



HPär

15.12.2017

Sosiaali- ja terveysministeriö
Valtionvarainministeriö
PL 33
00023 VALTIONEUVOSTO
kirjaamo@stm.fi
kirjaamo@vm.fi

STM lausuntopyyntö 3.11.2017

LUONNOKSESTA HALLITUKSEN ESITYKSEKSI LAIKSI ASIAKKAAN VALINNANVAPAUDESTA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

Lääkäriliitto kiittää mahdollisuudesta ottaa kantaa maakunta- ja soteuudistuksen valinnanvapauslakiehdotukseen. Olemme vastanneet erikseen uudistusta koskevan lausuntopyyntökyselyn yksityiskohtaisiin kysymyksiin, mutta haluamme tällä lausunnolla tuoda esille Lääkäriliiton kantoja yleisemmin. Keskitymme tarkastelemaan lähinnä terveydenhuollon osuutta lakiehdotuksessa.

Valmisteilla olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta on konkreettisesti valmisteltu jo neljällä hallituskaudella. Julkisessa keskustelussa on voimakkaasti vaadittu uudistuksen lykkäämistä, parlamentaariselta pohjalta valmistelun uudelleen aloittamista tai vähintäänkin valinnanvapausuudistuksesta luopumista – kaikkia asioita, jotka tarkoittaisivat uudistuksen vesitymistä taas tällä hallituskaudella, sekä riskiä palvelujärjestelmämme edelleenkin pirstoutumisesta kuntien ja sairaanhoitopiirien tehdessä omia ratkaisujaan uudistusta odottaessa.

Vaikka näkemyksemme uudistuksen keskeisistä periaatteista eivät kaikilta osin vastaakaan pääministeri Sipilän hallituksen tekemiä linjauksia, näemme edelleenkin välttämättömänä uudistuksen eteenpäinviemisen. Osana uudistusta valinnanvapautta hallitusti laajentava valinnanvapauslainsäädäntö tulee myös toteuttaa. Nyt lausuntokierroksella olevaa lakiehdotusta tulee kuitenkin yksinkertaistaa ja selkeyttää.

Yleistä

Terveyspalvelujärjestelmämme tuottaa tällä hetkellä laadukkaita palveluita kohtuullisin kustannuksin. Järjestelmämme suurimmat haasteet ovat erityisesti perusterveydenhuollon palvelujen paikoin huono saatavuus (pitkät odotusajat perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolle), osin pitkät jonotusajat erikoissairaanhoidon tutkimuksiin ja hoitoon, sekä väestöryhmien väliset terveyserot.

Uudistuksen tavoitteena tulee olla hyvin toimiva, laadukkaita palveluita tuottava palvelujärjestelmäkokonaisuus, joka tuottaa terveys- ja hyvinvointihyötyä kansalaisille. Sote- ja maakuntauudistus valinnanvapauden laajentamiseen on iso askel oikeaan suuntaan. Lääkäriliitto on korostanut, hallituksen linjausten mukaisesti, valinnanvapauden laajentamista pääsääntönä perustason palveluissa ja vain soveltuvin osin erityistasolla. Onkin huoleh-

dittava siitä, että uudistuksella ei vaurioiteta nykyisen palvelujärjestelmämme hyvin toimivia osia – ei kannata lähteä korjaamaan sellaista, mikä ei ole rikki!

Ennen kuin valinnanvapausjärjestelmää ryhdytään toteuttamaan, tulee asiakas-/potilastietojärjestelmien yhteiskäytön olla valmiina. Nykyisen terveydenhuollon julkisen palvelujärjestelmän suurimpia saavutuksia on sairaanhoitopiirikohtaisten sairauskertomusjärjestelmien rakentaminen. Hoitotietojen tulee jatkossakin näkyä kaikissa palvelua tuottavissa yksiköissä yhteisessä ensisijaisessa asiakas-/potilaskertomusjärjestelmässä. Toimiminen toissijaisissa arkistotyyppisissä tietokannoissa ei ole realistista. Yhteistä tietojärjestelmää tarvitaan myös toiminnanohjaukseen ja laadunvalvontaan.

