

Lausunto luonnoksesta hallituksen esitykseksi eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain 51 a ja 51 b §:n ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a ja 10 b §:n muuttamisesta (HE 134/2024 vp)

Hyvinvointialueiden kansallisessa ohjauksessa keskeisintä tällä hetkellä tulee olla sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvun hillitsemisen ohella kustannustehokkaampiin toimintamalleihin siirtymisen ohjaaminen. Kustannustehokkuuteen tulee pyrkiä sote-uudistuksen yhdellä perustavoitteista eli perusterveydenhuollon vahvistamisella. Tämä ei onnistunut hyvinvointialueita edeltäneessä terveyspalvelujärjestelmässä, eikä hyvinvointialueilla näytä olevan siihen mahdollisuuksia ja valmiuksia nykyisessä taloudellisessa tilanteessa. Nyt tehtävästä hoitoon pääsyn määrärahojen pidentämisestä ja siihen liittyvästä säästötopimenpiteestä huolimatta hallituksen ja eduskunnan tulee tehdä yli hallituskauden vuoteen 2030 ulottuva toimenpideohjelma yhdenvertaiseen ja kattavaan omalääkärimalliin siirtymisestä. Omalääkärimalliin siirtymistä puoltavat vahva tieteellinen näyttö ja kansallisten kokeilujen erinomaiset tulokset. Samanaikaisesti tulee edistää sekä ammatinharjoittaja- että virkapohjaista omalääkärimallia. Omalääkärimalli pitää sisällään moniammatillisen toiminnan ja parantaa ammattilaisten yhteistyötä.

Aiemmassa hallituksen esityksessä vuodelta 2022 (HE 74/2022) kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisaikojen lyhentämisestä 3 kuukaudesta 14 vuorokauteen ja edelleen 7 vuorokauteen arvioitiin tarvittavan lääkäri työvoiman vajeen (325 lääkäri työvuotta) lisäksi 226 ja 672 lääkäri työvuotta terveyskeskusten vastaanottotoimintaan. Hyvinvointialueille annettiin valtionbudjetin mukaan vuonna 2023 71 miljoonaa euroa tämän tavoitteen saavuttamiseksi. Epäselväksi on jäänyt menikö rahoitus valtaosin talouden tasapainottamiseen, eikä lääkäri- ja hoitajavakanssien lisäämiseen. Tarkempi tilannekuva ja tapahtuneet muutokset täytyy selvittää. Toivon mukaan hyvinvointialueet eivät kohdistu nyt HE 134/2024 vp mukaisesti leikattavaa 97 miljoonaa euroa perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaan.

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

Nyt hallituksen esityksellä tavoitellaan 96 miljoonan euron säästöä perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnasta. Säästön kohdistuessa kaikkiin yleisessä ja suun terveydenhuollon vastaanottotyössä toimiviin ammattiryhmiin johtaisi tämä matemaattisen mallinnuksemme¹ mukaan esimerkiksi yleislääkäri työvoiman vähennyksen osalta 20-30 % vähentymiseen yleislääkärin vastaanottoaikojen tarjonnassa. 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) yleislääkärien työn mielekkyyden ja työssä jaksamisen heikentymistä, joka heikentää entisestään työvoiman saatavuutta julkiseen perusterveydenhuoltoon.

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

lääkärihenkilötyövuoden lisäys kasvattaisi nykyisessä terveysasemien toimintamallissa lääkärin vastaanottoaikojen määrää noin 93 %. Esimerkiksi noin 10 000 asukkaan keskimääräisessä terveyskeskuksessa tämä tarkoittaisi lääkärihenkilötyövuosien nostamista 6,7:sta 9,3:een, mikä nostaisi vastaanottoaikojen vuosittaisen tarjonnan noin 4600:sta noin 8900:aan. Kansallisella tasolla 1400 lääkärihenkilötyövuoden lisäys tarkoittaisi yhteensä noin 158 miljoonan euron vuosikustannusta. 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.

Juha Auvinen, yleislääketieteen professori, yleislääketieteen erikoislääkäri, Oulun yliopisto
(juha.auvinen@oulu.fi, 0407410830)

Viitteet

1. Tuompo W, Ruotsalainen K, Timonen M, Auvinen J. Mihin lääkärin vastaanottoaikojen tarjontaan terveyskeskukset pystyvät? Laskentamalli nykytilasta ja vaihtoehtoskenaarioista. Julkaisematon käsikirjoitus, 2024.