

Kysymykset **Martti Kekomäki**
Koonnut **Tuija Kuusmetsä**

Kuusi kysymystä sotesta lääkärikansanedustajille

Erikoislääkäri-lehti kysyi lääkärikansanedustajien sotenäkemyksiä. Vastaajina ovat lääkintöneuvos **Niilo Keränen** (kesk.), syöpätautien erikoislääkäri **Sari Raasina** (kok.), lääkäri **Päivi Räsänen** (kd.), kirurgian ja urologian erikoislääkäri, professori **Martti Talja** (kesk.) sekä naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri **Sari Tanus** (kd.).

Kansanedustajat vastasivat seuraaviin kysymyksiin:

- 1 Uskotteko sote-ratkaisun hillitsevän terveydenhuollon kustannuskehitystä? Miksi se hillitsisi?**
- 2 Erityisesti millä tavalla sote-ratkaisu voisi pienentää erikoissairaanhoidon kustannuksia?**
- 3 Mikä olisi paras koulutustausta sote-yksikön johtajalle?**
- 4 Minkälaisena näette tietotekniikan merkityksen sote-kokonaisuuden hallinnassa?**
- 5 Missä määrin avoin tuottajien välinen kilpailu voi hyödyttää sotea?**
- 6 Entä valinnanvapaus? Miten valinnanvapaus ja järjestelmäintegraatio liitetään toisiinsa?**

Niilo Keränen

1. Organisaation uudistaminen sinänsä ei vaikuta merkittävästi kustannuksiin. Toistaiseksi ei ole tiedossa, millaisiin lähipalveluihin sotella pyritään – sieltä löytyy todennäköisesti joitakin kustannuksia hillitseviä tekijöitä. Maakunnallinen järjestäjä-toimija antaa kylä mahdollisuuksia kustannusten kurissa pitämiseen; näistä jotakin alla olevien muiden kysymysten yhteydessä.

2. Jos soten yksi keskeinen tavoite – perusterveydenhuollon vahvistaminen ja parantaminen – onnistuu, se heijastuu suoraan erikoissairaanhoidon kustannuksiin niitä vähentävästi. Siis: perusterveydenhuollossa tulee jatkossa osata hoitaa ihmisiä kokonaisina ilman että erilliskysymyksissä joudutaan runsaasti turvautumaan julkiseen erikoissairaanhoidon, kuten nykyisin. Perusterveydenhuollon lääkäreiden tulee jatkossa osata nykyistä enemmän diagnostiikkaa ja hoitoa: jonkinlaisina esimerkkeinä olen käyttänyt suolistotähystyksiä ja seulontatyyppeistä ultraääniosaamista.

Erityisen tärkeää kustannusten hillitsemisen kannalta on, että perusterveydenhuollon lääkäreillä olisi nykyistä enemmän aikaa paneutua moni- ja pitkäaikaissairaiden monilääkehoitoihin. Nykyisin potilaita lähetetään erikoissairaanhoidon usein ”selittämättömien”



oireiden vuoksi, joissa selitys on monilääkityksessä ja lääkkeiden yhteensopivuudessa. Perusterveydenhuollon lääkäreiden itseluottamusta omaan osaamiseen ja hoitotaitoon tulee parantaa.

Pitkäaikaisesta yleislääkärikokemuksesta johtuen tiedän, että erikoissairaanhoidon lähetetty potilas

”joutuu” usein pitkäaikaiseen tutkimuskierteeseen, kun perusterveydenhuollon lääkärin ongelmakysymykset eivät ole yksiselitteisiä. Ja jos runsaasti tutkitaan, löytyy aina poikkeavuuksia, joita sitten taas pitää tutkia lisää, vaikka nk. sivulöydöksillä ei useinkaan ole mitään tekemistä potilaan hyvinvoinnin kanssa.

