

## **Teema 7: Oikeudenmukainen, yhdenvertainen ja mukaan ottava Suomi Hyvinvointialan vastaus neljään esitettyyn kysymykseen**

**Hyvinvointiala HALI ry** kiittää hallitusohjelmaneuvottelijoita pyynnöstä antaa näkemys sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden vahvistamisesta, erityistason palvelujen mahdollisuudesta tukea perustasoa, hoitotakuun kiristämisestä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön riittävydestä.

### **Tiivistelmä**

- Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen saatavuuden parantamiseksi hoitotakuaaikoja on lyhennettävä ja sosiaalipalveluihin luotava hoivatakuu. Niiden rajoissa pysyminen on varmistettava palveluselelein tai ostopalveluin. Lisäksi ns. Kela-korvauksia on korotettava nykytasosta merkittävästi.
- Erityistason ja perustason palvelujen saumattomien palveluketjujen turvaamiseksi perustason asiakasohjauksesta vastaavalla on oltava laaja ymmärrys asiakkaan palvelujen tarpeesta. Tietojen pitää liikkua esteettömästi.
- Hoitotakuaaikoja on kiristettävä merkittävästi, ja järjestäjät on veloitettava niissä pysymiseen. Lisäksi on luotava hoivatakuu.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön riittävyys varmistetaan luomalla koko vaalikauden kestävä, monipuolinen ohjelma, joka sisältää muun muassa koulutuspaikkojen lisäämisen, muutokoulutuksen ja lyhyemmän pätevöittävän koulutuksen kehittämisen ja yhden lukuvuoden mittaisen hoiva-avustajakoulutuksen vakiinnuttamisen, oppisopimuskoulutuksen kehittämisen sekä maahanmuuttajien työllistymisen helpottamisen. Perhevapaa uudistus on toteutettava.

## **1. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden vahvistaminen palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden näkökulmasta**

### **1.1. Hoivapalvelut ja niiden saatavuus**

#### **Hoivatakuu**

Hoiva-asiakkaan palvelutarve sekä hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisten palveluiden piiriin pääsy on määriteltävä vanhuspalvelulakiin tai vastaavaan kirjattavan hoivatakuun puitteissa.

### **Palvelusetelin käytön laajentaminen**

Jos julkinen sektori ei pysty tuottamaan tarvittavaa palvelua hoivatakuun rajoissa, asiakkaalle tulee tarjota palveluseteli hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisten palveluiden saamiseksi.

Erityisryhmien asumispalveluissa (tehostettu palveluasuminen ja tuettu asuminen) on tärkeää, että asiakas voi vaikuttaa ja osaltaan päättää kotinsa sijainnin ja palveluita tuottavan tahon. Palveluseteli ja henkilökohtainen budjetti mahdollistavat tämän.

Palvelusetelin käyttöä kotihoidossa pitää lisätä palveluiden saatavuuden parantamiseksi. Lapsiperheissä kotihoitoa tarvitaan monesti akuuteissa tilanteissa ja palveluseteli on kunnan näkökulmasta kustannustehokas väline vastata tähän määrältään vaihtelevaan kysyntään.

Yli 65 -vuotiaiden kuntoutuksessa on vakavia puutteita, vaikka kyse on yhteiskunnallisesti tärkeästä seniorikansalaisten kotona pärjäämisen tukemisesta. Ottamalla palveluseteli käyttöön yli 65 -vuotiaiden ennaltaehkäisevässä kuntoutuksessa, on mahdollista säästää esimerkiksi lonkkamurtumista ja muista kaatumisen seurauksena syntyvistä vammoista aiheutuvia hoitokustannuksista.

Palvelusetelin ja henkilökohtaisen budjetin arvon on vastattava kunnan oman tuotannon kustannuksia.

### **Hoitohenkilöstön mitoitus tarpeen mukaan**

Kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoivassa pitää määritellä valtakunnalliset periaatteet, joiden mukaisesti julkisissa ja yksityisissä yksiköissä varmistetaan hoitajien ja tukipalveluhenkilöstön määrä sekä henkilöstörakenne suhteessa hoidettavien kuntoon ja toimintakykyyn.

