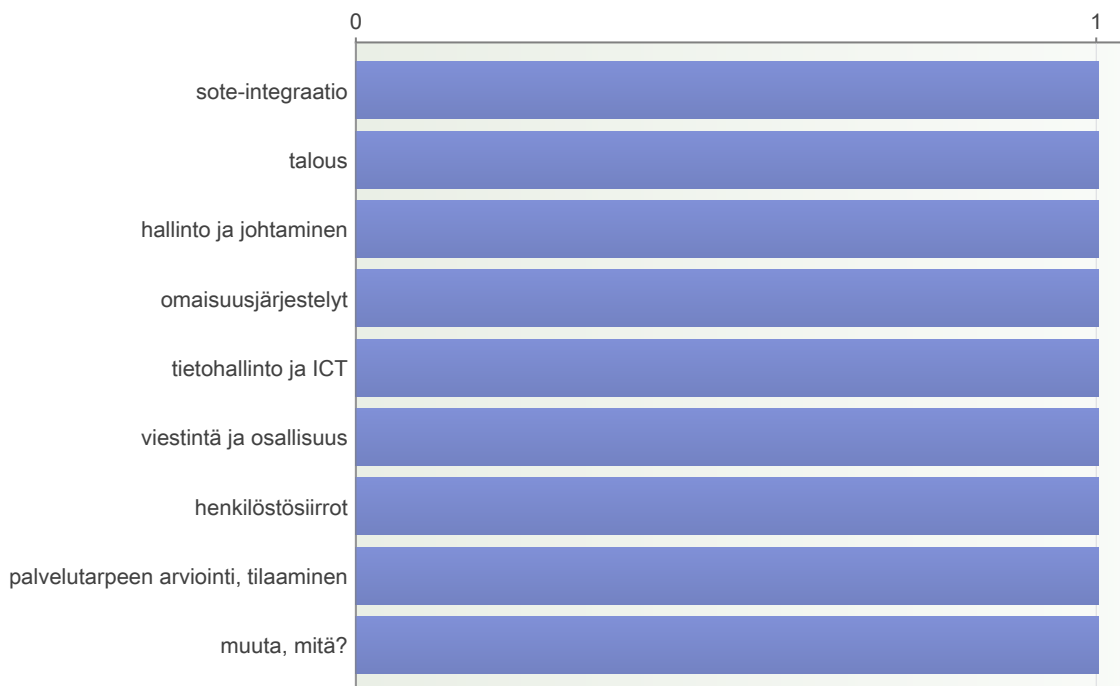
44. 42. Onko maakunnilla riittävät taloudelliset edellytykset suoriutua lakisääteisistä tehtävistä uudistuksen voimaan tultua?

Vastaajien määrä: 1

- En ole nähnyt toimintamäärärahoja tai henkilöstösuunnitelmia. En osaa sanoa, epäilen, kun tavoite on säästää.

45. 43. Mihin aiheeseen/aiheisiin liittyvää valtakunnallista tukea katsotte tarvitsevanne sote- ja maakuntauudistusten alueelliseen toteutukseen (voitte valita usemman vaihtoehdon)?

Vastaajien määrä: 1



Avoimet vastaukset: muuta, mitä?

- ennalta ehkäisevän työn koordinointi kuntien jäljelle jäävien tehtävien kanssa.

46. 44. Muut vapaamuotoiset huomiot hallituksen esitysluonnoksesta.

Vastaajien määrä: 1

- Terveystieteiden alalla on ollut kriisi niin kauan kuin olen toiminut lääkärimäisenä (20 vuotta). Viimeinen 10 vuotta on ollut hukattua mahdollisuutta, jossa poliittinen peli vie ja terveydenhuolto vikisee. Kun kulkee maailmalla ja seuraa millaisia reformeja tehdään, niin suuntamme on vastakkainen. Se huolestuttaa, koska lääketieteessä, hoitamisessa ja väestössä on tapahtunut ja tapahtumassa isoja muutoksia, fundamentaalisia. Niiden haltuunotto tulee olemaan iso urakka ja edellyttäisi ammattimaista toimintaa tietotekniikassa, viestinnässä, johtamisessa, henkilöstön sparraamisessa jne. Nyt tämä pirstotaan pieniksi palasiksi hyvin ohuen argumentin: lääkärin vastaanoton saatavuuden nimissä. Hyvin surullista.

47. 45. Yksilöidyt säädösmuutosehdotukset.

Ei vastauksia.