Valinnanvapauden toteuttaminen

Potilailla on terveydenhuollon palvelujärjestelmässämme jo nyt laaja, maankattava valinnanvapaus julkisten tuottajien osalta. Valinnanvapautta ehdotetaan laajennettavaksi myös yksityisten ja kolmannen sektorin tuottajien palveluihin luomalla perusterveydenhuoltoon monituottajamalli. Tavoitteena on vahvistaa erityisesti perustason palveluita ja parantaa niiden saatavuutta tuomalla järjestelmään uusia tuottajia ja palveluntuottajien välistä kilpailua. Lisäksi valinnanvapautta laajennettaisiin maakuntien liikelaitoksen velvoitteella tarjota asiakasseteliä eräissä erikseen määritellyissä sosiaali- ja terveystalouksissa.

Lakiehdotuksessa tarjotaan edelleenkin monta erilaista valinnanvapauden toteuttamisen keinoa – jopa liian monta ajatellen järjestelmän hallittavuutta ja selkeyttä. Keskeisintä mielestämme on mahdollisuus valita perustason palveluntuottaja (sote-keskus ja suunhoidon yksikkö). Erityistason palveluja tarjoava yksikkö valitaan useimmiten yhdessä ammattilaisen (terveydenhuollon palveluissa lähettävä lääkäri) kanssa. Haluamme korostaa, että varsinkin perusterveydenhuollossa niin toiminnan tuloksellisuuden (terveysyödyn tuottaminen), kustannustehokkuuden kuin terveydenhuollon ammattihenkilöiden työn mielekkyyden kannalta pitkäaikaiset hoitosuhteet ovat aivan keskeisiä.

Ehdotuksessa valinnanmahdollisuus on rajattu tehtäväksi puolen vuoden välein, poikkeustilanteita lukuun ottamatta. Palveluntuottajan vaihtaminen ei luonnollisestikaan ole itse tarkoitus – tavoitteena tulee olla pitkät hoitosuhteet. Valinnanvapauden palveluntuottajien toimintaa kehittävä vaikutus (palvelujen laatu, saatavuus, saavutettavuus ja toiminnan kustannustehokkuus) perustuu poisvalinnan uhkaan, ei niinkään valinnan realisoitumiseen. Lääkäriliiton mielestä uudelleenvalinnan mahdollisuus tulee olla vähintään puolivuositin. Kannattaisi kuitenkin harkita, tarvitaanko lakisääteisiä määräaikoja uudelleenvalinnalle ollenkaan.

Ehdottomasti on huolehdittava siitä, että asiakkaalla/potilaalla tai häntä päätöksenteossa avustavalla omaisella tai muulla henkilöllä on käytettävissä ja helposti saatavilla tietoa eri palveluntuottajien palvelutarjonnasta ja palvelutuotannon laadusta pystyäkseen tekemään rationaalisia, ei pelkästään mielikuviin pohjautuvia valintoja.

Suoran valinnan palvelukokonaisuus

Lakiehdotuksen kolmannessa luvussa säädettävät suoran valinnan ensisijaiset palvelut (sote-keskukset) vastaavat pääasiallisesti nykyisten terveyskeskusten avosairaanhoidon vastaanottopalveluja lisättynä sosiaalihuollon ammattihenkilön antamalla neuvonnalla ja ohjauksella. Suhteellisen suppea palveluvalikoima mahdollistaa myös pk-yritysten ja vastaavien toimijoiden toimimisen sote-keskuspalveluntuottajana.

Toisessa vaiheessa, vuosi sote-keskusten toiminnan käynnistymisestä, niiden palveluvalikoimaan olisi lakiehdotuksen mukaan sisällytettävä eräitä muiden kuin yleislääketieteen alaan kuuluvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden konsultaatioita ja vastaanottopalveluja. Näitä olisivat ainakin sisätautien, lastentautien, geriatrian ja silmätautien erikoislääkäripalvelut.

Emme pidä em. lakisäätteistä velvoitetta tarkoituksenmukaisena. Totta on, että suuremmissa terveyskeskuksissa samoin kuin yksityisessä terveydenhuollossa esimerkiksi työterveyshuollossa on eri lääketieteen erikoisalojen palveluja nykyisinkin tarjolla. Lakisääteinen vaatimus tällaisista palveluista kaikissa maakunnissa ja niiden kaikissa sote-keskuksissa ei mielestämme kuitenkaan ole realistista. Se suosisi suuria yksityisiä palveluntuottajia, joltaisi väistämättä tuotantoyksikköjen koon kasvuun ja palvelujen keskittymiseen väestökeskittymiin.

