6.6.2022
Lausunto

Sosiaali- ja terveysvaliokunnan kokoukseen 7.6.2022

Asia: HALI ry:n lausunto HE 74/2022 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi

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, joita tulisi tarkentaa tai muuttaa.

Lausunnon pääkohdat

- **Hyvinvointiala HALI ry tukee tavoitetta nopeuttaa hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa.**
- **Marraskuulle 2024 siirretty viikon hoitotakuun voimaan tulon aikaraja on liian pitkällä merkittävä hoitovelkamme huomioiden.**
- **Asiakkaalle pitää luoda selkeä subjektiivinen oikeus päästä hoitoon. Lakiin pitää kirjata asiakkaalle oikeus saada palveluseteli tai maksusitoumus yksityiselle palveluntuottajalle, jos hoitotakuu ei pidä.**
- **Järjestäjälle pitää koitua sanktioita, mikäli hoitoon pääsy ei toteudu.**
- **Avosairaanhoidon käyntien osalta hoitotakuu tulisi ulottaa kattamaan kaikki sairaanhoidolliset käynnit, jotta tavoiteltu lopputulos toteutuisi. Myös erityisesti psykoterapeuttiseen tai muuhun psykososiaaliseen hoitoon pääsyä pitäisi nopeuttaa. HALI ry on huolissaan yleisemminkin kuntoutukseen pääsyn toteutumisesta.**
- **Yleislääketieteen erikoislääkäreiden määrä ei todennäköisesti riitä, mikäli heidät sisällytetään erikoisalana seitsemän päivän hoitotakuuseen.**
- **Hoitotakuu pitää suun terveydenhuollossa lyhentää yhteen kuukauteen ja hoitotakuun voimaan tuloa pitää nopeuttaa.**
- **Jotta hoitoon pääsyn todellista tilaa ja lain toteutumista voidaan seurata, asiaa koskeva tilastointi ja kirjauskäytännöt on kansallisella ohjauksella saatava kuntoon.**
- **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 koronan pidentämien 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.**

Velvoittavuuden puute ja myöhäinen voimaantulo vesittävät säädäntöä

Nykyisen lainsäädännön mukaan kiireetön hoito perusterveydenhuollossa on järjestettävä kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arviosta.

Hoitoon pääsyä koskevien määräaikojen tiukentaminen ehdotetaan ensimmäisestä lakiluonnoksesta poiketen tehtäväksi vaiheittain siten, että lain voimaantuloa seuraavien 14 kuukauden ajan perusterveydenhuollon kiireettömään sairaanhoitoon tulisi päästä 14 vuorokauden ja suun terveydenhuollossa neljän kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnin tekemisestä. Seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika perusterveydenhuollon sairaanhoidossa ja kolmen kuukauden määräaika suun terveydenhuollossa tulisivat voimaan 1.11.2024.

Ehdotetut lait on tarkoitettu tulemaan voimaan pääsääntöisesti 1.9.2023.

Hyvinvointiala HALI ry toteaa, että **1.11.2024 asti siirretty aikaraja viikon hoitotakuun voimaan tulolle on liian pitkällä merkittävä, korona-ajan pahentama hoitovelkamme huomioiden**. Lakiin tulisi rakentaa selkeä subjektiivinen oikeus hoitotakuun toteutumiseen, ja tämä pitää myös sanktioida. Muutoin hyvää tarkoittava hoitotakuu ei käytännössä toteudu.

Seitsemän päivän, tai edes nykyisen kolmen kuukauden, hoitotakuu olisi ollut jo suurimmaksi osaksi toteutettavissa yhteistyössä yksityisten palveluntuottajien kanssa hyödyntämällä mm. palveluseteliä ja muita ostopalveluita sekä kehittämällä toimintatapoja, mikäli tahtoa olisi. Sanktioita niin nykyisen kuin uudenkaan lain aikana hoitoon pääsyn määräaikojen rikkomisesta ei juurikaan ole eikä näytä tulevan. Näin ollen kunnilla ei ole ollut – eikä välttämättä juuri aloittavilla 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 nykylainsäädännössä, 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 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 hoitotakuuaikojen toteutumista vastaavasti kuin mitä valvotaan yksityisten toimijoiden luvanmukaisen toiminnan toteutumista.