3. Ehdottomasti lääkärin koulutus (ja kokemus). Nyky-yhteiskunnassa lääkäriellä on kaikkein parhaimmat ihmissuhdetaidot, joita tarvitaan niin sote-substanssin osaamisessa kuin henkilöstöjohtamisessa. Lääkärin koulutukseen kuuluu myös talousasioiden ymmärtämistä, kun talous ja hoito asetetaan vastakkain. Toki lääkäriellä saa lisäksi olla erikoislääkärikoulutus (yleislääketiede näistä paras, mutta laaja-alainen sisätauti- tai kirurgian koulutus on yhtä hyvä. Suoraan suppealle alalle erikoistuminen taas ei ole niin hyvä. Nykyisin lääkärin on mahdollista saada myös hyvä hallinnon koulutus, josta perusteet ovat jo perusopetuksessa aika hyvät.

4. Nykyiset sairauskertomus- ja tilastointijärjestelmät ovat todella hitaita ja epäkäytännöllisiä. Ne eivät tue hyvää hoitoa. Ohjelmien käyttöliittymiä tulee parantaa merkittävästi (jo kosketusnäyttö olisi huima edistysaskel). Tietotekniikan tulee osata käyttää puheentunnistusta, ohjelmat tulee saada puheella ohjattaviksi ja nykyisin vaadittavaa tilastointia tulee karsia tai saattaa se suurimmaksi osaksi automaattiseksi. Vastaanoton avustajien osuutta kirjaamisessa tulee voida lisätä, jotta lääkäri ja hoitaja voisivat keskittyä koulutustaan vastaavaan työhön. Jos osakaan tästä toteutuu, tietotekniikan merkitys kustannusten hallitsemisessa on suorastaan keskeinen.

5. Hyötyä (= kustannushyötyä) voi tulla jonkin verran, potilaiden subjektiivista hyvän valinnan kokemista voi tulla enemmän. Avoimessa kilpailussa voi olla myös merkittäviä vaaroja: esimerkiksi päiväkirurgian laaja siirtyminen yksityis sektorille, mikä vie sinne osaajia, kun he pääsevät irti raskaasta päivystysvelvollisuudesta. Samalla myös julkinen sektori ”pääsee irti” päivystyksestä: päivystäjistä tulee pulaa. Yksi avoimen kilpailun positiivisia puolia on hyvän hoidon ja myös kustannusvaikuttavuuden vertailtavuus, jos vaikuttavuudelle löydetään nykyistä parempia ja kattavampia mittareita.

6. Jos (hallituksen lupauksen mukaan) valinnanvapaudessa tavoitellaan sitä, että myös pienet ja paikalliset toimijat (palvelutalot, perhehoidot, fysioterapeutit, pienet lääkäriasemat) olisivat todella mukana palvelujen tuottajina ja asiakkaan/potilaan aidosti valittavissa, integraatio ei voi toteutua ”alaoven valinnalla” – siis että sama toimija huolehtisi asiakkaan kaikista palveluista sosiaalityöstä erikoissairaanhoidon. Integraatio tulee vaatimaan melko tuhtia sopimusruljanssia, jotta esimerkiksi yksittäinen yksityislääkäri voisi kilpailla asiakkaista ja asiakkaalla kuitenkin olisi mahdollisuudet saada myös muita sote-palveluja yksityislääkärivalinnasta huolimatta.

Sari Raassina

1. Kustannuskehityksen arvioiminen on erittäin vaikeaa. Uusi hallinto syö helposti toiminnassa aikaan saatavat säästöt. Siksi on toimittava tarkasti sekä palvelurakenteen suunnittelussa että selkeän valtiojohtoisen hallintomallin rakentamisessa. Jotta kustannusten nousupainetta voidaan hillitä, hyvät käytänteet on otettava käyttöön koko Suomessa ja toimintojen vaikuttavuuteen on luotava toimivat mittarit.



2. Toiminnan painopistettä on siirrettävä perusterveydenhuoltoon. Erikoissairaanhoidon konsultoivaa roolia on vahvistettava. Erikoissairaanhoidon tuotteistus on nykyisen julkisen sektorin toimijoiden osalta tehtävä yhteneväisesti koko maassa ja sitä kautta saatava läpinäkyvyyttä kustannuksiin.