Mahdollisten erikoisalojen osalta nyt säädettäväksi esitettyjä tarkoituksenmukaisempia voisivat lisäksi – geriatriaa lukuun ottamatta – olla esimerkiksi fysiatria ja psykiatria, ajatellen perusterveydenhuollon asiakaskunnan tarpeita. Kuitenkin jo tässä mainittujen erikoisalojen erikoislääkärimäärä nykyisellään tekee lakisääteisen velvoittavuuden mahdottomaksi. Liitämme lausuntoomme kaksi kuvaa työikäisten lääkäreiden määrästä eräillä erikoisaloilla ja arvioidusta kehitystrendistä, sekä määrän jakautumisesta ikäluokittain ja työskentelysektorin mukaan.

Lisäksi haluamme huomauttaa, että perusterveydenhuollossa työskentelevien jäsentemme mukaan aivan keskeistä sote-keskusten hyvän toiminnan kannalta on taata kokeneiden yleislääkäreiden ja yleislääketieteen erikoislääkäreiden pitkäaikainen sitoutuminen työskentelemään sote-keskuksissa. Se on oleellisesti tärkeämpää kuin muita lääketieteen erikoisaloja edustavien erikoislääkärien työpanoksen tuominen sote-keskuksiin.

Maakunnille tuleekin jättää päätäntävaltaa tarkoituksenmukaisten palvelukokonaisuuksien määrittelyyn. Palvelukokonaisuuksien määrittelyssä ensisijaisena perusteena tulee pitää maakunnan järjestämisvastuulla olevan terveydenhuollon toiminnan kokonaistaloudellisuutta! Käytännössä palvelukokonaisuudet tulevat väistämättä olemaan maan eri alueilla erilaisia, mikä on myös hyväksyttävä.

Asiakasseteli

Lakiehdotuksen viidennessä luvussa ehdotetaan säädettäväksi, että maakunnan liikelaitoksen olisi tarjottava asiakkaille/potilaille asiakasseteliä tuottavastuulle kuuluvien eräiden tarkemmin määrittelemiensä muiden kuin suoran valinnan sosiaali- ja terveyspalvelujen hankkimiseksi.

Lääkäriliiton mielestä lakisääteisesti velvoittava asiakasseteli maakunnan liikelaitoksen tuottamisvastuulle kuuluvissa palveluissa on epätarkoituk-

senmukaista. Velvoittavana järjestelmä on byrokraattinen ja vaikeasti ymmärrettävä. Se voi pahimmillaan pirstoa erikoissairaanhoidon kokonaisuutta vaarantaen mm. ympärivuorokautisen päivystyksen järjestämistä, vaikkakin asiakassetelipalveluita koskevassa pykälässä (24 §) maakunnille on säädetty harkintavaltaa asiakassetelin käyttöön otossa. Vähintäänkin vaarana on, että asiakassetelin käyttöön ottoa koskevista hallintopäätöksistä tehdään valituksia ja syntyy tarpeettomia ja kalliita oikeusriitoja.

Maakuntien olosuhteet ja mahdollisuudet poikkeavat voimakkaasti toisistaan, joten on tarkoituksenmukaista säätää asiakassetelistä vain mahdollisuutena maakunnan harkinnan mukaan. Vähintäänkin kaikki kiireetön ja terveydenhuoltolain 45 §:n perusteella ja sen pohjalta annetulla keskittämissetuksella keskitettävä elektiivinen leikkaustoiminta (24 § 1 mom. listauksen kohta 10) tulee sulkea pois velvoittavan asiakassetelin piiristä. Näissäkin palveluissa maakunnat voisivat käyttää asiakasseteliä esimerkiksi silloin, kun lähetemäärien vaihdellessa kiireettömien leikkausten saata vuus hoitotakuun määräaikojen puitteissa liikelaitosten omana toimintana tilapäisesti heikkenee. Keskeinen peruste maakunnan sote-palvelujen järjestämistä koskevassa päätöksenteossa tulisi olla palvelutuotannon kokonaistaloudellisuuden tarkastelu – toiminnallinen ja taloudellinen tarkoituksenmukaisuus myös asiakassetelin käytöstä päätettäessä.

