

HE 55/2023 vp

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta annetun lain 51 a §:n ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta annetun lain 10 a §:n muuttamisesta

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi terveydenhuoltolain muuttamisesta annettua lakia ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta annettua lakia siten, että 1.9.2023 voimaan tullutta kiireettömän perusterveydenhuollon sairaanhoidon hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisaikaa ei tiukennettaisi 1.11.2024 seitsemään vuorokauteen.

Sääntely koskisi hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevaa perusterveydenhuoltoa, Kansaneläkelaitoksen järjestämisvastuulla olevaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön pääosin tuottamaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa, Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen alaisen Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämää perusterveydenhuoltotasosta vankiterveydenhuoltoa sekä osaa vastaanottokeskusten järjestämää perusterveydenhuoltotasosta terveydenhuoltoa.

Esitys liittyy valtion vuoden 2024 talousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä.

Ehdotetut lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1.11.2024.

SISÄLLYS

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ.....	1
PERUSTELUT	3
1 Asian tausta ja valmistelu	3
2 Nykytila ja sen arviointi.....	4
2.1 Nykyinen lainsäädäntö	4
2.1.1 Terveystuonon järjestäminen	4
2.1.2 Hyvinvointialueiden, korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon ja vankiterveydenhuollon rahoitus	7
2.1.3 Hoitoon pääsyä koskeva sääntely.....	9
2.2 Palvelujärjestelmän nykytila	13
2.2.1 Palvelujärjestelmän tilanne	13
2.2.2 Terveystuonon henkilöstö.....	17
2.2.3 Tilastotietoa perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsystä.....	23
2.3 Johtopäätökset	29
2.3.1 Sisällölliset muutostarpeet	29
2.3.2 Lainsäädännön muutostarpeet	31
3 Tavoitteet	32
4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset	32
4.1 Keskeiset ehdotukset.....	32
4.2 Pääasialliset vaikutukset.....	33
4.2.1 Taloudelliset vaikutukset	33
4.2.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan.....	36
4.2.3 Muut yhteiskunnalliset vaikutukset.....	40
5 Muut toteuttamisvaihtoehdot	43
6 Lausuntopalaute	45
7 Säännöskohtaiset perustelut	47
7.1 Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta	47
7.2 Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta.....	47
8 Voimaantulo	47
9 Toimeenpano ja seuranta	48
10 Suhde muihin esityksiin.....	48
11 Suhde perustuslakiin ja säätämijärjestys	49
LAKIEHDOTUKSET	55
Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta annetun lain 51 a §:n muuttamisesta	55
Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta annetun lain 10 a §:n muuttamisesta	56
LIITE	57
RINNAKKAISTEKSTIT	57
Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta annetun lain 51 a §:n muuttamisesta	57
Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta annetun lain 10 a §:n muuttamisesta	58

PERUSTELUT

1 Asian tausta ja valmistelu

Perusterveydenhuollon kiireettömään sairaanhoitoon pääsyn enimmäisaikoja eli niin sanottua hoitotakuuta tiukennetaan 1.9.2023 ja 1.11.2024 voimaan tulevilla lakimuutoksilla.

Perusterveydenhuollon sairaanhoidon hoitoon pääsyä koskeva sääntely muuttui 1.9.2023 lähtien siten, että lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Suun terveydenhuollossa 1.9.2023 lähtien hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu tutkimus tai tarpeelliseksi todetun hoidon ensimmäinen tutkimus- tai hoitotapahtuma on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin neljän kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarpeen arvio on tehty. Laissa on myös säädetty hoitoon pääsyyn liittyviä tarkempia säännöksiä. Hoitoon pääsyn enimmäisaikoja koskeva sääntely muuttuu eduskunnan hyväksymän lainsäädännön mukaan 1.11.2024 siten, että perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon hoitoon pääsyn enimmäisaika tiukentuu seitsemään vuorokauteen, ja suun terveydenhuollossa kolmeen vuorokauteen.

Sääntely koskee hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla oleva perusterveydenhuoltoa, josta säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010), Kansaneläkelaitoksen järjestämisvastuulla olevaa ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön pääosin tuottamaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa, josta säädetään korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetussa laissa (695/2019, OTHL-laki), Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisen Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämää perusterveydenhuoltotasoista vankiterveydenhuoltoa, josta säädetään vankeuslaissa (767/2005) ja tutkintavankeuslaissa (768/2005) sekä osaa vastaanottokeskusten kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta sekä ihmiskaupan uhrin tunnistamisesta ja auttamisesta annetun lain (746/2011, vastaanottolaki) nojalla järjestämää perusterveydenhuoltotasoista terveydenhuoltoa.

Mainitut lakimuutokset perustuvat hallituksen esitykseen HE 74/2022 vp, jonka eduskuntakäsittelyä koskeva sivu löytyy linkistä: https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kasittelytiedot-Valtiopaivaasia/Sivut/HE_74+2022.aspx), ja valmistelua koskeva hankesivu linkistä: <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM074:00/2019> . Mainitun hallituksen esityksen jaksossa 1.2 kuvataan esityksen valmistelua.

Pääministeri Orpon hallituksen ohjelman mukaan henkilöstöpulan johdosta pidetään voimassa 1.9.2023 voimaan tuleva 14 vuorokauden hoitotakuu. Suun terveydenhuollon hoitotakuuseen ei tehdä muutoksia (1.9.2023 alkaen hoitotakuu on 4 kk ja 1.11.2024 alkaen 3 kk). Hallitusohjelmassa linjataan myös julkisen talouden tasapainottamisesta.

Tätä hallituksen esitystä koskevat asiakirjat ovat saatavilla osoitteesta: <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM053:00/2023>

Hallitusohjelmaan sisältyy myös muita hoitotakuuta koskevia kirjauksia. Näitä ei kuitenkaan toteutettaisi tällä hallituksen esityksellä.

Esitys on valmisteltu virkatyönä sosiaali- ja terveysministeriössä. Esityksestä pidettiin lausuntokierros ajalla 23.8.-15.9.2023. Lausuntoaika on normaalia lyhyempi, koska esitys liittyy valtion vuoden 2024 talousarvioon, ja valmisteluaiakataulu on tästä syystä tiukka. Lausuntopalautea esitellään jaksossa 6. Esityksen lausuntokierroksen jälkeen esityksen vaikutuksia Maahanmuuttovirastoon ja vastaanottokeskuksiin valmisteltiin yhteistyössä sisäministeriön kanssa.

Esitystä käsiteltiin Hyvinvointialuealouden ja -hallinnon neuvottelukunnassa 15.9.2023.

Esitys on tarkastettu oikeusministeriön lainsäädännön kehittäminen ja laintarkastus -yksikössä.

2 Nykytila ja sen arviointi

2.1 Nykyinen lainsäädäntö

2.1.1 Terveystuollon järjestäminen

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Pykälän 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestävät 21 hyvinvointialuetta, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä. Lisäksi hyvinvointialueiden järjestämän sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä varten on viisi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöaluetta. Uudellamaalla sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisvastuu poikkeaa muun maan ratkaisusta siten, että Helsingin kaupungilla on niiden järjestämisvastuu. Lisäksi palvelujen järjestämisestä vastaa Uudellamaalla neljä hyvinvointialuetta. Uudenmaalla toimii myös HUS-yhtymä, joka vastaa sille laissa säädetyistä sekä HUS-järjestämissopimuksessa sovitusta erikoissairaanhoidon toiminnoista ja tehtävistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä säädetään terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa (612/2021, *sote-järjestämislaki*). Hyvinvointialueen toiminnasta, taloudesta ja hallinnosta sekä talouden ja hallinnon tarkastamisesta säädetään hyvinvointialueesta annetussa laissa (611/2021, *hyvinvointialuelaki*). Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla annetussa laissa (615/2021, *Uusimaa-laki*) säädetään vastuusta järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto Uudellamaalla sekä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämiseen Uudellamaalla liittyvästä hallinnon ja talouden järjestämisestä.

Sote-järjestämislain 4 §:n mukaan hyvinvointialueen on suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää. Palvelut on toteutettava yhdenvertaisesti, yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina sekä hyvinvointialueen väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä asiakkaita. Palveluja voidaan koota hyvinvointialueen alueella suurempiin kokonaisuuksiin silloin, kun palvelujen saatavuus ja laadun turvaaminen edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja tai kun palvelujen tarkoituksenmukainen, kustannusvaikuttava ja tehokas toteuttaminen edellyttävät sitä.

Sote-järjestämislain 8 §:n mukaan hyvinvointialue vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueellaan ja on järjestämisvastuussa asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollosta.

Hyvinvointialueella on oltava riittävä osaaminen, toimintakyky ja valmius vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja sen on huolehdittava asukkaidensa palvelutarpeen mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuudesta kaikissa tilanteissa. Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi hyvinvointialueella on oltava palveluksessaan toiminnan edellyttämä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö sekä hallinnollinen ja muu henkilöstö, hallinnassaan asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet sekä muut tarvittavat toimintaedellytykset. Lisäksi hyvinvointialueella on oltava järjestämisvastuunsa toteuttamisen edellyttämä riittävä oma palvelutuotanto.

Hyvinvointialuelain 9 §:n mukaan, jollei lailla toisin säädetä, hyvinvointialue voi tuottaa järjestämisvastuulleen kuuluvat palvelut itse, yhteistoiminnassa muiden hyvinvointialueiden kanssa tai hankkia ne sopimukseen perustuen muilta palvelujen tuottajilta. Palvelusetelin käytöstä säädetään erikseen. Hyvinvointialue voi sote-järjestämislain 12 §:n mukaan hankkia asiakkaalle annettavia sosiaali- ja terveyspalveluja yksityiseltä palveluntuottajalta sopimukseen perustuen, jos palvelujen hankkiminen olisi tarpeen tehtävien tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi. Yksityiseltä palveluntuottajalta voidaan hankkia kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden hankkimista ei olisi erikseen laissa kielletty. Hyvinvointialueen on huolehdittava järjestämisvastuustaan sekä sen järjestämisvastuulle kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisesta toteutumisesta myös palveluja hankkiessaan. Hankittavien palvelujen on oltava sisällöltään, laajuudeltaan ja määrälliseltä osuudeltaan sellaisia, että hyvinvointialue pystyy huolehtimaan kaikissa tilanteissa järjestämisvastuunsa toteuttamisesta myös hankittavien palvelujen osalta. Lain 13 §:ssä säädetään vuokratyövoiman ja yksityiseltä palveluntuottajalta hankittavan työvoiman käytöstä. Palvelusetelistä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetussa laissa (569/2009).

Sote-järjestämislain 10 §:n mukaan hyvinvointialueella on vastuu asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta kokonaisuuksiksi. Hyvinvointialueen on huolehdittava yhteen sovitettuja palveluja laaja-alaisesti tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittamisesta ja palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittämisestä, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta hyvinvointialueen muiden palvelujen kanssa sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä.

Hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevista terveydenhuollon palveluista säädetään terveydenhuoltolain 2 ja 3 luvussa. Hyvinvointialueiden veloitteena on järjestää terveysneuvonta ja terveystarkastukset, seulonnat, neuvolapalvelu, kouluterveydenhuolto ja toisen asteen opiskeluterveydenhuolto, työterveyshuolto, sairaanhoito, kotisairaanhoito, suun terveydenhuolto, mielenterveyspalvelut, päihde- ja riippuvuushoito ja lääkinnällinen kuntoutus laissa tarkemmin säädetyllä tavalla.

OTHL-laissa säädetään Kansaneläkelaitoksen järjestämästä korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta. Lakisääteinen valtakunnallinen palveluntuottaja on 8 §:n mukaan Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS). YTHS:n on tuotettava terveydenhuoltolain 17 §:ssä tarkoitettu opiskeluterveydenhuolto korkeakouluopiskelijoille. Terveydenhuoltolain 17 §:n 2 momentin mukaan opiskeluterveydenhuoltoon sisältyy muun ohella perusterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelut, mukaan lukien mielenterveys- ja päihdetyö, seksuaaliterveyden edistäminen ja suun terveydenhuolto.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alainen Vankiterveydenhuollon yksikkö järjestää maanlaajuisesti vankien ja tutkintavankien terveyden- ja sairaanhoidon siten kuin vankeuslain 10 luvussa ja tutkintavankeuslain 6 luvussa säädetään. Mainittujen lakien mukaan Vankiterveyden-

huollon yksikkö vastaa vangin ja tutkintavangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä. Laeissa ei säädetä tarkemmin terveyden- ja sairaanhoidon sisällöstä.

Valtio järjestää myös eräitä muita terveyspalveluja. Valtion mielisairaaloista säädetään valtion mielisairaaloista annetussa laissa (1292/1987) sekä mielenterveyslaissa (1116/1990). Puolustusvoimien järjestämästä terveydenhuollosta säädetään terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetussa laissa (322/1987). Vastaanottolaissa säädetään vastaanottokeskusten velvoitteesta antaa terveyspalveluja laissa tarkoitetuille kansainvälistä suojelua hakevalle, tilapäistä suojelua saavalle sekä ihmiskaupan uhrille.

Työterveyshuoltolaissa (1383/2001) veloitetaan työnantajaa järjestämään työntekijöilleen ehkäisevä työterveyshuolto. Ehkäisevän toiminnan lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöilleen sairaanhoitoa ja muita terveydenhuollon palveluja. Tällaisten palveluiden järjestäminen on vapaaehtoista. Työnantajat ovat valtaosin sisällyttäneet työterveyshuoltosopimuksiinsa yleislääkäritasoiset sairaanhoidon palvelut, jotka vaihtelevat laajuudeltaan työnantajakohtaisesti. Taustalla on asiakaslähtöinen toive työntekijöiden tarpeenmukaisesta pääsystä vastaanotoille yksikköön, jossa työpaikan olosuhteet tunnetaan, sekä tarpeenmukaisten tutkimusten ja hoidon sekä kuntouttamisen käynnistämistä, jolla pystytään tukemaan työkykyä. Työntekijät arvostavat laadukasta ja kattavaa työterveyshuoltoa. Kelan työterveyshuoltotilaston 2021 mukaan työnantajan järjestämän työterveyshuollon piirissä oli Kelan korvaustietojen mukaan 1 976 000 työntekijää, mikä oli 1,9 % enemmän kuin vuotta aiemmin. Työterveyshuollon piirissä oli 90,1 % palkansaajista. Kattavuus on ollut reilusti yli 85 % yhtäjaksoisesti vuodesta 2010 lähtien. Sairaanhoidokäyntejä tehtiin vuonna 2021 3,1 miljoonaa. Sairaanhoidokäyntien lukumäärä työterveyshuollossa on pienentynyt 40 % vuodesta 2012 vuoteen 2021. Sairaanhoidokäyntejä tehtiin keskimäärin kaksi työntekijää kohti. Lääkärikeskukset ovat selvästi merkittävin työterveyspalvelujen tuottaja.

Työterveyshuoltolain mukaan työnantajalla, yrittäjällä ja muulla omaa työtään tekevällä on oikeus korvaukseen työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon järjestämisestä aiheutuneista kustannuksista siten kuin sairausvakuutuslaissa (1224/2004) säädetään. Näitä korvauksia muutettiin vuoden 2020 alusta voimaan tulleella sairausvakuutuslain muutoksella (HE 77/2018 vp, laki 1075/2018). Muutoksen taustalla oli silloisen pääministeri Juha Sipilän hallituksen linjaus, että työterveyshuollon toiminnan painopistettä siirretään ennaltaehkäisevään toimintaan. Vuonna 2021 työnantajan järjestämän työterveyshuollon hyväksytyt kustannukset olivat 899 miljoonaa euroa, mikä oli 2,2 % enemmän kuin edellisvuonna. Kustannuksista 464 miljoonaa aiheutui ehkäisevän työterveyshuollon palveluista ja 435 miljoonaa euroa sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palveluista.

Sairausvakuutuslain perusteella yksityiseen sairaanhoitoon hakeutuneelle korvataan hoidon kustannuksia. Kela maksoi yksityisen hoidon ja tutkimuksen korvauksia noin 183 miljoonaa euroa vuonna 2022. Nämä korvaukset rahoitetaan sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksesta, josta valtio rahoittaa 67 prosenttia ja loput 33 prosenttia rahoitetaan vakuutettujen sairaanhoitomaksulla. Kela-korvauksiin toteutettiin 1.1.2023 alkaen 64 miljoonan euron säästöt siten, että suurin osa tutkimuksen ja hoidon korvauksista poistettiin ja lääkärin tekemät toimenpiteet poistui korvattavuuden piiristä muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta. Mielenterveyspalveluihin ja hammashoittoon ei kuitenkaan kohdistettu leikkauksia. Vuoden 2023 alusta alkaen korvauksia saa yleis- ja erikoislääkärien vastaanotokäynneistä. Lisäksi korvataan psyykkisen sairauden hoitoon liittyviä lääkärin toimenpiteitä, hammaslääkärin, suu- ja leukakirurgian erikoislääkärin tekemiä toimenpiteitä, hammaslääkärin, psykiatrian erikoislääkärin ja suu- ja leukakirurgian erikoislääkärin määräämät laboratorio- ja kuvantamistutkimukset sekä lääkärin määräämät psykologin tutkimukset. Myös sairausvakuutuslain mukaisen etuuden hakemista

varten tarvittavan lääkärintodistuksen tai -lausunnon hankkimisesta aiheutuneet kustannukset ovat korvattavia.

Lääkäripalkkioiden ja hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvaustaksojen perusteista ja enimmäismääristä säädetään sairausvakuutuslain 3 luvun 4 ja 5 §:ssä tarkoitettujen korvaustaksojen perusteista annetussa valtioneuvoston asetuksessa (1336/2004). Sairausvakuutuslain 3 luvun 6 §:ssä säädetään, että korvaustaksojen perusteiden ja enimmäismäärien perusteella Kansaneläkelaitos vahvistaa luettelon korvattavista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä sekä niiden korvaustaksoista. Korvaustaksojen perusteet ja vahvistettavat korvaustaksat perustuvat tutkimus- ja hoitotoimenpiteen laatuun, sen vaatimaan työhön ja aiheuttamaan kustannukseen, korvattavan palvelun hoidolliseen arvoon ja korvauksiin käytettävissä oleviin varoihin. Pääministeri Orpon hallituksen hallitusohjelmassa Kela-korvauksiin on suunnattu lisärahoitusta perusterveydenhuollon hoitajien purkamiseksi. Hallitus täsmensi Kela-korvauksiin kohdistuvia hallitusohjelmakirjauksia budjettiriihessä 19.9.2023. Yleis- ja erikoislääkäreiden vastaanottojen, psykoterapian ja hammaslääkärin perustutkimuksen Kela-korvauksiin suunnataan 97,5 miljoonan euron lisärahoitus vuoden 2024 ajaksi. Lisäksi lisärahoitusta suunnataan uuden Kela-korvausmallin kehittämiseen noin 134,2 miljoonaa euroa vuodessa vuosien 2025-2027 ajaksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta annettu laki (741/2023, *sote-valvontalaki*) tulee voimaan 1.1.2024. Laissa säädetään yksityisten ja julkisten palveluntuottajien toimintaedellytyksistä, rekisteröinnistä ja omavalvonnasta sekä viranomaisvalvonnasta.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa lain (785/1992, *potilaslaki*) 2 luvussa säädetään potilaan oikeuksista. Lain 3 §:n mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan oikeutta hyvään hoitoon turvaa myös terveydenhuollon lainsäädännön sääntely koskien muun muassa terveydenhuollon laatua, potilasturvallisuutta, terveydenhuoltopalveluiden kieltä, terveydenhuollon ammattihenkilöiden velvoitteita, henkilöstön täydennyskoulutusvelvoitetta ja yhteistyövelvoitteita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Ahvenanmaalla kuuluu Ahvenanmaan itsehallintolain (1144/1991) mukaan maakunnan omaan lainsäädäntötoimivaltaan. Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaa Ahvenanmaan maakunnan hallituksen alainen Ahvenanmaan maakunnan terveys- ja sairaanhoitoviranomainen (Ålands hälso- och sjukvård, ÅHS).

2.1.2 Hyvinvointialueiden, korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon ja vankiterveydenhuollon rahoitus

Hyvinvointialueiden kokonaisrahoitus perustuu valtion rahoitukseen sekä maksu- ja myyntituottoihin. Hyvinvointialueiden rahoituksesta annetussa laissa (617/2021, *rahoituslaki*) säädetään valtion rahoituksen myöntämisestä hyvinvointialueesta annetussa laissa tarkoitettujen hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle kuuluvien tehtävien kustannusten kattamiseen. Hyvinvointialueilla ei ole verotusoikeutta. Rahoituslain mukainen valtion rahoitus on hyvinvointialueelle yleiskatteellista, joten hyvinvointialue päättää rahoituksen käytöstä ja kohdentamisesta itsehallintonsa ja toimivaltansa rajoissa. Valtion rahoitus on laskennallista ja jakautuu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen rahoitukseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on pääosin tarveperusteista huomioiden lisäksi asukasperusteisuuden, kieli- ja olosuhdetekijöitä, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä vuodesta 2024 alkaen ns. yliopistosairaalaisän.

Rahoituslain 6 §:n mukaan valtion rahoituksen taso kullekin varainhoitovuodelle perustuu hyvinvointialueiden edellisen vuoden laskennallisiin kustannuksiin. Rahoituksen taso tarkistetaan koko maan tasolla vuosittain ottaen huomioon hyvinvointialueiden hintaindeksiin perustuva kustannustason muutos rahoituslain 8 §:ssä säädetysti. Lisäksi rahoituslain 9 §:n mukaisesti rahoituksen tasoa tarkistettaessa otetaan täysimääräisesti huomioon laista, asetuksesta, niihin perustuvasta viranomaisen määräyksestä tai valtion talousarviosta aiheutuva hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle kuuluvien tehtävien laajuuden tai laadun muutos. Edelleen rahoituslain 10 §:ään perustuen otetaan vuosittain jälkikäteen huomioon toteutuneet kustannukset varainhoitovuotta edeltävää vuotta edeltäneeltä vuodelta siten, että kyseisen vuoden laskennallisten kustannusten ja toteutuneiden kustannusten erotus lisätään rahoitukseen tai vähennetään rahoituksesta. Kustannustason tarkistus tehdään täysimääräisenä. Näin varmistetaan, että laskennallinen rahoitus ei erkane toteutuneista kustannuksista.

Hyvinvointialueen oikeudesta saada tarvittaessa lisärahoitusta säädetään rahoituslain 11 §:ssä. Jos rahoituksen taso muutoin vaarantaisi perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettujen riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen, hyvinvointialueella on oikeus saada valtiolta lisärahoitusta se määrä, joka on tarpeen mainittujen sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamiseksi ottaen huomioon hyvinvointialueen edellytykset järjestää muut lakisäätteiset tehtävät. Lisärahoitusta koskevasta menettelystä säädetään rahoituslain 26 §:ssä.

Valtion laskennallinen rahoitus hyvinvointialueille ja Helsingin kaupungille on vuonna 2023 yhteensä arviolta noin 23,2 miljardia euroa. Määrä täsmentyy vielä vuoden 2023 aikana lopullisen ns. siirtolaskelman valmistuttua.

Hyvinvointialueen järjestämien palveluiden asiakasmaksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992) ja -asetuksessa (912/1992). Hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä ovat talousarviossaan budjetoineet perivänsä noin 1,4 miljardia euroa asiakasmaksuja vuonna 2023.

OTHL-lain 2 luvussa säädetään korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon rahoituksesta. Sosiaali- ja terveysministeriö laatii vuosittain arvion opiskeluterveydenhuollon hyväksyttävistä kustannuksista, jotka määritetään laissa. Ministeriön arvio perustuu opiskeluterveydenhuollon palvelujen tarpeeseen, saatavuuteen, taloudellisuuteen ja vaikuttavuuteen. Hyväksyttävät kustannukset tarkistetaan vuosittain tämän arvioinnin perusteella. Hyväksyttävien kustannusten tarkistuksessa on otettava huomioon opiskeluterveydenhuollon palvelujen tuottamista koskeva muutos, joka johtuu laista tai asetuksesta taikka toimintaympäristön olennaisesta muutoksesta. Eduskunta päättää vuosittain opiskeluterveydenhuollon hyväksyttävistä kustannuksista ja valtion rahoituksesta valtion talousarvion käsittelyn yhteydessä.

OTHL-lain 17 §:n mukaan opiskeluterveydenhuollon rahoitus koostuu opiskelijoiden Kansaneläkelaitokselle suorittamista terveydenhoitomaksuista ja valtion Kansaneläkelaitokselle maksumasta rahoituksesta. Valtion varoista rahoitetaan 77 prosenttia opiskeluterveydenhuollon hyväksyttävistä kokonaiskustannuksista. Hyväksyttävien kokonaiskustannusten on arvioitu olevan 86 miljoonaa euroa vuonna 2023. Vuoden 2023 valtion talousarviossa on osoitettu noin 65,4 miljoonan euron määräraha YTHS:n opiskeluterveydenhuollon tuottamiseen. Opiskelijoilta perittävillä terveydenhoitomaksuilla rahoitetaan 23 prosenttia opiskeluterveydenhuollon hyväksyttävistä kokonaiskustannuksista. Terveydenhoitomaksun suuruus määrätään siten, että opiskelijoiden rahoitusosuus jaetaan arvioidulla läsnä oleviksi ilmoittautuneiden opiskelijoiden määrällä. Terveydenhoitomaksu on saman suuruinen kaikille opiskelijoille. Terveydenhoitomaksun suuruudesta säädetään vuosittain ennen marraskuun 30 päivää annettavalla valtioneuvoston asetuksella. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon maksuista vuonna

2023 annetun valtioneuvoston asetuksen (922/2022) mukaan terveydenhoitomaksun suuruus vuonna 2023 on 73,60 euroa. Muita palvelu- tai käyntimaksuja ei peritä.

Lain 18 §:n mukaan sen lisäksi, mitä 17 §:ssä säädetään, valtio vastaa siitä, että Kansaneläkelaitoksen käytettävissä on korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon riittävä rahoitus, jos se on välttämätöntä opiskeluterveydenhuollon palvelujen saatavuuden turvaamiseksi äkillisestä ja ennakoimattomasta syystä johtuen.

Vangin ja tutkintavangin lääketieteellisten tarpeiden mukainen terveydenhoito, sairaanhoito ja lääkinnällinen kuntoutus maksetaan vankeuslain ja tutkintavankeuslain mukaan valtion varoista. Vankiterveydenhuollon yksikölle on osoitettu rahoitusta yhteensä noin 22,3 miljoonaa euroa valtion talousarviossa vuodelle 2023. Lisäksi vankiterveydenhuollon yksiköllä on maksullista toimintaa vankien mielentilatutkimuksiin ja vaarallisuusarvioiden laatimiseen liittyen.

2.1.3 Hoitoon pääsyä koskeva sääntely

Ennen lakimuutosten voimaan tuloa 1.9.2023 terveydenhuoltolain 51 §:n mukaan hyvinvointialueen oli järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveystieteelliseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön oli tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveystieteelliseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana.

Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Perusterveydenhuollossa hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito oli järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantamatta.

Terveydenhuoltolain 1.9.2023 voimaan tulleessa muutetussa 51 §:ssä säädetään yhteyden saamisesta perusterveydenhuollon yksikköön ja hoidon tarvetta koskevasta arviosta. Pykälän mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana yhteyden terveystieteelliseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja saada yksilöllisen arvion tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön tekemiä tutkimuksia tai antamaa hoitoa potilas tarvitsee. Arvion tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Suun terveydenhuollossa arvion voi tehdä myös nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä on säädetty 1.9.2023 lähtien uudessa 51 a §:ssä. Pykälän 1 momentin mukaan 51 §:ssä tarkoitettussa arviossa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Pykälän 2 momentin mukaan, jos potilas on 51 §:ssä tarkoitettua arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin

lääkärin vastaanotolle, ja ammattihenkilö toteaa, että potilas tarvitsee 1 momentissa tarkoitetun terveysongelman hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana.