3. Pätevyysvaatimukseen täytyy kuulua vahva johtamiskokemus ja terveystaloudellinen osaaminen.

4. Keskeinen. Toimivat, nopeat ja yhteneväisesti toimivat järjestelmät ovat keskeisiä tuottavuuden näkökulmasta.

5. Sparraaminen tuottajien välillä on hyödyllistä. Kun asiakas voi valita palveluntuottajan, myös kiinnostus asiakkaan kokemukseen saa enemmän huomiota.

6. Vahvan verkostomaisen rakenteen kautta. Paljon palveluita käyttävät asiakkaat tarvitsevat oman palveluohjaajan, jotta palveluiden päällekkäiseltä käytöltä vältytään.



Päivi Räsänen

1. Mikäli sote-ratkaisulla saadaan hoitoketjut toimimaan nykyistä paremmin ja peruspalvelut kuntoon, kustannuskehitystä voidaan hillitä. Tämä perustuisi siihen, että painopistettä voitaisiin siirtää

ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen vaikuttamiseen sekä kuntouttamiseen kalliiden erikoispalveluiden sijasta.

2. Erikoissairaanhoidon osaamista hyödynnettäisiin nykyistä paremmin jo perusterveydenhuollossa, jolloin voitaisiin välttyä kalliimmilta kustannuksilta. Tästä on näyttöä esimerkiksi matalan kynnyksen mielenterveyspalveluissa, päihdehoidossa tai kuntouttavassa työotteessa vanhuspalveluissa.

3. Sosiaali- ja terveysalan korkea osaaminen sekä hallinnollinen osaaminen ovat oleellisia.

4. Tietotekniikan hyödyntäminen on erittäin tärkeää niin asiakkaiden kuin ammattilaisten kannalta. Digitalisaation avulla palveluita voidaan myös tuottaa täysin uusilla tavoilla ja tehostaa prosesseja. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimivuus edellyttää yhteensopivia ICT-ratkaisuja, joilla asiak-

kaiden tietoja voidaan käyttää organisaa-
tio- ja aluerajoista riippumattomasti.

5. Asiakkaan valinnanvapaus oikein
toteutettuna tuottaa tervettä kilpailua,
joka voi parantaa palvelujen laatua ja

tehokkuutta.

6. Uudistus tulee toteuttaa asiakasläh-
teisesti niin, että potilaan/asiakkaan
näkökulmasta toteutuu mahdollisimman
laaja valinnanvapaus eri alueiden ja

palveluntuottajien välillä. Samalla tulee
huolehtia siitä, että yhteisissä hankin-
noissa huomioidaan pienet palvelutuot-
tajat, esimerkiksi terveystaluyrittäjät.

Martti Talja

1. Kun terveydenhuollossa
johonkin asiaan kiinnitetään
huomiota, se herättää asian-
tuntijat, ja seurauksena toi-
minta tehostuu ja kustannuk-
set laskevat. Nyt on kuitenkin
kyse niin suuresta säästöstä,
että tämä logiikka ei toimi
vaan tarvitaan erityistoimen-
piteitä. Säästötavoite vuoteen
2010 on kolme miljardia ja tämän lisäksi
0,8 miljardia kansalaisten omaa tämän
hetken rahoitusta yksityissektorin ter-
veyspalvelujen ostoon.

Oulussa vuodelta 2013 tehdyn sel-
vityksen mukaan kallein 10 prosenttia
aiheuttaa 73 prosenttia sosiaali- ja ter-
veydenhuollon kokonaiskustannuksista.
Näistä vajaat 2/3 (63 %) muodostui vä-
hintäänkin yhtä sosiaalihuollon palvelua
käyttävistä henkilöistä, joista vain kuusi
prosenttia ei käyttänyt samanaikaisesti
terveydenhuollon palveluja. Kaupungin
sote-menoista 46 prosenttia käytti kysei-
nen kuusi prosenttia kansalaisista.

