

31.12.2021

Lausunto



Diaarinumero VN/12948/2019
Sosiaali- ja terveysministeriölle

HALI ry:n lausunto hallituksen esityksestä perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentamisesta

Hyvinvointiala HALI ry kiittää mahdollisuudesta lausua hallituksen esityksestä perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentamisesta.

Hyvinvointiala HALI ry pitää hyvänä ja sosiaali- ja terveysjärjestelmän pitkän tähtäimen kustannusten hallinnan sekä terveydenhuollon yhdenvertaisuuden kannalta jopa välttämättömänä tavoitetta nopeuttaa hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi ns. hoitotakuun tiukentaminen nykyisestä kolmen kuukauden aikarajasta seitsemään päivään on kannatettava. Esityksessä on kuitenkin vielä useita kohtia, jotka vaativat tarkennusta tai muutosta.

Seitsemän päivän hoitotakuun rajaukset eivät ole tarkoituksenmukaisia

Nykyisen lainsäädännön mukaan kiireetön hoito perusterveydenhuollossa on järjestettävä kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arviosta. Ehdotetun seitsemän päivän hoitotakuun piirissä on hallituksen esitysluonnoksen mukaan suppeampi joukko hoitoa ja palveluja kuin nykyisen kolmen kuukauden aikarajan. Esimerkiksi hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaiset hoitotapahtumat, asiakasryhmään liittyvät seuranta- ja tarkastuskäynnit tai terveyttä ja hyvinvointia edistävät palvelut, kuten terveysneuvonta, olisi rajattu pois. Seitsemän vuorokauden määräaika ei myöskään koskisi perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanottokäyntejä, eikä pääsyä psykologin vastaanotolle. Rajaukset on ilmeisesti tehty sen vuoksi, että niillä halutaan hillitä kustannusten kasvua. On kuitenkin tärkeää, että ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen eivät jatkossa kärsi hoitotakuun rajausten vuoksi. Hoidon piiriin päässeiden hoitoajat eivät saa alkaa uusien aikarajojen takia venyä.

On ymmärrettävää, että lähtökohtaisesti erikoislääkärin vastaanotot on rajattu pois hoitotakuun piiristä jatkossakin. Hoitotakuun piirissä ovat kuitenkin yleislääketieteen erikoislääkärit. Tämän osalta HALI ry toteaa, että on hyvä, että erityisesti yleislääketieteen erikoislääkäreiden osaamista hyödynnetään mahdollisimman laajasti. Pitäisi kuitenkin vielä tarkemmin selvittää, onko näitä erityisalaosaajia Suomessa riittävästi hoitotakuun astuessa voimaan. Muuten ei voida edellyttää, että heidän vastaanotolleen pääsisi seitsemässä päivässä. HALI ry:n arvion mukaan yleislääketieteen erikoislääkäreiden määrä ei riitä, mikäli heidät sisällytetään seitsemän päivän hoitotakuun piiriin.

HALI ry kiinnittää huomiota siihen, että lakiehdotuksessa esitetyt rajaukset seitsemän päivän hoitoon pääsyssä eivät monipolviset perustelutekstit niissä mainittuine poikkeuksineen vaikuta kokonaisuudessaan tarkoituksenmukaisilta.

Muut kuin erikoislääkäreitä koskevat ehdotetut rajaukset eivät tue parhaalla tavalla lain tavoitetta nopeuttaa hoitoon pääsyä ja välttää erilaisten sairauksien ja vaivojen pahenemisen. Hyvinvointialueilla on hyvät mahdollisuudet hyödyntää eri sosiaali- ja terveysalojen ammattilaisia sekä yksityisiä palveluntuottajia toteuttaessaan perusterveydenhuollon hoitotakuuta. Eri puolilla Suomea on jo nykyisellään malleja, joissa hyvällä johtamisella, työolosuhteiden ja työnkuvien kehittämällä, uuden teknologian hyödyntämisellä, hoitopolkujen kehittämällä sekä järjellä kumppanuuksilla yksityisten palveluntuottajien – yritysten ja järjestöjen – kesken on jo käytännössä toteutettu seitsemän päivän hoitotakuu. HALI ry näkeekin, että avosairaanhoidon käyntien osalta hoitotakuu pitäisi ulottaa kattamaan kaikki sairaanhoidolliset käynnit, jotta tavoiteltu lopputulos toteutuu ja tarpeen mukainen hoito voidaan toteuttaa potilaan tilanteen edellyttämässä ajassa.