Pykälän 3 momentin mukaan 1 ja 2 momentissa säädetyt enimmäisajat eivät koske hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, käyntejä perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanotolla eikä hoitotapahtumia, jotka tehdään yksinomaan 22 §:ssä tarkoitetun tai muuten terveydenhuollossa laadittavan todistuksen tai lausunnon saamiseksi. Pykälän 4 momentin mukaan muiden kuin 1 ja 2 momentissa tarkoitettujen perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon, kuntoutuksen sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävien palveluiden ensimmäinen hoito- tai kuntoutustapahtuma on järjestettävä potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa 51 §:n mukaisesta arviosta taikka hänelle tehdyn hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti.

Pykälän 5 momentin mukaan, jos potilasta hoidettaessa taikka hänelle terveyttä tai hyvinvointia edistävää palvelua annettaessa havaitaan, että hän tarvitsee muuta terveysongelmaansa koskevan perusterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömään sairaanhoitoon kuuluvan tutkimuksen tai hoidon, kuntoutuksen tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun kuin sen, mitä hoitotapahtuma tai muu palvelu koskee, taikka terveydenhuoltoa sosiaalihuollon palveluiden yhteydessä annettaessa tai muuten palveluja annettaessa esiin tulee, että potilas tarvitsee perusterveydenhuoltoon kuuluvan, kiireettömän sairaanhoidon tutkimuksen tai hoidon, kuntoutuksen tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun, se on toteutettava 1–4 momentissa säädetyt enimmäisaikoja noudattaen.

Suun terveydenhuollon hoitoon pääsystä säädetään uudessa 51 b §:ssä. Pykälän 1 momentin mukaan 51 §:ssä tarkoitettu arvio, joka koskee perusterveydenhuoltoon kuuluvaa suun terveydenhuoltoa, hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu tutkimus tai tarpeelliseksi todettu hoidon ensimmäinen tutkimus- tai hoitotapahtuma on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin neljän kuukauden kuluessa siitä, kun 51 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty. Pykälän 2 momentin mukaan, jos potilas on 51 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muulle suun terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille, ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille on järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta tai neljän kuukauden kuluessa 51 §:ssä tarkoitettu arviosta. Pykälän 3 momentin mukaan, jos hammaslääkäri toteaa tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hammaslääkäri on todennut palvelun tarpeen.

Pykälän 4 momentin mukaan hoitajakso tulee saattaa valmiiksi kohtuullisessa ajassa ilman tarpeetonta viivytystä hoitokäyntien välillä. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hammaslääketieteellinen perustelu hoidon jaksottamiselle. Pykälän 5 momentin mukaan 1 momentissa säädettyä ei sovelleta tilanteessa, jossa potilaalle on määritelty yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli. Tutkimus tai hoito tulee järjestää hoitosuunnitelmaan kirjatun tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti, jollei 51 §:ssä tarkoitettu arvio tule esille seikkoja, joiden perusteella yksilöllisestä tutkimus- tai hoitovälistä tulee tai voidaan poiketa.

Pykälän 6 momentin mukaan, jos neuvolapalveluihin tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun määräaikaisen terveystarkastuksen suorittaa muu suun terveydenhuollon ammattihenkilö kuin hammaslääkäri, ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle

tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille on järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta. Hoitoon sovelletaan lisäksi 3 ja 4 momenttia.

Oppilas- ja opiskelijahuoltolaissa (1287/2013) säädetään perusopetuslaissa (628/1998) tarkoitettussa opetuksessa olevan oppilaan sekä lukiolaissa (714/2018) ja ammatillisesta koulutuksesta annetussa laissa (531/2017) tarkoitettussa koulutuksessa olevan opiskelijan sekä eräiden muiden lakien nojalla opiskelevien oikeudesta opiskeluhooltoon. Oppilas- ja opiskelijahuoltolain mukaan opiskeluhoitoa toteutetaan ensisijaisesti ennaltaehkäisevänä koko oppilaitosyhteisöä tukevana yhteisöllisenä opiskeluhoitona. Opiskeluhooltoon kuuluu lisäksi laissa tarkemmin säädettyllä tavalla yksittäiselle opiskelijalle annettavat koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja sekä opiskeluhoollon psykologi- ja kuraattoripalvelut. Lain 15 §:n mukaan opiskelijalle on järjestettävä mahdollisuus keskustella henkilökohtaisesti opiskeluhoollon psykologin tai kuraattorin kanssa viimeistään seitsemäntenä oppilaitoksen työpäivänä sen jälkeen kun opiskelija on tätä pyytänyt. Kiireellisessä tapauksessa mahdollisuus keskusteluun on järjestettävä samana tai seuraavana työpäivänä. Lain 17 §:n mukaan terveydenhoitajan työaika koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa on järjestettävä siten, että opiskelija voi tarvittaessa päästä terveydenhoitajan vastaanotolle myös ilman ajanvarausta. Opiskelijalle on järjestettävä mahdollisuus saada arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana yhteys opiskeluterveydenhuoltoon. Hoidon tarpeen arviointi ja hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun hoitoon pääsy on järjestettävä terveydenhuoltolain 51 a ja 51 b §:ssä säädetyn mukaisesti.

Erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä säädetään terveydenhuoltolain 52 §:ssä. Hoidon tarpeen arviointi on pääsääntöisesti aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohdullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. Lain 53 §:ssä lisäksi säädetään erillisestä lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa erikoissairaanhoidossa noudatettavasta hoitoon pääsyn sääntelystä. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava pääsääntöisesti kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavan erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä säädetään 1.9.2023 uudessa 51 c §:ssä. Tätä hoitoon pääsyn sääntelyä ei muutettu sisällöllisesti ennen lakimuutoksen voimaantuloa voimassa olleeseen 51 §:n sääntelyyn nähden.

Hoitoon pääsyn enimmäisaikoja koskevan uudistuksen myötä OTHL-laissa on 1.9.2023 lähtien omat säännökset hoitoon pääsystä, eikä hoitoon pääsystä säädetä, kuten aiemmin, säädösviittauksin terveydenhuoltolakiin. Hoitoon pääsyä koskee muutettu 10 § sekä uudet 10 a ja 10 b §, jotka pitkälle vastaavat terveydenhuoltolain 51, 51 a § ja 51 b §:ää. Säännöksissä on kuitenkin joitain korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoon koskevia mukautuksia.

Vankiterveydenhuollon osalta vankeuslakiin ja tutkintavankeuslakiin lisättiin lakiuudistuksessa nimenomaiset säännökset siitä, että vankiterveydenhuollossa noudatetaan edellä kuvattuja vastavia hoitoon pääsyn enimmäisaikoja. Vankeuslain 10 luvun 1 §:n ja tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n mukaan Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämiin palveluihin pääsyä koskeviin enimmäisaikoihin sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain 51, 51 a, 51 b ja 52–54 §:ssä säädetään hoitoon pääsystä. Mitä mainituissa pykälissä säädetään hyvinvointialueesta, koskee mainittuja lakeja sovellettaessa Vankiterveydenhuollon yksikköä. Mitä terveydenhuoltolain 51 §:ssä sää-

detään yhteyden saamisesta terveystieteeseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön, koskee tätä lakia sovellettaessa yhteyden saamista vankilan poliklinikkaan tai Vankiterveydenhuollon yksikössä toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön.

Terveydenhuoltolain 54 §:n mukaan, jos hyvinvointialue ei voi itse tuottaa tutkimuksia, hoitoa tai kuntoutusta 51 a–51 c, 52 tai 53 §:ssä säädetyissä enimmäisajoissa, sen on järjestettävä ne hyvinvointialuelain 9 §:n 1 momentissa tarkoitettulla tavalla tuottamalla ne yhteistoiminnassa toisen hyvinvointialueen kanssa tai hankkimalla ne sopimukseen perustuen muilta palvelun tuottajilta. Palvelusetelin käytöstä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetussa laissa. Sote-järjestämislain 3 luvussa säädetään palvelujen hankkimisesta yksityiseltä palveluntuottajalta. Mainitun 3 luvun sääntelyssä säädetään yksityistä palveluntuottajaa koskevista vaatimuksista sekä muun ohella säädetään, että hyvinvointialue voi hankkiessaan perusterveydenhuollon palveluja antaa yksityisen palveluntuottajan tehtäväksi, osana asiakkaille annettavaa hoitoa, asiakkaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoratkaisujen tekemisen, hoitosuunnitelman laatimisen sekä lähetteen laatimisen erikoissairaanhoidon. Lainsäädännössä säädetään myös hyvinvointialueen veloitteesta ohjata ja valvoa yksityisen palveluntuottajan toimintaa sekä julkisen ja yksityisen palveluntuottajan omavalvonnasta. Terveydenhuoltolain 51 §:ssä tarkoitettujen arviointien ja erikoissairaanhoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä on arvioitava, pystyykö hyvinvointialue tuottamaan tutkimukset, hoidon ja kuntoutuksen 51 a–51 c, 52 ja 53 §:ssä tarkoitetuissa enimmäisajoissa.

OTHL-lain 10 c §:n mukaan 10 §:ssä tarkoitettujen arviointien yhteydessä on arvioitava, pystyykö Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö tuottamaan hoidon 10 a ja 10 b §:ssä tarkoitetuissa enimmäisajoissa. Pykälä sisältää lisäksi viittauksen lain 8 §:n 3 momenttiin, jonka mukaan Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön on tuotettava opiskeluterveydenhuollon palvelut pääosin omana toimintanaan. Jos OTHL-lain mukaista tuottamisvelvollisuutta ei voida muuten toteuttaa, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö voi hankkia omaa toimintaansa täydentäviä opiskeluterveydenhuollon palveluja muulta palveluntuottajalta noudattaen julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista annettua lakia (1397/2016). Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö vastaa alihankkijan yksittäiselle opiskelijalle antamasta palvelusta ja on kokonaisvastuussa yksittäisen opiskelijan saamista opiskeluterveydenhuollon palveluista.

Hoitoon pääsyä koskevien tietojen julkaisemisesta säädetään terveydenhuoltolain 55 §:ssä. Sääntelyä uudistettiin 1.9.2023 lukien siten, että perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä on julkaistava tietoa aiempaa tiiviimmin. Pykälän mukaan hyvinvointialueen on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 51, 51 a ja 51 b §:ssä säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten 51 c, 52 ja 53 §:ssä säädettyjen (erikoissairaanhoidon) enimmäisaikojen noudattaminen toteutui. Lisäksi jatkossa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottaa julkaistavat tiedot, mikä parantaa niiden vertailukelpoisuutta. Hyvinvointialueen on julkaistava tunnusluvut erikseen kustakin sairaalasta, terveystieteestä ja muusta terveydenhuollon toimintayksiköstä. Jos toimintayksikön alaisuudessa on terveystasema, hammashoitola tai muu vastaava erillinen yksikkö, tunnusluvut on julkaistava erikseen kustakin tällaisesta yksiköstä, jos se on mahdollista. YTHS-lain 10 d §:ssä sekä vankeuslain 10 luvun 1 §:ssä ja tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:ssä säädetään tietojen julkaisusta terveydenhuoltolain 55 §:ää pääosin vastaavasti. YTHS:n osalta tiedot julkaistaan toimipisteittäin. Kutakin Vankiterveydenhuollon yksikön sairaalaa ja poliklinikkaa koskevat tunnusluvut on julkaistava erikseen ja ostopalveluina hankittuja erikoissairaanhoidon palveluita koskevat tunnusluvut on julkaistava koko Vankiterveydenhuollon yksikköä koskien. Tunnusluvut on julkaistava myös siten, että ne ovat vankilassa vankien saatavilla.

Vastaanottolain 8 §:n mukaan vastaanoton ja auttamisjärjestelmän käytännön toiminnan ohjaus, suunnittelu ja valvonta kuuluvat Maahanmuuttovirastolle. Lain 13 §:n mukaan vastaanottopalvelut järjestää se vastaanottokeskus, jonka asiakkaaksi kansainvälistä suojelua hakeva tai tilapäistä suojelua saava rekisteröidään. Vastaanottopalveluihin kuuluvat muun muassa terveydenhuoltopalvelut siten kuin laissa säädetään. Lakia sovelletaan kansainvälistä suojelua hakevan ja tilapäistä suojelua saavan vastaanottoon sekä ihmiskaupan uhrin auttamiseen. Vastaanottolain 26 §:n 1 momentin mukaan kansainvälistä suojelua hakevalla ja ihmiskaupan uhrilla, jolla ei ole kotikuntalaissa tarkoitettua kotikuntaa Suomessa, on oikeus saada terveydenhuoltopalveluja terveydenhuoltolain 50 §:n mukaisesti (eli kiireellisiä palveluja) sekä oikeus saada terveydenhuollon ammattihenkilön välttämättömiksi arvioimia muita terveyspalveluja. Pykälän 2 momentin mukaan tilapäistä suojelua saavalle sekä kansainvälistä suojelua hakevalle lapselle ja ihmiskaupan uhrille, joka on lapsi ja jolla ei ole kotikuntalaissa tarkoitettua kotikuntaa Suomessa, annetaan terveydenhuoltopalvelut samoin perustein kuin henkilölle, jolla on kotikuntalaissa tarkoitettu kotikunta Suomessa. Hallituksen esityksessä HE 74/2022 vp (s. 77) todetaan, että vastaanottolain 26 §:n 2 momentin sääntelyn voidaan tulkita tarkoittavan, että se luo veloitteen tarjota tilapäistä suojelua saaville sekä alle 18-vuotiaille kansainvälistä suojelua hakeville ja ihmiskaupan uhreille kiireetön hoito terveydenhuoltolain vastaavien määräaikojen puitteissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta säädetään vielä 31.12.2023 asti sote-järjestämislaissa, yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990) sekä Vankiterveydenhuollon yksiköstä annetussa laissa (1635/2015). Voimaan tulee 1.1.2024 näiden lakien valvontasäännökset kumoava ja korvaava sote-valvontalaki. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovat aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontavirasto Valvira. Valvontalaissa säädetään viranomaisten toimivaltuuksista, kuten hallinnollisesta ohjauksesta ja kehotuksesta, määräyksistä ja pakkokeinoista sekä tarkastuksista. Valvontalaissa on myös oma lukunsa omavalvonnasta. Palvelunjärjestäjien on omavalvonnassaan muun ohella varmistettava omien sekä hankkimiansa palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus ja laatu. Palvelunjärjestäjän on seurattava myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen henkilöstön riittävyyttä sekä tilojen ja laitteiden turvallisuutta ja soveltuvuutta palvelujen toteuttamisessa. Palvelunjärjestäjän on myös ohjattava ja valvottava sen järjestämisvastuulle kuuluvaa palvelutuotantoa.

2.2 Palvelujärjestelmän nykytila

2.2.1 Palvelujärjestelmän tilanne

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on ollut viime vuodet suuressa muutoksessa. Myös toimintaympäristössä on ollut palvelujärjestelmää erittäin paljon kuormittavia ilmiöitä. Hyvinvointialueet aloittivat 1.1.2023 sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuisina toimijoina. Alueilla on aiempaa pirstaloitunutta järjestelmää selvästi paremmat mahdollisuudet varmistaa palveluiden vaikuttavuutta, integraatiota ja kustannusvaikuttavuutta sekä palvelutuotantoa, mukaan lukien henkilöstön ja osaamisen riittävyys. Hyvinvointialueiden käynnistymisvaiheessa on tarvittu viime vuosina merkittävä panostus nimenomaan uusien hallintorakenteiden toiminnan varmistamiseen ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden jatkumisen turvaamiseen uusissa rakenteissa. Samanaikaisesti on pyritty kehittämään myös palveluiden sisältöä ja muun muassa palvelukokonaisuuksia ja palveluketjuja entistä sujuvammiksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen kanssa päällekkäin on järjestelmää kuormittanut merkittävästi vuonna 2020 alkanut covid-19-pandemia. Pandemian torjunta ja hoito vaativat merkittäviä muutoksia kaikilla palvelujärjestelmän tasoilla ja kaikissa eri terveydenhuollon palveluissa. Kiireetöntä terveydenhuoltoa jouduttiin lykkäämään, jotta voimavaroja saatiin epi-

demiatyöhön. Tämä johti huomattavan hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelan kertymiseen, kun väestön palvelutarpeisiin ei pystytty vastaamaan nopeasti ja osin palvelutarpeita jäi havaitsematta ja ne tulivat esiin vasta hankaloituneina. Hoitovelan purkaminen jatkuu edelleen, vaikka epidemia muutoin on rauhoittunut.

Jo covid-19-pandemian aikana alkoi näkyä aiemmasta hankaloitunut sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuushaaste. Tilanne ei valitettavasti korjaantunut pandemian hellittäessä, vaan on jäänyt merkittäväksi lähes koko Suomessa, useissa toiminnoissa ja lähes kaikissa ammattiryhmissä. Tätä on tarkemmin kuvattu jaksossa 2.2.2. Terveydenhuollon henkilöstö.

Palveluiden sisällöllinen kehittämistyö on vielä varsin alussa, ja hyvinvointialueet ovat palvelureformissaan myös hyvin eri vaiheissa. Uuden hyvinvointialuerakenteen käynnistäminen on ollut helpompaa entisillä kuntayhtymäalueilla, mikä on mahdollistanut voimavarojen nopeamman suuntaamisen palvelujen uudistamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittaminen on sote-uudistuksen tärkeimpiä tavoitteita. Hyvin yhteen toimivat sote-palvelut ovat erityisen tärkeitä asiakkaille, jotka käyttävät useita eri palveluja. Sote-ammattilaisilta ne edellyttävät moniammatillista yhteistyötä. Kehittämistyö on jatkunut Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden -ohjelman monissa kehittämishankkeissa kaikilla hyvinvointialueilla. Ohjelma on saanut rahoitusta vuoden 2023 loppuun asti. Ohjelmassa painotetaan erityisesti palveluiden saatavuutta edistäviä toimia perusterveydenhuollossa, sosiaalihuollossa, mielenterveyspalveluissa ja monialaisessa kuntoutuksessa. Hoitoon pääsyn parantaminen ja psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto kaikille ikäryhmille on ollut sisällytettävä kaikkiin kehittämishankkeisiin.

Sote-keskus -ohjelman hankkeet ovat ymmärtäneet palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantamiseen tähtäävän hyötytavoitteen monin eri tavoin ja tekevät varsin moninaista kehittämistyötä sen alla. Kehitettäviä asioita ovat muun muassa uudet palveluratkaisut ja -mallit, laadunhallintajärjestelmät, laatu- ja vaikuttavuusmittarit, tutkimustoiminta, asiakasosallisuus, asiakastyytyväisyyden mittaaminen sekä tiedolla johtaminen. Kehittämistyön tuottama muutos tulee näkymään erittäin pitkällä viiveellä mahdollisena palveluiden parantuneena laatuna ja vaikuttavuutena sitten, kun kehitetyt asiat on viety onnistuneesti ja laajamittaisesti käytäntöön hyvinvointialueilla.

Yleiskvaltaan sote-keskus -ohjelmassa tehdyn kehittämistyön vaikutus ei vielä näy seurattavissa mittareissa, erityisesti hoitoon pääsyn enimmäisajoissa, koko maan tasolla – tämän näkyminen edellyttää, että kehitetyt ratkaisut otetaan laajemmin käyttöön hyvinvointialueilla. Useissa tarkasteluissa mittareissa muutoksen suunta on päinvastainen ohjelman hyötytavoitteiden kannalta. Tähän selityksenä voi olla useita tekijöitä, esimerkiksi pandemian jälkeinen aika ”hoitovelkoineen”, työvoimapula sekä hyvinvointialueille siirtymän valmistelu ja toteutus. Sote-keskus -mallinnusten ja uusien toimintamallien ja ratkaisujen vieminen käytäntöön laajamittaisesti hyvinvointialueilla ei tapahdu vuoden 2023 aikana, jonka lopussa ohjelma päättyy. Käyttöönotto on pidemmän aikavälin kehittämistoimintaa, jonka edellytykset ja toteutuminen tulee varmistaa alueiden johdon, kehittäjien ja sote-ammattilaisten yhteistoimintana sekä valtion vahvan ohjauksen ja tuen keinoin. (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi: Kevät 2023. THL – Työpaperi 29/2023)

Hyvinvointialueet kertoivat tästä hallituksen esityksestä antamissaan lausunnoissa (11 vastaajaa) toimista, joita ne ovat tehneet tai tekemässä 14 vuorokauden hoitotakuuseen pääsemiseksi. Useissa lausunnoissa tuotiin esille hoitotakuuseen pääsemiseksi henkilöstöön liittyviä toimenpiteitä, kuten virkojen perustaminen, rekrytoinnin tehostaminen ja henkilöstön veto- ja pitovoiman lisääminen. Useassa lausunnossa nostettiin esiin toimintamallien ja sähköisten palvelujen

kehittäminen. Lisäksi lausunnoissa tuotiin esille esimerkiksi henkilöstön työnjaon kehittäminen, palvelujen jatkuvuuden, laadun ja vaikuttavuuden kehittäminen, hyvinvointialueen resurssein käyttäminen kokonaisuutena ja palveluajan laajentaminen. Eräissä vastauksissa nostettiin esiin palvelusetelin ja ostopalveluiden käyttö. Suuressa osassa vastauksista haasteena tiukentuvan hoitotakuusääntelyn noudattamisessa pidettiin henkilöstön saatavuusongelmia. Useassa vastauksessa tuotiin esille haastava taloustilanne sekä koronapandemian aiheuttama hoito- ja palveluvelka. Lisäksi mainittiin muun ohella hyvinvointialueen järjestäytymisestä johtuvat haasteet ja kasvanut palvelutarve. Tilanteen kehittymistä arvioivissa vastauksissa nostettiin esille näitä haasteita 14 vuorokauden hoitotakuun toteuttamisessa ja toisaalta sitä, että tehdyt ja tehtävät toimenpiteet edistävät 14 vuorokauden hoitotakuun toteuttamista.

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa Suomen kestävän kasvun ohjelman pilarista 4, joka koskee sosiaali- ja terveydenhuollon, suun terveydenhuolto mukaan lukien, palvelujen saatavuuden vahvistamista ja kustannusvaikuttavuuden lisäämistä. Kestävän kasvun ohjelmalla tuetaan ekologisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävää kasvua. Ohjelma liittyy covid-19-pandemiasta elpymiseen Euroopassa. Ohjelmaa toimeenpannaan jokaisella hyvinvointialueella, Helsingin kaupungissa ja sosiaalialan osaamiskeskuksissa. Ohjelman rahoitus tulee pääosin EU:n kerta-luonteisesta elpymisvälineestä (Next Generation EU). Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt valtionavustuksia vuosille 2022–2025. Pilarin 4 päätavoitteena on purkaa covid-19-pandemian aiheuttamaa sosiaali- ja terveydenhuollon hoito-, kuntoutus- ja palveluvelkaa, nopeuttaa hoitoon ja palveluihin pääsyä pysyvästi koko maassa ottamalla käyttöön uusia toimintatapoja sekä edistää sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen toteutumista. Pilarin toimenpiteillä edistetään perustason hoitotakuun toteutumista, kavennetaan eriarvoisuutta, panostetaan ongelmien nykyistä varhaisempaan tunnistamiseen ja vaikuttavampaan ennaltaehkäisyyn sekä vahvistetaan palveluiden laatua ja kustannusvaikuttavuutta. Tavoitteena on, että väestö saa tarvitsemansa sosiaali- ja terveyspalvelut yhdenvertaisesti, helposti ja kynnyksettömästi sekä monikanavaisesti. Tavoitteena on lisätä myös uusien digitaalisten ratkaisujen käyttöönottoa ja kustannustehokkaiksi osoittautuneiden ratkaisujen käytön laajentamista mahdollisimman laajana alueiden välisenä ja kansallisen yhteistyönä hyödyntämällä esimerkiksi Kanta-palveluja, DigiFinland Oy:tä ja IT-yritysten tuotteita ja palveluja. Kestävän kasvun ohjelmassa on sitova hoitoon pääsyä koskeva tavoite, jonka mukaan vuoden 2025 viimeisen kvartaalin aikana seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaika kiireettömissä hoidon käynneissä toteutuu 80%:sti.

Sosiaali- ja terveysministeriön tilaama selvitys uudenlaisen omalääkärimallin toteuttamisesta valmistui elokuussa 2022 (Hoidon jatkuvuusmalli: Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti.) Tavoitteena oli arvioida ja kuvata, miten omalääkärimallia voisi toteuttaa yhdessä hoitotakuun kanssa sekä edistää näin hoidon saatavuutta ja jatkuvuutta. Selvityksessä kuvataan hoidon jatkuvuusmalli, jonka keskeisenä elementtinä on potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuus, jossa potilaan hoidon tukena on omahoitaja ja tarvittaessa moniammatillisen tiimin muita jäseniä. Selvitys auttaa osaltaan hyvinvointialueita hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden parantamisessa. Henkilökohtaisen hoitosuhteen jatkuvuuden parantaminen mahdollistaa puolestaan tieteellisen kirjallisuuden kuvaamien monien hyötyjen saavuttamisen, mukaan lukien terveydenhuollon kokonaiskustannusten paremman hallinnan.

YTHS:n palveluverkkosuunnitelman mukaan palveluja toteutetaan vuonna 2023 niin, että 96 % palvelusta tuotetaan YTHS:n omana tuotantona ja 4 % YTHS:n alihankkijoiden toimipisteissä. YTHS:n palveluverkko jakautuu viiteen palvelualueeseen. Näistä suurin on YTHS eteläinen (noin 100 900 opiskelijaa), muiden (läntinen, itäinen, keskinen, pohjoinen) piiriin kuuluu kuitenkin noin 36 000-50 000 opiskelijaa. Oppilaitospaikkakuntien määrän kasvu ja sijoittuminen entistä laajemmalle alueelle vuonna 2021 voimaan tulleen lakimuutoksen myötä on lisännyt alihankintapalvelujen määrää YTHS:n omien palvelujen rinnalla. Palvelutuotannossa on viiden

maantieteellisen alueen lisäksi keskitetty valtakunnallinen hoidontarpeen arvio ja etäpalveluiden/digitaalisten palveluiden tiimi.