### **Asiaksmaksuihin yhtenäisyyttä**

Päätyneellä hallituskaudella valmisteltu esitys asiakasmaksulaiksi on otettava uudelleen käsiteltäväksi heti hallituskauden alussa. Asiaksmaksuissa on huomioitava asiakkaiden vaihteleva toimintakyky ja erilainen palvelutarve.

### **Kotitalousvähennyksen laajentaminen ikääntyneiden hoivaan ja hoitoon**

Ikääntyneiden hoivaan ja kotitaloustyöhön kohdistuvaa kotitalousvähennystä on laajennettava sekä euromäärältään että korvausosuudeltaan. Asiakkaiden omatoimisten palveluostojen kautta voidaan vastata piilevään palvelukysyntään, tukea kotona pärjäämistä ja ennaltaehkäistä raskaampien palveluiden piiriin joutumista. Saadut yhteiskunnalliset hyödyt ovat huomattavasti suuremmat kuin valtion verotulon menetykset.

## 1.2. Perusterveydenhuollon palvelut ja niiden saatavuus

Perusterveydenhuollon palveluissa heikko hoitoon pääsy on koko Suomen ongelma. Parhaimmankin aluehallintoviraston (AVI) alueella jopa 37 prosenttia ihmisistä joutuu odottamaan kiireetöntä lääkärikäyntiä yli 15 päivää yhteydenoton ja hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Lähes viidesosa joutuu odottamaan yli 30 päivää. Kuukauden odotusaika terveyskeskustason palveluun on liian pitkä monessa mielessä.

PTH:n lääkärikäyntien odotusajat 3/2019 (THL)	Yli 15 päivää odottaneiden osuus	Yli 30 päivää odottaneiden osuus
Kaikki palveluntuottajat	45 %	19 %
Etelä-Suomen AVI	49 %	19 %
Lounais-Suomen AVI	53 %	26 %
Itä-Suomen AVI	40 %	16 %
Länsi- ja Sisä-Suomen AVI	38 %	16 %
Pohjois-Suomen AVI	40 %	22 %
Lapin AVI	37 %	13 %

### Mistä perusterveydenhuollon heikko saatavuus johtuu?

Vanhenevasta väestöstä huolimatta terveyskeskusten lääkärikäynnit ovat vähentyneet noin 10 miljoonasta 6,6 miljoonaan vuosina 2001 – 2017 (THL). Vaikka käynnit ovat vähentyneet, terveyskeskusten lääkärimäärä on kuitenkin noussut 9 prosentilla vuosina 2005 – 2018 (Lääkäriliitto). Lääkärikohtainen tuottavuus on siis vähentynyt noin 40 prosenttia 2000-luvun aikana. Lääkärivastaanotot ovat voineet korvautua osittain lisääntyneillä hoitajavastaanotoilla, mutta tämä ei yksin selitä asiaa.

Terveyskeskuksissa on lähes puolet vähemmän käyntejä lääkäriä kohden kuin 2000-luvun alussa. Perusterveydenhuollossa on suuri tuottavuusongelma, jonka ratkaiseminen on palvelujen saatavuuden kannalta avainkysymys. Jos tuottavuuskehitys ei parane, terveyskeskusten lääkäriresurssien lisäys parantaa saatavuutta vain marginaalisesti.

Syy terveydenhuollon palveluiden heikkoon saatavuuteen johtuu myös hoitotakuulainsäädännön puutteista. Hoitotakuuajojen ylittämistä ei aiheudu järjestäjälle mitään seuraamuksia. Tämän lisäksi hoitotakuuta kierretään.

### Perusterveydenhuollossa ratkaisuna tiukempi hoitotakuu ja monituottajuus

Hoitotakuuajoja on lyhennettävä merkittävästi. Tämä asettaisi järjestäjille vahvan kannusteen saatavuuden parantamiseen. Tästä lisää kohdassa 3. hoitotakuun kiristäminen. Asiakkaan oikeus päästä hoitoon takuuajan sisällä on turvattava palveluseteleillä tai ostopalveluilla, mikäli tarvittavaa palvelua ei muutoin voida järjestää takuuajan puitteissa.