Vahva palveluiden tuottajasta
riippumaton yhteensovittaminen ja
kansalaisen vastuun lisääminen omasta
hyvinvoinnista, terveyden edistämisestä
ja hoidosta ovat keinoja hillitä kustan-
nusten kasvua. Integraatiota vahvistaa
avainprosessien maakunnallinen uudis-
taminen hoidon ja hoivan organisaatio-
ja ammattihenkilöiden täsmällisin roo-
lituksin. Tiedonkulku hoitoprosesseissa
varmistetaan uudella valtakunnallisesti
yhteen toimivalla, toiminnanohjausomi-
naisuuksia sisältävällä, sosiaalitoimesta
vaatimaan erikoissairaanhoidon ulottu-
valla potilaskertomuksella, jota hyödyn-



netään potilaskohtaisessa
suunnittelussa ja tulosten
seurannassa.

Terveyshyötymallin
hyödyntäminen toiminnan
suunnittelussa ja toteutuk-
sessa. Kapitaatorahoitus
peruspalveluissa motivoi
tuottajia ottamaan käyttöön
uusia henkilökustannuksia
säästäviä toimintamalleja.

2. Vuonna 2014 olivat tarvevakioidut
erikoissairaanhoidon kustannuserot
sairaanhoidopiireittäin enimmillään
yli 500 euroa alueen asukasta kohden.
Tuottavimman sairaanhoidopiirin, Päijät-
Hämeen ero maan keskiarvoon oli 170
euroa asukasta kohden.

THL:n selvitysten mukaan parhaat
Suomen sairaalat olivat Pohjoismaiden
tuottavimpien sairaaloiden joukossa.
Sairaaloidemme tuottavuus koostuu
päivystyksen ja elektiiivisen toiminnan
optimaalisesta yhteensovittamisesta.
Päivystyksen ylläpito on sairaalan kallein
yksittäinen toiminta ja vaatii runsaasti
erikoislääkärityövoimaa.

Erikoissairaanhoidon kustannusten
alentamiseksi kilpailutuksen sijaan olisi
käytettävä Aalto-yliopiston esittämää
mallia, jossa sairaaloille asetetaan
tuottovaatimuksia suhteessa maan tuot-
tavimpaan sairaalaan tai sairaaloiden
keskiarvoon nähden. Erikoissairaanhoidon
toimintojen siirtäminen valinnanva-
pauuden piiriin vaikeuttaa päivystyksen
hoitoa varsinkin, jos julkisella sektorilla
työskenteleviltä lääkäreiltä kielletään
samanaikainen työskentely vapaa-
aikanaan yksityissektorilla. Seurauksena

on rekrytointivaikeuksia ja palkkojen
nousua.

3. Terveydenhuollon tai sosiaalitoimen
ammattihenkilön koulutus. Terveyden-
huollon isojen yksiköiden johtajalle lää-
kärinkoulutus on etu. Ammatillisen kou-
lutuksen lisäksi tarvitaan aito innostus
hallintotehtäviin ja sen toteuttamiseksi
hallinnollista ja taloushallinnon lisäkou-
lutusta (MBA tai vastaava). Johtajan on
tunnettava yksikkönsä toiminta ja mitä
siinä toimivilta ammattihenkilöiltä voi
työnjaollisesti edellyttää.

4. Potilaskertomusjärjestelmien uudis-
taminen valtakunnallisesti yhtenäiseksi
on välttämätön ensiaskel kohti vahvaa
palveluiden integraatiota. Kaikkien
palveluntuottajien on liityttävä standar-
dirajapinnoin valtakunnallisesti yhtenäi-
seen kertomukseen. Samanaikaisesti on
uudistettava tietosuojaa ja tietoturva
koskeva lainsäädäntö vastaamaan sujuvi-
en työtapojen käytänteitä.