YTHS:n henkilöstöpanokset vuonna 2021 olivat yhteensä 753 henkilötyövuotta, joista oli yleis-terveydessä 300 henkilötyövuotta, mielenterveydessä 158 henkilötyövuotta, suunterveydessä 260 henkilötyövuotta sekä hallinnossa 36 henkilötyövuotta. YTHS on panostanut vahvasti uudistuksiin, jotka parantavat palveluiden tuottavuutta ja tehokkuutta. YTHS on valmistautunut hoitotakuun kiristymiseen systemaattisesti mm. uudistamalla ja tehostamalla palvelumalliaan, sekä viemällä läpi mittavan digitransformaation. Parantaakseen palveluiden saatavuutta YTHS on siirtänyt palvelujaan digitaalisiin kanaviin niin, että vuonna 2022 yleis- ja mielenterveyden käynneistä jo noin 72 % hoidettiin digikanavissa. Kevään ja alkukesän 2023 aikana YTHS uudisti, selkeytti ja suoristi valtakunnallista palvelumalliaan siten, että opiskelija saa heti hoidontarpeenarvion yhteydessä vastaanottoajan joko etä- tai lähipalveluina. Palvelujen saatavuuden parantamiseksi YTHS suunterveys on kehittänyt jatkuvasti ja aktiivisesti toimintaansa. Tavoitteena on kysynnän ja käytössä oleva resurssin mahdollisimman hyvä tasapaino, jotta palveluita voidaan tarjota oikea-aikaisesti ja saattaa kokonaisuhoitajaksot valmiiksi mahdollisimman lyhyessä ajassa. Prosessitehokkuuden ja resurssien optimoimiseksi palvelutuotanto on tarkoitus pitää jatkossa mahdollisimman paljon omissa käsissä ja tämän vuoksi alihankintoja on kilpailutettu sekä tarkasteltu kriittisesti. Kysyntäpiikit ajoittuvat aina lukukauden alkuihin alkusyksyyn ja vuoden alkuun, mikä asettaa haasteita. Haasteen asettaa myös palveluiden kysynnän kasvu. Tiukentuvaan hoitotakuusäätelyyn on suunterveyden osalta varauduttu ja valmistauduttu.

Suomessa on 28 vankilaa, joista suljettuja laitoksia on 16 ja avovankiloita 12. Vankiterveydenhuollon poliklinikoita on jokaisessa Suomen vankilassa. Suun terveydenhuollon toimipisteitä on yhteensä 12, joista 11 toimii vankilan tiloissa ja yksi Vanhan Vaasan sairaalassa. Vankiterveydenhuollon yksikkö tuottaa itse pääosan perusterveydenhuollon, suun terveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluista. Erikoissairaanhoidon ja päivystyksen palvelut hankitaan pääosin ostopalveluina. Vankiterveydenhuollon poliklinikoilla tuotetaan Suomen vankiloiden vankien perusterveydenhuolto. Vankien määrä vaihtelee vankiloittain, suurimmat vankimäärät ovat Helsingin, Turun ja Vantaan vankiloissa, joissa sairaanhoitaja on paikalla myös viikonloppuisin, sekä Kylmäkosken, Oulun, Mikkelin ja Kuopion vankiloissa, joissa sairaanhoitaja on paikalla vain arkipäivisin. Lääkärivahvuus vaihtelee vankilan koon ja luonteen mukaan: Helsingissä, jossa on vilkas sakkovankiliikenne, lääkäri on paikalla neljänä päivänä viikossa ja Vantaalla, joka on Suomen suurin tutkintavankila, lääkäri on paikalla viitenä päivänä viikossa. Pienemmillä poliklinikoilla, kuten Mikkelissä tai Kylmäkoskella, lääkäri on paikalla kahtena – kolmena päivänä viikossa. Pienimmissä tai syrjäisemmissä vankiloissa osa lääkäripalveluista toteutetaan etäkonsultaatioina tai etävastaanottoina.

Vankiterveydenhuollon yksikkö ylläpitää sairaalapalveluita kolmessa toimipisteessä: Vankisairaalassa Hämeenlinnassa ja Psykiatrisessa vankisairaalassa Turussa ja Vantaalla. Hämeenlinnassa sijaitseva Vankisairaala on valtakunnallinen vankipotilaita hoitava yleislääkärijohtoinen somaattinen sairaala, jossa on 38 vuodepaikkaa. Toimintaan kuuluu monialainen somaattisten sairauksien hoito ja kuntoutus. Osastoilla hoidetaan lisäksi sairaalahoitoa vaativia vieroitusoireisia potilaita ja päihderiippuvaisia raskaana olevia naisvankeja. Potilaille järjestetään myös jälkipoliklinista toimintaa sekä muun muassa diabeteshoitajan ja fysioterapeutin etävastaanottoja. Vankisairaalassa on mahdollisuus neurologin konsultaatioihin, ja neurologi konsultoi kroonisten kipupotilaiden hoitoja myös valtakunnallisesti. Vankiterveydenhuollon yksikössä C-hepatiitin häätöhoitoarviot tehdään keskitetysti Vankisairaalassa, ja vuonna 2022 häätöhoitoa suositeltiin noin 150 potilaalle. Vuonna 2022 Vankisairaalassa toteutettiin 288 hoitajaksoa. Psykiatrisessa vankisairaalassa tuotetaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita, ja vuodepaikoista 40 on Turun yksikössä ja 14 Vantaan yksikössä. Yksikössä tutkitaan ja hoidetaan psyki-

atrista sairaalahoitoa vaativia moniongelmaisia potilaita, minkä lisäksi tuotetaan valtakunnallisesti psykiatrin konsultaatiopalveluita sekä psykiatrisen sairaanhoitajan etävastaanottoja. Vuonna 2022 Psykiatrisessa vankisairaalassa toteutettiin 348 hoitajaksoa. Vankiterveydenhuollon yksikkö ostaa lähes kaikki somaattisen erikoissairaanhoidon palvelut hyvinvointialueilta.

Vankiterveydenhuollon yksikkö on hoitotakuuseen pääsemiseksi perustanut ja perustamassa erityisesti sairaanhoitajien virkoja. Vankiterveydenhuollossa lainsäädännön toimeenpanon erityisenä haasteena on tunnistettu lain säännös, jonka mukaan yhteys terveydenhuoltoon ja arvio hoidon tarpeesta on saatava saman päivän aikana. Vankiterveydenhuollon yksikkö on sopinut vankiloiden kanssa asiointilomakkeiden mahdollisimman sujuvasta toimituksesta poliklinikoille sekä vastauksien toimittamisesta takaisin vangeille. Vankiterveydenhuolto on osaltaan tukenut Rikosseuraamuslaitoksen aiempaa nopeampaa etenemistä niin sanotussa älyvankilanhankkeessa, jolla vangit pystyvät asioimaan sähköisesti suoraan selleistä muun muassa Vankiterveydenhuollon kanssa. Näin vankien yhteydenottomahdollisuus Vankiterveydenhuoltoon nopeutuisi merkittävästi.

2.2.2 Terveydenhuollon henkilöstö

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden määrä Suomessa

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) julkaisee vuosittain pääasiallisesti Tilastokeskuksen Työssäkäyntitilastoon pohjautuvat tiedot terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstöstä. Henkilöstötilasto valmistuu noin kahden vuoden viiveellä verotustietojen valmistuttua. Vuoden 2020 lopussa terveys- ja sosiaalipalveluissa työskenteli yhteensä lähes 355 000 henkilöä. 65,4 prosenttia (noin 232 000 henkilöä) työskenteli julkisella sektorilla, 27,5 prosenttia yrityssektorilla (noin 97 700 henkilöä) ja 7,1 prosenttia järjestösektorilla (noin 25 000 henkilöä). Pääsääntöisesti terveys- ja sosiaalipalveluissa työskentelevän henkilöstön määrä oli vuonna 2020 3,4 prosenttia enemmän kuin vuonna 2019 ja 9,5 prosenttia enemmän verrattuna vuoteen 2015. Terveys- ja sosiaalipalveluissa julkisella sektorilla työskentelevien osuus nousi 6,0 prosenttia vuodesta 2015 (lähes 219 000 henkilöä vuonna 2015 ja 232 000 henkilöä vuonna 2020). Henkilöstömäärä on kasvanut erityisesti sosiaalipalveluissa. Vielä vuonna 2023 kaikki hyvinvointialueet eivät pystyneet toimittamaan yhdenmukaisella tavalla tietoja palveluksessaan olevien ja järjestämisvastuullaan olevien palveluiden henkilömääristä ammateittain.

Valvira myöntää hakemuksesta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattioikeudet. Luvut ammattioikeuksien määrästä kertovat suurimman mahdollisen henkilömäärän ammateittain, mutta kaikki ammattioikeuden saaneet eivät työskentele sosiaali- ja terveydenhuollossa tai työskentele lainkaan.

Taulukko 1. Yleisimpiä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattioikeuksia työikäisillä vuonna 2022

	Ammattioikeuksien määrä	Lisätietoja
psykologi	6 902	
lääkäri	24 510	joista erikoislääkäreitä 16 597
hammaslääkäri	5 335	joista erikoishammaslääkäreitä 743
sosiaalityöntekijä	7656	
sairaanhoitaja	114 335	
sosionomi	37 309	
lähihoitaja (sosiaali-huolto)	180 434	samalla henkilöllä voi olla ammattioikeus lähihoitajana sekä sosiaalihuollossa että terveydenhuollossa. Lisäksi ammattioikeuksia nimikkeillä perushoitaja ja apuhoitaja on n. 30 000
lähihoitaja (terveydenhuolto)	13 535	

(Lähde: Valvira <https://www.avoindata.fi/data/fi/dataset/sosiaali-ja-terveydenhuollon-ammatti-henkilot>)

Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat (KT) kokoaa tietoa kuntien (jatkossa myös hyvinvointialueiden) sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä ammateittain. Tuoreimmat tiedot ovat vuodelta 2021.

Taulukko 2. Yleisimmät sote-alan ammattinimikkeet kunnissa v. 2021

Ammattinimike	lkm
Sairaanhoitaja	45 400
Lähihoitaja	39 800
Terveydenhoitaja	5 200
Osastonsihteeri	4 500
Sosiaalityöntekijä	4 400
Hoitaja	4 200
Fysioterapeutti	3 500
Terveyskeskuslääkäri	3 400
Erikoislääkäri	3 300

(Lähde: KT <https://www.kt.fi/tilastot-ja-julkaisut/henkilostotilastot/ammattit>; Tilastokeskus, Kuntasektorin palkat 2021).

Suurin osa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöistä on lähihoitajia (n. 75 500 työllistä) ja lähes yhtä paljon on sairaanhoitajia (n. 71 200 työllistä). Yleislääkäreitä oli 7 430 ja hammaslääkäreitä 4 239 työllistä. Fysioterapeutteja oli 9 600 ja suuhygienistejä 1 886. Luvut ovat muuttaman vuoden vanhoja. Suurin osa koulutetuista sote-alan ammattihenkilöistä työskentelee julkisella sektorilla. Ammattiryhmittäin tässä on kuitenkin eroja, ja esimerkiksi fysioterapeuttien kohdalla yksityinen sektori työllistää julkista sektoria enemmän. Henkilöstön jakautuminen sektoreittain ei myöskään välttämättä ole tarkkarajaista, sillä esimerkiksi lääkärit voivat toimia samanaikaisesti sekä yksityisellä että julkisella sektorilla.

Suomen Lääkäriliiton mukaan vuoden 2020 lopulla Suomessa asui työikäisiä eli alle 65-vuotiaita lääkäreitä 22 000. Suomessa on noin 6 000 työikäistä lääkäriä enemmän kuin 2000-luvun alussa ja määrän ennakoidaan edelleen kasvavan. Laillistettujen lääkärien kokonaismäärä, sisältäen myös eläköityneet ja ulkomailla olevat lääkärit, on huomattavasti tätä suurempi, yli 30 000 lääkäriä. Suomessa laillistusta voivat hakea muiden EU-maiden kansalaiset, vaikka he eivät jäisi tänne töihin. Yliopisto- ja keskussairaalat ovat lääkärien suurimpia työllistäjiä. Niissä toimii yhteensä noin puolet työssä olevista lääkäreistä. Reilu viidennes lääkäreistä työskentelee terveyskeskuksissa. Lähes 30 % työskentelee yksityisen sektorin lääkäriasemilla ja -keskuksesta, työterveyshuollossa, lääketeollisuudessa tai erilaisissa säätiöissä tai järjestöissä. Suomen Lääkäriliiton työmarkkinatutkimuksen mukaan marraskuussa 2022 osa-aikaisesti työskenteli noin neljäsosa lääkäreistä. Osa-aikaisesti työskentelevien osuus on ollut kasvussa viime vuosina. Työkuormituksen keventäminen oli tärkein syy osa-aikaisuudelle. Noin 5 prosenttia ei ollut työmarkkinoilla esimerkiksi isyys-, äitiys- tai perhevapaan, tutkimusvapaan tai sairauden vuoksi.

Lääkäreistä 2 362:lla oli yleislääketieteen erikoislääkärin oikeudet. Tuhatta asukasta kohden Suomessa on noin 3,8 työikäistä lääkäriä.

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan suurimman henkilöstöryhmän muodostavat sairaan- ja terveydenhoitajat. Heitä oli terveysasemien henkilöstöstä 47 prosenttia ja lääkäreitä noin 37 prosenttia. Sairaanhoitajista ei ole saatavissa avosairaanhoidossa työskentelevien vakanssitietoja, mutta Tilastokeskuksen Kuntasektorin palkat -tilaston perusteella vuoden 2018 lokakuussa kuntasektorin palveluksessa terveyskeskusten avosairaanhoidossa työskenteli 4 178 sairaanhoitajaa, yleislääkäreitä oli 2 697. Noin joka neljäs terveyskeskuslääkäri on yleislääketieteen erikoislääkäri.

KT:n tilastojen mukaan lokakuussa 2020 kunnissa työskenteli 2 569 hammaslääkäriä, 1 022 suuhygienistiä ja 3 046 hammashoitajaa. Hammaslääkäriliiton Työmarkkinatutkimuksen 2021 mukaan hammaslääkäreistä 52 prosenttia työskenteli päätoimisesti terveyskeskuksissa, 38 prosenttia yksityissektorilla ja 10 prosenttia yliopistoissa, sairaaloissa, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä, valtiolla tai järjestöissä. Yksityishammaslääkäreistä 23 prosenttia vastasi kyselyssä, että potilaita on liian vähän siihen nähden, paljonko heitä voisi hoitaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuus ja sen haasteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimavaje on kasvanut nopeasti viime vuosina käytännössä kaikissa ammattiryhmissä ja koko maassa. Eryteisesti vaje lähihoitajista ja sairaanhoitajista on pahentunut voimakkaasti. Myös terveyskeskusten lääkäritilanne on huonontunut jonkin verran.

Sote-alan työvoimavajeesta on hyvinkin erilaisia arvioita, joissa on käytetty erilaisia laskentatapoja ja mallinnuksia, mutta kaikkien arvioiden mukaan vaje on merkittävä ja hankaloitunut.

Vuosina 2022–2023 on haastavaa arvioida tarkasti sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstövajetta vuoden 2023 alussa hyvinvointialueille tapahtuneen järjestämisvastuun siirtymisen vuoksi. Palveluiden järjestäjien mahdollisuudet ja tavat arvioida vajetta eivät vielä ole yhtenäiset. Järjestäjien mahdolliset ratkaisut palveluverkosta, sähköisistä palveluista ja henkilöstöstä voivat muuttaa tilannetta lähivuosina. Ja toisaalta henkilöstövaje vaikuttaa järjestäjien päätöksiin palveluverkosta, sähköisten palveluiden käyttöönotosta ja henkilöstön käytöstä.

Työvoimavajetta on myös syytä tarkastella usean eri aineiston avulla. Vuonna 2023 ei vielä ole mahdollista saada yhteismitallista tietoa kaikkien hyvinvointialueiden henkilöstötilanteesta.

TEM:n työvoimatiekarttojen arvioita voi pitää ns. alarajana sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimavajeelle. TEM:n toimipaikkahaastattelujen arvioita taas voisi pitää ylärajana. Ministeriöiden, Kevan ja KT:n yhteistyön tuloksena syntyi laskentamalli, jossa toimipaikkahaastattelujen tietoja on korjattu henkilötyövuosikertoimella, jolloin päästään lähemmäs vuositasen työvoimavaje-arviota.

Taulukko 3. Eräiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työvoimavaje vuonna 2022

Työvoimavaje	HTV-korjattu toimipaikkahaastattelu, kumulatiivinen kertymä vuoden 2022 ajalta
Lähihoitajat	6149
Sairaanhoitajat (ml. terveydenhoitajat, kätilöt)	5336
Lääkärit	865
Sosiaalityön erityisasiantuntijat (sosiaalityöntekijät)	475
Kuulontutkijat ja puheterapeutit	684
Psykologit	330
Ylihoitajat ja osastonhoitajat	255
Suuhygienistit	153
Lääketieteellisen kuvantamisen asiantuntijat (röntgenhoitajat)	91
Bioanalyytikot (laboratoriohoitajat)	61

Sosiaali- ja terveydenhuollon työmarkkinanäkymiä tarkastellaan myös kahdesti vuodessa julkaistavassa ammattibarometrissä, joka kertoo työ- ja elinkeinotoimistojen näkemyksen keskeisten ammattien kehitysnäkymistä lähitulevaisuudessa. Vuoden 2022 alun ammattibarometrin (1/2022) arvion mukaan 15 yleisimmän työvoimapula-ammattin joukosta suurin osa oli sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammatteja. Eniten pulaa oli lähihoitajista, sairaan- ja terveydenhoitajista, sosiaalityön erityisasiantuntijoista sekä lääkäreistä. Lähihoitajien ja sairaanhoitajien pula on suurta ja työvoiman tarve on koko maan laajuista. Vastaavasti niihin ammatteihin, joissa on

hakijoista eniten ylitarjontaa, ei lukeudu yhtään sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattia. Rekrytointiongelmien ongelmat ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa yleisempiä kuin muilla toimialoilla keskimäärin.

Työ- ja elinkeinoministeriön toimialaraportin (2022:2) mukaan vuonna 2020 yli puolella (54 %) sote-alan toimipaikoista oli vaikeuksia löytää työvoimaa, kun työvoimaa kaikkien haki 76 % toimipaikoista. Työvoimapula on koronaepidemian myötä edelleen kärjistynyt, ja myös ammattibarometrin tulosten valossa sote-alan työvoiman saatavuudessa näkyy heikkenemistä. Rekrytointiongelmien vuoksi sote-alalla jäi vuonna 2020 saamatta lähes 32 000 työntekijää, joita haettiin, ja määrä oli kasvanut selvästi edellisestä vuodesta. Erityisesti saamatta jäi määräaikaissa työsuhteissa työskenteleviä työntekijöitä, mutta myös vakituisten henkilöstön palkkaaminen on vaikeutunut. Alueellisesti tarkasteltuna erityisen paljon työntekijöitä jäi palkkaamatta Uudellamaalla, Hämeessä ja Pohjois-Savossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tulevaisuuden näkymät näyttävät selvitysten valossa haasteellisina, ja työvoiman saatavuutta turvaaviin toimenpiteisiin ja alan veto- ja pitovoimaan on kiinnitettävä huomiota. Tulevina vuosina kunta-alalla henkilöstömäärään vaikuttaa myös voimakas eläköityminen, mikä näkyy myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrässä.

Suomen Lääkäriliitto on vuosittain selvittänyt kyselytutkimuksella terveystieteiden johtavilta lääkäreiltä terveystieteiden lääkärin virkojen, toimien ja tehtävien lukumäärää ja täyttötilannetta yhteistyössä KT Kunta- ja hyvinvointialuejohtajien, sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Kysely koskee vuosittain yhden päivän lääkäritilannetta. Kyselyssä kartoitettiin 5.10.2022 ollutta tilannetta. Terveystieteissä oli yhteensä 4074 lääkäritehtävää, joista 325 oli täyttämättä. Terveystieteiden lääkärivaje on kasvanut hieman verrattuna edelliseen vuoteen. Tämä vastaa 8 prosenttia kaikista lääkärin tehtävistä. Tutkimuspäivänä hoitamatta oli lisäksi 97,5 tehtävää, joihin ei edes pyritty hakemaan tekijää. Tutkimuspäivänä työssä olleiden vakituisten viranhaltijoiden määrä on jatkanut laskuaan ja on nyt 48,9 prosenttia. Ostopalveluiden (343 tehtävää) ja ulkoistettujen tehtävien (299 tehtävää) määrät jatkoivat kasvuaan. Vakituisten viranhaltijoiden määrän laskun taustalla vaikuttanevat muun muassa kuormitus- ja työhyvinvointitekijät. Lääkäritilanteen arvioi kokonaisuudessaan erittäin tai melko hyväksi 66 prosenttia vastaajista ja erittäin tai melko huonoksi 17 prosenttia vastaajista. Arviot lääkäritilanteesta olivat muuttuneet hieman negatiivisemmaksi verrattuna edelliseen vuoteen, ja kokonaistilanteen katsottiin hieman heikentyneen. Erityisesti ovat heikentyneet arviot avoimien tehtävien täytöstä ja sijaisten saatavuudesta. Myös ostopalveluiden saatavuuden arvioitiin huonontuneen. Terveystieteiden lääkäritilanteesta näkyy alueellisia eroja. Vaje oli tutkimuspäivänä yli 10 % Etelä-Pohjanmaan, Vaasan, Etelä-Savon, Kainuun, Keski-Pohjanmaan, Itä-Savon, Etelä-Karjalan ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiireissä. Lääkärivaje arvioitiin suurimmaksi Pohjois-Karjalassa (35,3 %) ja Etelä-Karjalassa (22,1 %).

Kyselyssä kysyttiin myös arviota lisävakanssien tarpeesta, ja reilu kolmannes (38 %) terveystieteistä ilmoitti tarpeen lisävakansseille. Lisävakanssien tarpeen arvioitiin olevan 300 kappaletta eli 7–8 prosenttia nykyisten vakanssien kokonaismäärästä. Arvio lisävakanssien tarpeesta on kasvanut suhteessa edelliseen vuoteen, jolloin se oli noin 5 prosenttia. Kasvua saattavat osaltaan selittää tiedossa olleet muutokset perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon hoitoon pääsyn enimmäisajassa.

Kyselyn perusteella terveystieteiden lääkärin tehtävien määrä suhteessa asukasmäärään oli keskimäärin 1361 asukasta/lääkärin tehtävä (sisältäen ulkoistuksin ja ostopalveluin hoidetut tehtävät). Tilanne hyvinvointialueilla vaihtelevat siten, että asukasmäärä terveystieteenlääkärin tehtävää kohden oli suurin Uudellamaalla ja Etelä-Karjalan, Päijät-Hämeen ja Kymenlaakson hyvinvointialueilla (noin 1550–1700 asukasta/lääkärin tehtävä). Kaikkien suurin se oli Etelä-Karjalassa (1693 asukasta/lääkärin tehtävä). Pienimmät asukasmäärät terveystieteenlääkärin

tehtävää kohden olivat Keski-Suomen, Keski-Pohjanmaan, Lapin, Etelä-Savon, Pohjois-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueilla (noin 1010–1200 asukasta/ lääkärin tehtävä).

Suomen Hammaslääkäriliiton, sosiaali- ja terveysministeriön, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja KT Kuntatyönantajien yhteistyönä toteutetun työvoimaselvityksen mukaan 6.10.2021 terveyskeskuksissa oli 1 966 hammaslääkäriavokanssia, joista 141 oli tyhjänä. Hammaslääkäriavajaje oli noussut edellisen vuoden 5,1 prosentista 7,1 prosenttiin. Vaje vaihteli huomattavasti sairaanhoitopiireittäin, vakanssit olivat täynnä ainoastaan Pohjois-Savossa. Erikoishammaslääkäriavokansseja oli 247, mikä on 10 prosenttia enemmän kuin edellisellä vuonna. Selvityksen mukaan yksityishammaslääkärien vapaa kapasiteetti vaihteli sairaanhoitopiireittäin suuresti. Suuhygienistien saatavuuden huonoksi tai erittäin huonoksi arvioi lähes 60 prosenttia terveyskeskuksista ja vastaavan arvion hammashoitajien saatavuudesta antoi yli 70 prosenttia terveyskeskuksista. Monissa kunnissa on käynnistetty hammashoitajien oppisopimuskoulutus työvoiman saannin varmistamiseksi.

Toimenpiteitä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstövajeen helpottamiseksi

Opetus- ja kulttuuriministeriö tuki vuosina 2020-2023 korkeakoulujen aloituspaikkojen lisäämistä erilaisilla rahoituksilla. Lisäaloituspaikkoja rahoitettiin yliopistoille runsaat 7 500 ja ammattikorkeakouluille 4 900. Näistä terveys- ja hyvinvointialalle, lääketieteisiin sekä psykologiaan kohdentuu runsas 2700 lisäaloituspaikkaa, eli noin 22 % kaikista lisäaloituspaikoista. Korkeakoulut ovat nostaneet aloituspaikkamääriä myös omalla perusrahoituksellaan. Aloituspaikkalisäykset alkavat vaikuttaa vuoden 2024 tutkintomäärissä. Aloituspaikkalisäyksiin kohdenneet varat ovat määräaikaista.

Pääministeri Marinin hallitus päätti budjettiriihessä syksyllä 2021 käynnistää STM:n johdolla poikkihallinnollisen ohjelman sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan saatavuuden turvaamiseksi sekä lyhyellä että pidemmällä aikavälillä. Poikkihallinnollisen työryhmän ensimmäiset kannanotot ja ehdotukset valmistuivat vuoden 2022 alussa ja strateginen tiekartta helmikuussa 2022 (Tiekartta 2022–2027: Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2023:8). Keskeisinä ehdotuksina olivat henkilöstön riittävyyttä ja saatavuutta koskevan tietopohjan parantaminen, henkilöstön motiivointi ja työhyvinvoinnin parantaminen, työnjaon sujuvuuden tarkastelu sekä digitalisaation vahvistaminen.

Pääministeri Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaisesti käynnistetään sosiaali-, terveys- ja pelastusalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaamiseksi Hyvän työn ohjelma. Ohjelma täydentää ja laajentaa edellisen vaalikauden sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden -ohjelman työtä, ja sisältää päättyneen ohjelman strategisessa tiekartassa 2022–2027 ehdotettuja toimenpiteitä. Hyvän työn ohjelmalla varmistetaan sote-henkilöstön riittävyyttä, työssä jaksamista ja työn tuottavuutta. Ohjelmassa tuetaan alan veto- ja pitovoimaa, lisätään koulutusta ja kehitetään koulutuksen rakenteita, selkeytetään henkilöstön työnjakoa, tuetaan henkilöstön jaksamista, edistetään ammattihenkilöstön mahdollisuuksia kohdentaa työaika asiakastyöhön sekä sujuvoitetaan EU/ETA-maiden ulkopuolella koulutettujen ammattihenkilöiden ammattioikeuden saamista. Osana ohjelmaa varmistetaan myös kansallisella tasolla riittävä tietopohja ja ennakointi henkilöstön tarpeesta ja koulutusmääristä tuleville vuosille. Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaisesti osana hallitusohjelmaa vahvistetaan ammattilaisten mahdollisuutta keskittyä omaan osaamiseen vastaavaan työhön, selkeytetään työnjakoa ja tarkastellaan kelpoisuusehtoja. Toteutetaan ammattihenkilölainsäädännön kokonaisuudistus tavalla,

jossa ammattioikeuksiin kytetään vain asiakas- ja potilasturvallisuuden kannalta välttämättömät ja oikeasuhtaiset edellytykset. Tavoitteena on, että hallituksen esitys ammattihenkilölainsäädännön kokonaisuudistuksesta annetaan vuonna 2025.

Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaisesti kehitetään työnjakoa erityisesti suoraan asiakkaiden kanssa työskentelevien työntekijäryhmien sekä hallinnollisten ja tukipalvelujen välillä sekä selkeytetään ja yhdenmukaistetaan välillisen työn vaatimuksia eri toimijoiden kesken, varmistuen kuitenkin, ettei sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kelpoisuusvaatimuksia muutosten myötä kiristetä. Jo helmikuussa 2023 STM on antanut ohjeen ammattihenkilölainsäädännön soveltamisesta¹ ja tätä tukevan usein kysytyjä kysymyksiä palstan. Työ jatkuu ammattihenkilölainsäädännön kokonaisuudistuksella. Hallitusohjelman mukaisesti myös vähennetään ammattihenkilöstöltä vaadittavan kirjallisen työn, kuten säädöseräisten lausuntojen ja erilaisten todistusten, määrää. Työ aloitetaan nopealla kartoituksella. Osaajapulaan vastaimiseksi on tarpeen rekrytoida alalle myös ulkomailta uusia osaajia joko opiskelemaan tai töihin. Lisäksi nopeutetaan ja sujuvoitetaan EU/ETA-maiden ulkopuolella koulutettujen ammattihenkilöiden ammattioikeuden saamista. Tässä asiantuntijaryhmä antaa ehdotuksensa vuoden 2023 loppuun mennessä. Osaltaan työvoimavajeeseen ja työn houkuttelevuuden lisäämiseen on mahdollista vaikuttaa parantamalla sairaanhoitajien mahdollisuuksia erikoisosaamisen kehittämiseen ja hyödyntämiseen kliinisessä hoitotyössä. Tästä STM:n Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan hoitotyön jaosto on elokuussa 2021 laatinut ehdotuksen², jonka mukaisia toimenpiteitä edistetään yhteistyössä hyvinvointialueiden ja ammattikorkeakoulujen kanssa. Myös yleislääketieteen erikoislääkäreiden määrää on tarpeen lisätä. Yleislääketieteen erikoislääkärien osaamisella on keskeinen merkitys laadukkaan hoidon toteuttamisen lisäksi myös uusien erikoislääkärien kouluttamisessa.

2.2.3 Tilastotietoa perusterveydenhuollon kiirettömään hoitoon pääsystä

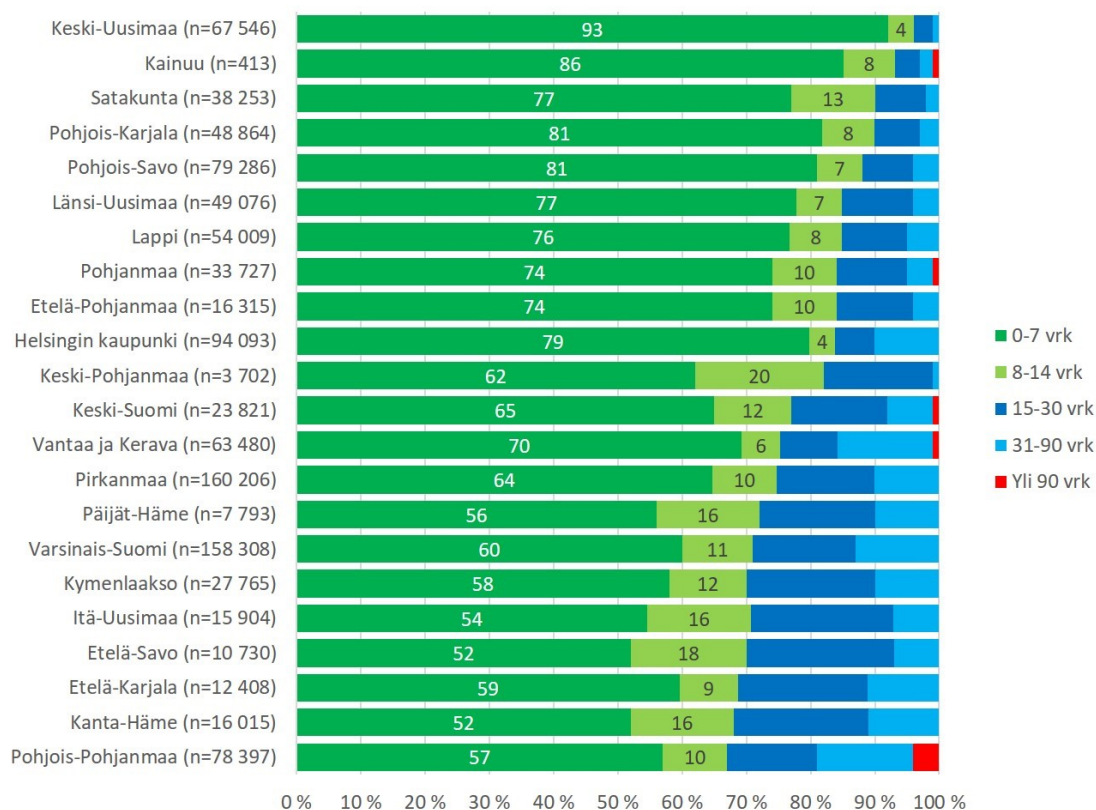
Uusimman THL:n hoitoon pääsyä koskevan tilastoraportin (Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2023 -tilastoraportin, THL:n tilastoraportti 25/2023) mukaan maaliskuussa 2023 noin puolet (49 prosenttia) lääkärin avosairaanhoidon kiirettömistä käynneistä toteutui viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Lääkärin, sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan yhteenlasketuista käynneistä toteutui 72 prosentissa viikossa hoidon tarpeen arvioinnista, ja 80 prosentissa kahdessa viikossa. Viikon ja kahden viikon sisällä toteutuneiden käyntien välillä oli eroja eri aluehallintovirastojen välillä. Huonoin tilanne oli Pohjois-Suomen alueella, jossa viikossa pääsi kiirettömälle käynnille terveydenhuollon ammattihenkilön luokse 57 prosenttia ja lääkärille 37 prosenttia hoidon tarpeen arvioinnista. Yli kolme kuukautta avosairaanhoidon lääkärin vastaanottokäyntiä odottaneita oli kaikilla aluehallintovirastojen alueilla maaliskuussa 2023. Lukumääräisesti eniten pitkään käyntiä odottaneita oli Pohjois-Suomen aluehallintoviraston alueella, tarkemmin Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella. Tilanne on jonkin verran heikentynyt syksystä 2021. Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2021 -THL:n tilastoraportin 45/2021 mukaan lokakuussa 2021 kiirettömille lääkärin avosairaanhoidon vastaanottokäynneille pääsi noin 60 prosentissa käynneistä viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista kaikkien aluehallintovirastojen (AVI) alueilla.

¹ Ammattihenkilölainsäädännön soveltaminen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tehtävärakenteiden ja tehtäväjaon toimintamallien kehittämisessä, 5.4.2023, saatavilla osoitteessa <https://stm.fi/ohjeet-ja-suositukset>

² Kliinisen hoitotyön erikoisalut. Ehdotukset kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan osaamisen kehittämiseksi. STM 2021:36. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8428-8>.

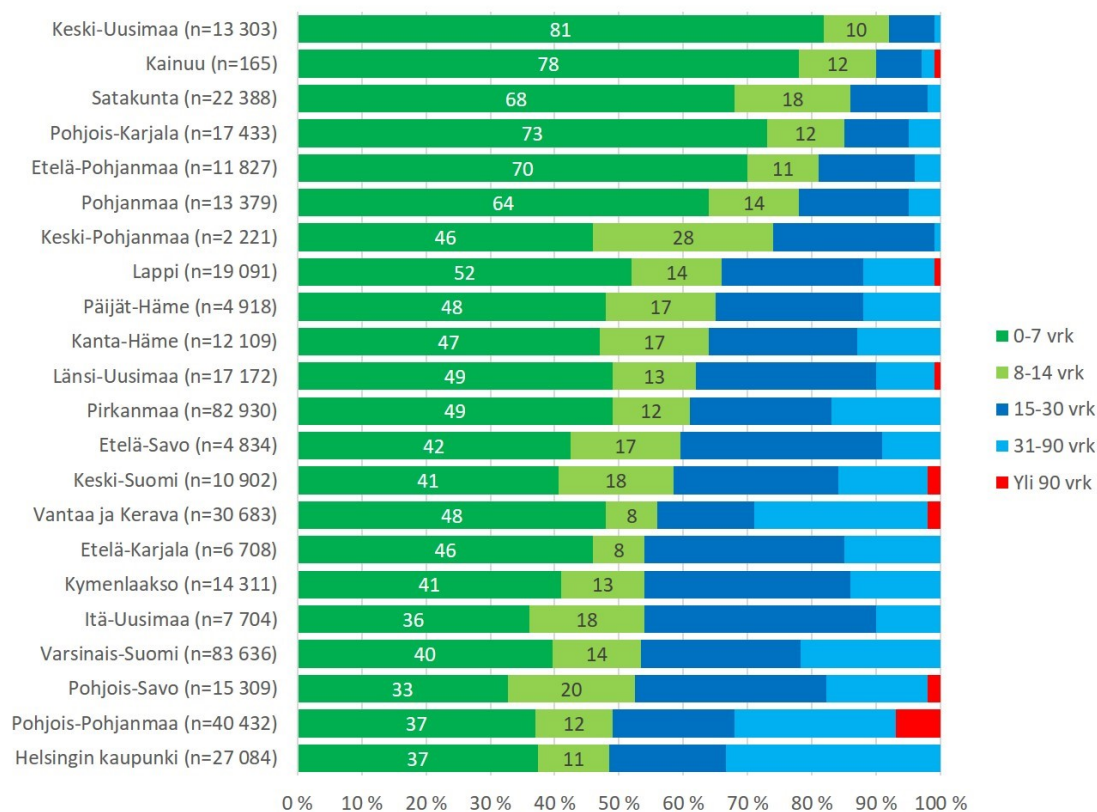
Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2023 -tilastoraportin mukaan (THL:n tilastoraportti 25/2023) maaliskuussa 2023 hammaslääkärin kiireettömistä käynneistä 82 prosenttia toteutui kolmen kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista ja 89 prosenttia neljän kuukauden sisällä. Viisi prosenttia hammaslääkärin käynneistä toteutui yli kuuden kuukauden kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista. Kolmen kuukauden sisällä toteutuneiden käyntien välillä oli eroa aluehallintovirastojen välillä, ja ne vaihtelivat Lapin 96 prosentista Lounais-Suomen 75 prosenttiin. Eniten yli puolen vuoden odotusaikoja oli Etelä-Suomen sekä Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston alueilla. Tilanne on jonkin verran heikentynyt syksystä 2021.

Hoitoon pääsyä voidaan tarkastella tämän vuoden osalta tarkemmin alueellisesti. THL:n Avohilmo-rekisteriin perustuvien julkisen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon rekisteritietojen mukaan 1.1.–31.8.2023 hyvinvointialueiden avosairaanhoidon lääkärille sekä sairaan- tai terveydenhoitajalle hoitoon pääsykäyntejä, joissa oli tehty hoidon tarpeen arvio, oli 1 055 958. Hyvinvointialueilla parhaiten 0–14 vuorokauden kuluessa perusterveydenhuollon hoitoon päästiin Keski-Uudellamaalla (97 %), Kainuussa (94 %), Satakunnassa (90 %) ja Pohjois-Karjalassa (89 %), kun osuudet olivat pienimmät Etelä-Savossa (70 %), Etelä-Karjalassa (68 %), Kanta-Hämeessä (68 %) ja Pohjois-Pohjanmaalla (67 %). Mainituista hyvinvointialueista Kainuun rekistereistä saatiin huomattavan vähän havaintoja ja hoitoon pääsy tietojen kattavuus oli pieni (0,4 %). Hyvinvointialueen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärille tai sairaan- tai terveydenhoitajalle pääsi kahden viikon kuluessa vähintään kaksi kolmesta tammi-elokuussa 2023 ja useilla hyvinvointialueilla yhdeksän kymmenestä.



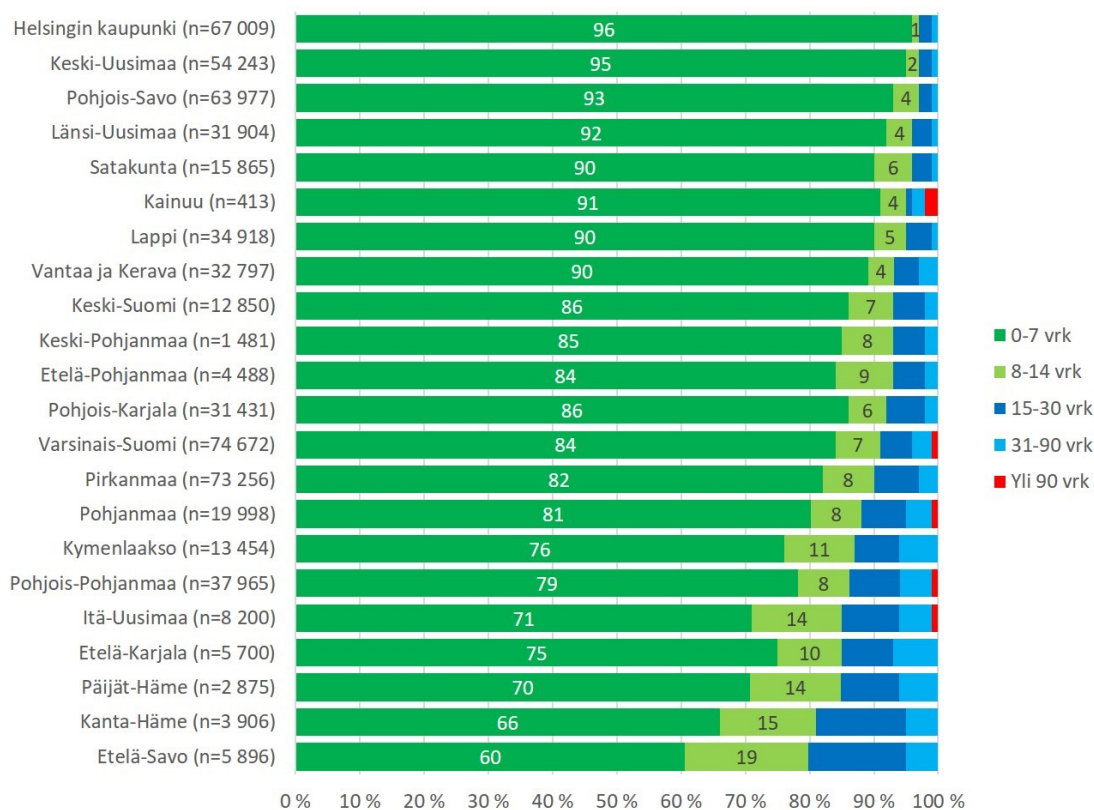
Kuvio 1. Julkisessa terveydenhuollossa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkäri- ja sairaan- tai terveydenhoitajalle hoitoon päässeiden osuudet (%) hoidon tarpeen arvioinnesta toteutuneisiin käynteihin hyvinvointialueittain vuonna 2023. Lähde: THL perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn tietokanta (tiedot päivitetty 15.9.2023).

Hyvinvointialueilla tammi-elokuussa 2023 perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitoon pääsykäynneistä 458 539 oli lääkärille. Hyvinvointialueilla parhaiten 0–14 vuorokauden kuluessa perusterveydenhuollon hoitoon lääkärille päästiin Keski-Uudellamaalla (91 %), Kainuussa (90 %), Satakunnassa (84 %) ja Pohjois-Karjalassa (85 %), kun osuudet olivat pienimmät Varsinais-Suomessa (54 %), Pohjois-Savossa (53 %), Pohjois-Pohjanmaalla (49 %) ja Helsingin kaupungissa (48 %). Mainituista hyvinvointialueista Kainuun rekistereistä saatiin huomattavan vähän havaintoja ja hoitoon pääsytietojen kattavuus oli pieni. Julkisen perusterveydenhuollon hoitoon päässeiden osuudet hyvinvointialueilla ainakin osaksi heijastavat uusien hyvinvointialueiden rakenteita ja toimintamalleja, mikä näyttäisi selittävän esimerkiksi havaintoja hoitoon pääsystä lääkärille. Hoitoon kahden viikon kuluessa lääkärille pääsi noin puolessa rekisteröidyistä hoitoon pääsykäynneistä Varsinais-Suomessa, Pohjois-Savossa, Pohjois-Pohjanmaalla ja Helsingin kaupungissa, joiden väestöt ovat maan suurimpien joukossa. Monissa hyvinvointialueissa osuudet olivat suuret ja raportoivat noin yhdeksän kymmenestä päässeen hoitoon kahden viikon kuluessa tammi-elokuussa 2023.



Kuvio 2. Julkisessa terveydenhuollossa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärille hoitoon päässeiden osuudet (%) hoidon tarpeen arvioinneista toteutuneisiin käynteihin hyvinvointialueittain vuonna 2023. Lähde: THL perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn tietokanta (tiedot päivitetty 15.9.2023).

Hyvinvointialueilla tammi-elokuussa 2023 perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitoon pääsykäynneistä 597 419 oli sairaan- tai terveydenhoitajalle. Hyvinvointialueilla parhaiten 0–14 vuorokauden kuluessa perusterveydenhuollon hoitoon sairaan- tai terveydenhoitajalle päästiin Helsingin kaupungissa (97 %), Keski-Uudellamaalla (97 %), Pohjois-Savossa (97 %) ja Länsi-Uusimaalla (96 %), kun osuudet olivat pienimmät Etelä-Karjalassa (85 %), Päijät-Hämeessä (84 %), Kanta-Hämeessä (81 %) ja Etelä-Savossa (79 %). Mainituista hyvinvointialueista Kainuun rekistereistä saatiin huomattavan vähän havaintoja ja hoitoon pääsy tietojen kattavuus oli pieni. Hyvinvointialueilla sairaan- tai terveydenhoitajalle hoitoon kahden viikon kuluessa pääsi vähintään neljä viidestä rekisteröidyistä hoitoon pääsykäynneistä. Yhdeksän kymmenestä pääsi hoitoon sairaan- tai terveydenhoitajalle kahden viikon kuluessa useimmilla hyvinvointialueilla tammi-elokuussa 2023.



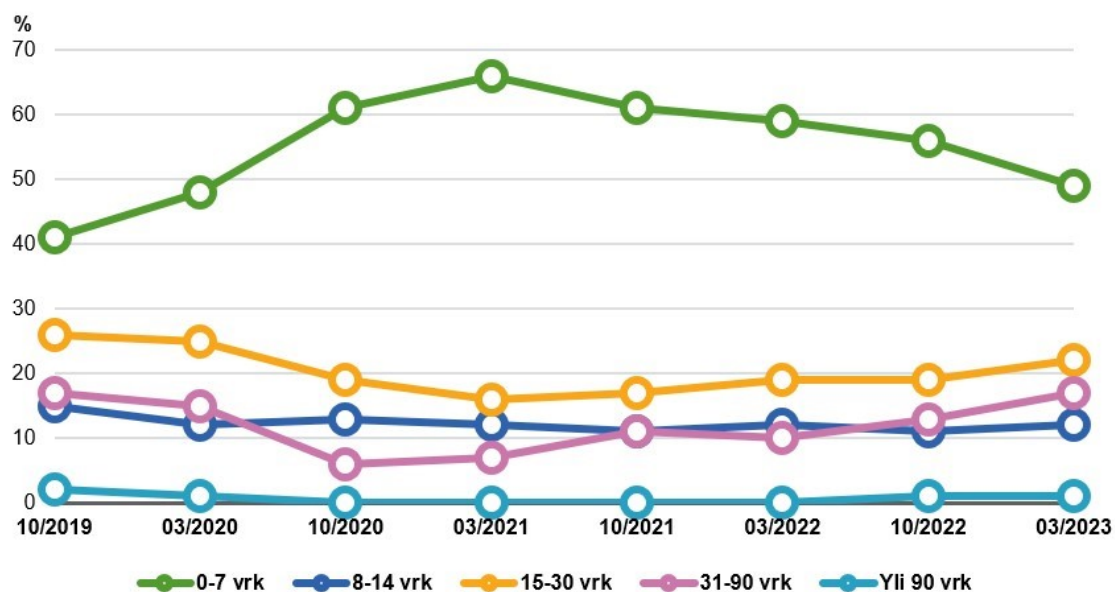
Kuvio 3. Julkisessa terveydenhuollossa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon sairaan- tai terveydenhoitajalle hoitoon päässeiden osuudet (%) hoidon tarpeen arvioinneista toteutuneisiin käynteihin hyvinvointialueittain vuonna 2023. Lähde: THL perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn tietokanta (tiedot päivitetty 15.9.2023).

Maaliskuussa 2023 hoitoon pääsy lääkärille toteutui YTHS:ssä viikon sisällä Itäisen alueen 70 prosentista Läntisen alueen 96 prosenttiin. Yli kolme kuukautta käyntiä odottaneita ei ollut YTHS:n eri alueilla. Lääkärin hoitoon pääsyn käynneistä suurin osa toteutui digitaalisissa palveluissa. Kaikki kiireettömät sairaanhoitajan/terveydenhoitajan hoitoon pääsykäynnit toteutuvat kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. YTHS:n tiedot kattoivat myös ammattikorkeakoulujen opiskeluterveydenhuollon.

Maaliskuussa 2023 YTHS:n alueilla hammaslääkärin käynnit alle kolmessa kuukaudessa toteutuivat parhaiten itäisellä (89 prosenttia) ja huonoiten pohjoisella alueella (50 prosenttia) hoidon tarpeen arvioinnista. Jokaisen YTHS:n alueilla oli yli kuusi kuukautta hammaslääkärin käyntiä odottaneita (yhteensä 9 käyntiä).

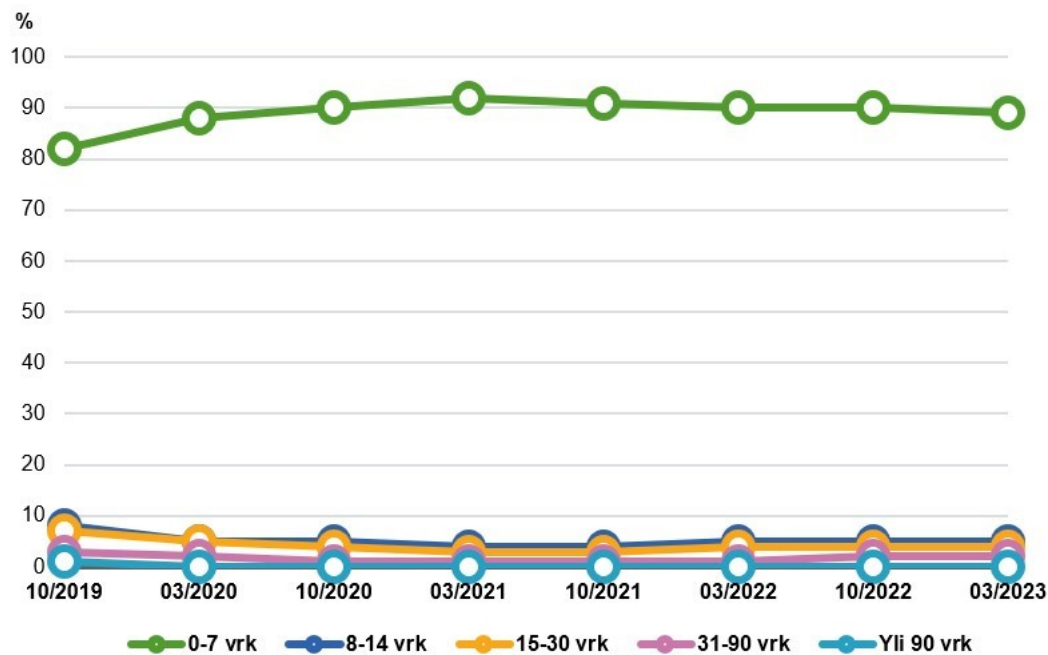
Vankiterveydenhuollossa tämänhetkisten raporttien mukaan 73 prosenttia potilaista pääsee hoidotarpeen arvioinnista vastaanotolle viikon ja 88 prosenttia kahden viikon aikana. Suun terveydenhuollossa touko-heinäkuussa 38 prosenttia potilaista sai vastaanottoajan 1–3 päivän sisällä, 35 prosenttia 4–21 päivän päähän ja 26 prosenttia 22–90 päivän päähän, kun yhdellä prosentilla aika meni 3–6 kuukauden päähän. Hoitotakuu toteutuu suun terveydenhuollossa ja vankiterveydenhuolto pystyy vastaamaan tiukentuneen hoitotakuun lainsäädännön vaateisiin. Yksittäisten vankiloiden kohdalla haasteita tuo vartijaresurssin vähyys.

THL:n Tulevaisuuden sosiaali- ja terveysterveystarpeiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointiraportissa (Työpaperi 29/2023) tarkastellaan hoitoon pääsyn tilanteen kehittymistä viime vuosina. Arviointiraportin mukaan koko maassa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin kiireettömälle käynnille hoidon tarpeen arvioinnista pääsi kahdessa viikossa ennen koronapandemian alkua vuonna 2019 noin 60 prosenttia asiakkaista, heinäkuussa useampi. Kevät-kesällä 2020 pandemian alettua vajaa 90 prosenttia asiakkaista pääsi hoitoon kahdessa viikossa. Tällöin hoidon tarjontaa supistettiin, mutta myös kysyntä väheni. Kesän 2020 jälkeen hoitoon pääsyn tilanne on pikkuhiljaa heikentynyt siten, että huhtikuussa 2023 vajaa 60 prosenttia asiakkaista pääsi hoitoon kahdessa viikossa eli hoitoon pääsyn tilanne on palautunut ennen pandemiaa vallinneeseen tilaan. Viikossa hoidon tarpeen arvioinnista kiireettömälle lääkärikäynnille päässeiden osuus on pandemian alusta alkaen ollut noin kymmenen prosenttia pienempi kuin kahdessa viikossa hoitoon päässeiden osuus.



Kuvio 4. Avosairaanhoidon kiireettömien käyntien (sis. fyysiset käynnit ja etäasioinnit) odotusajat hoidon tarpeen arvioinnista lääkärin käynnille 10/2019–3/2023, %. Lähde: THL:n tilastoraportti 25/2023.

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon sairaan- tai terveydenhoitajan kiireettömälle käynnille hoidon tarpeen arvioinnista pääsi yli 90 prosenttia asiakkaista kahdessa viikossa vuonna 2019. Pandemian alun jälkeen kiireettömälle käynnille pääsi kahdessa viikossa 94–96 prosenttia asiakkaista hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Viikossa hoidon tarpeen arvioinnista sairaan- tai terveydenhoitajan kiireettömälle käynnille päässeiden osuus oli tarkastelujaksolla keskimäärin viitisen prosenttia pienempi kuin kahdessa viikossa päässeiden osuus.



Kuvio 5. Avosairaanhoidon kiireettömien käyntien (sis. fyysiset käynnit ja etäasioinnit) odotusajat hoidon tarpeen arvioinnista sairaanhoitaja/terveydenhoitajan käynnille 10/2019–3/2023, %. Lähde: THL:n tilastoraportti 25/2023.

Pandemian alettua huhtikuussa 2020 perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn tilanne parani lukujen valossa, ja 97 prosenttia asiakkaista pääsi neljässä kuukaudessa kiireettömään hoitoon. Tällöin hoidon kysyntä ja tarjonta supistuivat. Sen jälkeen tilanne on taas pikkuhiljaa heikentynyt. Huhtikuussa 2023 vajaa 90 prosenttia pääsi neljässä kuukaudessa hoitoon hoidon tarpeen arvioinnista. Kolmessa kuukaudessa hammaslääkärin kiireettömään hoitoon pääsi 95 prosenttia hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen huhtikuussa 2020. Huhtikuussa 2023 osuus (80 prosenttia) oli pienempi kuin ennen pandemiaa.

Asiakkaat ovat THL:n asiakaspalautekyselyjen mukaan olleet erittäin tyytyväisiä terveysaseman vastaanottopalveluihin ja suun terveydenhuollon palveluihin. Alueiden väliset erot tyytyväisyydessä ovat olleet hyvin pieniä. Tyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin oli vuonna 2022 kuitenkin hieman heikentynyt vuoteen 2020 verrattuna. Tämä voi liittyä koronapandemian tuomiin muutoksiin vastaanottopalveluissa tai kyselyyn vastanneiden määrään kyseisinä mittausvuosina.