HALI ry kiinnittää huomiota myös siihen, että olisi tärkeää, että asiakkaat voisivat tarpeen niin vaatiessa päästä psykoterapeuttiseen tai muuhun psykososiaaliseen hoitoon kohtuullisen ajan kuluessa. Nyt näiden osalta ei esitetä säädäntöä kiristämällä muutoksia nykytilaan, joka on hoitoon pääsyn osalta paikoitellen todella huono.

Tilastointi on saatava kuntoon

Täsmällistä kuvaa hoitoon pääsystä perusterveydenhuollossa on vaikea saada. Hallituksen esityksen perusteluissa kuvataan, että tiedot vaihtelevat eri alueilla johtuen mm. potilastietojärjestelmien ja kirjaamistapojen eroista. Esityksen mukaan THL:n avohoidon hoitoilmoitusrekisteristä (Avohilmo) saatavien hoitopääsytietojen kattavuus on kaikista sairaanhoidon kiireettömistä käynneistä vain noin 20 % vuonna 2021. Perusteluissa todetaan myös, että erityisesti Apotti-tietojärjestelmää käyttävien organisaatioiden käyntitiedoissa on syksyllä 2021 ilmennyt merkittäviä virheitä, minkä vuoksi suuren väestöosan palveluiden toteutumista ei pystytä luotettavasti arvioimaan.

THL:n tilastoista laskettuna nykyisen perusterveydenhuollon hoitopääsyn määräaikojen ulkopuolella (p.l. suun terveys) on tällä hetkellä pari sataa henkilöä. Mikäli luku laskettaisiin nykyisillä kriteereillä seitsemän päivän mukaan, seitsemän päivän hoitotakuun ulkopuolella olisi samasta lähteestä laskettuna yli 24 000 henkilöä. Kuten edellä on todettu, nämä luvut eivät kuitenkaan ole täysin luotettavia. Lisäksi korona-aika on aiheuttanut sen, että julkisen sektorin henkilöstö on ollut pitkälti kiinni koronan torjuntaan liittyvissä töissä, kuten rokotuksissa, testauksissa ja jäljityksissä. Henkilöstöpulaa ja kasvavia jonoja on paikoin hallittu sillä, että kiireettömään terveydenhuoltoon ei ole otettu ihmisiä edes jonoon. Voidaan siis arvioida, että todellinen patoutunut hoitotarve on tilastoja suurempaa. Pitkittyessään tilanne kärjistyy ja kustannukset nousevat hoitamattomien ongelmien pahetessa ja ihmisten päätyessä perustason sijaan suoraan erikoissairaanhoidon.

Koska tilanne on ollut osassa maata ja yksikköjä edellä kuvatun kaltainen jo ennen koronaa, kasaantunut hoito- ja hoivavelka on merkittävä joillain aloilla, esimerkiksi suun terveyden osalta. Samaan aikaan vuosien varrella Kela-korvauksia on useampaan otteeseen leikattu, joten yksityiseen terveydenhuoltoon ovat säännöllisesti voineet nojautua vain ne, joilla on joko vakuutus, pääsy työterveyshuoltoon tai muuten maksukykyä. Julkisen terveydenhuollon hoitoon pääsyn parantaminen hoitotakuuta kiristämällä on siis paitsi taloudellinen, myös sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen ja yhdenvertaisuuteen liittyvä kysymys.

Jotta hoitoon pääsyn todellista tilaa ja lain toteutumista voidaan seurata, asiaa koskeva tilastointi ja seuranta on kansallisella ohjauksella saatava kuntoon.