Potilaskertomuksella tulee olla
toiminnanohjausominaisuuksia, ja sen
tulee ulottua sosiaalitoimesta vaatimaan
erikoissairaanhoidon. Potilaskertomuk-
seen tehdään palvelu- ja hoitosuunnitel-
ma ja etenkin paljon palveluja käyttä-
vien osalta voidaan näin muodostaa
kansalaisen ympärille vahva tukiverkko,
jossa palveluntuottaja kirjaa hoitonsa ja
sen vaikuttavuuden. Kansalaiset asioi-
vat tulevaisuudessa entistä enemmän
erilaisten päätelaiteiden välityksellä
tuottaen omia mittaustietojaan erityises-
ti kroonisissa sairauksissa sekä ottavat
erilaisissa ongelmissaan tarvittaessa
yhteyttä sote-ammattihenkilöihin tieto-

järjestelmän avulla. Kertomusjärjestelmä on pohja laadun ja hoidon vaikuttavuuden seurannalle.

Potilaskertomuksen ohelle tarvitaan yhtenäiset ERP-taloushallinnan järjestelmät valtakunnallisesti yhtenäisen kustannuslaskennan toteuttamiseksi.

5. Aito kilpailu tuottajien välillä voi toimia ainoastaan suurimmissa asutuskeskuksissa. Pisimmin kokemusta kilpailusta on vanhusten ympärivuorokautisissa asumispalveluissa. Kilpailu on johtanut paikkakunnittain kustannustason laskuun, mutta ison tuottajan sisäänpääsyn jälkeen kustannustaso on lähtenyt myös nousemaan. Pienillä yrittäjillä ja kolmannella sektorilla on vaikeuksia pysyä kilpailussa mukana. Tämä on johtanut usein yritysfuusioi-

hin, ja pienet alueelliset yrittäjät ovat kadonneet myös terveydenhuollossa. En kannata määritettäväksi kilpailun piiriin kuuluvan tuotannon minimimäärää.

6. Kansalaisilla on tälläkin hetkellä hoitopaikan valinnanvapaus erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Kiireettömän hoidon osalta kansalainen voi valita hoitavan julkisen sairaalan ja perusterveydenhuollossa hän voi valita terveysaseman vähintään vuodeksi. Omalääkärikokeilusta saatiin perusterveydenhuollossa hyviä tuloksia 1990-luvun alussa.

Kansalaisen valinnanvapautta tulisi toiminnallisesti lähestyä varovasti toiminnoittain ja havainnoida samalla käytännön toiminnan muutokset suunniteltuun nähden. Kansalaisen valinnan-

vapautta voidaan lähteä kokeilemaan peruspalvelut edellä Ruotsin mallin mukaan. Ruotsissa havaittiin, että käytännön vaikutukset poikkesivat monesti suunnitellusta. Alkuvaiheessa jättäisin erikoissairaanhoidon vapaan hoitopaikan valinnan ulkopuolelle. Erikoissairaanhoidossa voidaan valinnanvapautta toteuttaa päivystyskyky säilyttäen palveluselelein, jolloin voidaan vaikuttaa myös erikoissairaanhoidon kustannusten kasvuun.

Valinnanvapauden toteuttaminen edellyttää yhtenäistä tuotanto- ja kustannustiedot sisältävää valtakunnallista tietojärjestelmää. Kelan tietojärjestelmästä voitaneen kehittää tähän toimiva järjestelmä ennen valtakunnallisen potilastietojärjestelmän valmistumista 5–10 vuoden kuluttua.

Sari Tanus

1. Sote-ratkaisut ovat valitettavasti tällä hetkellä vielä monin tavoin täysin avoimina, ja sen vuoksi on mahdotonta arvioida, mikä malli toteutuu ja miten se vaikuttaa kustannuskehitykseen. On olemassa suuri riski, että leikkaukset ja supistukset, myös sote-ratkaisuihin kohdistettuina, ilman kunnollista kokonaisvaltaista pitkän aikavälin käytännönläheistä arviointia lisäävät kustannuksia eivätkä muutkaan sotelle asetetut tavoitteet täyty. Päinvastoin palvelut karkaavat kauemmaksi ja pahoinvointi lisääntyy. Toivottavasti näin ei käy.