Hyvinvointiala HALI ry pitää lähtökohtaisesti hyvänä ehdotetun lain 55 §:ää *Tietojen julkaiseminen*, jossa velvoitetaan hyvinvointialueita julkaisemaan tietoja hoitoon pääsystä kuukausittain entisen neljän kuukauden sijaan. Tämä vaikuttaa osaltaan siihen, että niin järjestäjä kuin palve-

lujen käyttäjät tulevat tietoiseksi hoitoon pääsyn tilanteesta, mikä kannustaa järjestäjiä pysymään lain vaateessa. Ongelmaksi jää, että järjestely uhkaa jäädä omavalvonnan varaan sekä se, ettei sanktioita lain noudattamisesta jättämisestä ole kirjattu lakiin. Pykälää on myös vesitetty suhteessa lausunnolla olleeseen versioon.

HALI ry pitää kuitenkin myönteisenä, että esityksen perusteluissa korostetaan erikseen sitä, että hoidon tarjonnassa on otettava huomioon potilaslain velvoite, jonka mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Perustelut konkretisoivat, että hyvinvointialueella on siis velvoite järjestää toimintansa siten, että joko sen omana tuotantona tai ostopalveluna on saatavilla hoitoaikoja siten, että potilailla on tosiasiallinen mahdollisuus päästä palveluiden piiriin säädetyissä määräajoissa. Pykälät eivät kuitenkaan ohjaa riittävästi tähän suuntaan.

Jotta lain tahtotila toteutuisi, hoitoon pääsyä koskeva tieto (Avohilmo) ja kirjauskäytännöt pitää saada ajan tasalle. Terveyden 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. Kyse on myös ihmisten oikeusturvan toteutumisesta ja asiakkaiden voimaannuttamisesta, kun he ymmärtävät, mitä palveluja heidän pitäisi saada missäkin ajassa sekä näkevät, mikä on tilanne heidän hyvinvointialueellaan. **Asiakkaalle tulisi säätää subjektiivinen oikeus saada palveluseteli tai maksusitoumus yksityiselle palveluntuottajalle, jos hoitotakuu ei toteudu.**

Seitsemän päivän hoitotakuun rajaukset eivät ole tarkoituksenmukaisia

Hyvinvointiala HALI ry kiinnittää huomiota siihen, että 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 esimerkiksi psykologin vastaanotolle. **On tärkeää, että ennaltaehkäisy, varhainen puuttuminen ja kuntoutukseen ohjautuminen eivät jatkossa kärsi hoitotakuun rajausten vuoksi.** Hoidon piiriin päässeiden hoitoajat eivät saa alkaa uusien aikarajojen takia venyä.

Kuntoutus ei käytännössä pääosin ulotu hoitotakuun piiriin. Kunnalla, jatkossa hyvinvointialueella ei ole velvollisuutta järjestää kuntoutusta, jos lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen on Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista annetun lain (566/2005) 9 §:n perusteella Kansaneläkelaitoksen tehtävänä. Kuntoutukseen pääsyä pitäisi kuitenkin nopeuttaa nykyisestä. Korona-aika on vaikeuttanut ja hidastanut entisestään muun muassa lähetteiden tekemistä perusterveydenhuollosta Kelan kuntoutukseen. Kunnat taas eivät ole pystyneet tuottamaan tarvittavissa määrin vastuullaan olevia kuntoutuspalveluja. Mikäli kuntoutukseen pääsyä ei saada sujuvoitettua, sillä on pidemmällä tähtäimellä haitallinen vaikutus ihmisten toiminta- ja työkykyyn ja se voi aiheuttaa merkittäviä heikennyksiä paitsi ih-

misten hyvinvointiin, myös kustannuksia palvelujärjestelmään sekä koko kansantalouteen esimerkiksi työstä poissaolojen tai varsinaisen työkyvyttömyyden lisääntyessä. Olennaisen tärkeää olisi varmistaa lasten ja nuorten pääsy erilaisiin kuntoutuspalveluihin.