2.3 Johtopäätökset

2.3.1 Sisällölliset muutostarpeet

Säädettäessä portaittain ensin 14 vuorokauden ja sitten 7 vuorokauden perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuusta tavoitteena oli vahvistaa terveydenhuollon peruspalveluja ja parantaa palvelujen saatavuutta. Nopeammalla palveluihin pääsillä voidaan ehkäistä ongelmien

kasautumista ja pitkittymistä ja vähentää erityistason palveluiden tarvetta. Hoitoon pääsyn viivästyminen voi pahentaa asiakkaan tilannetta ja monimutkaistaa monien terveysongelmien hoitoa ja näin lisätä kustannuksia. Sääntelyn tavoitteena on myös väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen parantamalla hoitoon pääsyä sekä kansalaisten yhdenvertaisuuden parantaminen (HE 74/2022 vp, jakso 3).

Hallituksen esityksessä 7 vuorokauden (ja siirtymäkautena 14 vuorokauden) hoitoon pääsyn enimmäisajasta säädettäessä hallituksen esityksessä arvioitiin esityksen toimeenpantavuuden kannalta suurimmaksi riskiksi henkilöstön saatavuuteen liittyvät seikat. Esityksessä tuotiin esiin, että perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä koskevien määräaikojen tiukentuminen osuu ajallisesti samaan aikaan, kun hyvinvointialueet vasta aloittavat toimintansa. Lisäksi ei pystytty varmuudella arvioimaan, missä määrin covid-19-pandemia ja siitä johtuva hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelka vielä lain voimaantullessa rasittaa palvelujärjestelmää. Näiden seikkojen yhteisvaikutuksesta seuraa riskejä palvelujärjestelmän toimivuudelle. Esityksessä myös todettiin, että erityisesti perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuun tiukentamisen onnistunut toimeenpano edellyttää kiistatta lisää pysyvää lääkäriyövoimaa ja hoitohenkilöstöä, ja että perusterveydenhuollon veto- ja pitovoiman parantamiseksi ei ole yksinkertaisia, nopeita ratkaisuja. (Henkilöstövaikutuksista ks. erityisesti HE 74/2022 vp, jakson 4.2.2 alajakso ”Vaikutukset henkilöstöön”). Eduskuntakäsittelyssä perustuslakivaliokunta totesi, että valtioneuvoston on seurattava tarkoin sääntelyn vaikutuksia perusoikeuksien toteutumiseen sekä hyvinvointialueiden rahoitukseen ja tarvittaessa ryhdyttävä tarvittaviin korjaustoimiin (PeVL 38/2022 vp, kappale 8).

Myös sosiaali- ja terveysvaliokunta mietinnössään (StVM 21/2022 vp) yhtyi henkilöstön riittävyyteen ja resursseihin liittyviin huoliin. Henkilöstön rekrytoinnin lisäksi lisähenkilöstötarpeeseen on valiokunnan näkemyksen mukaan vastattava muuttamalla pysyvästi perusterveydenhuollon toimintatapoja. Valiokunta katsoi, että hyvinvointialueilla on kuntapohjaista järjestelmää paremmat mahdollisuudet onnistua tarvittavissa muutoksissa, kun hyvinvointialueiden kantokyky on olennaisesti kuntia parempi ja sama järjestäjä vastaa Uttamaata lukuun ottamatta integroidusti kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Hyvinvointialueet voivat käyttää laajasti myös ostopalveluja henkilöstötyöpanoksen ja etenkin lääkäriyöpanoksen hankkimiseen. Valiokunta mukaan henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi tulee jatkaa jo käynnistettyjen toimien toteutusta. Henkilöstön lisäämiseksi tarvitaan sekä valtion että hyvinvointialueiden toimesta useita määrätietoisia toimenpiteitä. Valiokunta korosti myös hoidon jatkuvuuden merkitystä.

Hoitotakuun tiukentamisen tavoitteet vuosia voimassa olleesta kolmesta kuukaudesta tiukemmaksi ovat edelleen ajankohtaisia ja tärkeitä toteuttaa henkilöstön saatavuuteen liittyvistä haasteista ja huolimatta siitä, ettei perusterveydenhuollon kiirettömään hoitoon pääsy ole viime parantunut. Lähtökohtana on hallitusohjelman linjaus siitä, että varmistetaan hoitotakuun toteutuminen perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa ja suun terveydenhuollossa. Samalla kuitenkin on tunnistettava, osalla alueista ja vankiterveydenhuollossa sekä YTHS:ssä haasteita 14 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajan noudattamisessa.

Kappaleessa 2.2.3 mainitun Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman kevään 2023 hyötytavoitteiden toteutumisen kansallisen arvioinnin mukaan vuoden 2023 syyskuun alkuun asetettu kansallinen tavoite, jonka mukaan kiirettömään hoitoon tulee päästä kahdessa viikossa hoidon tarpeen arvioinnista, ei tule määräaikana toteutumaan. Hoidon jatkuvuus on heikentynyt kaikilla tarkastelluilla mittareilla vuosina 2018–2022 lääkäri- ja hoitajakäyntien sekä monisairaiden hoidon osalta. Kiirettömään hoitoon pääsyn ja hoidon jatkuvuuden heikkenemiseen voi olla useita tekijöitä, jotka vaihtelevat alueittain ja ajankohdittain. Pandemialla ja sen aikana ”ka-

sautuneella” kysynnällä on varmasti merkityksensä hoitoon pääsyssä. Hoidon jatkuvuus on heikentynyt tasaisesti koko tarkastelujakson 2018-2022, joten se ei ainakaan tyhjentävästi selity pandemialla ja sen aikaisella heikolla jatkuvuudella. Myöskään viime vuosien kansallisilla ja alueellisilla kehittämisohjelmilla ei ole pystytty pysyvästi parantamaan saatavuutta kokonaisuutena ja kaikissa asioissa, vaikkakin ohjelmilla on saatu hiottua prosesseja ja kehitettyä vaikuttavia toimintamalleja. THL:n hyötytavoitteiden seuranta- ja arviointiraportin sekä muuten hoitopääsytilastojen nojalla hoitoon pääsy ei ole riittävästi nopeutunut. Myös henkilöstövajeen korjaamiseksi on ryhdytty moninaisesti kansallisiin ja alueellisiin toimiin, mutta ne eivät ehdi vaikuttaa lyhyellä aikavälillä. Tässä tilanteessa 7 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaikaan pääseminen valtakunnallisesti on haastava toteuttaa.

Pääministeri Orpon hallituksen ohjelmassa linjataan, että 1.9.2023 voimaan tuleva perusterveydenhuollon 14 vuorokauden hoitotakuu pidettäisiin voimassa ja 7 vuorokauden hoitotakuusta luovuttaisiin henkilöstöpulan johdosta. 14 vuorokautta on siis enimmäisaika, mikä on täysin mahdollista myös alittaa palveluiden toimivuuden salliessa tai potilaan terveydentilan niin edellyttäessä. Hallitusohjelmassa muutoksen on kirjattu vahvistavan valtion taloutta 5 M€:lla vuonna 2024 ja sen jälkeen 30 M€:lla vuodessa vuodesta 2025 eteenpäin.

14 vuorokauden hoitotakuukin on suuri muutos pitkään voimassa olleeseen kolmen kuukauden hoitotakuuseen verrattuna, ja muutoksessa onnistuminen edellyttää laaja-alaista perusterveydenhuollon kehittämistä. Hallituksen arvion mukaan 14 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaika toimii joka tapauksessa perusterveydenhuollon vahvistamisen ja hoidon saatavuuden parantamisen muutosvoimana mahdollistaen toimintamallien kehittämisen henkilöstön rekrytointia tukeviksi vetovoimatekijöiksi, vaikkakaan ei ole yhtä voimakas kehittämisen vääntövoima kuin 7 vuorokauden hoitotakuu olisi. Henkilökohtaisten hoitosuhteiden jatkuvuus on tärkeä lääkärin ja hoitajien vetovoimatekijä, ja 14 vuorokauden hoitotakuu saattaa tukea hoidon jatkuvuutta paremmin kuin 7 vuorokauden enimmäisaika.

1.9.2023 voimaan tulleen sääntelyn mukaan jos potilas on hoidon tarpeen arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja ammattihenkilö toteaa, että potilas tarvitsee terveysongelman hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana. Tätä enimmäisaikaa ei katsota olevan perusteltua muuttaa, koska ei ole syytä pitkittää pääsyä lääkärin tutkimukseen tai hoitoon näissä tilanteissa, joissa ohjausta lääkärin vastaanotolle ei ole primaaristi tehty.

Hallitusohjelmassa ei esitetä muutosta suun terveydenhuollon hoitotakuuseen, ja suun terveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisaika muuttuu voimassa olevan lainsäädännön mukaisesti 1.9.2023 alkaen kuudesta neljään ja 1.11.2024 alkaen kolmeen kuukauteen. Kolmenkin kuukauden odotusaika kiireettömään hoitoon on pitkä, ja riskinä on suun sairauksien paheneminen odotusaikana ja sen vaikutus myös yleiseen terveydentilaan ja muihin sairauksiin. Väestön suun terveyden, ja siten laajemminkin terveyden ja hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, ettei tätä enimmäisaikaa pidennetä. Suun terveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsy säädettyjen enimmäisaikojen mukaisesti vaatii jonojen purkamista. Tätä voidaan tehdä kustannusvaikuttavaksi todettuja uusia toimintamalleja levittämällä, yksityissektorin vapaata kapasiteettia hyödyntämällä ja esimerkiksi lisätoita tekemällä. Suun terveydenhuollon lyhenevät odotusajat lisäävät myös suun terveydenhuollon henkilöstön työn mielekkyyttä ja siten alan vetovoimaa.

2.3.2 Lainsäädännön muutostarpeet

Asteittain tiukkenevan hoitotakuun lainsäädäntö on toteutettu lakiteknisesti siten, että 1.9.2023 astui voimaan terveydenhuoltolain muuttamisesta annetun lain (116/2023) 51, 51 c, 54 ja 55 §.

Saman lain voimaantulosäännöksen mukaan 51 a §, jossa säädetään seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta perusterveydenhuollon sairaanhoidossa, sekä 51 b §, jossa säädetään kolmen kuukauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon, tulevat voimaan 1.11.2024. Nämä lakimuutokset ovat toistaiseksi voimassa olevia. Lisäksi väliaikaisesti voimassa ajalla 1.9.2023–30.10.2024 on laki terveydenhuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta (117/2023), jossa terveydenhuoltolakiin väliaikaisesti lisätään 51 a §, jossa hoitoon pääsyn enimmäisaika perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa on 14 vuorokautta, ja 51 b §, jossa hoitoon pääsyn enimmäisaika perusterveydenhuollon suun terveydenhuollossa on neljä kuukautta. Vastaavasti on säädetty laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta (118/2023) sekä laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain väliaikaisesta muuttamisesta (119/2023).

Kyseisiä lakeja on tarve muuttaa siten, että seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaikaa koskeva sääntely muutetaan, mutta suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn sääntelyssä edelleen on ensin voimassa neljän kuukauden enimmäisaika ja 1.11.2024 lukien kolmen kuukauden enimmäisaika. Näin ollen esimerkiksi ei voida vain kumota edellä mainittuja väliaikaisesti voimassa olevia lakeja, ja tehdä muutokset toistaiseksi voimassa olevaan lakiin. Yksinkertaisin tapa toteuttaa lakimuutokset on olla muuttamatta mainittuja väliaikaisesti voimassa olevia lakeja, ja muuttaa perusterveydenhuollon sairaanhoitoa koskevaa 51 a §:ää laissa 116/2023 ja OTHL-lain 10 a §:ää laissa 118/2023 1.11.2024 voimaan tullen. Muutostarve kohdistuu vain mainittujen pykälien 1 momenttiin.

Vankiterveydenhuollon osalta vankeuslakiin ja tutkintavankeuslakiin ei ole säädetty väliaikaisesti voimassa olevia säännösmuutoksia, vaan laissa vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta (121/2023) sekä laissa tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta (122/2023) säädetään hoitoon pääsyn enimmäisajoista 1.9.2023 lähtien pykäläviittauksin terveydenhuoltolakiin, eli viittausten myötä vankiterveydenhuollossa sovelletaan kulloinkin voimassa olevia terveydenhuoltolain hoitoon pääsyn enimmäisaikoja. Vankeuslakiin ja tutkintavankeuslakiin ei siten terveydenhuoltolakiin tehtävien muutosten myötä kohdistu muutostarpeita. Myöskään vastaanotolakiin ei tarvitse tehdä muutoksia.

3 Tavoitteet

Esityksen tavoitteena on turvata kiireettömään hoitoon pääsy kohtuullisessa ajassa julkisessa terveydenhuollossa kuitenkin siten, että sääntelyssä henkilöstövaje ja muut palvelujärjestelmän kantokykyyn ja toimivuuteen liittyvät seikat huomioon ottaen otetaan paremmin huomioon terveydenhuoltojärjestelmän mahdollisuus antaa palvelut laissa säädettyssä enimmäisajassa.

4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset

4.1 Keskeiset ehdotukset

Esityksessä ehdotetaan, että seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta kiireettömässä perusterveydenhuollon sairaanhoidossa luovutaan, ja hoitoon pääsyn enimmäisajaksi toistaiseksi voimassa olevassa lainsäädännössä säädetään 14 vuorokautta 1.9.2023 voimaan tullutta väliaikaista lainsäädäntöä vastaavasti.

Hoitoon pääsyä koskevaan sääntelyyn ei muuten tehtäisi muutoksia. Seitsemän vuorokauden enimmäisaika jatkossakin koskisi hoitoon pääsyä lääkärin vastaanotolle, jos potilas on ensin ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle ja ammattihenkilö toteaa tarpeen lääkärin tekemälle tutkimukselle tai hoidolle. Suun terveydenhuollon hoitoon pääsyä koskevaa sääntelyä ei muutettaisi.

Lakimuutos koskisi hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevaa perusterveydenhuoltoa, Kansaneläkelaitoksen järjestämisvastuulla olevaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön pääosin tuottamaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisen Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämää perusterveydenhuoltotasosta vankiterveydenhuoltoa sekä osaa vastaanotokeskusten järjestämää terveydenhuoltoa.

4.2 Pääasialliset vaikutukset

4.2.1 Taloudelliset vaikutukset

Vaikutukset viranomaisten talouteen

Esityksellä olisi merkittäviä vaikutuksia hyvinvointialueiden talouteen. Hallituksen esityksen HE 74/2022 vp jaksossa 4.2.1 käsitellään asteittain säädetyn 7 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajan taloudellisia vaikutuksia. Nyt esitetty enimmäisajan jättäminen 14 vuorokauteen muuttaa aiemman hallituksen esityksen arvioita taloudellisista vaikutuksista. Osin paine palvelujärjestelmän muutuskustannuksiin pieneneisi, mutta toisaalta tiukentuvan perusterveydenhuollon hoitotakuun kustannuksia hillitsevät vaikutukset muihin palveluihin myös hieman vähenisivät. Jos toisin ei ole mainittu, arviot ovat sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntija-arvioita. Seitsemän vuorokauden enimmäisaikaa koskeneen hallituksen esityksen (HE 74/2022 vp) jaksossa 4.2.1 on kuvattu tarkemmin asian arviointiin liittyviä epävarmuuksia.

Hoitoon pääsyn enimmäisaikaa 7 vuorokauteen kiristäneeseen lakimuutokseen verrattuna jonon purkamisesta, niin sanotusta patoutuneesta kysynnästä ja muista muutuskustannuksista aiheutuvat kustannukset pienenevät. Nämä muutuskustannukset pienenevät kaikkinsa kahteen prosenttiin (joka nyt säädetyn mukaisesti arvioitu kolmeksi prosentiksi) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vuositason kustannuksista. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon pysyvän kapasiteetin lisäämisen tarve vähentyisi. 14 vuorokauden enimmäisaika edellyttää seitsemän vuorokauden enimmäisaikaan verrattuna samanlaisia vastaanottoiminnan toimintatapoja, joiden toteuttaminen edellyttää lisäresursseja niin henkilöstöön, uusiin teknologioihin kuin varautumiseen – myös yksityistä sektoria hyödyntämällä. Pidempi enimmäisaika vähentäisi kuitenkin tarvetta varautumiseen erilaisten satunnaisten ja kausittaisten vaihteluiden tasoittamiseksi ja vähentäisi lyhyestä enimmäisajasta johtuvaa käyttämättömän kapasiteetin riskiä. Verrattuna seitsemän vuorokauden enimmäisaikaan, pysyvä kapasiteetin laajentamisen tarve pieneneisi seitsemään prosenttiin (nyt säädetyn mukaisesti yhdeksän prosenttia) vuositason kustannuksista. Kysynnän siirtyminen sairausvakuutuksen korvaamista ja työterveyshuollon kautta tarjotuista avosairaanhoidon palveluista laskisi kahdeksaan prosenttiin (nyt säädetyn mukaisesti kymmenen prosenttia) kyseisten sektorien vastaavista palveluista. Vuodesta 2026 lukien kustannuspaine perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käyttökustannuksiin kokonaisuudessaan pieneneisi arvion mukaan noin 47 miljoonaa euroa vuoden 2024 kustannustasossa. Laskennallisesti voidaan arvioida, että tämä kustannuspaineen väheneminen vastaisi 145 lääkärin ja 105 sairaanhoitajan vuosityöpanosta.

14 vuorokauden enimmäisajalla olisi edelleen vaikutusta perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon kustannuksiin paranevan kansanterveyden ansiosta, mutta vähemmän kuin 7 vuorokauden enimmäisajalla. Vuodesta 2025 lukien vältettävissä olevat vuodeosastojaksot vähenisivät arviolta 1,8 prosenttia nyt säädetyn mukaisesti arvioidun kahden prosentin sijaan. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon kustannuspaine kasvaisi näin ollen noin 2 miljoonaa euroa.

Esitys vaikuttaisi välillisesti myös hyvinvointialueiden erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Perusterveydenhuollon yhteispäivystyksen volyyymi pienenee arvon mukaan 10 prosenttia 15 prosentin sijaan, joka olisi arvon mukaan toteutunut seitsemän päivän enimmäisajan voimassa ollessa. Perusterveydenhuollon käyntimäärien väheneminen näkyisi erikoissairaanhoidon lähetteen määrä vähenemisenä, mutta toisaalta osa hoidosta siirtyy arvon mukaan erikoissairaanhoidon avosairaanhoidossa tapahtuvaksi. Erikoissairaanhoidon vältettävissä olevat hoitokaudet vähenisivät 0,9 prosenttia, kun seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajalla hoitokaudet olisivat vähentyneet yhden prosentin. Kaiken kaikkiaan hyvinvointialueiden erikoissairaanhoidon kustannuspaine kasvaisi noin 12 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien.

Kustannuspaine hyvinvointialueiden käyttökustannuksiin kokonaisuudessaan pienenesi vuonna 2024 noin 6 miljoonaa euroa, 31 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja vuodesta 2026 lukien noin 33 miljoonaa euroa verrattuna siihen, että voimaan tulisi 7 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaika. Asiakasmaksutulot pienenesivät vuodesta 2025 lukien noin miljoona euroa. Esityksen hyvinvointialueisiin liittyvien sekä myös muihin taloudellisten vaikutusten ennakoarviointiin liittyy huomattavaa epävarmuutta.

Hoitoon pääsyn enimmäisajan ollessa 14 vuorokautta seitsemän vuorokauden sijaan, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tarvitsisi arvon mukaan nostaa avosairaanhoidon kapasiteettiaan seitsemän prosenttia suhteessa vuositason kustannuksiin yhdeksän prosentin sijaan. Tämä säästäisi arvon mukaan 350 000 euroa YTHS:n kustannuksia vuodesta 2025 lukien. YTHS:n kustannusten rahoitus jakautuu toimintaa koskevan lain mukaan niin, että valtio rahoittaa 77 prosenttia kustannuksista ja opiskelijat vuosimaksuilla 23 prosenttia kustannuksista. Valtion rahoitusosuus pienenesi siis noin 300 000 euroa ja opiskelijoilta perittävä maksu laskennallisesti pienenesi noin 0,30 euroa per opiskelija. Vuosimaksu säädetään vuosittain erikseen valtioneuvoston asetuksessa, jonka valmistelun yhteydessä arvioidaan, aiheuttaako lakiehdotus käytännössäkin muutoksia vuosimaksuun. Vuonna 2024 YTHS:n toiminnassa ei arvioida muodostuvan säästöjä esityksen johdosta.

Vankiterveydenhuollossa Vankiterveydenhuollon yksikön lisäresursointitarpeiden arvioidaan olevan esityksen johdosta noin 25 prosenttia pienemmät kuin seitsemän vuorokauden enimmäisajan noudattamisen vaikutukset olisivat olleet. Näin ollen Vankiterveydenhuollon yksiköltä säästyisi 0,3 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien. Myöskään Vankiterveydenhuollon yksikön toiminnassa ei arvioida muodostuvan säästöjä esityksen johdosta vuonna 2024.

Esitys on linjassa hallituksen julkisen talouden tasapainottamista koskevan tavoitteen kanssa. Esitys hillitsee osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvua.

Alla olevaan taulukkoon 4 on koottu arvioituja taloudellisia vaikutuksia valtion talouteen.

Taulukko 4. Arvioidut vaikutukset valtion talouteen

Valtion talouteen vaikuttava tekijä, miljoonaa euroa vuoden 2024 tasossa	2024	2025	2026
Hyvinvointialueiden rahoitus (kustannuspaine asiakasmaksutulojen muutos huomioiden, pyöristettynä lähimpään 5 miljoonaan euroon), jonka muodostavat	-5	-30	-30
Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käyttökustannukset	-10,1	-44,5	-46,6
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttökustannukset	0,7	2,2	2,2
Erikoissairaanhoidon käyttökustannukset	3,4	11,8	11,8
Asiakasmaksutulojen muutos	-0,1	-0,9	-1,1
Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö	0,0	-0,3	-0,3
Vankiterveydenhuollon yksikkö	0,0	-0,3	-0,3
Yhteensä	-5	-30,6	-30,6

Suomen kestävä kasvun ohjelman pilarin 4 investoinnin 1 sitova tavoite on, että vuoden 2025 lopussa 80 % kiireettömän hoidon käynneistä perusterveydenhuollossa toteutuu 7 vuorokauden sisällä. Tavoite koskee kaikkien ammattiryhmien käynnejä yhteensä valtakunnallisesti, sisältäen etä- ja läsnäkäynnejä. Heinäkuussa 2023 täten mitaten hoitoon pääsy toteutui 7 vuorokaudessa 79 %:sti. Maaliskuussa 2023 luku oli 72 %. Ohjelman rahoitus tulee pääosin EU:n kertaluonteisesta elpymisvälineestä (Next Generation EU). Jos tavoitetta ei saavuteta, uhkana on, että Suomi joutuu maksamaan saatuja EU-avustuksia takaisin. Tällöin tarkasteltaisiin hyvinvointialuetasoisesti, missä tavoite ei täyty ja takaisinmaksua perittäisiin vastaavasti alueilta. Investointiin 1, jota kyseinen indikaattori koskee, on alueille myönnetty yhteensä lähes 169 miljoonaa euroa. Mahdollinen takaisinperintä tehtäisiin suhteessa tavoitteen toteutumiseen. Luopuessa lakisääteisestä 7 vuorokauden hoitotakuusta hyvinvointialueilta poistuu eräs muutoksen ajuri nopean hoitoon pääsyn varmistamiseen. Toisaalta tietoisuus siitä, että tavoitteen jääminen saavuttamatta saattaa merkitä hyvinvointialueelle annetun rahoituksen takaisinperintää, edelleen ohjaa ripeän hoitoon pääsyn toteuttamiseen.

Yritysvaikutukset

Esitys lisäisi arvion mukaan kansantaloudessa yksityisiltä palveluntuottajilta ostettavia terveydenhuollon palveluita, vaikka hyvinvointialueiden lopputuoteostot pienenisivätkin. Hyvinvointialueiden lopputuoteostot yksityisiltä palveluntuottajilta vähenisivät 3,8 miljoonaa euroa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palveluissa, mutta lisääntyisivät erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa 0,7 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien. Sairausvakuutuksen kautta korvatut ja työterveyshuollon palveluina ostetut palvelut kasvaisivat kuitenkin arvion mukaan 7,8 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien. Kaikkienensa eri työnantajien ostamat työterveyshuollon palvelut yksityiseltä ja julkiselta sektorilta kasvaisivat vuodesta 2026 lukien 5,4 miljoonaa euroa.

Vaikutukset kotitalouksiin

Kotitalouksien maksamat asiakasmaksut vähenisivät, koska hyvinvointialueiden palvelutuotannon volyyymi pienenesi. Asiakasmaksujen vuosittainen määrä vähenisi 0,9 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 1,1 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien. Yksityisten, sairausvakuutuksen korvaamien palvelujen käyttö kasvaisi arvion mukaan 1,0 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 2,9 miljoonalla eurolla vuodesta 2026 lukien. Vaikutus sairausvakuutuskorvausmenoihin on vähäinen.

4.2.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan

Vaikutukset perusterveydenhuollon avohoitoon

14 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajan säätäminen toistaiseksi voimassa olevaksi vaikuttaa perusterveydenhuollon avohoitoon samalla tavalla kuin seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaika olisi vaikuttanut, muutos on vain vähäisempi ja jonkin verran helpommin toteutettavissa. Enimmäisaikavaatimuksen keventäminen vähentää kustannuksia ja lisähenkilöstön tarvetta. Jo 14 vuorokauden enimmäisaika edellyttää toimintojen tehokasta uudistamista ja osin myös pysyvästi sekä osajien että taloudellisten resurssien lisäämistä perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottoimintaan. Toisaalta paraneva perusterveydenhuollon saatavuus vähentää painetta raskaampiin erityispalveluihin, päivystykseen ja erikoissairaanhoidon.

Hoitoon pääsyssä on eroja hyvinvointialueiden välillä, ja jo 14 vuorokauteen kiristyneen hoitotakuun vaikutukset ja toimeenpanon edellytykset vaihtelevat hyvinvointialueittain. Osassa alueista hoitoon pääsy jo lähes toteutuu 14 vuorokauden enimmäisajan puitteissa. Näillä alueilla 14 vuorokauden hoitotakuu ei käytännössä edellytä isoja toimenpiteitä. Osan hyvinvointialueista on edelleen jatkettava kysynnän hillintää, toimintamallien kehittämistä ja hoito- ja palvelupolkujen selkeyttämistä. Lisäksi on varmistettava riittävä osajaresurssi ja taloudelliset voimavarat avosairaanhoidon. Myös palveluiden hankintaan on varauduttava. Hyvinvointialueiden tekemiä toimia hoitotakuusääntelyn toteuttamiseksi on kuvattu jaksossa 2.2.1.

Parempaan hoitoon pääsyn rinnalla kehitetään myös hoidon jatkuvuutta. Ei voi olla hoidon jatkuvuutta, jos hoitoon ei pääse. Lisäksi jatkuvuuden varmistaminen on yksi tapa parantaa saatavuutta. Kun potilas kohtaa tutun tiimin, ei hoidon tarpeen arvioiminen ja uusien terveysongelmien tai muiden tarpeiden hallinta edellytä aina uutta kontaktia tai lisätutkimuksia ja -selvityksiä.

Vaikutukset yhteispäivystykseen, sairaalahoitoon ja erikoissairaanhoidon

1.9.2023 voimaan tullut hoitoon pääsyn enimmäismääräajan tiukentuminen kolmesta kuukaudesta 14 vuorokauteen edesauttaa kysyntää hillitsevästi yhteispäivystyksissä, sairaalahoitossa ja erikoissairaanhoidossa. Kokonaisvaikutus on kuitenkin pienempi kuin mikäli määräaika edelleen tiukentuisi seitsemään vuorokauteen 1.11.2024 alkaen. Taloudelliset vaikutukset on kuvattu tarkemmin jaksossa 4.2.1.