Resurssit riittävät, jos niitä käytetään strategisesti oikein ja toimintatapoja muutetaan

Hallituksen esityksen hoitotakuu ripustautuu muidenkin keinojen tunnistamisesta huolimatta vahvasti julkisen terveydenhuollon omiin resursseihin, rakenteisiin ja tuotantoon. Esitys rakentuu tarpeettoman voimakkaasti sille, että hoitoon pääsy on saatavissa kuntoon, kunhan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukseen saadaan nykyistä huomattavasti merkittävämpi määrä henkilöstöä töihin. On kysyttävä, onko tämä realistinen lähtökohta. Väestön eläköityessä, hoidon tarpeen lisääntyessä ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työvoimapolun pahentuessa ei ole mielekäästä kiristää kilpailua julkisen tuotannon ja yksityisten palveluntuottajien välillä. Sen sijaan on pohdittava, miten resursseja voitaisiin käyttää mahdollisimman tehokkaasti ja toimintatapoja uudistaa. Kiristytvä hoitotakuu luo voimaan astuessaan osaltaan kysyntäpiikkiä sote-työvoimalle. Siksi on erityisen tärkeää, että hallitus hoitotakuun valmistelun rinnalla etsii nopeita ja monipuolisia ratkaisuja työvoiman saatavuuteen ja toisaalta patoaa lisätarvetta palveluiden toimintamalleja ja säädäntöä kehittämällä.

Vuonna 2019 sote-palveluissa työskenteli yhteensä 422 000 ihmistä. Kunnissa ja kuntayhtymissä työskenteli yhteensä 205 864 sote-alan ammattilaista. Vaikka julkinen sektori on suurin työllistäjä, monilla sote-palvelujen alatoimialoilla yksityinen sektori työllistää enemmän kuin julkinen sektori. Koko sote-palveluala työllistää yli 88 000 henkilötyövuotta, joista pk-yritykset (1–249 henkilöä) työllistivät henkilötyövuosina yhteensä runsas 48 000 henkilöä ja suureksi luokitellut (250 henkilöä tai enemmän) hieman yli 40 000 henkilöä vuonna 2019.¹

Yksityisen sektorin vetovoimatekijöitä on muun muassa mahdollisuus vaikuttaa oman työnsä tekemisen tapoihin ja sen määrään. Lisäksi monet sote-alan yritykset ovat edelläkävijöitä uuden teknologian ja digitalisaation hyödyntäjinä niin palvelujen konseptoinnissa kuin työn suunnittelun ja tekemisen tukena. Parhaimmillaan julkinen järjestäjä voi kumppanuuksien kautta hyödyntää nämä innovaatiot myös julkisissa palveluissa ilman päällekkäistä kehitystyötä. Esityksen osiossa *Nykytila ja sen arviointi* tulisikin kuvata vielä kattavammin digitaalisten ratkaisujen kansallista tilannetta ja kehitystä terveydenhuollon palveluissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuutta pitäisi edellä kuvattuun viitaten tarkastella kokonaisuutena, eikä vain sen resurssin kautta, joka on julkisen järjestäjän suorassa ohjauksessa ja sen budjettivallan alla. Julkisrahoitteisista terveyspalveluista 94 % tuotetaan julkisella, ja vain 6 % yksityisellä. Kuitenkin perusterveydenhuollon vastaanottokäynneistä noin 60 % tuotetaan yksityisellä, kun mukaan lasketaan terveyskeskusten lisäksi työterveys ja yksityisen terveydenhuollon käynnit. On selvää, että julkinen terveydenhuolto voisi hyödyntää nykyistä paljon tehokkaammin monituottajuutta eli kumppanuutta sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavien yritysten ja järjestöjen kanssa. Mitä strategisemmin tätä tehdään, sitä paremmat ovat tulokset. Kaikkien tuottajien järjestelmällisemmällä hyödyntämisellä on mahdollista saavuttaa kattava palveluverkko, kustannustehokkuutta verorahojen käyttöön, tuki innovaatiotyölle sekä vertailukohta julkisen omalle tuotannolle. Silti julkisen järjestäjän vallasta ja mahdollisuuksista ohjata

¹ Terhi Tevameri: Katsaus sote-alan työvoimaan; Työ- ja elinkeinoministeriö, Helsinki 2021.

julkisten palveluiden kokonaisuutta ei tarvitse tinkiä. Järjestäjien vahvistuessa tulevien hyvinvointialueiden myötä ajankohta toimintatapojen muutokselle on otollinen.

