Lausunto luonnoksesta hallituksen esitykseksi eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja toimeentulotuesta annetun lain 7 b §:n väliaikaisesta muuttamisesta (HE 36/2025 vp)

Yleislääketieteen keskeisinä kansainvälisinä periaatteina ovat väestön matalankynnyksen pääsy yleislääkärin vastaanotolle ja potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus. Suomen perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan keskeiset ongelmat ovat sekä potilas-lääkärisuhteiden jatkumattomuus että epäyhdenvertainen ja heikko pääsy yleislääkärin vastaanotolle. Näiden ongelmien taustalla ovat historiallinen perustason vastaanottotoiminnan pirstoituminen eri sektoreille (monikanavaisuus), lääkäreiden vaihtuvuus eli siirtyminen toimintayksiköiden ja sektoreiden välillä, perusterveydenhuollon aliresurssointi ja systemaattisen omalääkärimallin puuttuminen.

Hallituksen esityksen (HE 36/2025 vp) tavoitteena on parantaa potilaiden pääsyä yleislääkärin vastaanotolle. Suomen julkisen perusterveydenhuollon lääkäreiden vastaanottomäärät ovat romahtaneet 2000-luvun aikana, joten hallituksen esitys on tämän tavoitteensa osalta erinomainen ja kannatettava. Hallituksen esityksen (HE 36/2025 vp) mukainen malli madaltaisi kynnystä ja nopeuttaisi potilaiden pääsyä lääkärin vastaanotolle olettaen että palvelun tarjoajia on riittävästi.

Systemaattisella omalääkärimallilla saavutetaan parempi potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus, jonka hyödyistä on vahva tieteellinen näyttö. Omalääkärimalliksi voidaan kutsua mallia, jossa potilaalla on yksi omalääkäri, joka vastaa hänen perustason lääkärinvastaanoton tarpeisiin kokonaisvaltaisesti ja pitkäjänteisesti. Vastaavasti omalääkärillä on tietyn kokoinen väestö vastuullaan. Nyt lausuttavana olevassa hallituksen esityksessä (HE 36/2025 vp) kuvattava malli ei täytä em. omalääkärimallin määritelmiä, vaikka potilas voikin varata niin halutessaan seuraavan vastaanottoajan samalle lääkärillä.

Suomessa on noin 2000 yleislääketieteen erikoislääkäriä, joista noin 2/3 työskentelee terveyskeskuksissa. Yhä useampi kuuden vuoden lääkärikoulutuksen käynyt hakeutuu erikoistumaan kuusi vuotta kestävään yleislääketieteen erikoislääkärikoulutukseen, joka takaa laaja-alaisen ja kokonaisvaltaisen osaamisen. Hallituksen esityksessä (HE 36/2025 vp) yleislääkärillä tarkoitetaan yhtä lailla juuri lääkäriksi valmistunutta lääkäriä kuin yleislääketieteen erikoislääkäriä ja vuosia erikoissairaanhoidossa työskennellyttä sairaala-alan erikoislääkäriä. Hallituksen esitykseen tulisikin yleislääkäri-termi muuttaa lääkäri-termiksi, joka kuvaa lääkärin peruskoulutuksen käynyttä lääkäriä.

Hallituksen esitys (HE 36/2025 vp) koskee yli 65 vuotta täyttänyttä väestöä, joka on kaikkein monisairainta. Valtaosa nykyisin terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyvistä potilaista on yli 65 vuotiaita ja monisairaita potilaita. Erityisesti tämän kaikkein monisaimman väestönosan hoitaminen vaatii potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta ja yleislääketieteen erikoislääkärin laaja-aikaista osaamista ja kokonaisvaltaista työotetta. Lyhyt, kertaluonteinen ja potilaan terveyskeskuksen ulkopuolella tapahtuva 20 minuutin käynti potilasta tuntemattomalla lääkärillä ei juuri edistä potilaan tilannetta. Myöskään perusterveydenhuollon lääkärivastaanoton jonon purkaminen potilasta tuntemattomien lääkärien toimesta ei edistä potilaan asioiden pitkäjänteistä etenemistä.