Suomen tilanteessa sote-ratkaisujen täytyy hillitä kustannuksia. Se on mahdollista, jos ratkaisuja tehtäessä otetaan riittävästi huomioon alueiden erilaisuus ja myös eri alueiden väestön palveluntarpeen erilainen painottuminen. Paikallinen ja alueellinen tieto ja



näkemyks koko sote-sektorilta vapaaehtoistoimijoita myöten on otettava ratkaisuihin vahvasti huomioon. Matalan kynnyksen palvelut, hyvin varhainen auttaminen ja voimakas ennaltaehkäisyyn panostaminen tuovat säästöjä. Ratkaisuja suunniteltaessa ja asiakastyössä potilas-/asiakaslähtöisyys, kokonaisvaltainen ote, riittävä

aika kokonaisvaltaiseen kartoitukseen heti asiakaskontaktin alkuvaiheessa ja myös välittävä kannustaminen potilaan omien mahdollisuuksien käyttöönottoon ovat keskeisiä elementtejä onnistumisesa. Paljon riippuu siitä, saadaanko väestö liikkumaan, löytyykö ratkaisu ylipainon, yksinäisyyden, aikuistyyppin diabeteksen, masennuksen ja alkoholin liikakäytön ongelmiin. Nopeiden muutosten ja kiireenkin keskellä inhimillisen välittämisen täytyy näkyä ja tuntua. Motivaatio ja yhteistyö ovat keskeisiä elementtejä. Euroja on suunnattava riittävästi henkilökuntaan, jonka hyvinvoinnista on huo-

lehdittävä. On hyödynnettävä vahvasti digitalisaatiota, tietotekniikkaa, mutta näiden on pysyttävä rengin asemassa – ne on palautettava rengin asemaan! Ne eivät saa viedä aikaa ja liikaa euroja potilailta. Vaativia, erityistason osaamista tai kallista laitteistoa vaativia tutkimuksia ja toimenpiteitä on keskitettävä.

Uusia ratkaisuja on löydettävä – samalla kun entisiä hyvinvointia lisääviä elementtejä on nostettava voimakkaammin esiin. Esimerkiksi lähimmäisistä välittävä yhteisöllisyys, eri sukupolvien välinen vuorovaikutus ja apu sekä yleensäkin suuren ikäihmisten joukon arvostuksen ja aktiivisuuden lisääminen vaikuttavat myös kustannuskehitykseen.

Asenteet ja arvot määrittelevät myös sote-ratkaisuja. Jos hyviä kestäviä arvoja, riittävää tahtotilaa ja hyvää laaja-alaista yhteistyötä löytyy ratkaisuja tehtäessä, uskon, että on mahdollista riittävästi hillitä terveydenhuollon kustannuskehitystä.

2. Painopiste perusterveydenhuoltoon,

jossa on tiivis yhteistyö eri toimijoiden välillä.

Potilas-/asiakaslähtöisesti, priorisoitava ensimmäinen käynti / kontakti, johon on satsattava myös riittävästi aikaa huomioida potilaan kokonaistilanne ja aiempi historia. Tämä vähentää turhia tutkimuksia ja turhia läheteitä erikoissairaanhoidon. Ennaltaehkäisyyn, hyvin varhaiseen auttamiseen ja riittävään kuntoutukseen on panostettava huomattavasti enemmän. Aidon välittämisen tulee välittyä jokaisessa kontaktissa. Potilas on saatava uskomaan myös omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa, toivota luoden häntä on pyrittävä motivoimaan myös omahoitoisuuteen. Kansantautien ja niiden komplikaatioiden, kuten esimerkiksi ylipainon, aikuistyyppin diabeteksen ja verenpainetaudin, hoidon kustannusten pienentämisessä on potilaan oman toiminnan onnistumisella keskeinen merkitys.

3. Mielestäni koulutustaustaa tärkeämpää on sote-yksikön johtajan

laaja-alainen ymmärrys eri toimijoiden käytännön työstä ja niiden yhteen sovittamisesta sekä kyky hyvään eri tahoja kuuntelemaan yhteistyöhön. Suurten kokonaisuuksien hahmottamiskyvyn lisäksi pidän koulutustaustaa tärkeämpänä sote-yksikön johtajan omaa käytännön työkokemusta, jota olisi hyvä olla useammalta sektorilta. Ilman kunnollista käytännön työkokemusta, suoraan koulun penkiltä johtajaksi, ei mielestäni ole oikea vaihtoehto.