Lakiehdotuksessa esitetään myös, että asiakassetelimenettelyssä asiakas/potilas voisi halutessaan käyttää omia varojaan ja maksaa asiakassetelin arvon lisäksi itse lisäpalveluista. Ehdotus vaikuttaa ainakin jossakin määrin arveluttavalta. Tällainen menettely voi johtaa epätarkoituksenmukaisiin ratkaisuihin ja palvelun hinnoitteluun liittyviin ongelmiin – kustannusten vyöryttämiseen asiakkaan/potilaan itse maksettavaksi. Mielestämme lisäpalveluista itse maksamisen mahdollisuus tulisikin rajata korkeintaan vain apuvälineiden hankintaa koskevaksi siten kuin perusteluissa todetaan. Asia olisi syytä myös kirjata itse pykälätekstiin, ei pelkästään lakiesityksen perusteluihin.

Lääkäriliitto on vastatessaan lakiehdotuksen lausuntopyyntökyselyyn tehnyt konkreettisen ehdotuksen asiakassetelin laajuutta koskevan 24 §:n uudelleen muotoiluksi. Olemme siinä ehdottaneet mm., että vain perusteluissa mainittu vastuu koulutuspaikkana toimimisesta tulisi nostaa itse pykälätekstiin vastaavasti kuin palvelukokonaisuuksien toimivuus ja palvelujen kustannustehokas järjestäminen siellä mainitaan.

Henkilökohtainen budjetti

Lakiehdotuksen kuudennessa luvussa ehdotetaan säädettäväksi henkilökohtaisesta budjetista yhtenä valinnanvapauden lisäämisen keinona. Maakunnilla olisi velvollisuus ottaa henkilökohtainen budjetti käyttöön vanhuspalvelulain, vammaispalvelulain ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain mukaisissa muissa kuin suoran valinnan palveluissa.

Henkilökohtaisella budjetilla hankittavat palvelut olisivat pääsääntöisesti muita kuin terveydenhuollon palveluita, käytännössä sellaisia kuntien sosiaalihuollon palveluita, joista huomattava osa jo nykyään tuotetaan yksityisesti. Pidämme henkilökohtaisen budjetin mukaanottoa valinnanvapauslainsäädäntöön hyvänä valinnanvapautta lisäävänä keinona em. palveluissa.

Lääkärikoulutus ja lääketieteellinen tutkimus

Lääkäriliitto on jo pitkään ollut huolissaan lääkärikoulutuksen ja lääketieteellisen tutkimuksen resursseista ja kurjistuvista mahdollisuuksista. Lääkärikoulutusmääriä on lisätty samaan aikaan kuin koulutuksen resursseja on vähennetty. Tämä on johtanut lääkäreiden peruskoulutuksessa mm. yhä suurempiin ryhmäkokoihin – pienryhmäopetuksesta ei ole voitu sanan varsinaisessa merkityksessä puhua enää vuosiin!

Sekä lääkäreiden peruskoulutuksessa että erikoislääkärikoulutuksessa harjoittelulla tai työskentelyllä, joka tapahtuu terveydenhuollon palvelujärjestelmän piirissä, on keskeinen merkitys. Hallituksen esityksessä laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä määritellään palveluntuottajan velvollisuudeksi ottaa toimintayksikössä annettavaan koulutukseen opiskelijoita koulutuksesta vastaavan yliopiston ja maakunnan osoituksen mukaan (23 §). Tämän velvoitteen on luonnollisesti koskettava myös erikoislääkärikoulutusta.

Valinnanvapauslakiehdotuksen 8 luvussa säädetään palveluntuottajien hyväksymis- ja sopimusmenettelyistä, ja seuraavassa luvussa mm. palveluntuottajien velvoitteista. Vaikka järjestämislaissa onkin yleinen palveluntuottajia koskeva velvoite ottaa opiskelijoita palveluntuottajan toimintayksikössä annettavaan koulutukseen, Lääkäriliitto ehdottaa valinnanvapauslain palveluntuottajia koskevia vaatimuksia käsittelevään 38 §:ään liitettäväksi kirjausten mainitusta koulutusvelvoitteesta.