Palvelusetelin laajentaminen tarvitsee tuekseen käytön sujuvoittamista ja reilut pelisäännöt

Hoitotakuuesityksen perusteluissa kuvataan, että hoitoon pääsyä koskee palveluiden järjestämisestä koskeva sääntely, joka varmistaa hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumista. Terveystoimien 54 §:n mukaan kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta, jos ne eivät voi itse antaa hoitoa 51–53 §:n mukaisissa enimmäisajoissa. Terveystoimien 54 §:n sääntely tarkoittaa, että hoito on hankittava muulla tavoin potilaalle koituvan asiakasmaksun muuttumatta. Muita tapoja hankkia palvelua ovat esimerkiksi erilaiset ostopalvelujärjestelyt sekä palveluseteli. Esityksessä todetaan, että jatkossa hyvinvointialueen (kuten kunnan nykyään) tulee määrätä palvelusetelin arvo niin, että se on asiakkaan kannalta kohtuullinen.²

Käytännössä palveluseteliä ei hyödynnetä palvelutuotannossa sillä volyyminä, mikä olisi mahdollista. Kuntien terveystoimen palvelusetelimenot vuonna 2020 olivat noin 11 miljoonaa euroa. Palvelusetelimenojen osuus kaikista terveystoimen nettokäyttökustannuksista vuonna 2020 oli vain 0,3 %. Myös vertailu sosiaalitoimen palvelusetelimenoihin (244 miljoonaa euroa) osoittaa palvelusetelien roolin terveystoimessa pieneksi. Lisäksi palvelusetelien arvo eri palveluissa on monessa kunnassa jäänyt pahasti jälkeen, eivätkä palvelusetelilain säädökset toteudu.³

Perusteluissa kannustetaan hyvinvointialueita mm. luomaan uusia palvelusetelijärjestelyitä hoitoon pääsyn varmistamiseksi. Toisaalta siinä todetaan, että ”...mikäli hyvinvointialueet laajensivat palvelusetelien ja ostopalvelujen käyttöä, esitys voisi kasvattaa myös yksityisen sektorin lääkäritarvetta.” (s. 72) Palvelusetelin nostaminen esiin esityksessä on positiivinen asia, mutta edellä mainittu lainaus kuvaa sitä jatkuvaa ristiriitaa ja vastakkainasettelua, joka lakia valmistavilla viranomaisilla on suhteessa yksityisiin palveluntuottajiin.

Tästä vastakkainasettelusta pitäisi päästä yhteistyöhön ja nähdä mahdollisuudet yksityisten palveluntuottajien järjestelmällisemmällä ja suunnitellulla hyödyntämisellä julkisten palvelujen tuottamisessa – ilman keskinäistä kilpailua sote-alan ammattilaisista. Palvelusetelin kohdalla se tarkoittaisi myös tämän sinänsä erinomaisen välineen käytön edelleen kehittämistä sujuvaksi niin järjestäjän, palveluntuottajan kuin asiakkaiden kannalta. Tässä avuksi voisi tulla esimerkiksi kansallisesti kehitettävä digitaalinen alusta ja sovellus, joka eri järjestäjien ja palveluntuottajien olisi helppoa ja edullista ottaa käyttöön.