4. Suomessa tietotekniikkaan on hukattu aivan liikaa rahaa! Toimivalla, työskentelyä ja samalla kokonaisuuksien hallintaa helpottavalla tietotekniikalla, joka vapauttaa aikaa potilaan muuhun kohtaamiseen, on tärkeä rooli. Tietotekniikka ei kuitenkaan saa olla keskeisin määrittävä tekijä, vaan se tulee palauttaa ja pitää tiukasti rengin asemassa, avustavassa roolissa. Potilaan kohtaamisen ja hoitamisen tulee olla tärkeämpää kuin tietotekniikan hoitaminen. Sote-ratkaisujen onnistuminen ja kustannuskehitys

riippuvat myös siitä, kuinka viisaasti euroja käytetään tietotekniikkaan.

5. Kilpailutus kaikkein vaikeine koukerointeina pitäisi saada yksinkertaisemmaksi, pienempinä kokonaisuuksina paremmin hallintaan. Lähialueiden palvelujen tuottajat, myös pienyritykset pitäisi pystyä huomioimaan paremmin. Suuret monikansalliset yhtiöt pitäisi saada pidettyä ”kurissa”, poissa valtaamasta alaa. Hyödyttääkö avoin kilpailu sotea ja missä määrin, riippuu varmasti kilpailutuksen toteuttamisesta.

Laatu ja hyvä, joustava, lähellä tuotettu palvelu sekä asiakkaiden ja työntekijöidenkin hyvinvointi, menevät eurojen edelle.

6. Ensin pitää päättää, mitä valinnanvapaus pitää sisällään, mihin kaikkeen täysi valinnanvapaus annetaan. Tässä riittää haastetta. On myös hyvä miettiä, missä laajuudessa järjestelmäintegraatiota on tarvetta ja järkevää toteuttaa.

Liity nyt SELYN jäseneksi – SELY on osa erikoislääkäriyttä!

SELY on erikoislääkärien edunvalvontajärjestö, joka huolehtii siitä, että erikoislääkärien ääni tulee kuuluksi Lääkäriliiton toiminnassa.

Terveystieteiden ja erikoissairaanhoidon ovat suurten muutosten kohteena. Eduskunta säätelee uusia lakeja ja asetuksia, jotka koskettavat erikoislääkäreitä. SELYN valtuuskunta ja hallitus vaikuttavat erikoislääkärien asioihin viime kädessä Lääkäriliiton valtuuskunnan ja hallituksen kautta, jolloin Lääkäriliiton valtuuskunnan kokoonpanosta riippuu kuuluuko erikoislääkärien ääni paremmin vai huonommin. SELY edustaa erikoistuvia ja erikoislääkäreitä niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla.

Ensimmäistä erikoistumistaan suorittavat eivät maksa SELYN jäsenmaksua,

joka on vain 49 €. Maksu on ammattiyhdistysmaksu ja siten verottaja huomioi sen vähennyskelpoisena. Liittymisvuonna ei peritä jäsenmaksua. Kuulumalla SELYN tuet erikoislääkärien asioihin vaikuttamista. Tietoa vaikuttamistyöstä saat Erikoislääkäri-lehdestä ja uutiskirjeestä vähintään neljästi vuodessa, sosiaalisesta mediasta (Facebook, Twitter) tai olemalla suoraan yhteydessä hallituksen jäseniin.

Voit liittyä helposti postittamalla tämän jäsenhakemuslomakkeen tai sähköpostitse: tuija.kuusmetsa@fimnet.fi.

Liityn SELYN jäseneksi

Erikoistuva

Sukunimi/Etunimi

Syntymäaika

Osoite

Postinumero ja -toimipaikka

Päiväys

Allekirjoitus

Vastaanottaja
maksaa
postimaksun

Suomen Erikoislääkäriyhdistys ry

VASTAUSLÄHETYS

Sopimus 00500-392

00003 HELSINKI