

Kansanterveystyön valtakunnallisen johtajaverkoston lausunto Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle hallituksen esityksestä laeiksi terveydenhuoltolain 51 a ja 51 b §:n ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a ja 10 b §:n muuttamisesta (HE 134/2024 vp)

Kansanterveystyön valtakunnallinen johtajaverkosto kiittää mahdollisuudesta antaa lausuntonsa Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle laeista terveydenhuoltolain 51 a ja 51 b §:n ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a ja 10 b §:n muuttamisesta.

Verkosto ei tue ehdotettua perusterveydenhuollon hoitotakuun muuttamista, ja vastustaa erityisesti siihen mahdollisesti liitettävää hyvinvointialueiden rahoituksen vähentämistä.

Nykyinen hoitotakuusäätely on pääosin ollut tarkoituksenmukainen, ja hoitotakuun tiukkenemisen yhteydessä tullut rahoituslisä on monella alueella mahdollistanut henkilöstölisäyksiä ja parantanut hoitoon pääsyä. Jos hoitotakuusäätely ja rahoitus pysyisivät nykyisellä tasolla, niin hoitoon pääsy jatkuisi todennäköisesti kohtuullisena suurimmassa osassa maata.

Itse sääntelyn muutoksen kautta hoitotakuun keventäminen pidentäisi todennäköisesti keskimääräistä hoitoon pääsyä jossain määrin, mutta ei ehkä kovin merkittävästi, joskin alueellista ja potilaskohtaista vaihtelua esiintyisi paljon. Ilman hyvinvointialueiden rahoituksen vähentämistä muutoksella voisi yksittäisissä tapauksissa olla positiivisia vaikutuksia, siten että pitempi hoitotakuu antaisi mahdollisuuden suunnitella hoidon toteutusta potilaskohtaisemmin hoidon tarpeen ja kiireellisyyden sekä hoidon jatkuvuuden perusteella. Sen sijaan, jos lakimuutos johtaisi hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon rahoituksen vähenemiseen, olisivat muutoksen vaikutukset pelkästään kielteisiä, ja hoitoon pääsyn ajat pitenisivät merkittävästi.

Alun perin hoitotakuun kiristymisen yhteydessä osoitettu rahoitus oli tarpeellinen korjaamaan jo pitkään aliresursoinnista kärsinyttä perusterveydenhuoltoa, ei yksistään vastaamaan kiristyvän hoitotakuun vaatimuksiin. Perusterveydenhuollon avovastaanotolle pääsyssä kriittistä on vastaanottoaikojen määrä, joka jo vuosia on ollut koko väestön tarpeita ajatellen julkisessa terveydenhuollossa aivan liian vähäinen. Hoitotakuun kiristymisen yhteydessä osoitettu lisärahoitus pystyi jossain määrin helpottamaan tätä tilannetta. Pitkällä aikavälillä perusterveydenhuollon lisärahoituksella olisi edellytyksiä vähentää mm. erikoissairaanhoidon ja päivystyksellisten palveluiden tarvetta ja sen kautta hillitä koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kustannusten kasvua. Mikäli hoitotakuun keventäminen johtaa perusterveydenhuollolle osoitetun rahoituksen karsimiseen, tämä mahdollisuus menetetään, jolloin todellisena riskinä on, että sosiaali- ja

terveydenhuollon kokonaiskustannukset kasvavat huomattavasti enemmän, kuin mitä ehkä pystytään perusterveydenhuollossa hoitotakuun kevenemisen perusteella säästämään.

Mikäli perusterveydenhuollon avohoitoon kohdennetut resurssit vähenevät hoitotakuun kevennyksen yhteydessä, on oletettavaa, että päivystyspalveluihin, ja sen kautta myös erikoissairaanhoidon, kohdistuu lisää painetta. Lisäksi perusterveydenhuollon kiirevastaanottotoiminnan kuormitus kasvaisi todennäköisesti, mikä entisestään huonontaisi perusterveydenhuollon mahdollisuuksia panostaa ennaltaehkäisyyn, kiireettömien asioiden oikea-aikaiseen hoitoon ja pitkäaikaissairauksien hyvään hoitoon. Tämä voisi puolestaan johtaa sairauksien komplisoitumiseen ja siten lisääntyneeseen erikoissairaanhoidon ja vuodeosastohoidon tarpeeseen. Samoilla mekanismeilla perusterveydenhuollon rahoituksen karsiminen voisi johtaa myös potilaiden toimintakyvyn laskuun ja sosiaalipalvelujen pitkäaikaistarpeeseen sekä laatupainotettujen elinvuosien menetykseen.

Verkosto ei pidä ehdotettua kaksiportaista ikäperustaista hoitotakuukriteeristöä tarkoituksenmukaisena, koska se tekisi järjestelmästä nykyistä monimutkaisemman ja asukkaille vaikeammin ymmärrettävän, mikä myös hankaloittaisi perusterveydenhuollon ammattilaisten työtä.

Lasten ja nuorten positiivinen erityiskohtelu on sinänsä kannatettavaa, mutta ehdotetussa muodossa se ei vastaa käytännön tarpeita. Lapsiin ja nuoriin kohdennetaan jo erityispalveluita neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon kautta, ja kyseisen väestöryhmän hoitoon pääsyä ja hoitoa voisi kehittää paremmin näitä palveluja kehittämällä, kuin ikäryhmäkohtaisen hoitotakuurajan avulla. Lasten ja nuorten terveydelliset tarpeet ovat usein joko selvästi kiireellisiä, jolloin eivät olisi tämän muutoksen piirissä, tai sellaisia, että ne hoituvat paremmin neuvolan tai koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon kuin avosairaanhoidon kautta. Käytännössä lasten ja nuorten avosairaanhoidoa vaativat tilanteet pystytään ajoittamaan tarkoituksenmukaisesti jo perustuen vaatimukseen tarjota aika potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa. Poikkeava hoitotakuuraja alle 23-vuotiaille lisäisi byrokratiaa ja aiheuttaisi epätietoisuutta ja häiriökysyntää esim. juuri 23 vuotta täyttävien henkilöiden hoidon kohdalla.

Terveystenhuoltojärjestelmän keskeinen ongelma on, että perusterveydenhuollon rahoitus on vuosia ollut liian niukkaa, eikä resursseja ole lisätty, kun perusterveydenhuollon tehtävien määrä on kasvanut. Hoitotakuun kiristymisen yhteydessä perusterveydenhuollon rahoitusta parannettiin hieman, joskin vielä riittämättömästi. Mikäli hoitotakuun keventäminen johtaa perusterveydenhuollolle osoitetun rahoituksen karsimiseen, pahenee perusterveydenhuollon ahdinko

LAUSUNTO

entisestään, mikä pitkällä aikavälillä uhkaa koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän toimivuutta ja pikemminkin lisää kuin vähentää kustannuksia.

Kansanterveystyön valtakunnallisen johtajaverkoston puolesta

Suvi Vainiomäki, verkoston puheenjohtaja