Velvoittavuuden puute vesittää säädäntöä

Seitsemän päivän, tai edes nykyisen kolmen kuukauden, hoitotakuu olisi ollut jo suurimmaksi osaksi toteutettavissa mm. palvelusetelin ja muiden ostopalveluiden avulla, mikäli tahtoa olisi. Sanktioita niin nykyisen kuin uudenkaan lain aikana hoitoon pääsyn määräaikojen rikkomisesta

² Ks. Palvelusetelilaki 7 § ja Eduskunnan oikeusasiamiehen lausunto 30.11.2021.

³ Lähde: Sotkanet.fi, *Terveystoimen palvelusetelimenot 2020, Sosiaali- ja terveystoimen palvelusetelimenot yhteensä 2020, Perusterveydenhuollon (mukaan lukien suun terveydenhuolto) nettokäyttökustannukset 2020*

ei näytä olevan eikä tulevan. Näin ollen kunnilla ei ole ollut – eikä välttämättä tulevilla hyvinvointialueillakaan ole – riittävää motivaatiota toteuttaa lain kirjainta.

Lakiesityksen keskeinen ongelma liittyykin siihen, että jatkossakaan todellista velvoittavuutta järjestäjälle huolehtia palvelun saatavuudesta seitsemän päivän sisään ei ole. Teoriassa velvoittavuus syntyy vanhasta terveydenhuoltolaista siirretystä pykälästä (54 §) ”Jos hyvinvointialue ei voi itse antaa tutkimuksia, hoitoa tai kuntoutusta 51, 51a – 51 c, 52 tai 53 §:n mukaisissa enimmäisajoissa, on sen järjestettävä ne hankkimalla ne muilta palveluntuottajilta.” Mikään ei kuitenkaan käytännössä velvoita järjestäjää toimimaan näin, elleivät valvovat viranomaiset aktiivisesti puutu asiaan.

Velvoittavuus on olemassa jo nykyainsäädännössä, mutta sitä valvotaan varsin väljästi. Todellisia sanktioita sen rikkomisesta julkisille järjestäjille ei koidu. Verrokkina voidaan pitää yksityisiin sote-palveluntuottajiin kohdistuvaa valvontaa, jossa taas sopimusrikkomuksista on kirjattu varsin tuntuvat sanktiot, ja sopimusten ja lainsäädännön toteuttamista valvotaan tiukasti.

Myös julkiselle järjestäjälle tulisi koitua sanktioita, mikäli se rikkoo lakia. Hyvinvointiala HALI ry kiinnittää vakavaa huomiota valvonnan toteuttamisen tasapuolisuuteen. Valvovan viranomaisen tulisi jo tällä hetkellä valvoa olemassa olevien hoitotakuaikojen toteutumista vastaavasti kuin mitä valvotaan yksityisten toimijoiden luvanmukaisen toiminnan toteutumista.

Hyvinvointiala HALI ry pitää hyvänä ehdotetun lain 55 §:ää *Tietojen julkaiseminen*, jossa veloitetaan hyvinvointialueita julkaisemaan tietoja hoitoon pääsystä kuukausittain entisen neljän kuukauden sijaan. Tämä vaikuttaa osaltaan siihen, että niin järjestäjä kuin palvelujen käyttäjät tulevat tietoiseksi hoitoon pääsyn tilanteesta, mikä kannustaa järjestäjiä pysymään lain vaahteessa. Ongelmaksi jää, että järjestely uhkaa jäädä omavalvonnan varaan sekä se, ettei sanktioita lain noudattamisesta jättämisestä ole kirjattu lakiin.

Jotta lain tahtotila toteutuisi, hoitoon pääsyä koskeva tieto (Avohilmo) ja kirjauskäytännöt pitää saada ajan tasalle. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos voisi julkaista jokaisen sote-keskuksen osalta yhteydensaantia ja vasteaikaa koskevat tilastot säännöllisesti, esimerkiksi viikoittain tai kuukausittain. Keskitetty kansallinen raportointi tehostaisi lain toimeenpanoa ja kannustaisi hyvinvointialueita hakemaan parhaita ratkaisuja perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn nopeuttamiseen. Asiakkaalle voitaisiin myös säätää subjektiivinen oikeus saada palveluseteli tai maksusitoumus yksityiselle palveluntuottajalle, jos hoitotakuu ei toteudu.