Palvelusetelillä tai ostopalveluilla järjestetty monituottajuus on järjestelmämuutos, joka parantaa tuottavuutta. Erityisesti heikoimmin suoriutuvat terveysasemat saisivat avukseen yksityisiä kumppaneita, jotka vähentävät painetta hoitojonoissa. Tällöin koko järjestelmän tuottavuus paranisi. Yksityiset palveluntuottajat eivät valikoisi asiakkaitaan ja palvelusetelin hinnat olisivat julkisia. Myös pienet ja paikalliset palveluntuottajat voisivat osallistua hoitojonojen purkamiseen omien resurssiensa puitteissa.

Jotta asiakkaalla olisi todellinen mahdollisuus päästä hoitoon palvelusetelillä, setelin arvon on perustuttava julkisen tuotannon kustannuksiin. Järjestäjän on ilmoitettava palvelusetelin perusteena olevan oman tuotannon kustannusten laskentaperusteet. Näin läpinäkyvyys, vertailtavuus ja palvelusetelin oikea hinnoittelu varmistuu.

### **Kela-korvaukset yksi ratkaisu perusterveydenhuollossa**

Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon Kela-korvauksia on korotettava palveluiden saatavuuden parantamiseksi. Kela-korvaukset ovat toimiva väline palvelujen paremman saatavuuden, yhdenvertaisuuden ja asiakkaan valinnan mahdollisuuksien lisäämiseksi. Kela-korvauksia yksityisestä sairaanhoidosta on laskettu rajusti 2010-luvulla, mikä on johtanut eriarvoisuuden lisääntymiseen. Alun perin Kela-korvaukset tarkoitettiin vaihtoehdoksi myös vähävaraisille. Korvausten tasoa on nostettava aidon vaihtoehdon takaamiseksi nykyistä huomattavasti useammalle.

Kela-korvausjärjestelmä parantaa kansalaisten yhdenvertaisuutta. Suurituloiset maksavat sairausvakuutusmaksuja veronmaksun yhteydessä eniten. Silti korvaus samasta hoidosta on kaikille samanlainen. Järjestelmä parantaa myös asiakkaiden mahdollisuuksia valita hoitopaikkansa. Kela-korvaukset mahdollistavat myös suoraan erikoislääkärille hakeutumisen. Järjestelmä on lisäksi äärimmäisen kustannustehokas ja vähentää painetta julkisissa palveluissa. Kelalla on hyviä suunnitelmia sairausvakuutusjärjestelmän kehittämiseksi. Niitä kannattaa hyödyntää jatkovalmistelussa.

### **Suun terveydenhuollon saatavuutta on parannettava ennaltaehkäiseviin palveluihin henkilökohtaisilla kutsuilla ja Kela-korvauksia nostamalla**

Kela-korvausten rajun leikkaamisen (37,5 prosentista 14 prosenttiin vuosina 2008-2018) myötä suun terveydenhuollon käyntien määrä on vähentynyt huomattavasti (2013 – 2018 yli 430 000 käyntiä vähemmän). Näistä vain pieni osa on siirtynyt julkisen sektorin jonoihin, eikä muita käyntejä ole. Tämä on merkittävä kansanterveydellinen riski. Suun tulehdustilojen oireettomuus johtaa usein siihen, että hoitoon mennään vasta, kun ongelma on jo suuri. Säännöllisistä tarkastuksista pitää siis huolehtia.

On tärkeää, että jokaiselle turvataan riittävin väliajoin pääsy ennaltaehkäiseviin palveluihin. Parhaaseen mahdolliseen tietoon perustuen on luotava yhtenäiset hoidon käytänteet, jotka asettavat maksimiaikarajat hoitoon pääsulle. Hoitoon pääsy on turvattava viime kädessä palvelusetelien. Suun terveydenhuollon Kela-korvauksia on korotettava vähintään vuoden 2013 tasolle (lisäkustannus 73 miljoonaa euroa). Korvaus on kohdennettava erityisesti ennaltaehkäiseviin palveluihin, kuten tarkastuksiin.

