JM 13.5.2024

StV@eduskunta.fi

VNS 2/2024 vp

Lääkäriliiton lausunto julkisen talouden suunnitelmasta vuosille 2025-2028

Lääkäriliitto kiittää mahdollisuudesta tulla kuulluksi kyseisessä asiassa. Lausunnossa fokus on nimenomaisesti pyydetyissä teemoissa, perusterveydenhuollossa ja hoitotakuun muutoksen vaikutuksissa.

Perusterveydenhuollon tilasta

Julkisen perusterveydenhuollon tila on hoitoon pääsyn osalta hoitotakuun tiukentamisen myötä kohentunut. Kiireettömissä asioissa ammattihenkilölle hoitoon pääsee kahden viikon määräajassa keskimäärin 88 % potilaista. Lääkärin fyysistä vastaanottoa tarvitsevista 60 % ja kaikki vastaanottomuodot huomioiden 71 % pääsee vastaanotolle määräajassa. Tilanne vaihtelee hyvinvointialueiden välillä.

Terveyskeskusten lääkärityön sairasvastaanottojen tuottavuuden on eri yhteyksissä esitetty heikentyneen. Tarkempia tietoja asiasta ei ole saatavissa. Tuottavuuden muutokseen on useita syitä, joista yksi on hoitotakuu. Kun viimeisen kahden vuosikymmen ajan on normein ohjattu hoidon tarpeen arvion toteutumista kolmessa päivässä ja hoitoon pääsyä kolmessa kuukaudessa, on terveyskeskuksiin kehitetty järjestelmiä, joissa hoitotyön ammattilaiset toteuttavat hoidon tarvearviot. He tarvitsevat lääkäreitä konsultoitavakseen ja näin lääkäreiden työaikaa joudutaan allokoimaan hoitoon pääsyn karsintatehtäviin.

Erinäisin muin ohjauskeinoin, kuten esimerkiksi neuvolatarkastusten normitus, on myös aiheutettu, että terveyskeskuksissa nimenomaisesti lääkäreiden sairasvastaanotto on se toiminto, joka joustaa riittämättömien voimavarojen tilanteessa, vaikka potilaiden ongelmat pääsääntöisesti ovat moninaisia ja haastavampia ratkottavia kuin aiemmin.

Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan saatavuus vaihtelee hyvinvointialueittain. Suurin henkilöstövuokrauksen tarve näyttää olevan niillä Etelä-Suomen alueilla, joilla henkilöstöä asuu runsaasti. Hyvinvointialueittain henkilöstövuokrauksen osuus henkilöstökustannuksista

vaihteli STM selvityksen mukaan 1-16% välillä. Pohjois-Suomessa, jossa omalääkärimallia on toimeenpantu terveyskeskuksissa, vuokralääkäreiden tarve on ollut hyvin pientä.

Terveyskeskusten toimintaa on kehitetty aktiivisesti. Monella hyvinvointialueella on kehitetty vastaanottotoimintaan tiimimalleja ja digipalveluja. Tiimimalleilla ei kuitenkaan ole saatavissa vastaavaa hyötyä hoidon jatkuvuuteen kuin omalääkäriratkaisulla. Digipalvelujen osalta on toistaiseksi jossain määrin epäselvää, mihin palvelutarpeeseen niitä on otettu ja kehitetään. Kysyntää niille näyttää olevan.

Monilla hyvinvointialueilla on taloudellisista syistä päädytty karsimaan perusterveydenhuollon palvelupisteitä. Ratkaisu on vastoin perusterveydenhuollon vahvistamisen tarvetta. Kansallista kokonaiskuvaa palveluverkon muutoksista ei ole tässä vaiheessa käytettävissä.

Väestön luottamusta julkisiin terveyspalveluihin kuvaa muutos yksityisten sairauskuluvakuutusten markkinassa. Vuoden 2023 lopussa noin 1,3 miljoonalla suomalaisella oli yksityinen vakuutus. Näistä yli puolet oli aikuisten vakuutuksia. Kasvu viimeisten vuosien aikana on ollut voimakasta erityisesti aikuisilla. Myös vakuutusten hinnat ovat nousseet reilusti. Vakuutusten myyjät kertovat asiakkaiden olevan huolissaan hyvinvointialueiden tilanteesta. Vuonna 2022 suomalaisista 2,3 miljoonaa sai kelakorvauksia yksityisestä sairaanhoidosta, joten yli puolella yksityisten palvelujen käyttäjistä on yksityinen sairauskuluvakuutus.

Hoitotakuun heikentäminen

Osana julkisen talouden suunnitelmaa, on tarkoitus heikentää perusterveydenhuollon hoitotakuu 3 kuukauteen nykyisestä kahdesta viikosta. Muutoksella odotetaan hyvinvointialueiden säästävän 132 M€ vuodessa, mikä vastaavasti vähennetään hyvinvointialueiden rahoituksesta. Suunnitelmassa ei mitenkään avata ratkaisun vaikutuksia hyvinvointialueiden toimintaan tai talouteen eikä potilaiden tarvitsemien palvelujen toteutumiseen.

Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnassa valtaosa tuotantokustannuksista syntyy henkilöstöstä. Jotta 3 kuukauden hoitotakuu pystyttäisiin toteuttamaan vähemmillä kustannuksilla kuin 14 päivän hoitotakuu, edellyttäisi se, että henkilöstöä pystyttäisiin vähentämään. Henkilöstötarpeen väheneminen edellyttäisi kuitenkin vähenevää potilaiden hoidon tarvetta.

Vaihtoehtoisia perusteita vähenevälle hoidon tarpeelle 2 vko – 3 kk välillä olisivat: potilaiden paraneminen odotusaikana, potilaiden kuoleminen odotusaikana, potilaiden hakeutuminen muualle hoitoon odotusaikana. Pitkäaikaissairaudet eivät odottamalla parane. Osalla sairauden tilanne odotusaikana heikkenee niin, että tarvitaan päivystyspalveluja.

Kun vuonna 2020 Covidin vuoksi ihmisiä ohjeistettiin olemaan hakeutumatta sairaanhoitoon pikkuvaivoissa, jäi vuositasolla n 1600 uutta syöpää diagnosoimatta. Vaikka pikkuvaivoja aiheuttavat uudet syövät varmasti löytyvät myös 3 kuukauden kuluttua, voi viivästyksestä aiheutua joillekin potilaille haittaa sairauden hoidon vaikeutuessa. Huolestuttavampaa kuin diagnoosin viivästyminen parilla kuukaudella, on kuitenkin se, ettei tutkimuksiin vaivauduta ollenkaan, luottamuksen heikennyttyä liikaa.

Valtaosalle hoitotakuuta odottavista monisairaista sairaskuluvakuutukset olisivat liian kalliita, jos edes mahdollisia, hankittavaksi ja yksityislääkäreiden vastaanottojen kustannusten lisäksi merkittävien tutkimuskustannusten hinnat tulisivat valtaosalle liian kalliiksi. Omalla rahalla palvelujen hankkiminen yksityissektorilta ei siis olisi vaihtoehto. Näin ollen valtaosa potilaiden hoidon tarpeesta jäisi 3 kuukauden kuluessa toteutettavaksi, ja edellyttäisi samoja resursseja kuin 2 viikon kuluessakin.

Kun 132 M€ vuosikustannusta verrataan henkilöstökuluihin, tarkoittaisi kyseinen summa esimerkiksi 1000 terveyskeskuslääkärin ja usean sadan sairaanhoitajan vähentämistä työvoimasta. Terveyskeskuksissa työskentelee tällä hetkellä noin 3700-3800 lääkäriä, noin kolmannes heistä osa-aikaisesti. On selvää, että minkään mittaista hoitotakuuta ei kyettäisi toteuttamaan, mikäli heistä tällainen osa irtisanottaisiin. Mikäli säästöä haettaisiin hankkimalla palveluja kilpailuttamalla yksityistuottajia, voitaisiin marginaalista säästöä saada, jos sopimukset kilpailutuksella halpenisivat. Mikäli julkista tuotantoa pyrittäisiin tehostamaan ulkoistamalla palveluja, tulisi ulkoistettujen palvelujen mukainen henkilöstö vähentää kustannusrakenteesta. Mutta sen lisäksi tarvittaisiin vielä säästöjen edellyttämä vähennys.

Muutosvaiheessa olisi ajateltavissa väliaikainen säästö lomauttamalla henkilöstöä vastaanottopalveluista kahdeksi kuukaudeksi, jolloin odotusaika saataisiin venytettyä nopeimmin hoitotakuun mukaiseksi. Lomautusten jälkeen henkilöstön tarve olisi kuitenkin entisellään eikä pysyvää muutosta kustannusrakenteeseen synny.

Palvelusetelin käyttövelvoitteesta luopumisesta voi periaatteessa säästyä pieniä määriä siellä missä palvelusetelejä on ollut käytössä. Säästö edellyttää, että hoito pystytään itse olemassa olevin voimin tarjoamaan.

On siis selvää, ettei hoitotakuun muutoksella saada tavoiteltua säästöä aikaiseksi.