Suun terveydenhuollon hoitotakuu

Suun terveydenhuollon hoitotakuun kiristäminen perustasolla nykyisestä kuudesta kuukaudesta on erittäin kannatettavaa. Tästä huolimatta on todettava, että vielä kolmenkin kuukauden hoitoon pääsyn odottelu on varsin pitkä. HALI ry katsoo, että hoitotakuu tulisi suun terveydenhuollossa lyhentää yhteen kuukauteen. Tämä on mahdollista, mikäli hoitotakuun toteuttamisessa hyödynnetään olemassa olevat yksityisten palveluntuottajien resurssit.

Myös hallituksen esitysluonnos tunnistaa kolmen kuukauden olevan pitkä aika hoitoon pääsulle: ”Julkisen perusterveydenhuollon saatavuuden parantuessa ei todennäköisesti tapahdu kovin suurta siirtymää julkisiin palveluihin, koska yksityiselle vastaanotolle pääsee usein samana päivänä tai parin päivän odotusajalla ja lisäksi ajan saa suoraan erikoislääkärille.” (s. 43) Tästä tunnistamisesta ei kuitenkaan ilmeisesti seuraa se, että hoitoon pääsyä julkisen palvelun

piiriin haluttaisiin merkittävästi nopeuttaa ja tasa-arvoistaa siitä huolimatta (tai ehkä juuri siksi), että asiakkaiden omahoitosuosuus hoidon kustannuksista on suun terveydessä nykyisellään varsin merkittävä, peräti 60 %.

Lausuttavana olevassa hoitotakuuesityksessä todetaan, että suun terveydenhuollossa kiireetön hoito ajettiin monin paikoin alas epidemian alkuvaiheessa, koska koronaviruksen ajateltiin leviävän hammashoidossa. ”Myös neuvoloissa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluissa epidemiauhkaan ja mahdolliseen hoidontarpeen kasvuun varauduttiin siirtämällä henkilöstöä koronatehtäviin tai muihin työtehtäviin. Varautuminen johti kiireettömien palvelujen supistamiseen alueen epidemiatilanteesta riippumatta.” (s. 42) Lopputulemana onkin ollut ennestään pahentunut hoitovelka suomalaisten suun terveyden osalta.

Hammaslääkäreistä yksityisellä sektorilla työskentelee 38 %. Hammaslääkäriliiton työmarkkinatutkimuksen 2021 mukaan 23 % kyselyyn vastanneista yksityishammaslääkäreistä kertoi, että potilaita on liian vähän siihen nähden, paljonko heitä voisi hoitaa. Patoutunutta hoitovelkaa voidaan erityisesti juuri suun terveydessä purkaa yksityisten palveluntuottajien avulla. Myös jatkossa yksityiset palveluntuottajat voivat toimia tärkeässä roolissa hoitotakuun toimeenpanossa. Palveluseteli on hyvä väline suun terveyden hoitovelan purkuun ja mahdollistaa hoidon jatkuvuuden, kun asiakas voi valita halutessaan aina saman palveluntuottajan.

Verovaroin kustannetut palvelut on järjestettävä kansalaisten edun mukaisesti kulloinkin parhaalla käytettävissä olevalla tavalla. Tämä pitää sisällään esimerkiksi sen, että julkisen toimijan pitää käyttää yksityisiä toimijoita palveluiden tuottajina ainakin niissä tilanteissa, joissa yksityisesti tuotettu palvelu on kokonaistaloudellisesti (hinta ja laatu huomioiden) edullisempaa, tai kun julkisen oma kapasiteetti ei syystä tai toisesta riitä kattamaan potilaiden tarpeen mukaista oikea-aikaista hoitoa.