## 2. Miten erityistason palvelut voivat tukea perustasoa

Keskeistä on, että perustason asiakasohjauksessa on laaja ymmärrys monialaisesta palvelujen tarpeesta ja kyky ohjata asiakas tarvitsemiensa palvelujen (myös kansalaisjärjestöjen palvelut) äärelle. Ei siis ole tarpeen luoda monialaisia terveyskeskuksia, tai koota mahdollisimman montaa palvelua saman katon alle.

Monia erilaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden palveluprosessin hallitsemiseksi kannattaa ottaa käyttöön vastuullisen asiakasohjauksen malli (case management). Tarvittaessa prosessivastuutahon on osoitettava vastuuhenkilö, joka vastaa asiakkaan palvelukokonaisuuden yhteensovittamisesta.

Palveluohjauksen pitää olla riippumatonta julkisesta ja yksityisestä tuotannosta. Tämä edellyttää tiedon liikkumista ja asiakasprosessien tunnistamista. Se tukee tarpeenmukaisten palvelujen toteutumista, palvelujen oikea-aikaisuutta sekä saumattomia ja tarkoituksenmukaisia prosesseja, sekä edistää verkostomaista rakennetta ja yhteistyötä.

Kokonaisuutta tukee se, että sairausvakuutuksesta maksettavia sairaanhoitokorvauksia (ns. Kela-korvauksia) maksetaan jo nyt suoraan erikoislääkäripalveluihin.

## 3. Hoitotakuun kiristäminen

Hoitoon pääsy julkisissa perusterveydenhuollon palveluissa vaihtelee Suomessa suuresti, ja on osin hyvin heikkoa. Tilanne on pahentunut viimeisten vuosien aikana. Nykyiset hoitotakuuajat ovat liian pitkiä ja niitä koskevaa sääntelyä kierretään. Hoitotakuuajojen ylittämistä ei aiheudu järjestäjälle tällä hetkellä käytännössä mitään seuraamuksia.

Hoitotakuuajoja on lyhennettävä merkittävästi ja järjestäjät on veloitettava pysymään niissä. Asiakkaan oikeus päästä hoitoon takuuajan sisällä on turvattava viime kädessä palvelusetelein tai ostopalveluin.

- Terveystieteiden ammattihenkilön on nykyinsäädännön mukaan tehtävä hoidon tarpeen arviointi **viimeistään kolmantena arkipäivänä** siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen. Tämä on jatkossakin hyvä käytäntö
- Kiireettömässä perusterveydenhuollossa itse hoito tulee aloittaa **enintään 1 kuukauden** kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista (nykyinsäädäntö: 3 kk)
- Suun terveydenhuollossa ensisijaisen tärkeä hoitotakuu on, että jokaiselle turvataan **kansanterveyttä turvaavin väliajoin pääsy ennaltaehkäiseviin palveluihin**, kuten hammastarkastukseen. Tätä varten on luotava ministeriön ohjauksella, keskitetysti ja parhaaseen mahdolliseen tietoon perustuen yhtenäiset hoidon käytänteet, jotka asettavat maksimiaikarajat ennaltaehkäisevään hoitoon kutsumiselle

- Asiakkaan itse ottaessa yhteyttä suun terveydenhuollon palveluihin, hoitoon on päästävä **1 kuukauden** kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista
- Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arvioinnin edellyttämät tutkimukset ja erikoislääkärin arviointi on toteutettava **1 kuukauden** kuluessa lähetteen saapumisesta (nykylainsäädäntö: 3kk)
- Erikoissairaanhoidossa itse hoito on aloitettava **3 kuukauden** kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista (nykylainsäädäntö: 6 kk)
- Lasten ja nuorten mielenterveyshoidon hoitotakuuajat on vähintään **puolitettava**
- On luotava **hoivatakuu**, joka turvaa jokaisen pääsyn tarpeellisiin sosiaalipalveluihin riittävän nopeasti