51 §:n muotoilua tulisi täydentää seuraavasti: ”…tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja saada yksilöllisen arvion tutkimustensa, hoitonsa tai *kuntoutuksensa* tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä…”. Kuntoutusta ei ole syytä jättää pykälästä pois. On asiakkaiden etu, että jo tässä arvioinnin vaiheessa otettaisiin kantaa myös kuntoutustarpeeseen. Näin huomioitaisiin myös Kuntoutuksen uudistamiskomitean (2017) ehdotuksen 3 kirjaus.

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

Toiminta- ja työkykyyn liittyvien palvelujen osalta hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevissa perustason palveluissa on kaksi keskeistä tehtävää: tunnistaa toiminta- ja työkyvyn tuen ja kuntoutuksen tarve sekä ohjata asiakas toiminta- ja työkyvyn ja kuntoutuksen tarpeen arviointiin ja varmistaa prosessin eteneminen. Edellä kuvattu kuntoutuksen nostaminen pykälään hoidon tarpeen arvion osalta tukisi prosessien saattamista kuntoon alusta asti.

On ymmärrettävää, että lähtökohtaisesti erikoislääkärin vastaanotot on rajattu pois hoitotakuun piiristä jatkossakin. Hoitotakuun piirissä ovat kuitenkin esityksen mukaan 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.** Hallituksen esityksen mukaan Tilastokeskuksen Kuntasektorin palkat -tilaston perusteella vuoden 2018 lokakuussa kuntasektorin palveluksessa terveyskeskusten avosairaanhoidossa työskenteli 2 697 yleislääkäriä, ja noin joka neljäs terveyskeskuslääkäri on yleislääketieteen erikoislääkäri. On siis huomioitava, että jokainen yleislääkäriksi edellä mainittu ei ole yleislääketieteen erikoislääkäri. Edelleen toisaalla esityksessä todetaan, että Lääkäriliiton vuoden 2019 vuositilaston mukaan Suomessa oli vuoden 2018 lopussa yhteensä 21 148 työikäistä laillistettua lääkäriä. Heistä 3 982 lääkärillä oli yleislääketieteen erikoislääkärin oikeudet. Tästä voidaan laskea, että hieman alle joka viides laillistetuista lääkäreistä on yleislääketieteen erikoislääkäri. On syytä kysyä, onko realistista, että tämä määrä ja osuus kaikista lääkäreistä riittää toteuttamaan viikon hoitotakuuta lääkäreiden osalta.

Muut kuin erikoislääkäreitä koskevat ehdotetut rajaukset eivät tue parhaalla tavalla lain tavoitetta nopeuttaa hoitoon pääsyä ja välttää erilaisten sairauksien ja vaivojen paheneminen. 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 kehittämisellä, uuden teknologian hyödyntämisellä, hoitopolkujen kehittämisellä sekä järkevillä 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.**

Tilastointi on saatava kuntoon, tietojen jakamisen velvoitetta ei pidä vesittää

Täsmällistä kuvaa hoitoon pääsystä perusterveydenhuollossa on nykyisin 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 hoitoonpääsytietojen 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 väestönosan palveluiden toteutumista ei pystytä luotettavasti arvioimaan.

Lisäksi korona-aika aiheutti sen, että julkisen sektorin henkilöstö oli pitkään 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 erikoissairaanhoitoon.