Hyvä perusterveydenhuollon avohoidon saatavuus vähentää painetta yhteispäivystyksissä. Yhtenä merkittävänä syynä viime vuosien yhteispäivystysten ruuhkautumisessa ovat olleet perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn ongelmat ja viiveet. Asiakkaat joutuvat hakeutumaan yhteispäivystyksiin myös tilanteissa, joissa kiireellistä ja päivystyksellistä hoidon tarvetta ei ole tai tarve ei ole lääketieteellinen. Näissä tapauksissa potilas hyötyisi eniten virka-aikaisesta perus-

terveydenhuollosta, jossa voidaan varmistaa kokonaisvaltainen ja tarvittaessa moniammatillinen arvio ja hoito. Se, että hoitotakuu esityksen mukaisesti ei tiukentuisi 7 vuorokauteen, aiheuttaa, että arvioitu yhteispäivystyksen perusterveydenhuollon käyntien väheneminen olisi 10 prosenttia verrattuna aiemmin 7 vuorokauden määräajalla arvioituun 15 prosenttiin.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sairaalajaksoista valtaosa alkaa päivystyksenä. Mikäli pääsy nopeasti perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kyetään turvaamaan ja potilaan tilanteeseen voidaan ottaa kantaa ei-päivystyksellisesti kiireettömällä vastaanotolla hoidon jatkuvuus ja suunnitelmallisuus varmistuen, on selvää, että osa epätarkoituksenmukaisista sairaalajaksoista olisi vältettävissä. Erityisen tärkeää on varmistaa, että monisairaant, toimintakyvyltään vajaat ja jo palveluiden piirissä olevat potilaat, heidän läheisensä, omaishoitajansa ja kotihoidon työntekijät pystyvät luottamaan siihen, että omaan hoitajaan tai lääkäriin todella saa yhteyden ja pääsee arvioon ja hoitoon muutamassa päivässä. Se, että hoitotakuu esityksen mukaisesti ei tiukentuisi 7 vuorokauteen, aiheuttaa, että vuodesta 2025 lukien perusterveydenhuollossa hoitopäivät vähenisivät 1,8 %, kun aiemmin arvioitiin 7 päivän enimmäisajalla kaksi prosenttia ja vastaavasti erikoissairaanhoidon hoitopäivät 0,9 % (aiemmin arvioidulla 7 päivän määräajalla yksi prosentti). Koska sairaalat ovat pääosin hyvinvointialueen omaa palvelutautantoa, on alueen mahdollista nopeastikin sopeuttaa sairaansijojen määrää ja siirtää henkilöstöä avosairaanhoidon.

Muutosten vaikutus siirtymiin yksityisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon palveluista hyvinvointialueen palveluihin

Kun pääsy julkiseen perusterveydenhuoltoon paranee, on oletettavaa, että kansalaisten halukkuus kustantaa itse vastaavaa palvelua yksityisessä terveydenhuollossa voi jonkin verran pienentyä. Myös vapaaehtoisten itse maksettujen vakuutusten kiinnostavuus voi ajan myötä vähentyä. Väestö arvostaa yksityisessä terveydenhuollossa mahdollisuutta valita tietty terveydenhuollon ammattihenkilö ja toisaalta pääsystä suoraan lääkärin vastaanotolle ilman hoidon tarpeen arviota tai muun ammatillaisen vastaanottoa. Osin väestöllä on myös vaikutelma yksityisen terveydenhuollon matalammasta kynnyksestä tutkimuksiin pääsyyn tai lähetteen saantiin erikoissairaanhoidon.

Kun hoitoon pääsyn enimmäisajaksi pysytetään 14 vuorokautta, arviona on, ettei siirtymää yksityisen terveydenhuollon palveluista julkisen terveydenhuollon palveluihin tule yhtä paljon kuin 7 vuorokauden hoitoon pääsyssä. Vaikutusten arvioinnissa on oletettu, että yksityisen terveydenhuollon yleislääkärikäynneistä siirtyisi toteutettavaksi julkisessa perusterveydenhuollossa asteittain niin, että kolmantena vuonna voimaantulosta määrä olisi 8 % (vrt. 7 päivän määräajalla 10 prosenttia), johon tilanne vakiintuisi. Hyvinvointialueiden tulisi siis kasvattaa muutoksen vuoksi avosairaanhoidokapasiteettiaan vastaavasti.

Lakiesityksen ei arvioida lyhyellä aikavälillä vähentävän työnantajien halukkuutta tarjota sairaanhoidollisia palveluja työntekijöilleen, sillä terveyskeskusten hoitoonohjaus- ja muut käytännöt tulevat edelleen eroamaan työterveyshuollon kautta tarjotusta tyyppillisestä sairaanhoitopalvelusta. Kuitenkin pidemmällä aikavälillä on mahdollista, että perustason palvelujen saatavuuden paranemisesta johtuen etenkin osa pienemmistä työnantajista luopuisi sairaanhoidollisten palvelujen järjestämisestä työterveyshuoltona. Nämä palvelut siirtyisivät toteutettavaksi hyvinvointialueiden järjestämässä perusterveydenhuollossa. Vaikutusten arvioinnissa on oletettu, että ensimmäisenä vuotena esityksen voimaantulosta työterveyshuollon sairaanhoidon käyntejä ei vielä siirtyisi toteutettavaksi hyvinvointialueiden perusterveydenhuollossa, kun kolmannesta vuodesta eli vuoden 2025 syyskuusta lukien siirtymä olisi 10 prosenttia.

Vaikutukset henkilöstöön

Hoitotakuun toimeenpanoon liittyy merkittävä huoli henkilöstön saatavuudesta. Henkilöstön saatavuuden haasteet tuovat myös riskin työpanoksen kustannusten kasvusta ja eri organisaatioiden välisestä epäterveestä kilpailusta henkilöstöstä. Enimmäisaikavaatimuksen keventäminen 7 vuorokaudesta 14 vuorokauteen vähentää lisähenkilöstön tarvetta ja myös kustannuksia.

Enimmäisaikavaatimuksen keventämisen jälkeenkin hoitotakuun tiukennuksen edellyttämä perusterveydenhuollon vahvistaminen ja toimintamallien kehittäminen toimivat henkilöstön vetoimatekijänä. Tämä vetoimatekijä yhdistettynä mahdollisuuteen tehdä päivätyötä helpottaa hoitajien rekrytointia. Työ perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa on päivätyötä, joka sopii monen hoitajan elämäntilanteeseen vuorotyötä paremmin. Perusterveydenhuollon vahvistaminen ja parempi hoidon saatavuus mahdollistavat myös henkilökohtaisen hoitosuhteen jatkuvuuden parantamisen, mikä puolestaan on kokoneiden lääkäreiden ja yleislääketieteen erikoislääkärin kohdalla erittäin vahva vetoimatekijä.

Palvelujärjestelmän toimivuutta kokonaisuudessaan haastaa henkilöstövaje. Henkilöstötilannetta ja hallituksen toimia henkilöstötilanteen parantamiseksi on kuvattu jaksossa 2.2.2.

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö

Alueelliset erot hoitoon pääsyssä YTHS:n yleis- ja mielenterveyden palveluissa johtuvat pääasiassa yleislääkäreiden rekrytointihaasteista. Vaikka enimmäisaikavaatimuksen keventäminen 7 vuorokaudesta 14 vuorokauteen vähentää lisähenkilöstön tarvetta ja kustannuksia, YTHS:n oma arvio on, että 14 vuorokauden hoitotakuun astuessa voimaan YTHS ei nykyisillä resursseilla pysty tarjoamaan yleislääkärin vastaanottoaikaa enimmäisajan sisällä. YTHS:n toimia 14 vuorokauden hoitotakuuseen pääsemiseksi ja sen toimintaan kohdistuvia haasteita on kuvattu jaksossa 2.2.1

Vankiterveydenhuollon yksikkö

Vankiterveydenhuollossa 1.9.2023 voimaan tullut sääntely vangin oikeudesta saada välittömästi yhteys ja yksilöllinen arvio hoidon tarpeesta aiheuttaa vankiterveydenhuollon yksikölle suurimman tarpeen kehittää toimintaansa ja yhteistyötä Rikosseuraamuslaitoksen kanssa. Hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisaika aiheuttaa on myös aiheuttanut toiminnan kehittämistarpeita, jotka ovat jonkin verran vähäisempiä kuin 7 vuorokauden enimmäisajan vaihtoehdossa. Vankiterveydenhuollon yksikön tekemiä toimenpiteitä on kuvattu jaksossa 2.2.1.

Maahanmuuttovirasto ja vastaanottokeskukset

Kuten hallituksen esityksessä HE 74/2022 vp ja edellä jaksossa 2.1.3 tuodaan esiin, vastaanotolain 26 §:n 2 momentin sääntelyn voidaan tulkita tarkoittavan, että se luo veloitteen tarjota tilapäistä suojelua saaville sekä alle 18-vuotiaille kansainvälistä suojelua hakeville ja ihmiskaupan uhreille kiireetön hoito terveydenhuoltolakia vastaavien määräaikaisten puitteissa. Säädettyessä hoitotakuusta asialla on siten vaikutuksia myös Maahanmuuttoviraston (Migri) ja sen ylläpitämien ja sen kanssa sopimuksen tehneiden vastaanottokeskusten toimintaan. Vastaanotto-laissa ei ole vastaavaa säännöstä siitä, että palvelut tulee antaa samoin perustein kuin henkilölle, jolla on kotikunta, koskien täysi-ikäisiä kansainvälistä suojelua hakevia ja ihmiskaupan uhreja, joilla ei ole kotikuntalaissa tarkoitettua kotikuntaa Suomessa.

Vastaanottojärjestelmässä on tällä hetkellä yhteensä 43 181 asiakasta (tilasto 18.9.2023), joista noin 37 000 on tilapäistä suojelua saavia (87 % kokonaismäärästä). Noin 25 % vastaanottojärjestelmän piirissä olevista asiakkaista on lapsia. Suomeen on saapunut vuoden 2022 ja 2023 aikana yhteensä noin 62 000 tilapäisen suojelun hakijaa. Kuluvan vuoden aikana tilapäistä suojelua on hakenut noin 16 000 henkilöä. Vastaanottojärjestelmän piirissä on edelleen noin 37 000 tilapäistä suojelua saavaa henkilöä. Suurin osa tilapäistä suojelua saavista on Ukrainan kansalaisia, mutta tilapäistä suojelua voi saada myös muut Ukrainasta Venäjän hyökkäyssodan vuoksi paenneet henkilöt.

Tilapäistä suojelua saavalla on mahdollisuus hakea kotikuntaa vuoden Suomessa oleskelun jälkeen, mikäli henkilöllä on voimassa oleskelulupa. Kun ihminen saa kotikunnan, siirtyy hänen terveydenhuoltopalveluidensa järjestämisvastuu hyvinvointialueelle. Kotikunnan on tähän mennessä saanut noin 10 000 tilapäisen suojelun saajaa, ja noin 2 500 odottaa tällä hetkellä kuntiin siirtymistä. Tilapäistä suojelua saavat ovat hakeneet kotikuntaa maltillisesti. Odotettavissa on, että mikäli vastaanottojärjestelmän asiakasmäärät eivät lähde uudelleen nousuun, tullaan järjestelmässä toteuttamaan mittavia lakkautuksia ja uudelleen järjestelyitä. Lisäksi kuntamallin majoitus, jossa majoittuu tällä hetkellä noin 4 500 ukrainalaista, tulee päättymään vuoden loppuun mennessä. Nämä muutokset tulevat todennäköisesti lisäämään tilapäistä suojelua saavien kuntaan siirtymistä.

Maahanmuuttoviraston arvio on, että 14 vuorokauden hoitotakuu toteutuu pääsääntöisesti normaalitilanteessa, ja myös tällä hetkellä. Seitsemän vuorokauden hoitotakuun saavuttaminen olisi vastaanottojärjestelmässä epätodennäköistä. Järjestelmä on riippuvainen yksityisen ja julkisen terveydenhuoltojärjestelmän reagoitavuudesta. Hoitotakuun toteutumiseen vastaanottojärjestelmän asiakkaille voi vaikuttaa asiakasmäärien merkittävä kasvu. Laajamittaisen maahanmuuton tilanteessa, erityisesti jos tulijoista merkittävä osa on tilapäistä suojelua saavia tai lapsia, vastaanottojärjestelmä ei välttämättä kaikin osin pystyisi vastaamaan 14 vuorokauden hoitotakuuseen.

Hallituksen esityksessä HE 74/2022 vp todettiin, että hoitoon pääsyn määräaikaisten kiristymisen lainsäädännön vaikutusta osana Migrin järjestämisvastuulla olevaan terveydenhuoltoon muuten kohdistuvaa painetta on erittäin vaikea arvioida, samoin kuin kustannuksia tuleville vuosille. Tämä johtui epävarmuudesta liittyen tilapäistä suojelua hakevien ja saavien tulijoiden määrään ja esimerkiksi siihen, kuinka moni siirtyy ajan myötä kuntien asukkaiksi (HE 74/2022 vp, s. 76-77). Maahanmuuttoviraston määrärahoihin on kohdennettu merkittäviä lisäyksiä maahan tulleiden ukrainalaisten suuren määrän takia. Hallituksen esityksen HE 74/2022 vp yhteydessä Maahanmuuttovirastolle ei kuitenkaan kohdennettu rahoitusta hoitotakuuseen, joten myöskään nyt esitetyllä 7 vuorokauden hoitotakuusta luopumisellakaan ei olisi suoraa vaikutusta Maahanmuuttoviraston rahoitukseen.

Aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto

Koska 7 vuorokauden hoitoon pääsyn toteuttaminen olisi monelle toimijalla hyvin haastavaa, valvontaviranomaisille tehtäisiin hoitotakuupoikkeamista todennäköisesti useita kanteluita ja muita yhteydenottoja. Tästä tiukasta enimmäisajasta luopuminen saattaa siten jossain määrin vaikuttaa vireille tulevien kanteluiden ja muiden tällaisten yhteydenottojen määrään vähentävästi. Jo 14 vuorokauden hoitotakuun voimaantulo aiheuttaa kuitenkin valvontaviranomaisille merkittäviä ohjaus- ja valvontatehtäviä, ja myös tämän enimmäisajan noudattaminen on osalle toimijoista haastavaa. Täten lakimuutoksen ei ainakaan lähitulevaisuudessa ennakoida merkittävästi vähentävän valvontaviranomaisten hoitotakuusäätelyn valvomiseen ja ohjaamiseen liittyvää työtä.

Tietojärjestelmävaikutukset

Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumista seurataan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Avohilmo-rekisterissä, joka edellyttää terveydenhuollon toimijoita kirjaamaan seurantaan varten tarvittavat tiedot Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen määrittämien luokitusten mukaisesti. Hoitotakuun enimmäisajan säilyttäminen 14 vuorokaudessa ei edellytä uusien luokitusten käyttöönottoja, vaan terveydenhuollossa kirjataan hoitoon pääsyn enimmäisaika jatkossakin samalla koodilla riippumatta siitä, onko hoitotakuu 14 vai 7 vuorokautta. Aiemmin tehty varautuminen 7 vuorokauden hoitotakuuseen tulee purkaa luokituksen määrittelyistä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimesta. Muutos hoitoon pääsyn määräajan muutokseen on huomioitava myös kirjaamisen koulutuksissa ja ohjeistamisessa.

4.2.3 Muut yhteiskunnalliset vaikutukset

Esityksellä on vaikutuksia terveyteen, ja sen osa-alueena hoitoon pääsyyn ja hoidon saatavuuteen, ja siten myös perustuslaissa ja ihmisoikeussopimuksissa turvattuihin sosiaalisiin oikeuksiin.

Seitsemännessä Suomea koskevassa määräaikaistarkastelussa (30.3.2021) Yhdistyneiden kansakuntien taloudellisten sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitea (TSS-komitea) esitti huolensa, että perusterveydenhuollon palveluja ei ole riittävästi saatavilla koko maassa. Komitea kiinnitti huomiota sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan uudistuksen tavoitteisiin muun muassa terveystalouden saatavuudessa, ja suositteli, että valtio tarkkailee uudistuksen vaikutuksia sosiaali- ja terveystalouden saavutettavuuteen, yhdenvertaiseen saatavuuteen, kohtuuhintaisuuteen ja saatavuuteen maan kaikissa osissa. Komitea suositti myös, että sen lisäksi, että otetaan huomioon alueelliset ominaispiirteet, uudistuksessa olisi puututtava esteisiin, jotka haittaavat sellaisten ryhmien kuten työttömien, vanhusten ja paperittomien henkilöiden hoidon saatavuutta. Komitea myös kiinnitti erityistä huomiota mielenterveyspalveluihin, ja muun muassa suositti lisäämään mielenterveyspalveluiden saatavuutta.

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palveluita annetaan terveyskeskuksissa ja tulevaisuudessa sosiaali- ja terveyskeskuksissa, joissa kaikilla hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevilla on oikeus asioida. Sääntely koskee myös korkeakouluopiskelijoita ja vankeja. Tällä tapaa hahmotettuna ehdotetut muutokset palvelujen saatavuudessa koskevat näitä eri väestöryhmiä yhdenmukaisesti. Nykyiset alueelliset erot palveluiden saatavuudessa joka tapauksessa tasoittuisivat, vaikka hoitotakuun enimmäisaika jäisi 14 vuorokauden säädetyn 7 vuorokauden sijaan. Käytännössä kuitenkin on potilasryhmiä, joiden pääasiallinen ja suurelle osalle ainoa hoitopaikka on julkinen perusterveydenhuolto, kun taas iso osa työssä käyvistä käyttää työnantajansa järjestämää työterveyshuollon sairaanhoidon palveluita. Näitä julkista terveydenhuoltoa käyttäviä potilasryhmiä ovat muun muassa iäkkäät, työttömät ja kuntoutustuella tai eläkkeellä olevat esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepotilaat. Vankien terveydentila on heikompi muuhun väestöön verrattuna. Näillä ryhmillä on paljon pitkäaikaissairauksia, joiden riskitekijöiden hoito ja varhainen havaitseminen on viivästynyt saatavuuden ollessa huono. Muutos vaikuttaa myös vastaanottokeskusten järjestämisvastuulla oleviin.

Hoitoon pääsyn enimmäisajan jääminen 14 vuorokauden saattaa näkyä joidenkin potilaiden tilanteen hankaloitumisena. Jotkut potilaat voivat joutua hakeutumaan päivystyspalveluiden piiriin, kun aikaa ei saa kiireettömästi terveydenhuollosta.

14 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaika on itsessään merkittävä parannus suhteessa ennen 1.9.2023 voimassa ollut kolmen kuukauden enimmäisaikaan. Saatavuus myös lähestyy

työssä käyvän väestön työnantajansa järjestämän työterveyshuollon sairaanhoidon saatavuutta, joskin 7 vuorokauden enimmäisajasta luopuessa työterveyshuollon asiakas pääsee jatkossakin hoitoon terveyskeskusasiakasta nopeammin.

Nopeamman hoitoon pääsyn voidaan arvioida vaikuttavan erityisesti paljon palveluja tarvitseviin asiakkaisiin parantamalla hoidon saantia ja vaikuttavuutta sekä vähentämällä sairaudesta tai vammasta aiheutuneita tuen tarpeita ja siten myös niihin vastaavien sosiaalihuollon palvelujen kysyntää. Toimintakykyyn liittyvä tuen tarve voi liittyä esimerkiksi henkilön vammaan, sairauteen tai ikääntymiseen.

Sosioekonominen asema on ollut vahvasti yhteydessä terveystalvelujen käyttöön ja niistä saatuun hyötyyn. Usein korkeampaan sosioekonomiseen asemaan liittyy muun muassa parempi tietoisuus saatavilla olevista terveystalveluista sekä mahdollisuus käyttää yksityisiä terveydenhuollon palveluja ja työterveyshuoltoa. Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen ja yksityisten sairaanhoitopalvelujen piirissä olevien henkilöiden hoitoon pääsy on huomattavasti nopeampaa kuin julkista sektoria käyttävien potilaiden. Monella matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevalla voi olla esteitä, jotka tosiasiallisesti vaikuttavat siihen, etteivät he hakeudu hoitoon, vaikka pääsy hoitoon sinänsä mahdollista olisikin.

Finanssiala ry:n vakuutustutkimus 2020:n mukaan vapaaehtoinen sairaskuluvakuutus on 24 %:lla suomalaisista. Vakuutuksen ottamiseen vaikuttaa huomattavasti vastaajan koulutus. Sairaskuluvakuutus on selkeästi suosittu ammattikorkeakoulun käyneiden (29 %) ja korkeakoulun käyneiden (32 %) keskuudessa kuin koko väestössä. Myös talouden tuloilla oli vaikutusta vakuutuksen hankintaan. Ylimmässä tuloluokassa (yli 70 000 €/v) olevilla talouksilla vakuutus oli 39 %:lla, kun taas alimmassa tuloluokassa olevilla (alle 30 000 €/v) sairaskuluvakuutus oli 18 %:lla vastaajista.

YK:n lapsen oikeuksien komitea kehotti Suomen yhdistetyistä viidettä ja kuudetta raporttia koskeissa loppupäätelmissään (2.6.2023) Suomea vahvistamaan toimia joilla turvataan lasten pääsy korkealaatuisiin terveystalveluihin nopeasti ja tehokkaasti koko maassa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää marginalisoidussa asemassa oleviin, kuten köyhyydessä eläviin lapsiin. Komitea myös kehotti Suomea vahvistamaan lasten mielenterveystalveluita.

Suomessa oli Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2022 perheitä, joissa on vähintään yksi alle 18-vuotias lapsi, yhteensä noin 550 000. Lapsiperheissä oli yhteensä hieman yli miljoona alaikäistä lasta. Lapset ja lapsiperheet käyttävät paljon terveydenhuollon palveluja. Perusterveydenhuollon vahvistamisella on edullisia vaikutuksia lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointiin. Nopeamman perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn on arvioitu parantavan lasten yhdenvertaisuutta. Esityksen vaikutukset kohdistuvat erityisesti niiden perheiden lapsiin, joilla ei ole mahdollisuuksia käyttää yksityisiä terveystalveluja. Finanssiala ry:n tilastojen mukaan lähes puolet avio- tai avoliitossa elävistä, joilla on alle 18-vuotiaita lapsia, on hankkinut vakuutuksen itselleen tai lapsilleen. Yksinhuoltajista, joilla on alle 18-vuotiaita lapsia, sairaskuluvakuutuksen oli hankkinut itselleen tai lapsilleen 36 prosenttia vastaajista. Parantuneen hoitoon pääsyn on arvioitu kohentavan erityisesti sijaishuollossa asuvien lasten, mielenterveyden ongelmista ja oireista kärsivien lasten ja heidän perheidensä, vammaisten lasten ja välillisesti myös turvapaikanhakijoina Suomeen tulleiden lasten ja nuorten asemaa. Nämä myönteiset vaikutukset olisivat kuitenkin jossain määrin vähäisemmät kuin 7 vuorokauden enimmäisajan vaihtoehdossa. Hoidon viivästyminen voi aiheuttaa tilanteen vaikeutumista ja lisätä muiden sosiaali- ja terveystalvelujen tarvetta.

Toimiva julkisen perusterveydenhuolto on tärkeää myös iäkkäiden ja eläkkeellä olevien palveluiden kannalta. Eläkeläisten käytettävissä oleva rahatulo oli vuonna 2020 keskimäärin 27 000

euroa vuodessa. Eläkeläisten tulotaso suhteessa työllisten tuloihin on 77 prosenttia, ja suhde on pysynyt melko ennallaan viime vuosikymmeninä. Eläkeläisten joukossa, kuten muissakin väestöryhmissä, on niin paremmin kuin heikommin toimeentulevia. Vuonna 2020 eläkeläisten pienituloisuusaste oli 13 prosenttia eli lähes sama kuin koko väestössä keskimäärin. EU:n määritelmän mukaan pienituloisia ovat henkilöt, joiden rahatulo jää alle 60 prosenttiin koko väestön mediaanitulosta. Suomalaisten keskimääräinen kuukausieläke nousi viime vuonna (2022) ensimmäistä kertaa yli 1 800 euroon. Lähes 70 prosentilla suomalaisista kokonaiseläke oli alle 2 000 euroa kuukaudessa. Heistä selkeä enemmistö oli naisia. Suomessa oli viime vuonna 1,6 miljoonaa eläkkeensaajaa. Eläkkeensaajien osuus koko maan väestöstä oli 34 prosenttia, kun tilastointiperusteena käytetään yli 16-vuotiaita.

Julkisen terveydenhuollon lääkärikäyntejä on vuonna 2022 ollut 75-84-vuotiailla yhteensä 1,63 miljoonaa ja 85 vuotta ja sitä vanhemmilla 0,76 miljoonaa eli iäkkäillä yhteensä 2,39 miljoonaa käyntiä. Kaikilla muilla ikäluokilla oli yhteensä 6,59 miljoonaa käyntiä (lähde: valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonkeruu- ja raportointijärjestelmä Hilmo). Niissä tapauksissa, joissa kiireettömään hoitoon pitäisi päästä nopeasti, käytännössä muutaman päivän sisällä, hoitoon pääsyn nopeus on tärkeää kaikenikäisille. Iäkkäillä kriittisiä ovat erityisesti toimintakykyä heikentävät tilanteet. Arkitoimissa vähintään suuria vaikeuksia kokevien osuus 75 vuotta täytäneistä oli vuonna 2020 34,7 %, ja toimintarajoitteita terveysongelman vuoksi 65 vuotta täytäneillä oli 44,2 %:lla (lähde: www.sotkanet.fi). Osa iäkkäistä on säännöllisten palvelujen piirissä, ja saa niiden kautta palvelusuunnitelman mukaisesti lääkärin ja hoitajan apua (kotisairaanhoido, asumispalvelut). Iäkkäillä on paljon kroonisia sairauksia, jolloin viikon pidempään odottaminen ei kiireettömissä tapauksissa yleensä ole ongelma. Jos 7 vuorokauden enimmäisaika johtaisi kiireisempiin/lyhempiin kohtaamisiin, se olisi iäkkään asiakkaan kannalta huono asia, koska usein iäkkäälle on tärkeää riittävän pitkä käynti ja kiireetön kohtaaminen sekä hoitosuhteen jatkuvuus, joka voi 14 vuorokauden enimmäisajan vaihtoehdossa toteutua paremmin kuin 7 vuorokauden enimmäisajan vaihtoehdossa.

Suurin osa vammaisista ihmisistä käyttää samoja terveystalvija kuin muukin väestö. Vammaiset henkilöt ovat kuitenkin harvemmin työelämässä muuhun väestöön verrattuna, joten heillä ei ole käytettävissä työterveyshuollon palveluita samassa määrin kuin muulla aikuisväestöllä. Vammaiset henkilöt tarvitsevat terveydenhuollon palveluja muuta väestöä enemmän. Terveydenhuollon palvelujen nopea saatavuus edistää vammaisten henkilöiden toimintakyvyn ylläpitämistä. Täten vammaiset henkilöt ovat eräs ryhmä, johon 7 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta luopumisella on vaikutuksia.