Omalääkärimallin ja potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden osalta sen sijaan ei ole eroa toimiiko omalääkäri yrittäjänä tai virassa. Pääsääntöisesti muissa Euroopan maissa kuin Suomessa ja Ruotsissa on käytössä kattava ja yhdenvertainen omalääkärimalli, jossa omalääkäri toimivat yrittäjinä / ammatinharjoittajina. Omalääkärillä tulee olla hallitun kokoinen väestö ja insentiivit väestön mahdollisimman kokonaisvaltaiseen ja tehokkaaseen hoitamiseen, kuten esim. Länsi-Uusimaan hyvinvointialueen ammatinharjoittaja-omalääkärimalliin on sisään rakennettu.

Perusterveydenhuollon vahvistaminen vaatii yli hallituskausien ulottuvaa pitkäjänteistä ja johdonmukaista ohjausta. Viime vuosien aikana kansallinen ohjaus on ollut kuitenkin poukkoilevaa.

Perusterveydenhuollon kiireettömän hoitoon pääsyn enimmäisaikoja lyhennettäessä 3 kuukaudesta 14 vuorokauteen (HE 74/2022) hyvinvointialueiden rahoitukseen lisättiin 71 miljoonaan euroa lääkäri- ja hoitajavirkojen lisäämiseksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi. Edelleen hoitoon pääsyn enimmäisaikoja pidennettäessä takaisin 3 kuukauteen (HE 134/2024 vp) hyvinvointialueiden rahoitusta vähennettiin tältä osin 96 miljoonaa euroa. Hyvinvointialueet ovat itsehallinnollisia ja suuntaavat rahoituksen lisäämisen ja vähentämisen oman harkintansa mukaan. Nykyisellä hallituskaudella kasvatetulla yksityislääkärikäyntien Kela-korvauksilla ja nyt lausuttavana olevalla hallituksen esityksellä (HE 36/2025 vp) pyritään vastaavasti parantamaan potilaiden pääsyä yleislääkärin vastaanotolle. Edellä todetut ohjaustoimenpiteet ovat ristiriidassa toistensa kanssa ja heikentävät terveyskeskuksissa työskentelevien ammattilaisten luottamusta julkisen perusterveydenhuollon ja oman työn tulevaisuuteen.

Todettakoon että tästä huolimatta perusterveydenhuollosa on tehty ja tehdään erinomaista työtä vastaanottotoiminnan muuntamiseksi omalääkärimallin periaatteiden mukaiseksi. Nykyinen hallitus on onnistuneesti viestinyt kannattavansa tieteelliseen näyttöön pohjautuvaa omalääkärimallia ja puoliväliriihikirjaus erillisrahoituksen osoittamisesta ammatinharjoittajaomalääkäreiden hankintaan hyvinvointialueille on omiaan kiihdyttämään hyvää kehitystä.

Vielä julkaisemattoman tutkimuksemme laskentamallin mukaan aiemmin arvioidun hallittavissa olevan 1200 lääkärityövuosikohtaisen 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 160 miljoonan euron vuosikustannusta. Mainittakoon että terveyskeskusten avosairaanhoidon lääkärikustannukset olivat vuonna 2019 kokonaisuudessaan vain noin 700 miljoonaa euroa, mikä ei ole kovin suuri osuus yli 27 miljardin euron terveydenhuollon kokonaiskustannuksista ottaen huomioon, että kyse on terveydenhuollon perustan ydintoiminnasta ja jokaiselle kansalaiselle tärkeästä toiminnasta.

Oulussa 22.5.2025



Juha Auvinen, yleislääketieteen professori

Väestöterveyden tutkimusyksikkö

Oulun yliopisto

juha.auvinen@oulu.fi

+358406736344