Kelakorvausten noston vaikutukset

Yksityisen sairaanhoidon Kelakorvauksia nostetaan 335 M€ hallituskauden ajalle. Tällä tavoitellaan perusterveydenhuollon jonojen purkamista. Ratkaisu samaan aikaan julkisten palvelujen heikennysten kanssa on hämmentävä. Mediassa lääkärikunta jopa pohtii tulisiko julkinen perusterveydenhuolto näiden ratkaisujen perusteella siis ajaa aktiivisesti alas, jotta uusi, mahdollisesti ammatinharjoittajuuteen perustuva toimintamalli päästäisiin rakentamaan eurooppalaiseen tapaan. Tällainen erittäin merkittävä ja laajakantoinen terveydenhuoltopoliittinen suunnanmuutos vaatisi kuitenkin syvällisiä yhteiskunnallista keskustelua ja huolellista valmistelua.

Vuoden 2024 alusta yksityisen sairaanhoidon kelakorvauksia nostettiin merkittävästi. Lääkärivastaanoton 8 € korvaus nostettiin 30 € ja videovastaanotoista korvaus päätettiin 25 € ja chat palvelujen korvaus jäi ennalleen. Alkuvuoden aikana yksityisvastaanottojen käyttö on hiukan vähentynyt vuoden 2023 vastaavasta jaksosta, mutta kelan kustannukset ovat kaksinkertaistuneet. Vuodet eivät ole aivan vertailukelpoisia, joten jää nähtäväksi lisääkö vastaanoton korvausten noin 50 euroon kasvattaminen käyttöä vai vain kustannuksia. Ilmeistä kuitenkin on, että vaikutukset terveyskeskusten 3 kk jonossa odottavien hakeutumiseen yksityispalveluihin, jäävät aiemmin todetusti vähäisiksi.

Omalääkärimalli

Lääkäriliitto tukee omalääkärimallia, jonka tavoitteena on omalääkäri jokaiselle lähitulevaisuudessa. Hoidon jatkuvuus on omalääkärimallissa oleellisin hyöty. Saman yleislääkärin hoitaessa pitkäaikaisesti potilasta hoidon laatu paranee, sairastuvuus ja kuolleisuus vähenevät merkittävästi, terveydenhuollon palveluiden kokonaistarve ja -kustannukset pienenevät ja tuottavuus ja potilastyytyväisyys paranevat. Näistä vaikutuksista tieteellinen näyttö on siinä määrin vahvaa, että malli tulisi toteuttaa.

Hoidon jatkuvuutta mitataan COCI-indeksillä. Indeksin arvo vaihtelee välillä 0-1. Suurempi indeksin arvo kertoo paremmin toteutuneesta hoidon jatkuvuudesta. Suomessa indeksin keskitaso on noin 0,3 kun Norjassa, jossa omalääkäriratkaisu tehtiin kaksi vuosikymmentä sitten, se on noin 0,55. Norjassa siis noin kolme neljästä potilaan kiireettömästä lääkärikäynnistä kohdentuu samalla lääkärille. Pohjois-Pohjanmaalla on saatu jatkuvuutta parannettua maan keskitasosta 0,45 tasolle ilman lääkäreiden määrän kasvattamista. Muutos on tehty järjestelemällä tehtäviä uudella tavalla ja jakamalla väestö vakinaisille yleislääkäreille, joiden toimintaa tukevat koulutettavana olevat kokemattomammat lääkärit.

Lääkäriliitto on erittäin kiinnostunut LUVN ja Keski-Suomen ammatinharjoittajakokeiluista osana omalääkäriratkaisua. Yleislääkäreistä noin 600 tekee pääosin yksityisvastaanottoa lääkäriasemilla ja 1700 sairasvastaanottoa työterveyshuollossa. Heidän, tai terveyskeskuksissa virkasuhteissa työskentelevien lääkäreiden valmiuksista tai kiinnostuksesta hakeutua ammatinharjoittajana omalääkärin vastuuseen ja sitoutumiseen, ei ole tietoa. Kokemusten hankkiminen on siksi tärkeää. Lääkäriliitto ei priorisoi vaihtoehtoja omalääkäritoiminnan toteuttamiseen. Tärkeintä on, että toimintamalli saadaan toteutettua. Yhtenä kansallisena ohjauskeinona olisi siirtyä perusterveydenhuollossa saatavuuden ohjaamisesta potilaslääkärisuhteen jatkuvuuden ohjaamiseen.

Lääkäriliiton kanta soveltuvaan vastuuväestön kokoon omalääkärillä on 1200. Norjassa keskimääräinen omalääkärin vastuuväestö on n. 990. Suomessa on riittävästi yleislääkäreitä toteuttamaan omalääkärimalli, mikäli järjestelmä saadaan rakennettua niin, että valtaosa terveyskeskuksissa, yksityisvastaanotoilla ja työterveyshuollossa sairasvastaanottoa pitävistä yleislääkäreistä saadaan kannustettua mukaan omalääkäritoimintaan. Ratkaisun ohjaaminen edellyttää toimia valtiolta, joka kykenee normittamaan kaikkia tarvittavia sektoreita kannustavalla tavalla.

Kunnioittaen

Jukka Mattila
toimialajohtaja