Vangeilla on muuta väestöä enemmän monia samanaikaisia sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia. Heillä on pitkäaikaisia sairauksia enemmän kuin koko väestöllä, ja päihdeongelmat ovat vankien keskuudessa hyvin yleisiä. Nuoremmilla vangeilla yleisempiä ovat huumeongelmat, vanhemmilla ongelmat liittyvät erityisesti alkoholiin. Työkykyiseksi vangeista arvioi itsensä noin 60 prosenttia. Noin neljännes vangeista käyttää paljon sosiaali- ja terveystalvija myös vankilan ulkopuolella. Tiedot ovat ennakkotietoja THL:n, Rikosseuraamuslaitoksen ja Vankiterveydenhuollon yksikön tuoreesta tutkimuksesta.

Mielenterveys- ja päihdehäiriöille on tyypillistä, että hoidon viivästyminen aiheuttaa oireilun vaikeutumista ja toimintakyvyn heikkenemistä. Mielenterveyteen liittyvä oireilu on kasvanut selvästi viime vuosina. YTHS:n asiakaskunnassa korostuvat mielenterveyden lievät sekä keskivaikeat oireet. Mielenterveyden palvelukysynnässä on YTHS:ssä havaittu noin 30 % pysyvä kasvu koronavuosiin verraten. Hoitoon pääsyä nopeuttamalla voidaan merkittävästi ehkäistä sairauksien kroonistumista ja pitkäaikaishaittoja, kuten työkyvyttömyyden kehittymistä. Tiedetään myös, että mielenterveys- tai päihdeongelma itsessään vaikeuttaa hoidon hakemista, jolloin

hoitoon pääsy olisi tehtävä mahdollisimman kynnyksettömäksi ja viivytyksettömäksi. Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajan lyhentyminen 14 vuorokauden aiempaan kolmen kuukauden enimmäisaikaan nähden edistää hakeutumista hoitoon ja vähentää päivystyspalvelujen käyttöä, mutta jossain määrin vähemmän kuin 7 vuorokauden enimmäisaika.

Kiireettömässä perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotto toiminnassa hoidettavissa tilanteissa ei lääketieteellisesti usein ole merkittävää eroa saadun terveyshyödyn kannalta siinä, toteutuuko palvelu 7 vai 14 vuorokauden kuluessa. Potilaan terveydentilan vaatiessa on aina mahdollista antaa palvelu nopeamminkin joko kiireettömän hoidon palveluissa tai kiireellisenä tai päivystyksissä. Lainsäädännön mukaan jatkossakin laissa määritetyissä tilanteissa (mm. sairastuminen tai vamma) 14 vuorokautta on hoitoon pääsyn enimmäisaika, ja esityksen HE 74/2022 vp perustelujen mukaan yksilöllisessä arvioissa hoidon tarpeesta arvioidaan myös se, tarvitseeko potilas hoitoa nopeammin kuin lain edellyttämässä enimmäisajassa. Tämä tukee sitä, että hoitoon pääsee tarvittaessa enimmäisaikaa nopeamminkin terveydentilan niin edellyttäessä huolimatta siitä, että 7 vuorokauden lakisääteisestä enimmäisajasta luovutaan. Hoitoonpääsyttilastojen perusteella voidaan kuitenkin ennakoita, että monissa paikoissa hoitoa voi jatkossakin joutua odottamaan täydet 14 vuorokautta tai joissain tapauksissa reilusti ylikin.

Riski siihen, että tiukentuvien enimmäisaikojen vuoksi panostetaan yksinomaan ensimmäisen hoitokäynnin toteutumiseen, pienenee 14 vuorokauden enimmäisaikavaihtoehdossa verrattuna 7 vuorokauden vaihtoehtoon. Tämä mahdollistaa paremmin hoito- ja palvelukokonaisuuden suunnitelmallisuudesta ja jatkuvuudesta huolehtimisen, mikä on erityisen tärkeää erimerkiksi pitkäaikaissairaille ja monisairaille tai esimerkiksi mielenterveyden häiriön suunnitelmallista hoitajaksoa tarvitseville potilaille.

5 Muut toteuttamisvaihtoehdot

Vaihtoehtoinen toteuttamistapa olisi siirtää seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajan voimaantuloa eteenpäin, ei luopua siitä. Hallitusohjelman mukaan esimerkiksi vammaispalvelulain (675/2023) voimaantuloa siirretään vuodella eteenpäin ja ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annettuun lakiin (980/2012) eli niin sanotun vanhuspalvelulain iäkkäiden henkilöiden tehostetun palveluasumisessa ja pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksikössä annettavan hoivan henkilöstömitoituksen tiukentamisen voimaantuloa siirretään viidellä vuodella eteenpäin. Olisikin mahdollista siirtää seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajan voimaan tuloa esimerkiksi yhdellä tai useammalla vuodella. Potilaiden oikeuksien kannalta voisikin olla myönteistä, että tiukempi hoitoon pääsyn enimmäisaika vain siirtyisi. Lisäksi se, että palvelujärjestelmä joutuisi kehittämään toimintaansa kohti seitsemän vuorokauden hoitotakuun toteuttamista, voisi edistää terveydenhuollossa painotuksen siirtämistä perusterveydenhuoltoon.

Hallitusohjelman mukaan 14 vuorokauden hoitotakuu pidetään voimassa henkilöstövajeen johdosta. Henkilöstövaje on pahentunut ja sen, kuten myös hoito-, kuntoutus- ja palveluvelan purun, arvioidaan kestävän pitkään. Henkilöstötilanne vaihtelee alueellisesti. Terveydenhuollon henkilöstön saatavuuteen panostetaan hallitusohjelmassa pontevasti sekä lyhyen että pitkän aikavälin toimenpitein muun muassa Hyvän työn ohjelmalla. Toimenpiteistä huolimatta on valmistauduttava siihen, että alan henkilöstön saatavuus pysyy haasteellisena vielä vuosia. Tämän vuoksi 14 vuorokautta tiukemman hoitotakuun toimeenpantavuutta on lähivuosina vaikea arvioida, mikä ei tue sitä, että tiukemman enimmäisajan voimaantuloa vain myöhennettäisiin.

14 vuorokauden enimmäisaika riittää useimpien terveysongelmien hoitoon perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa. On myös huomattava, että 14 vuorokautta on enimmäisaika, ja yksilöllisessä arvioissa hoidon tarpeesta on arvioitava myös se, tarvitseeko potilas hoitoa nopeammin kuin lain edellyttämässä enimmäisajassa.

Palvelutuotannon toteuttamisen näkökulmasta antaa 14 vuorokauden enimmäismääräaika paremmat mahdollisuudet varmistaa potilaan hoidon suunnitelmallisuutta ja jatkuvuutta ja jo potilaan pääsyä jo tapaukseen perehtyneiden terveydenhuollon ammattilaisten palveluun. Kuten jo aikaisemmin vaikutusten arvioinnissa on todettu, riski siihen, että tiukentuvien enimmäisajkojen vuoksi panostetaan yksinomaan ensimmäisen hoitokäynnin toteutumiseen, pienenee 14 vuorokauden enimmäisaikavaihtoehdossa verrattuna seitsemän vuorokauden vaihtoehtoon.

Hoitoon pääsyn enimmäisajan pitäytyminen 1.9.2023 voimaan tullessa 14 vuorokaudessa lisää mahdollisuutta organisoida palvelutoiminnan ja ohjata ja neuvoa väestöä pysyvemmän lainsäädännön mukaisesti, kun järjestelmä ei ole heti muuttumassa.

14 vuorokauden enimmäisajan säätäminen toistaiseksi voimassa olevaksi on perusteltua edellä olevien syiden takia ja tuo hyvinvointialueiden kehittämiseen ja toimintaan ennakoitavuutta.

Esityksen tavoitteena on tukea palvelujärjestelmän toimintaa henkilöstövajeen ja palveluvelan vielä rasittaessa järjestelmää. Toinen vaihtoehto olisikin luopua myös 14 vuorokauden hoitotakuusta, ja palata 1.9.2023 edeltäneeseen oikeustilaan eli kolmen kuukauden hoitotakuuseen, tai pidentää hoitotakuuta esimerkiksi 21 tai 30 vuorokauteen. Näistä ongelmallisista olisi paluu kolmen kuukauden hoitotakuuseen, sillä se merkitsisi käytännössä perusterveydenhuollon kehittämistä luopumista ja tyytymistä huonoon hoidon saatavuuteen siihen liittyvine, muun muassa yhdenvertaisuutta koskevine, ongelmineen. Tällaiseen vaihtoehtoon saattaisi liittyä myös oikeudellisia ongelmia, sillä 1.9.2023 voimaan tuli 14 vuorokauden hoitotakuu, ja paluu kolmen kuukauden hoitotakuuseen merkitsisi siihen nähden terveysoikeuksien merkittävää heikennystä.

Myöskään 21 tai 30 vuorokauden hoitotakuuta ei pidetä tarkoituksenmukaisena vaihtoehtona, koska kumpikin toimii huonosti hoidon saatavuuden parantamisen ja perusterveydenhuollon vahvistamisen muutosvoimana. Alkuvuonna 2023 perusterveydenhuollon kiireettömän avosairaanhoidon käynneistä toteutui jo 93 prosenttia 30 vuorokauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Jos hoitotakuun enimmäisaika ei ole riittävän haasteellinen, on hyvin todennäköistä, että motivaatio perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn edelleen kehittämiseksi ja perusterveydenhuollon vahvistamiseksi heikentyy merkittävästi. 14 vuorokauden enimmäisajan voidaan perustellusti arvioida toimivan riittävänä muutosvoimana. Riittävän muutosvoiman omaavaa hoitotakuun tiukennusta tarvitaan myös Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantamiseksi aloitetun kehittämistoiminnan jatkamiseksi ja kehitettyjen hyvien toimintamallien levittämiseksi.

Hallituksen arvion mukaan esitetty 14 vuorokauden hoitotakuun jääminen voimaan toistaiseksi voimassa olevaan oikeuteen on tasapainoisin ratkaisu potilaan oikeuksien, palvelujärjestelmän kantokyvyn ja palvelujärjestelmän kehittämisen ajurien välillä.

Hallituksen esityksen HE 74/2022 vp jaksossa 5.2 käsitellään Ruotsin, Tanskan, Norjan ja Viron hoitoon pääsyä koskevaa lainsäädäntöä, eli mainitusta jaksosta on luettavissa, millaisia hoitoon pääsyä koskevia säännöksiä naapurimaissamme on.

6 Lausuntopalaute

Hallituksen esitysluonnoksesta järjestettiin lausuntokierros ajalla 23.8.-15.9.2023. Esitysluonnoksesta annettiin yhteensä 61 lausuntoa viranomaisilta, järjestöiltä ja muilta tahoilta. Lausunnon toimittivat Etelä-Karjalan hyvinvointialue, Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, Helsingin kaupunki, HUS-Yhtymä, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, Kainuun hyvinvointialue, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, Keski-Suomen hyvinvointialue, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, Pirkanmaan hyvinvointialue, Pohjois-Pohjamaan hyvinvointialue, Satakunnan hyvinvointialue, Vantaan ja Keravan hyvinvointialue, Akavan sairaanhoitajat ja Taja ry, aluehallintovirastot (yhteinen lausunto), Amnesty International Suomen osasto, eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia, Eläkeliitto ry, Hyvinvointialue HALI ry, Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy, Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry, Kansallinen senioriliitto ry, Kansaneläkelaitos, Kuluttajaliitto ry, Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT, Kuuloliitto ry, lapsiasiavaltuutetun toimisto, Lääkäripalveluyritykset ry, MIELI Suomen Mielenterveys ry, Näkeminen ja silmäterveys NÄE ry, oikeusministeriö, opetus- ja kulttuuriministeriö, Palvelualuejen ammattiliitto PAM ry, Rikosseuraamuslaitos, SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, Suomen Diabetesliitto ry, Suomen Hammaslääkäriliitto ry, Suomen Kuntoutusyritykset ry, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry, Suomen Lääkäriliitto, Suomen opiskelijakuntien liitto SAMOK ry, Suomen Reumaliitto ry, Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Suomen sosiaali- ja oikeudellinen seura ry, Suomen yleislääketieteen yhdistys SYLY ry, Suomen Yleislääkärit GPF ry, Suomen yliopistojen rehtorineuvosto UNIFI ry, Suomen ylioppilaskuntien liitto ry, Suomen yrittäjät, Tehy ry, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, valtiovarainministeriö, Valvira, Vammaisfoorumi ry, vanhusasiavaltuutettu, Vankiterveydenhuollon yksikkö ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS). Lisäksi lausunnon antoi yksi yksityishenkilö.

Lausunnonantajilta kysyttiin, kannattavatko he hoitoon pääsyn 7 vuorokauden enimmäisajasta luopumista ja 14 vuorokauden säätämistä pysyväksi hoitoon pääsyn enimmäisajaksi perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa. Tätä kannatti lausunnon antaneista hyvinvointialueista (ml. Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä) 12. Lausunnon antaneista hyvinvointialueista vain Satakunnan hyvinvointialue vastasi kysymykseen kieltävästi. Muiden eri organisaatioita edustavien lausunnonantajien vastaukset kysymykseen jakautuivat tasaisesti siten, että 18 kannatti ja 18 ei kannattanut esitettyä. Useassa lausunnossa katsottiin, että 14 vuorokauden enimmäisaika on jo merkittävä muutos. Esitystä kannattivat alla mainittujen tahojen lisäksi esimerkiksi Terveystieteiden tutkimuskeskus, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, valtiovarainministeriö, Valvira, Vammaisfoorumi ry, vanhusasiavaltuutettu, Suomen Lääkäriliitto, Tehy ry ja potilaita edustavat järjestöt eivät kannattaneet esitystä.

Useissa esitystä puoltavissa hyvinvointialueiden ja muiden organisaatioiden lausunnoissa tuotiin esille, että tavoite perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn nopeuttamiseksi on sinänsä kannatettava, mutta pidettiin ehdotettua muutosta tarpeellisena. Lausunnoissa tuotiin esille hoitoon pääsyn tiukentuvan enimmäisajan haasteina terveydenhuollon henkilöstöpula, hyvinvointialueiden vasta 1.1.2023 alkanut toiminta, koronapandemian aiheuttama hoitovelka sekä haastava taloustilanne. Lausunnoissa nostettiin esille haasteet jo 14 vuorokauden enimmäisajan toteuttamisessa. Osa hyvinvointialueista kiinnitti huomiota hoidon jatkuvuuteen, johon kireä hoitotakuu voisi vaikuttaa heikentävästi.

Satakunnan hyvinvointialue ja useat muut lausunnonantajat, jotka eivät kannattaneet esitystä, toivat esille, että 7 vuorokauden enimmäisaikaa tulisi edelleen tavoitella. Useassa lausunnossa, jossa esitystä ei pidetty kannatettavana, nostettiin esille nopeamman hoitoon pääsyn merkitys

terveysongelmien pitkittymisen ja vaikeutumisen sekä erityistason palveluiden tarpeen ennaltaehkäisemisessä.

Kela kannatti esitystä ottaen huomioon jo 14 vuorokauden hoitotakuun opiskeluterveydenhuollolle aiheuttaman haasteen. Lausunnossa todettiin, että YTHS on ilmoittanut, ettei se nykyisillä resursseilla pysty vastaamaan 14 vuorokauden hoitotakuun vaatimukseen. Kela nosti esille terveydenhuollon kaikkien resurssien hyödyntämisen nykyistä paremmin sekä yksityisen sairaanhoidon korvausjärjestelmän hoitotakuun toteuttamisen tukena. YTHS kannatti esitystä lausunnossaan. Lausunnon mukaan hoitotakuun noudattaminen erityisesti ruuhka-aikoina ei onnistu ilman lisäresursseja.

Vankiterveydenhuollon yksikkö kannatti esitystä. Lausunnossa katsottiin, että vankiterveydenhuollon määrärahoja on jouduttu vuosittain lisäämään lisätalousarvioiden kautta ja että määrärahaileikkaus hoitotakuun kiristymiseen myönnetystä määrärahasta ei ole realistinen. Lausunnossa todettiin, että vankien terveydentila vankilaan saapuessa on huonontunut viime vuosina. Myös Rikosseuraamuslaitos piti esitystä perusteltuna. Lausunnossa tuotiin esille vartijaresurssien riittävyys sekä hoitoon pääsyn riippuvaisuus Rikosseuraamuslaitoksen kuljetuskapasiteetista, jota tarvitaan vankipotilaiden kuljettamiseen.

Valtiovarainministeriö kannatti esitystä. Ministeriö kiinnitti lausunnossaan erityisesti huomiota esityksen taloudellisiin ja henkilöstövaikutuksiin ja hoitotakuun toimeenpanoon erityisesti hyvinvointialueilla. Lausunnossa todettiin, että taloudellisten vaikutusten on oltava hallitusohjelmassa sovitun mukaiset, ellei tarkemmassa valmistelussa ole perustellusti ilmennyt tarvetta tarkistaa vaikutusarviota. Lausunnossa katsottiin, että muutos on välttämätön henkilöstön saatavuustilanteen vuoksi, eikä tarve muutokselle siten liity julkisen talouden tasapainottamiseen. Lausunnon mukaan esityksessä tulee kuitenkin huolellisesti arvioida hyvinvointialueiden mahdollisuudet toimeenpanna laki ottaen huomioon myös PL 19.3 §:n mukaiset vaatimukset.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslian lausunnossa katsottiin, että 14 vuorokauden odotusaikaan hoitoon pääsyssä ei sisälly sellaisia perustuslaillisia ongelmia, jotka estäisivät nykyisen oikeustilan säilyttämisen. Lausunnossa korostettiin, että hoitoon pääsyn ajankohdan tulee perustua yksilölliseen arvioon potilaan terveydentilasta. Lausunnossa tuotiin esille julkisen vallan velvollisuus edistää perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista, mistä johtuu, että terveydenhuoltojärjestelmän kehittämistä on jatkettava määrätietoisesti. Lausunnossa tuotiin esille tarkennustarpeita esitykseen, esimerkiksi tarve lisätä arviointia vaikutuksista hyvinvointi- ja terveyseroihin ja yhdenvertaisuuteen sekä potilaiden asemaan.

Oikeusministeriö esitti lausunnossaan täydentäviä näkökohtia niin sanotun perusoikeuksien heikentämisen osalta. Lausunnon mukaan heikentämisen sallittavuuden arvioinnissa voidaan soveltuvien osin käyttää perusoikeuksien rajoitusperusteita. Lausunnossa katsottiin, että muutoksen vaikutuksia riittävien terveyspalveluiden toteutumiseen rajaa se, että kyse on hoitoon pääsyn enimmäisajasta ja että hoitoon pääsyä arvioidaan yksilöllisesti. Oikeusministeriö piti tärkeänä riittävien lisäresurssien varmistamista vankiterveydenhuollolle hoitotakuun toteuttamiseen.

Vanhusasiavaltuutettu ja lapsiasiavaltuutetun toimisto kumpikin pitivät tärkeänä edelleen tavoitella 7 vuorokauden hoitotakuun toteutumista, viitaten muun muassa hoitoon pääsyn viivästyksen vaikutuksiin. Lapsiasiavaltuutetun toimisto painotti lapsivaikutusten arvioimista, ja toivoi hallituksen ryhtyvän kaikkiin tarpeellisiin toimiin lasten yhdenvertaisen ja pikaisen hoitoon pääsyn turvaamiseksi. Eläkeliitto ry katsoi, että vaikutuksia tulee arvioida ikääntyneen väestön toimintakyvyn ja terveyden kannalta. Myös Amnesty International Suomen osasto painotti vaikutusarvioiden merkitystä suhteessa eri väestöryhmiin. Sen lausunnossa katsottiin myös, että esityksessä tulisi arvioida säännösehdotusten suhdetta kansainvälisten ihmisoikeussopimusten

toimeenpanoa valvovien elinten kannanottoihin oikeudesta terveyteen Suomessa ja että esitys tulisi saattaa perustuslakivaliokunnan käsiteltäväksi.

Osa lausunnonantajista otti kantaa myös suun terveydenhuollon hoitotakuuseen. Näissä lausunnoissa pääosin kannatettiin sitä, ettei suun terveydenhuollon hoitotakuuseen esitetä muutoksia. Pirkanmaan hyvinvointialue kuitenkin katsoi, että henkilöstön saatavuusvajeesta ja hallitusohjelmassa asetetuista säästötavoitteista johtuen hoitoon pääsyn lyhentäminen kolmeen kuukauteen ei olisi mahdollista.

Lausuntopalautteen perusteella tarkennettiin esityksen vaikutusarvioita eri tavoin, sekä täsmennettiin säättämisyjärjestysperusteluja.

Lausuntopyyntöä kohdennettiin lisäksi kysymyksiä hyvinvointialueille, Helsingin kaupungille, YTHS:lle ja Vankiterveydenhuollon yksikölle. Niiltä kysyttiin, mitä toimia alueellanne/toiminnassanne on tehty ja ollaan tekemässä 14 vuorokauden hoitotakuuseen pääsemiseksi; mitä haasteita on tiukentuvan hoitotakuusääntelyn noudattamisessa; ja miten arvioitte tilanteen kehittyvän. Vastauksia on hyödynnetty esityksen nykytilan arvioinnissa ja vaikutusarvioissa.

7 Säännöskohtaiset perustelut

7.1 Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta

51 a §. *Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan hoitoon.* Pykälässä säädetään hoitoon pääsyn enimmäisajoista perusterveydenterveysterveysten palveluissa. Pykälän 1 momentissa säädetään, että lain 51 §:ssä tarkoitettussa hoidon tarpeen arvioissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien seitsemän vuorokauden aikana, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Lisäksi momentin mukaan hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Pykälän 1 momenttia ehdotetaan muutettavaksi siten, että hoitoon pääsyn enimmäisajaksi säädettäisiin toistaiseksi voimassa olevaan lainsäädäntöön 14 vuorokautta seitsemän vuorokauden sijaan. Momenttiin tai 51 a §:ään ei muuten tehtäisi muutoksia, joten sen säännöskohtaisen perustelujen osalta viitataan hallituksen esityksen HE 74/2022 vp säännöskohtaisiin perusteluihin.

7.2 Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta

10 a §. *Kiireettömään hoitoon pääsy.* Pykälän 1 momenttiin tehtäisiin vastaava muutos kuin terveydenhuoltolain 51 a §:n 1 momenttiin, ja perustelujen osalta viitataan sen perusteluihin.

8 Voimaantulo

Ehdotetaan, että lait tulevat voimaan 1.11.2024.

Lain ehdotettu voimaantulo tarkoittaa, että 1.11.2024 ei tule voimaan seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaika perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa, vaan lakimuutosten myötä hoitoon pääsyn enimmäisaika pysytetään 14 vuorokauteen.

9 Toimeenpano ja seuranta

Esityksen seuranta ja jälkiarviointi kytkeytyvät THL:n sosiaali- ja terveydenhuollon vuosittaiseen arviointitoimintaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tekee arvioinnit eri alueiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Arvioinnin kohteina ovat muun muassa yhdenvertainen saatavuus ja kustannustehokas toteutus. Palvelujen onnistunutta toteutusta alueilla tarkastellaan tehtäväkokonaisuuksittain (mukaan lukien perusterveydenhuollon palvelut) ja palvelujärjestelmää arvioidaan läpileikkaavien ulottuvuuksien kautta. Säädettyä hoitoon pääsyn enimmäisaikojen tiukennuksista säädettiin myös siitä, että 1.9.2023 lähtien palvelunjärjestäjien julkaisemat tiedot hoitoon pääsyn toteutumisesta laatii jatkossa THL, mikä lisää tiedon vertailukelpoisuutta ja siten muun ohella tukee valvontaa. THL julkaisee säännöllisesti tilastot hoitoon pääsyn tilanteesta. Hoitoon pääsyn tietopohjan parantamista on myös tehty erillisissä kehittämishankkeissa valtionrahoituksella. Valvovat viranomaiset eli aluehallintovirastot ja Valvira seuraavat hoitoon pääsyä perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa säännönmukaisesti osana tavanomaista valvontaohjelmaansa. Palvelunjärjestäjillä on velvoite myös omavalvontaan ja sen osana hoidon saatavuuden omavalvontaa. Omavalvonnasta säädetään sote-järjestämislaissa sekä 1.1.2024 voimaan tulevassa sote-valvontalaissa.

Pääministeri Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaan varmistetaan hoitotakuun toteutuminen perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa ja suun terveydenhuollossa; yhtenäistetään hoitotakuun ja palveluihin pääsyn määräaikoihin liittyvää valvontaa; ohjataan hyvinvointialueita tarvittaessa käyttämään ostopalvelua tai palveluseteliä; sekä käynnistetään tehostettu perusterveydenhuollon saatavuuden seurannan jakso osana hyvinvointialueiden ohjausta. Näihin toimenpiteisiin liittyvät toimet linjataan tulevaisuudessa. Ne omalta osaltaan tulevat tukemaan sitä, että 14 vuorokauden hoitotakuu toteutuu myös käytännössä.

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi 14.7.2023 ohjeen 1.9.2023 voimaan tulleesta muuttuneesta hoitotakuulainsäädännöstä ("Kiireettömään hoitoon pääsyä koskevat säännökset tiukentuvat 1.9.2023"). Ohje soveltuu nyt ehdotettujen lakimuutosten voimaantulon jälkeenkin hoitotakuulainsäädännön toimeenpanon ohjaamiseen.

10 Suhde muihin esityksiin

Esitys liittyy valtion vuoden 2024 talousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä.

Hallituksen esitys HE 74/2022 vp annettaessa hoitotakuusääntelyn tiukentamiseen annettiin 73 miljoonaa euroa vuonna 2023, 117 miljoonaa euroa vuonna 2024, 130 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 128 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien. Tästä pääosa ohjautui hyvinvointialueille; YTHS:lle, Vankiterveydenhuollon yksikölle, Rikosseuraamuslaitokselle ohjautui noin miljoona euroa, aluehallintovirastoille reilu puoli miljoonaa ja Valviralle 0,1 miljoonaa vuodesta 2024 lukien. Tämän esityksen myötä hyvinvointialueiden rahoitusmomentille 28.89.31 kohdentuu vuonna 2024 5 miljoonan vähennys ja 30 miljoonan vähennys vuodesta 2025 lukien. Vankiterveydenhuollon yksikön rahoitusmomentille 33.01.06 sekä YTHS:n rahoitusmomentille kohdentuu 33.60.35 kohdentuu kummallekin vuodesta 2025 lähtien 0,3 miljoonan euron vähennys.

Osana vuoden 2024 talousarvioesitystä hallitus esittää, että yleis- ja erikoislääkäreiden vastaanottojen, psykoterapian ja hammaslääkärin perustutkimuksen Kela-korvauksiin suunnataan 97,5 miljoonan euron lisärahoitus vuoden 2024 ajaksi (josta hammaslääkäripalveluihin noin 10 miljoonaa euroa). Lisäksi hallitus suuntaa osana julkisen talouden suunnitelmaa lisärahoitusta uuden Kela-korvausmallin kehittämiseen noin 134,2 miljoonaa euroa vuodessa vuosien 2025-

2027 ajaksi. Muutoksen myötä on ennakoitavissa, että osa hyvinvointialueiden asiakkaista siirtyy käyttämään yksityisen terveydenhuollon palveluja.

11 Suhde perustuslakiin ja säätämisjärjestys

Esityksessä ehdotetaan, että perusterveydenhuollon avosairaanhoidon jo säädetystä, mutta ei vielä voimaan tulleesta, 7 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta luovutaan, ja toistaiseksi voimaan olevassa lainsäädännössä tämä hoitotakuu olisikin 14 vuorokautta 1.9.2023 voimaan tullutta lainsäädäntöä vastaavasti. Esitystä on arvioitava erityisesti perustuslain 19 §:n kannalta.

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Pykälän 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslain 7 §:n 1 momentin mukaan jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.

YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen (SopS 6/1976, *TSS-sopimus*) 12 artiklassa määrätään, että sopimusvaltiot tunnustavat jokaiselle oikeuden nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä. Sopimusvaltioiden tulee 2 kohdan d alakohdan mukaan ryhtyä tämän oikeuden täydellisen toteuttamisen saavuttamiseksi toimenpiteisiin, jotka ovat välttämättömiä sellaisten olosuhteiden luomiseksi, jotka ovat omiaan turvaamaan jokaiselle lääkärin ja sairaaloiden palvelukset sairaustapauksissa. Sopimusmääräysten tulkinnassa on otettava huomioon 2 artiklan 1 kohdan mukaiset velvoitteet, joiden mukaan sopimusvaltio sitoutuu sekä erikseen että varsinkin talouden ja tekniikan alalla kansainvälisen avun ja yhteistoiminnan kautta täysimääräisesti käytettävissä olevien voimavarojensa mukaan ryhtymään toimenpiteisiin kaikin soveltuvin keinoin ja varsinkin lainsäädäntötoimenpitein tässä yleissopimuksessa tunnustettujen oikeuksiensa toteuttamiseksi asteittain kokonaisuudessaan. Uudistetussa Euroopan sosiaalisessa peruskirjassa (SopS 78-80/2002) on useita sopimusmääräyksiä, jotka liittyvät terveysoikeuksiin. Artiklan 11 luetelmakohdan 1 mukaan sopimuspuolet sitoutuvat varmistaakseen, että oikeutta terveyden suojeluun voidaan käyttää tehokkaalla tavalla, joko suoraan tai yhteistyössä julkisten tai yksityisten järjestöjen kanssa, ryhtymään asianmukaisiin toimiin, joiden tarkoituksena on muun muassa poistaa terveyttä heikentävät syyt mahdollisuuksien mukaan. Tämä kohta tarkoittaa sosiaalisten oikeuksien komitean mukaan *access to health care* -näkökulmasta muun muassa sitä, että sopimusvaltioiden on taattava kaikille yksilöille pääsy terveydenhuollon piiriin ja terveydenhuoltojärjestelmän täytyy olla koko väestön saavutettavissa.

Hoitoon pääsyn kannalta merkityksellisiä ihmisoikeussopimuksia ovat myös YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista (SopS 26 - 27/2016) ja YK:n lapsen oikeuksien sopimus (SopS 60/1991). Terveyspalveluiden saatavuuden ja hoitoon pääsyn kannalta merkityksellisiä ihmisoikeussopimusmääräyksiä ja niiden tulkintakäytäntöä on kuvattu tässä esitettyä tarkemmin hallituksen esityksen HE 74/2022 vp säätämisjärjestysluvussa.

Perustuslakivaliokunta katsoi hallituksen esityksen HE 74/2022 vp käsittelyn yhteydessä, että hoitoon pääsyn enimmäisaikojen tiukentaminen on merkityksellistä ennen kaikkea perustuslain 19 §:n kannalta, viitaten erityisesti pykälän 3 momentin sääntelyyn. Perustusvaliokunta totesi (PeVL 38/2022 vp, kappale 3) vakiintuneen kantansa mukaisesti, että säännös viittää yhtäältä

sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan ja toisaalta yhteiskunnan olosuhteiden kehittämiseen julkisen vallan eri toimintaloikoilla yleisesti väestön terveyttä edistävään suuntaan. Kysymys on etenkin palvelujen saatavuuden turvaamisesta. Palvelujen järjestämistapaan ja saatavuuteen vaikuttavat kuitenkin välillisesti myös muut perusoikeussäännökset, kuten yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltö (PeVL 63/2016 vp, s. 2, PeVL 67/2014 vp, s. 3/II, ks. myös HE 309/1993 vp, s. 71). Lisäksi perustuslain 19 §:n 3 momentissa käytetyllä sääntelyvaraustyyppillä ("sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään") on haluttu korostaa lainsäätäjän rajoitettua, perustuslain ilmaisemaan pääsääntöön sidottua liikkuma-alaa (PeVM 25/1994 vp, s. 6/I).

Perustuslakivaliokunta myös viittasi siihen (PeVL 38/2022 vp, kappale 4 ja 5), että perustuslain 19 §:n 3 momentissa mainitulle oikeudelle riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin on vakiintunut tietty oikeudellinen sisältö ja arviointiperusteet. Palvelujen riittävyyden arvioimisessa lähtökohtana on niiden mukaan sellainen palvelujen taso, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä (ks. HE 309/1993 vp, s. 71/II). Viittaus jokaiseen terveyspalveluihin oikeutettuna edellyttää viime kädessä yksilökohtaista arviointia palvelujen riittävydestä (ks. PeVL 30/2013 vp, s. 3/I). Oikeus riittäviin terveyspalveluihin turvaa vakavimmissa tilanteissa perustuslain 7 §:ssä perusoikeutena turvattua oikeutta elämään (ks. PeVL 65/2014 vp, s. 4/II). Perustuslakivaliokunta on korostanut, että vaikka perustuslain 19 §:n 3 momentin säännöksen ensimmäinen virke ei turvaa mitään nimenomaista tapaa tarjota palveluja, tältä osin perustuslain mukainen edellytys on, että palveluja on riittävästi (ks. PeVL 26/2017 vp, s. 32 ja 36—41, PeVL 12/2015 vp, s. 3 ja PeVL 11/1995 vp, s. 2). Valiokunta on painottanut nimenomaisesti, että säännöksellä veloitetaan julkinen valta turvaamaan palvelujen saatavuus (ks. PeVL 26/2017 vp, erit. s. 44—45 ja PeVL 54/2014 vp, s. 2/I). Säännös merkitsee siten vaatimusta palvelujen riittävästä tarjonnasta maan eri osissa asuville (PeVL 26/2017 vp, s. 33).

Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Hyvinvointialueille on säädetty velvollisuus järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto asukkailleen ja eräissä tapauksissa niissä oleskeleville ja muille henkilöille. Julkisen vallan tulee aktiivisesti luoda tosiasialliset edellytykset perusoikeuksien toteuttamiseksi. Valtion tulee lainsäädäntötoimin, asianmukaisella rahoituksella ja voimavarojen kohdentamisella sekä toiminnan järjestämisellä huolehtia siitä, että riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut tulevat turvatuiksi. Periaatteesta voidaan johtaa rajoite perusoikeuksien heikennyksiä tehdessä. Periaate oikeuksien edistämisestä sosiaalisten oikeuksien alalla sisältyy myös mainitun TSS-sopimuksen 2 artiklan 1 kohtaan (velvoite ryhtyä toimiin toteuttaa oikeudet asteittain täysimääräisesti). TSS-sopimuksen 12 artiklan juridisesti ei-sitovassa yleiskommentissa (General Comment No. 14) taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitea (TSS-komitea) toteaa artiklan 2.1 määräyksiin viitaten, että kuten muidenkin sopimuksen mukaisten oikeuksien kohdalla, on olemassa vahva oletus, että terveyttä koskevat heikentävät toimet eivät ole hyväksyttäviä. Valtiolla on todistustaakka todistaa, että ne otetaan käyttöön vasta, kun on tarkkaan harkittu vaihtoehtoja ja että toimet ovat hyväksyttäviä suhteessa sopimuksen annettuihin oikeuksiin kokonaisuutena valtion käytettävissä olevien kokonaisresurssien kontekstissa ("As with all other rights in the Covenant, there is a strong presumption that retrogressive measures taken in relation to the right to health are not permissible. If any deliberately retrogressive measures are taken, the State party has the burden of proving that they have been introduced after the most careful consideration of all alternatives and that they are duly justified by reference to the totality of the rights provided for in the Covenant in the context of the full use of the State party's maximum available resources.").

Tämän hallituksen esityksen taustalla on pula terveydenhuollon henkilöstöstä, jotta laissa säädettyyn enimmäisaikaan päästäisiin. Hallituksen tavoitteena on turvata kiirettömään hoitoon

pääsy kohtuullisessa ajassa julkisessa terveydenhuollossa kuitenkin siten, että sääntelyssä henkilöstövaje ja muut palvelujärjestelmän kantokykyyn ja toimivuuteen liittyvät seikat huomioon ottaen otetaan paremmin huomioon terveydenhuoltojärjestelmän mahdollisuus antaa palvelut laissa säädettyssä enimmäisajassa. Esitys on myös linjassa hallituksen julkista talouden tasapainottamista koskevan tavoitteen kanssa.

Peruslakivaliokunta on arvioinut perusoikeuksiin, erityisesti etuuksiin, tehtäviä heikennyksiä erityisesti tilanteessa, jossa perusteena on julkisen talouden tila ja säästötavoitteet. Tämän esityksen ensisijainen peruste liittyy henkilöstötilanteeseen. Voidaan kuitenkin tuoda esiin, että perustuslakivaliokunnan käytännössä on vakiintuneesti katsottu, että sosiaalisten oikeuksien mitoituksessa lainsäätäjälle asetetun toimintavelvoitteen luonteen mukaista on, että sosiaaliturvaa suunnitellaan ja kehitetään yhteiskunnan taloudellisten voimavarojen mukaisesti ja että kansantalouden ja julkisen talouden tila voidaan ottaa huomioon mitoittaessa sellaisia etuuksia, jotka julkinen valta välittömästi rahoittaa (ks. esim. PeVL 34/1996 vp, s. 2—3, PeVL 6/2009 vp, s. 8, PeVL 6/2015 vp, s. 2), ja säästötavoitteet voivat muodostaa hyväksyttävän perusteen puuttua jossain määrin myös perustuslaissa turvattujen oikeuksien tasoon (ks. PeVM 25/1994 vp ja esim. PeVL 25/2012 vp ja PeVL 44/2014 vp). Hallituksen käsityksen mukaan haastava henkilöstötilanne, joka vaikuttaa palvelujärjestelmän toimintaan, on myös peruste puuttua perustuslaissa turvattujen oikeuksien tasoon.

Heikennys on yksilön kannalta vaikutuksiltaan melko samankaltainen mitä rajoitus, minkä johdosta heikennyksen sallittavuutta voidaan arvioida perusoikeuksien rajoittamista koskevien yleisten vaatimusten kautta, jotka perustuslakivaliokunta on johtanut perusoikeusjärjestelmän kokonaisuudesta ja oikeuksien luonteesta perustuslaissa turvattuina oikeuksina. Näitä ovat vaatimukset lailla säätämisestä, lain täsmällisyydestä ja tarkkarajaisuudesta, rajoituksen hyväksyttävyydestä, rajoituksen suhteellisuudesta, perusoikeuden ydinalueen koskemattomuudesta, oikeusturvajärjestelyjen riittävydestä ja ihmisoikeusvelvoitteiden noudattamisesta. (PeVM 25/1994 vp, s. 4 – 5.) Perustuslakivaliokunnan mukaan selvää on se, että heikennys ei saa tehdä tyhjäksi perus- ja ihmisoikeusvelvoitteiden ydinsisältöä (esim. PeVL 14/2015 vp, s. 3).

Kunnallisen itsehallinnon perusteista säädetään perustuslain 121 §:ssä. Pykälän 4 momentti edellyttää, että itsehallinnosta kuntia suuremmilla hallintoalueilla säädetään lailla. Perustuslakivaliokunta on katsonut erityisesti rahoituksen kontekstissa, että perustuslain 22 §:n mukaiseen perusoikeuksien toteuttamisvelvoitteeseen kuuluu valtion vastuu huolehtia siitä, että perustuslain 121 §:n 4 momentissa tarkoitetuilla alueilla on käytännön edellytykset suoritua tehtävistään. Perustuslakivaliokunta on lisäksi katsonut, että budjettirajoitteella ei voida rajoittaa lakisääteisten palvelujen saatavuutta. Sosiaali- ja terveystaloudessa rahoitusperiaatteen merkitystä korostaa perustuslain 19 §:n 3 momentin ja 22 §:n mukainen turvaamisvelvollisuus (PeVL 17/2021 vp, kappale 93). Perustuslakivaliokunnan mukaan perustuslaillinen ongelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevassa lainsäädännössä suhteessa perustuslain 19 §:n 3 momenttiin saattaa syntyä, jos ehdotettuun lainsäädäntöön sisältyy joitakin rakenteellisia ongelmia, jotka suurella todennäköisyydellä johtavat siihen, että oikeuksien toteutuminen tosiasiallisesti vaarantuu (PeVL 17/2021 vp, kappale 74, PeVL 26/2017 vp, s. 37—38).

Hallituksen esitys HE 74/2022 vp annettaessa esityksessä tuotiin esiin, että esityksen toimeenpantavuuden kannalta suurimmaksi riskiksi henkilöstön saatavuuteen liittyvät seikat. Esityksessä tuotiin esiin, että perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä koskevien enimmäisaikojen tiukentuminen osuu ajallisesti samaan aikaan, kun hyvinvointialueet vasta aloittavat toimintansa. Lisäksi ei pystytty varmuudella arvioimaan, missä määrin covid-19-pandemia ja siitä johtuva hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelka vielä lain voimaantullessa rasittaa palvelujärjestelmää. Näiden seikkojen yhteisvaikutuksesta seuraa riskiä palvelujärjestelmän toimivuudelle. Perustuslakivaliokunta on katsonut, että terveydenhuollon järjestäjien toimintaedellytysten turvaaminen,

riittävien voimavarojen osoittaminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin huolehtimalla muun muassa terveydenhuollon henkilöstön riittävydestä ja asiantuntemuksesta sekä asianmukaisista toimitiloista ja toimintavälineistä, on olennainen tekijä perustuslain 19 §:n 3 momentista ja 22 §:stä johtuvia julkisen vallan velvoitteita täsmennettäessä ja toteutettaessa (PeVL 41/2010 vp, s. 2/II). Arvioidessaan hallituksen esitystä HE 74/2022 vp perustuslakivaliokunta totesi (PeVL 38/2022 vp, kappale 8), että perustuslakivaliokunta on aikaisemmin vastaaventyypisissä sääntely-yhteyksissä kiinnittänyt huomiota sääntelyn toteutettavuuteen (PeVL 45/2021 vp, kappale 18 ja PeVL 15/2020 vp, s. 6—7). Myös tiukentuvan perusterveydenhuollon hoitotakuun toteuttaminen voi valiokunnan mielestä olla vaikeata erityisesti saatavilla olevien henkilöstöresurssien niukkuuden vuoksi. Valiokunta piti tärkeänä, etteivät muut palvelut heikkene hoitotakuun asteittaisen muutoksen seurauksena (ks. myös PeVL 45/2021 vp, kappale 18, PeVL 15/2020 vp). Valtioneuvoston on seurattava tarkoin sääntelyn vaikutuksia perusoikeuksien toteutumiseen sekä hyvinvointialueiden rahoitukseen ja tarvittaessa ryhdyttävä tarvittaviin korjaustoimiin.

Perustuslakivaliokunta on perusoikeuksien yleisten rajoitusedellytysten (ks. PeVM 25/1994 vp, s. 4—5 ja PeVL 21/2016 vp, s. 3) perusteella antanut valtiosääntöisesti painoarvoa heikennyksen keston rajaukselle sitä perustelevien syiden kestoon nähden (ks. PeVL 11/2015 vp, s. 3 ja PeVL 10/2015 vp, s. 3). Perustuslakivaliokunta on tuoreessa lausunnossaan (PeVL 1/2023 vp) vammaispalvelulain ja eräiden siihen liittyvien lakien voimaantulon lykkäämistä koskevasta hallituksen esityksestä (HE 9/2023 vp) arvioinut jo säädetyn lain voimaantulon lykkäämistä. Mainitussa esityksessä oli kyse merkittävästä vammaisten henkilöiden asemaan ja oikeuksiin vaikuttavasta uudistetusta lainsäädännöstä, joka perustuslakivaliokunnan mielestä parantaa vammaisten henkilöiden perustuslain 19 §:n 1 ja 3 momentissa turvattujen oikeuksien toteutumista nykytilaan verrattuna. Valiokunnan mukaan perustuslain 22 §:ään kytkeytyvät syyt puoltaisivat ennemminkin vammaispalvelulain voimaantuloa alkuperäisen aikataulun mukaan kuin voimaantulon lykkäämistä. Perustuslakivaliokunta kiinnitti lausunnossaan huomiota muun muassa lykkäämiselle esitettyihin perusteluihin ja siihen, kytkeytyykö voimassa olevaan oikeustilaan sisältyisi merkittäviä perustuslaillisia ongelmia. Perustuslakivaliokunta totesi, että eduskunnan lainsäädäntövaltaan kuuluu toimivalta arvioida lainsäädännön sisältöä ja muuttaa perustuslaissa säädettyä lainsäätämismenettelyä käyttäen lakia ennen sen voimaantuloakin. Perustuslakivaliokunta on aikaisemmin toisenlaisessa sääntely-yhteydessä kiinnittänyt huomiota siihen, ettei tuolloin kumottavaksi esitetty lainsäädäntö ollut vielä voimassa. Tällaisessa tilanteessa kyse ei valiokunnan mielestä ollut sellaisista lainsäädäntöön perustuvista perustelluista odotuksista, joita pitäisi ehdottomasti suojata (PeVL 1/2017 vp, s. 4). Merkitystä oli myös sillä, että kyse on voimaantulon lykkäämisestä, joka on tarkoitettu melko lyhytaikaiseksi. Siten voimaantulosäännösten muuttamiselle ei ollut myöskään perusteltujen odotusten suojan johdosta ehdotonta valtiosääntöistä estettä. Valiokunta kiinnitti huomiota myös siihen, että lainsäädännössä on yleisesti syytä pyrkiä johdonmukaisuuteen ja vakauteen (PeVL 1/2017 vp, s. 2).

Tässä esityksessä ehdotetaan, että 7 vuorokauden hoitotakuusta luovutaan, ei vain siirretä voimaantuloa eteenpäin. Luopuminen tapahtuisi ennen kuin 7 vuorokauden hoitotakuuta koskeva lakimuutos tulee voimaan. Kuten tämän esityksen jaksoissa 2.2 ja 2.3.1 on tuotu esiin, hoitoon pääsy perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ei ole tilastojen perusteella parantunut. Henkilöstötilanteen parantamiseksi on aloitettu toimia, mutta ne eivät vaikuta lyhyellä aikavälillä. Jaksossa 5 on käsitelty syitä, miksi 7 vuorokauden hoitotakuusta ehdotetaan luovuttavan kokonaan, ei vain esimerkiksi siirrettävän eteenpäin. Jaksossa muun muassa tuodaan esiin, että henkilöstöä koskevista toimenpiteistä huolimatta on valmistauduttava siihen, että alan henkilöstön saatavuus pysyy haasteellisena vielä vuosia. Henkilöstötilanne vaihtelee alueellisesti. Tämän vuoksi 14 vuorokautta tiukemman hoitotakuun toimeenpantavuutta on lähivuosina vaikea arvioida, mikä ei tue sitä, että tiukemman enimmäisajan voimaantuloa vain myöhennettäisiin. Julkisen palvelujärjestelmän tilannetta muutenkin tarkastellessa voidaan tuoda esiin, että julkista

palvelujärjestelmää ja sen rahoittamista haastavat vuodesta toiseen ja tulevaisuudessa henkilöstövajeen lisäksi enenevästi väestön ikääntymisestä ja muista syistä aiheutuva palvelutarpeiden kasvu, useista syistä kertynyt hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelka ja valtiontalouden vaikea tila. Julkisella palvelujärjestelmällä on koko Suomessa haasteita pystyä järjestämään palvelut lakien edellyttämällä tavalla. Perustuslakivaliokunta on myös edellä todetun mukaisesti hoitotakuulainsäädäntöä arvioidessaan velvoittanut valtioneuvostoa korjaustoimiin perusoikeuksien toteutumisen ja rahoituksen sitä edellyttäessä (PeVL 38/2022 vp, kappale 8).

Hallituksen käsityksen mukaan esityksen oikeasuhtaisuutta ja hyväksyttävyyttä tukevat erinäiset seikat. Hallituksen käsityksen mukaan hoitoon pääsyn enimmäisajan säätäminen 14 vuorokautteen perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa laissa säädetyissä tilanteissa aiemman kolmen kuukauden enimmäisajan sijaan itsessään on jo merkittävä terveysoikeuksien parannus, jolloin 7 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta luopuminen ei sellaisenaan suoraan vauraudu esimerkiksi lausunnossa PeVL 1/2023 vp käsitellyyn tilanteeseen. Lisäksi vaikka 7 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta luovutaan ja enimmäisajaksi säädetään 14 vuorokautta (laissa tarkemmin määritellyissä tilanteissa), ei tämä tarkoita, että lainsäädännön velvoitteet automaattisesti toteutuvat, jos hoito järjestyy 14 vuorokaudessa. Kuten esityksen HE 74/2022 vp perusteluissa (s. 118) todetaan, hoitoon pääsyn määräajat ovat enimmäisaikoja ja yksilöllisessä arvioissa hoidon tarpeesta arvioidaan myös se, tarvitseeko potilas hoitoa nopeammin kuin lain edellyttämässä enimmäisajassa. Tämä turvaa potilaiden oikeutta päästä hoitoon. Sääntely koskee kiireetöntä hoitoa, eikä sääntelyllä ehdoteta muutettavaksi kiireellistä hoitoa koskevaa sääntelyä.

On myös huomattava, että hyvin kireä hoitotakuuaika voi palvelujärjestelmän tilanne huomioon ottaen joissain tilanteissa johtaa perustuslain 19 §:ssä taattujen oikeuksien osalta kielteisiin ilmiöihin. Kun lakisääteisesti asetetaan tiukka kiireettömän hoidon ensimmäistä käyntiä ja eräissä tapauksissa toista käyntiä koskeva hoitoonpääsyn velvoite, voi tämä johtaa näiden käyntien epätarkoituksenmukaiseen priorisoimiseen hoitoaikoja annettaessa esimerkiksi hoitosuunnitelman mukaisten jatkohoitojen kustannuksella. Kuten esityksessä tuodaan esiin, 14 vuorokauden enimmäisaika voi tukea enemmän palvelujärjestelmän kehittämistä hoidon jatkuvuutta korostavaan suuntaan 7 vuorokauden enimmäisaikaan verrattuna. Jatkuvuus on tärkeä hyvän hoidon osa-alue. Täten 7 vuorokauden kiireettömän hoidon hoitotakuusta luopuminen, ottaen huomioon palvelujärjestelmän rajalliset resurssit, ei ole väestötasolla tarkastellen yksiselitteisesti terveysoikeuksien kannalta vain kielteinen asia.

Lakisääteisistä hoitoon pääsyn enimmäisajoista säätäminen on vain yksi, joskin keskeinen, keino, jolla turvataan riittävät terveyspalvelut ja edistetään väestön terveyttä. Muita tapoja ovat sosiaali- ja terveyspalveluiden lainsäädännön palvelurakenteesta säätäminen ja palvelujärjestelmän ohjaaminen tavalla, joka tukee palveluiden tosiasiallista saantia. Myös palveluihin kohdistettu rahoitus on keskeistä. Näihin liittyvä sosiaali- ja terveydenhuollon merkittävä uudistus on säädetty perustuslakivaliokunnan myötävaikutuksella (HE 241/2020 vp — PeVL 17/2021 vp). Muita keinoja ovat muun muassa palveluiden laatuun ja ammattihenkilöihin liittyviä lainsäädäntöä jo kehittämistyö, niistä palveluista säätäminen, joihin ihmiset ovat oikeutettuja, ja yhteinäiset hoitokäytänteet.

Voidaan myös tuoda esiin, että perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn enimmäisajoista säädettäessä, kun enimmäisajaksi säädettiin kolme kuukautta, perustuslakivaliokunta käsitteli esityksen (HE 77/2004 vp). Perustuslakivaliokunta ei tuolloin ottanut nimenomaista kantaa hoitoon pääsyn enimmäisaikaan, mutta se ei siis täten myöskään esittänyt valtiosääntöoikeudellisia huomautuksia tästä hoitoon pääsyn enimmäisajasta (PeVL 20/2004 vp). Hoitoon pääsyn lakisääteinen enimmäisaika laissa säädetyissä tilanteissa säädettäisiin jatkossakin olevan 14 vuorokautta.

Tämäkin seikka huomioon ottaen hallituksen käsityksen mukaan on selvää, ettei ehdotettu sääntely merkitse PL 19 §:ssä säädettyjen oikeuksien ydinalueelle kajoamista. Hallituksen käsityksen mukaan 7 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta luopumiselle on perustuslain 19 §:n kannalta hyväksyttävät ja muutenkin perusoikeuksien yleiset rajoitusedellytykset täyttävät ja myös perustuslain 121 §:n kannalta merkitykselliset perusteet.

Perustuslakivaliokunta on todennut, että palvelujen järjestämistapaan ja saatavuuteen vaikuttavat välillisesti myös muut perusoikeussäännökset, kuten yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltö. Esitys on sen käytännön vaikutusten kannalta merkityksellinen perustuslain 6 §:ssä turvatun yhdenvertaisuuden kannalta. Käytännössä esityksen vaikutukset kohdistunevat voimakkaimmin niihin tahoihin, jotka käyttävät julkisen terveydenhuollon palveluja ja joilla ei ole pääsyä yksityisen terveydenhuollon tai työterveyshuollon piiriin, eli esimerkiksi työttömiin, ikäihmisiin ja moniin vammaisiin. Ottaen huomioon edellä todetut seikat, jotka edelleen turvaavat tarpeenmukaisiin palveluiden pääsemistä kohtuullisessa ajassa, hallituksen käsityksen mukaan asia ei muodostu perustuslailliselta kannalta ongelmalliseksi.

Edellä todettuun viitaten hallituksen käsityksen mukaan ehdotukset ovat perustuslain mukaisia. Hallituksen käsityksen mukaan lakiehdotukset voidaan säätää tavallisen lain säätämisyjärjestyksessä.

Ponsi

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäväksi seuraavat lakiehdotukset:

1.

Laki

terveydenhuoltolain muuttamisesta annetun lain 51 a §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan terveydenhuoltolain muuttamisesta annetun lain (116/2023) 51 a §:n 1 momentti seuraavasti:

51 a §

Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan hoitoon

Edellä 51 §:ssä tarkoitettussa arvioissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Tämä laki tulee voimaan päivänä _____
kuuta 20 ____.

2.

Laki

korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta annetun lain 10 a §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta annetun lain (118/2023) 10 a §:n 1 momentti seuraavasti:

10 a §

Kiireettömään hoitoon pääsy

Edellä 10 §:ssä tarkoitettussa arviossa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana, jos opiskelijan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Tämä laki tulee voimaan päivänä _____
kuuta 20 ____.

Helsingissä 9.10.2023

Pääministeri

Petteri Orpo

Sosiaali- ja terveysministeri Kaisa Juuso

1.

Laki

terveydenhuoltolain muuttamisesta annetun lain 51 a §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan terveydenhuoltolain muuttamisesta annetun lain (116/2023) 51 a §:n 1 momentti seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

51 a §

51 a §

*Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan
hoitoon*

*Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan
hoitoon*

Edellä 51 §:ssä tarkoitettussa arvioissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien seitsemän vuorokauden aikana, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikais-sairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Edellä 51 §:ssä tarkoitettussa arvioissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikais-sairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

*Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta
20 .*

2.

Laki

korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta annetun lain 10 a §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta annetun lain (118/2023) 10 a §:n 1 momentti seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

10 a §

10 a §

Kiireettömään hoitoon pääsy

Kiireettömään hoitoon pääsy

Edellä 10 §:ssä tarkoitettussa arvioissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien seitsemän vuorokauden aikana, jos opiskelijan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Edellä 10 §:ssä tarkoitettussa arvioissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana, jos opiskelijan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta
20 .