### **Erikoissairaanhoidon hyvää saatavuutta parannetaan kustannustehokkaasti yksityisen ja julkisen yhteistyöllä**

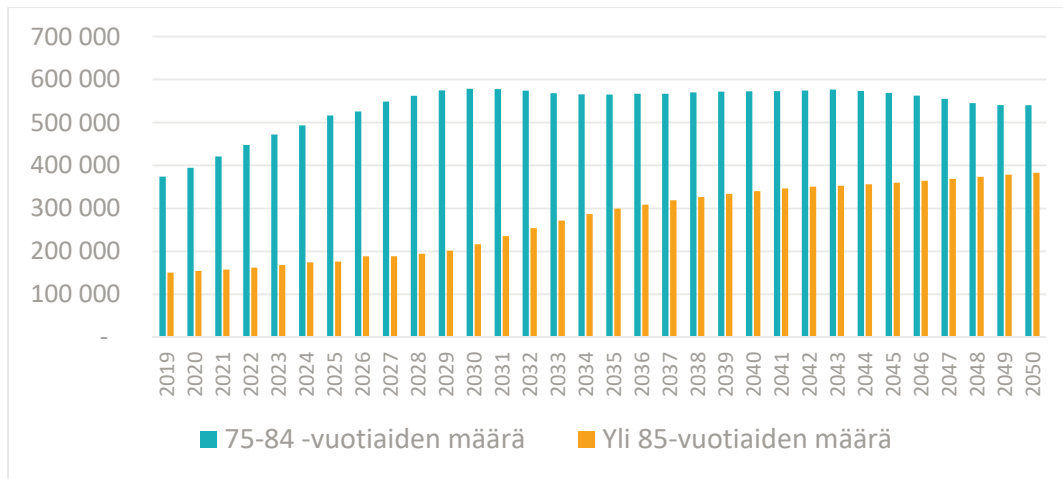
Voimassa olevien ns. keskittämis- ja päivystysasetusten tulkinta on johtanut siihen, että yksityisellä sektorilla ei voida tehdä julkisesti rahoitettuja anestesiasa vaativia leikkauksia. Kunnat ja kuntayhtymät eivät voisi hankkia kyseisiä toimenpiteitä ostopalveluina tai palveluseleillä. Hoitojonot kasvavat ja päivystykset ruuhkautuvat, potilaiden työstä poissaolot ja sairauslomamat pidentyvät sekä niistä aiheutuvat kustannukset kasvavat.

Erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuus ja valinnanmahdollisuudet on turvattava. Terveydenhuoltolakia on muutettava siten, että yksityinen palveluntuottaja voi tuottaa myös anestesiasa tehtäviä leikkauksia ja muita toimenpiteitä, mikäli potilasturvallisuuteen ja laatuun liittyvät kriteerit täyttyvät. Edellisen hallituksen hallitusohjelmassa edellytettiin julkisen vaativan erikoissairaanhoidon keskittämistä. Keskittämisasiasetuksessa säädettiin lisäksi julkisen vaativan erikoissairaanhoidon eräille toimenpiteille toimipistekohtaiset minimimäärät. Nämä määrät ovat osoittautuneet kansainvälisesti tarkastellen erittäin korkeiksi. Minimimääriä pitää tulevilla hallituskaudella kohtuullistaa.

#### **4. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön riittävyys**

Työ- ja elinkeinoministeriön selvityksen mukaan puolet Suomen 350 000 sote-ammattilaisesta eläköityy vuosien 2012 - 2030 aikana. Samaan aikaan palvelujen tarve kääntyy nopeaan kasvuun väestön ikääntymisen myötä, kuten kuvasta 1 voidaan todeta.

On huomattava, että työvoimapula on tietyillä maantieteellisillä alueilla akuutti jo nyt. Eryteisesti sijaispula, joka on akuutti etenkin hoivapalveluissa. Konkreettiset toimet eivät voi odottaa.



**Kuva 1.** Ikääntyneiden määrä tuoreimman väestöennusteen mukaan

Jos vanhustalouden henkilöstömitoituksia nostetaan, työvoiman tarve lisääntyy entisestään. Mitoitusten tulee perustua asiakkaiden hoivantarpeen yhdenmukaiseen määrittelyyn ja samalla yhtenäistää käytännöt alueiden ja viranomaisten välillä.