Laadukas koulutus ja tutkimus myös maksavat. Koulutuksen ja tutkimuksen korvausten on oltava näiden toimintojen menot kattavia ja ne on maksettava kaikille tuottajille samoilla perusteilla edellyttäen, että yliopisto tai muu koulutuksen järjestäjä on palveluntuottajan koulutusyksiköksi hyväksynyt. Kaikkien palveluntuottajien on oltava myös tältä osin aidosti samalla viivalla kilpailuneutraliteetin vaatimusten vuoksi. Ehdotamme, että palveluntuottajille maksettavista koulutus- ja tutkimuskorvauksista säädetään valinnanvapauslain joko kannustinperusteisia korvauksia koskevassa 69 §:ssä tai lain muita korvauksia koskevassa 70 §:ssä.

Henkilöstön asema

Valmisteltava palvelujärjestelmän uudistus koskettaa noin puolta kuntien ja kuntayhtymien henkilöstöstä, yli kahtasataatuhatta työntekijää. Kunnallisten työnantajien sijaan tulevat uudet maakunnalliset työnantajat ja niiden mahdolliset tytäryhtiöt. Osa sosiaali- ja terveystalouksissa työskentelevästä kunnallisesta henkilöstöstä työskentelee tulevaisuudessa yksityisesti omistetuissa yrityksissä.

Uudistus tulee koskemaan myös kaikkia kuntien ja kuntayhtymien palveluksessa olevia lääkäreitä hyvin konkreettisesti, ja lisäksi välillisemmin myös yksityisellä tai kolmannella sektorilla eri muodoissa työskenteleviä lääkäreitä – siten lähes koko työssä käyvää jäsenkuntaamme. Erityisesti perusterveydenhuollossa työskentelevien lääkäreiden osalta työnkuvan samoin kuin työskentelypaikankin muutokset voivat olla huomattavia – eivätkä suinkaan välttämättä positiiviseksi koettuja. Muutokset saattavat merkitä yksittäisille lääkäreille niin työn suorituspaikan muuttumista, useita työskentelypaikkoja kuin tarvetta muuttaa asuinpaikkakuntaakin.

Kilpailun lisääntyminen varsinkin suoran valinnanvapauden piirissä olevissa palveluissa tulee merkitsemään myös työpaikkojen häviämistä ja uusien muodostumista. Selvää on, että uudistuksen käynnistymistä seuraavien vuosien aikana tullaan näkemään myös terveydenhuollon työntekijöitä, lääkäreitä mukaan lukien, koskevia YT-neuvotteluja irtisanomisineen. Ei siis ole ihme, että uudistus kokonaisuudessaan herättää tavattomasti huolta jäsenkuntamme piirissä. Huoli kohdistuu niin työpaikkojen säilymiseen kuin työsuhteen ehtoihin tulevaisuudessa.

Uudistuksen henkilöstövaikutuksia tuleekin tarkasti arvioida. Arvioinnissa on kyettävä määrittelemään, miten palvelutuotannon siirtyminen eri tuottajille, erityisesti yksityiselle palveluntuottajalle, vaikuttaa henkilöstön työehtoihin, työolosuhteisiin, työhyvinvointiin ja myös eläkkeeseen. Edellytämme, että uudistuksessa tavoiteltu kustannuskasvun hillitseminen ei saa johtaa henkilöstöressurssien leikkaamiseen eikä palvelussuhteen ehtojen heikentämiseen. Perustason palveluiden vahvistamispyrkimys päinvastoin edellyttää lääkäriresurssin lisäämistä sote-keskuksissa verrattuna nykyisiin terveyskeskuslääkärimääriin.

Yliopistojen kliinisestä koulutuksesta vastaava henkilöstö on toiminut sairaanhoitopiirien sivuviroissa, joista on säädetty erikoissairaanhoitolaissa. Tällä tavoin on siirretty uusin tutkimustieto kliiniseen toimintaan sekä lääkäreiden ja hammaslääkäreiden opetukseen. Tämän yhteyden katkaiseminen vaarantaisi myös kliinisen tutkimuksen toteuttamisen yliopistosairaaloiden, muiden sairaaloiden ja perusterveydenhuollon yksiköiden ja yliopistojen välillä. Uudistuksessa on edelleen lainsäädännön tasolla turvattava mahdollisuus toimia samaan aikaan yliopiston ja palvelujärjestelmän tehtävissä.

Uudistuksen onnistumisen ja joustavan toteuttamisen edellytyksenä on henkilöstön ottaminen alusta pitäen mukaan suunnittelemaan uusia maakunnallisia organisaatioita ja niiden toiminnan järjestelyä. Luottamusjärjestelmästä ja luottamusmiesten ajankäytön periaatteista uusissa tuottajaorganisaatioissa on sovittava kansallisella tasolla. Luottamusmiehille tulee turvata riittävä ajankäyttö, myös väliaikaishallinnossa. Lisäksi on uudistuksen yhteydessä varmistettava työsuojeluorganisaation riittävä kattavuus.