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 ja ollaan ensi vuonna jopa puolittamassa nykyisestä. 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. Tilastoinnin ja seurannan ohella merkityksellistä on myös se, miten julkista järjestäjää velvoitetaan raportoimaan hoitoon pääsyn toteutumisesta.**

Hyvinvointiala HALI ry katsoo, että hallituksen esityksen ensimmäisen luonnoksen versio lain 55 pykälästä koskien tietojen julkaisemista oli lausuntokierroksen jälkeen muutettua versiota parempi. Lain velvoittavuutta tuottaa tietoa hoitoonpääsyn määräajoista on väljennetty sillä perusteella, että tietojen julkaisua koskeva sääntely voi olla hankala toimeenpanna. Alkuperäisessä pykäläesityksessä eriteltiin, että hyvinvointialueen tulisi kuukausittain julkaista tiedot 1) välittömästi yhteyden saaneiden potilaiden osuudesta kaikista yhteyttä ottaneista potilaista; 2) seitsemässä vuorokaudessa hoitoon päässeiden potilaiden osuus 51 a §:n 1-3 ja 7 momentissa tarkoitetuissa palveluissa; sekä 3) kolmessa kuukaudessa hoitoon päässeiden potilaiden osuus 51 a §:n 4, 5 ja 7 momentissa sekä 51 b §:ssä tarkoitetuissa palveluissa.

Nyt käsittelyssä olevassa versiossa pykälän oheiset momentit ovat supistuneet muotoon:

> *”Hyvinvointialueen on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 51, 51 a ja 51 b §:ssä säädettyjen määräaikojen noudattaminen toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten 51 c, 52 ja 53 §:ssä säädettyjen määräaikojen noudattaminen toteutui. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot hyvinvointialueelle.”*

Hyvinvointiala HALI y toteaa, että **pikemminkin kuin väljentää hoitoon pääsyä koskevan tiedon julkaisun kriteerejä tulisi kehittää tiedonkeruun menetelmiä**. Hoidon laadun seurannan ja vertailun mahdollistamiseksi on ensiarvoisen tärkeää, että tiedon keruuta yhtenäistetään ja sen julkistamisesta tehdään velvoittavaa riittävän yksityiskohtaisella tasolla. Tähän velvoittaa osaltaan myös sote-järjestämislain (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä) 29 §.

Resurssit riittävät, jos niitä käytetään strategisesti oikein ja toimintatapoja muutetaan

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]

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. Hallituksen käsillä oleva esitys keskittyy pääosin julkisen itse tuottamiin palveluihin, vaikka koko sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuotannon kokonaisuuden hahmottaminen on merkityksellistä hoitotakuun toimeenpanon näkökulmasta. Julkisrahoitteisista terveyspalveluista nykyään 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 julkisten palveluiden kokonaisuutta ei tarvitse tinkiä. Järjestäjien vahvistuessa uusien hyvinvointialueiden myötä ajankohta toimintatapojen muutokselle on otollinen.

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

6.6.2022
Lausunto

HYVINVOINTIALA

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, ja lain voimaan tulon siirtäminen 1.1.2024 asti pitkittää nykytilanteen paranemista suun terveydenhuollon osalta kohtuuttomasti. HALI ry katsoo, että **hoitotakuu tulisi suun terveydenhuollossa lyhentää yhteen kuukauteen**. Tämä on mahdollista, mikäli hoitotakuun toteuttamisessa hyödynnetään olemassa olevat yksityisten palveluntuottajien resurssit.

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 entisestään 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 voidaankin juuri suun terveydessä verraten nopeasti purkaa yksityisten palveluntuottajien avulla**. 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. Hyvinvointiala HALI ry toteaa, että mittavaa hoitovelkaa on eri hyvinvointialueilla ryhdyttävä purkamaan viivytyksettä, ja tässä merkittävänä apuna voivat heti, hoitotakuun voimaantulosta riippumatta, olla yksityisten palveluntuottajien resurssit, joita on kuvattu aiemmin lausunnossa.

Kunnioittavasti,

Hanna-Maija Kause
johtaja, terveyspalvelut
p. 050 566 7949
hanna-maija.kause@hyvinvointiala.fi