Tulevalla vaalikaudella on ratkaisevan tärkeää tehdä korjausliikkeitä, jotta työvoiman kasvavaan kysyntään pystytään vastaamaan. Esimerkiksi lähihoitajista, sairaanhoitajista ja lastentarhanopettajista on jo nyt pulaa. Suurin osa pahimmista työvoimapula-ammateista löytyy sote- ja varhaiskasvatusalalta, kuten kuvasta 2 voidaan nähdä.

1. Kuulontutkijat ja puheterapeutit
  2. Toimisto- ja laitossiivoojat ym.
  3. Yliääkärit ja erikoislääkärit
  4. Yleislääkärit
  5. Lastentarhanopettajat
  6. Sosiaalityön erityisasiantuntijat
  7. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat
  8. Puhelin- ja asiakaspalvelukeskusten myyjät
  9. Ravintola- ja suurtaloustyöntekijät
  10. Myyntiedustajat
  11. Rakennusalan työnjohtajat
  12. Hammaslääkärit
  13. Kotiapulaiset ja -siivoojat
  14. Lähihoitajat
  15. Koneenasettajat ja koneistajat
- Sote- tai varhaiskasvatusalan ammatti
  - Muu ammatti

**Kuva 2.** Top 15 työvoimapula-ammattia. Lähde: TEM.

**Vakavan tilanteen ratkaisemiseksi tarvitaan koko vaalikauden kestävä, monipuolinen ohjelma, jolla hyvinvointialan työvoiman saatavuus turvataan.** Keinoja ovat muun muassa:

- Koulutuksen aloituspaikkojen merkittävä lisääminen sote-aloilla toisen asteen-, amk-tason ja yliopistotason koulutuksessa.
- Muuntokoulutuksen ja lyhyemmän pätevöittävän koulutuksen kehittäminen. Tässä yhteydessä noin yhden lukuvuoden mittainen hoiva-avustajakoulutus pitää vakiinnuttaa. Hoiva-avustajan pitää jatkossakin olla osa hoivahenkilöstömitoitusta.
- Oppisopimuskoulutuksen houkuttelevuuden lisääminen muun muassa palauttamalla työnantajalle maksettava korvaus oppisopimusopiskelijasta kohtuullisen tasoisena.
- EU:n ulkopuolisen hoitoalan koulutuksen (mm. sairaanhoitajat) nopea hyväksi lukeminen riittävin osin, ettei koko koulutusta jouduta suorittamaan Suomessa uudelleen, kuten nyt on tilanne. Lisäksi maahanmuuttajien kotoutumista ja työllistämistä on tuettava esimerkiksi nopeammalla kielikoulutuksella ja palkkatuen kasvattamisella.

**Naisten työllistymisen edistämiseksi, työmarkkina-asemaa parantamiseksi, vanhemmuuden ja sen kustannusten tasaisemmaksi jakautumiseksi on toteutettava perhevapaaudistus.**

Jos tarvetta lisäkysymyksiin ilmenee, vastaamme mielellämme.

Ystävällisesti ja voimia neuvotteluihin toivottaen,

**Ulla-Maija Rajakangas**

**Lisätietoja antavat:**

Ulla-Maija Rajakangas  
toimitusjohtaja  
p. 040 037 4164  
[ulla-maija.rajakangas@hyvinvointiala.fi](mailto:ulla-maija.rajakangas@hyvinvointiala.fi)

Ismo Partanen  
Johtaja, elinkeinopolitiikka  
p. 040 5185799  
[Ismo.partanen@hyvinvointiala.fi](mailto:Ismo.partanen@hyvinvointiala.fi)

Eveliina Vigelius  
asiantuntija, elinkeinopolitiikka  
p. 044 511 4411  
[eveliina.vigelius@hyvinvointiala.fi](mailto:eveliina.vigelius@hyvinvointiala.fi)

Joel Kuuva  
asiantuntija, talous- ja veroasiat  
p. 050 414 6444  
[joel.kuuva@hyvinvointiala.fi](mailto:joel.kuuva@hyvinvointiala.fi)