Edellä lausunrossamme käsiteltiin tarpeetonta vastakkainasettelua ja julkissektorin toimijoiden ristiriitaista suhtautumista yksityisen sektorin hyödyntämiseen julkisen palvelun tuottamisessa kansalaisille. Tämä suhtautuminen näkyy valitettavasti myös Lausuntopalvelu.fi:stä löytyvän, hallituksen hoitotakuuta koskevan rakenteisen lausuntopohjan joissain kysymyksissä. Esimerkiksi kysymyksiä koskien suun terveydenhuoltoa voidaan pitää jossain määrin johdattelevina.

Esimerkkeinä tästä ovat kysymykset 2.3. ja 3.8.:

”2.3. Valitse seuraavista sellaiset negatiiviset vaikutukset, joita hoitotakuun tiukentamisella ehdotetussa muodossa perusterveydenhuollon suun terveydenhuollossa todennäköisesti seuraisi. (voit valita useita)”

”3.8. Huolimatta mahdollisista kielteisistä vaikutuksista ja epävarmuuksista, tulisiko hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentaminen toteuttaa ehdotetulla tavalla perusterveydenhuollon suun terveydenhuollossa?”

Kysymyksissä korostetaan tarpeettoman voimakkaasti esityksen mahdollisia haittavaikutuksia. Huomattavaa on myös se, että kysymysten vastausasteikot vaihtelevat suuresti eri kysymysten välillä (kahdesta viiteen vastausporrasta mielipiteen kyllä–ei välillä eri kysymyksissä sekä ”en

31.12.2021

Lausunto



osaa sanoa” vaihtoehdon tarjoamisen tai poisjättämisen epälooginen esiintyminen). Hyvinvointiala HALI ry pyytää sosiaali- ja terveysministeriötä huolellisuuteen rakenteisten kysymysten laadinnassa.

Yhteenveto

- Hyvinvointiala HALI ry tukee tavoitetta nopeuttaa hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa.
- Avosairaanhoidon käyntien osalta hoitotakuu tulisi ulottaa kattamaan kaikki sairaanhoidolliset käynnit, jotta tavoiteltu lopputulos toteutuisi. Myös psykoterapeuttiin tai muuhun psykososiaaliseen hoitoon pääsyä pitäisi nopeuttaa.
- Yleislääketieteen erikoislääkäreiden määrä ei todennäköisesti riitä, mikäli heidät sisällytetään erikoisalana seitsemän päivän hoitotakuuseen.
- Hoitotakuu pitää suun terveydenhuollossa lyhentää yhteen kuukauteen.
- Jotta hoitoon pääsyn todellista tilaa ja lain toteutumista voidaan seurata, asiaa koskeva tilastointi ja kirjauskäytännöt on kansallisella ohjauksella saatava kuntoon.
- Asiakkaan subjektiivista oikeutta päästä hoitoon pitää vahvistaa. Lakiin pitää kirjata asiakkaalle oikeus saada palveluseteli tai maksusitoumus yksityiselle palveluntuottajalle, jos hoitotakuu ei pidä.
- Järjestäjälle pitää koitua sanktioita, mikäli hoitoon pääsy ei toteudu.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuutta pitää tarkastella kokonaisuutena. Yksityiset palveluntuottajat (yritykset ja järjestöt) ovat merkittävä resurssi, joita pitäisi hyödyntää ihmisten palvelujen tuottamisessa strategisesti, eikä vasta viimeisenä vaihtoehtona. Vain näin voidaan hyödyntää monituottajuutta tehokkaasti koronapidentämien hoitojonojen purkamisessa työvoimapulan pahetessa.
- Hoitotakuun valmistelun rinnalla on etsittävä nopeita ja monipuolisia ratkaisuja työvoimapulan ratkaisemiseen ja samalla padottava henkilöstön lisäämisen tarvetta palveluiden toimintamalleja ja säädäntöä kehittämällä.

Kunnioitavasti,

Ulla-Maija Rajakangas

toimitusjohtaja
Hyvinvointiala HALI ry

Lisätiedot:

Hanna-Maija Kause
johtaja, terveyspalvelut
050 566 7949

31.12.2021
Lausunto



hanna-maija.kause@hyvinvointiala.fi