Lakiehdotuksen voimaantulo- ja siirtymäsäännökset

Valinnanvapauslakiehdotuksessa on runsaasti siirtymäsäännöksiä, joita pidämme pääsääntöisesti riittävinä. Sote-keskusten toimintahan olisi ehdotuksen mukaan alkamassa vasta vuosi maakuntauudistuksen käynnistymisestä, vuoden 2021 alusta, ja suunhoidon yksiköiden vastaavasti vuotta myöhemmin.

Lakiehdotuksen 88 §:n sote-keskusten valintaa koskevien säännösten mukaan maakuntien ”passiivisten” asukkaiden listaaminen parhaiten saavutettavalle sote-keskukselle tapahtuisi vasta vuoden 2023 alusta – kolme vuotta uudistuksen käynnistymisestä ja kaksi vuotta sote-keskusten toiminnan alkamisesta. Tuona kahden vuoden aikana kapitaatiokorvaus on ehdotuksen mukaan tarkoitus maksaa näistä asukkaista maakunnan liikelaitoksen sote-keskukselle.

Mainittu kahden vuoden siirtymäaika, jolloin aktiivista valintaa tekemättömät, todennäköisesti palveluja tarvitsemattomat maakunnan asukkaat ovat maakunnan liikelaitoksen ”listoilla”, voi kuitenkin muodostaa ongelman palveluntuottajien tasa-arvoisen kohtelun kannalta ja vaurioittaa erityisesti

pienien yksityisten tuottajien toimintaedellytyksiä. Näin erityisesti, jos kapi-
taatiokorvaus muodostaa huomattavan osan tuottajille maksettavista kor-
vauksista.

Osa siirtymäajoista, kuten sote-keskusten laajennettua palveluvalikoimaa
tai asiakasseteliä eräissä erikoissairaanhoidon palveluissa koskevat siirty-
mäajat, ovat kuitenkin mielestämme tarpeettomia, koska emme näe ko-
säätelystä sinällään tarkoituksenmukaisena.

Lopuksi

Valinnanvapauslakiehdotuksella lienee mahdollisuuksia parantaa perusta-
son palvelujen saatavuutta ja puuttua siten terveystalouden ongelmamme
yhteen keskeiseen ongelmaan. Todelliset ratkaisut toteutuksesta tehdään
maakunnissa, joten maakunnille tulee jättää palvelujärjestelmän rakentami-
sessa, määrittelyssä ja ohjauksessa vahva rooli. Toimivan palvelujärjestel-
män aikaansaaminen edellyttää vahvaa järjestäjäohjausta, toki myös kan-
sallisen tason koordinaatiota.

Ympäristöterveydenhuollon tulee uudistuksessa säilyä itsenäisenä yksikkö-
nä maakuntien hallinnossa tai sosiaali- ja terveystalouden yhteydessä.
Ympäristöterveydenhuolto on osa kansanterveystyötä ja sen tavoitteena on
turvata ihmisten ja eläinten hyvinvointi ja terveys. Tämän vuoksi peruster-
veydenhuollon ja ympäristöterveydenhuollon välisen yhteyden pitäisi olla
suora ja luonteva. Ennaltaehkäisevän kansanterveystyön mahdollisuudet
tulee varmistaa niin lääkärin, hammaslääkärin kuin eläinlääkärinkin
työssä.

Sote-uudistuksen yksi keskeinen tavoite on vähentää jatkuvasti lisääntynyt-
tä terveyden sosio-ekonomista epätasa-arvoa. Jotta tämä tavoite kyettäisiin
toteuttamaan, tulee toiminnan tehostumisen seurauksena toivottavasti va-
pautuvia voimavaroja ohjata paljon palveluja tarvitseville. Tämä edellyttää
erityisen huomion kiinnittämistä syrjäytymisvaarassa oleviin yksilöihin ja
perheisiin, mm. erilaisen etsivän työn ja matalan kynnyksen palvelujen kei-
noin.

Kunnioittaen

SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO ry.



Marjo Parkkila-Harju
puheenjohtaja



Heikki Pärnänen
johtaja