

HE 134/2024 vp

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

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan muutettaviksi terveydenhuoltolakia ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annettua lakia.

Esityksen mukaan 14 vuorokauden kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajasta perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa luovuttaisiin 23 vuotta täyttäneiden osalta ja hoitoon pääsyn enimmäisajaksi palautettaisiin aiempi kolme kuukautta. Niiden perusterveydenhuollon palvelujen kiireettömän hoidon hoitotakuuta, joita nykyisin koskee kolmen kuukauden enimmäisaika, ei muutettaisi. Vastaavasti myös perusterveydenhuoltoon kuuluvassa suun terveydenhuollossa luovuttaisiin 23 vuotta täyttäneiden osalta voimassa olevasta neljän kuukauden kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajasta ja 1.11.2024 voimaan tulevaksi säädetyistä kolmen kuukauden enimmäisajasta ja enimmäisajaksi palautettaisiin aiempi kuusi kuukautta. Liitännäismuutoksena pidennettäisiin myös lääkärien ja hammaslääkäreiden sekä erikoishammaslääkäreiden jatkokäyntien toteutumisen enimmäisaikoja. Ehdotettavan sääntelyn mukaan kaikissa tapauksissa hoitoon tulisi kuitenkin päästä lääketieteelliset seikat ja muu potilaan yksilöllinen tilanne huomioiden kohtuullisessa ajassa. Sääntelyyn tehtäisiin myös eräitä muita tarkennuksia. Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten osalta säilytettäisiin yksittäisiä tarkennuksia lukuun ottamatta perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitotakuun nykysääntely.

Lakimuutokset koskisivat hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevan perusterveydenhuollon kiireetöntä hoitoa mukaan lukien suunterveydenhuoltoa, Kansaneläkelaitoksen järjestämisvastuulla olevaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön pääosin tuottamaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisen Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämää perusterveydenhuoltotasoista vankiterveydenhuoltoa sekä osaa vastaanottokeskusten järjestämästä terveydenhuollosta.

Esitys liittyy valtion vuoden 2025 talousarvioon ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä.

Ehdotetut lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1.1.2025.

SISÄLLYS

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ	1
PERUSTELUT	5
1 Asian tausta ja valmistelu	5
2 Nykytila ja sen arviointi	6
2.1 Nykyinen lainsäädäntö	6
2.1.1 Terveydenhuollon järjestäminen	6
2.1.2 Hyvinvointialueiden, korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon ja vankiterveydenhuollon rahoitus	10
2.1.3 Hoitoonpääsyä koskeva sääntely	11
2.2 Palvelujärjestelmän nykytila	17
2.2.1 Palvelujärjestelmän tilanne	17
2.2.2 Palvelujärjestelmän tilanne lasten ja nuorten näkökulmasta	21
2.2.3 Terveydenhuollon henkilöstö	23
2.2.3.1 Terveydenhuollon ammattihenkilöiden määrä Suomessa	23
2.2.3.2 Terveydenhuollon henkilöstön saatavuus ja sen haasteet	24
2.2.3.3 Toimenpiteitä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstövajeen helpottamiseksi	28
2.2.4 Tilastotietoa perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsystä	29
2.2.4.1 Hoitoonpääsyn yleiskuva ja ajallinen kehitys	29
2.2.4.2 Hoitoonpääsy hyvinvointialueiden avosairaanhoidon	35
2.2.4.3 Hoitoonpääsy hyvinvointialueiden suun terveydenhuoltoon	41
2.2.4.4 Hoitoonpääsy hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon muihin avohoidon palveluihin	43
2.2.4.5 Hoitoonpääsy Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) palveluihin	44
2.2.4.6 Hoitoonpääsy vankiterveydenhuoltoon	45
2.2.5 Hoitotakuun kiristymisen toteutuneet kustannukset	46
2.3 Suomen julkisen talouden tila	47
2.4 Hoitotakuun kiristämisen tavoitteiden toteutuminen ja johtopäätökset	48
3 Tavoitteet	51
4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset	51
4.1 Keskeiset ehdotukset	51
4.2 Pääasialliset vaikutukset	55
4.2.1 Taloudelliset vaikutukset	55
4.2.1.1 Yleistä	55
4.2.1.2 Vaikutukset hyvinvointialueiden talouteen	58
4.2.1.3 Kustannusneutraali sääntely	61
4.2.1.4 Vaikutukset Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön talouteen	65
4.2.1.5 Vaikutukset Vankiterveydenhuollon yksikön ja Rikosseuraamuslaitoksen talouteen	65
4.2.1.6 Vaikutukset aluehallintoviraston ja Valviran talouteen	66
4.2.1.7 Välittömät vaikutukset valtion kokonaistalouteen	66
4.2.1.8 Yritysvaikutukset	68
4.2.1.9 Vaikutukset kotitalouksiin	68
4.2.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan	68

4.2.2.1	Vaikutukset perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ja suun terveydenhuoltoon	68
4.2.2.2	Vaikutukset yhteispäivystykseen, sairaalahoitoon ja erikoissairaanhoidon	70
4.2.2.3	Siirtyminen hyvinvointialueen palveluista yksityisen terveydenhuollon palveluihin sekä työterveyshuollon palveluihin	72
4.2.2.4	Vaikutukset henkilöstöön	73
4.2.2.5	Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö	74
4.2.2.6	Vankiterveydenhuollon yksikkö ja Rikosseuraamuslaitos	75
4.2.2.7	Maahanmuuttovirasto ja vastaanottokeskukset	75
4.2.2.8	Aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto	76
4.2.2.9	Kansaneläkelaitos	76
4.2.2.10	Tietojärjestelmävaikutukset	77
4.2.3	Muut yhteiskunnalliset vaikutukset	77
4.2.3.1	Vaikutukset kansalaisten asemaan ja perus- ja ihmisoikeuksien toteutumiseen ..	77
4.2.3.2	Kielelliset oikeudet	79
4.2.3.3	Vaikutukset väestön terveydentilaan ja palvelujen saatavuuteen	79
4.2.3.4	Sukupuolivaikutukset	81
4.2.3.5	Lapsivaikutukset	82
4.2.3.6	Vaikutukset sosiaalihuollon asiakkaisiin	82
4.2.3.7	Vaikutukset mielenterveyden- ja päihde- ja riippuvuushoitoa tarvitseviin asiakkaisiin	83
4.2.3.8	Vaikutukset vammaisiin henkilöihin	83
5	Muut toteuttamismahdollisuudet	84
5.1	Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset	84
5.2	Ulkomaisten lainsäädäntö ja muut ulkomailta käytetyt keinot	85
5.2.1	Yleistä	85
5.2.2	Ruotsi	85
5.2.3	Tanska	86
5.2.4	Norja	87
5.2.5	Viro	88
6	Lausuntopalaute	88
7	Säännöskohtaiset perustelut	93
7.1	Terveydenhuoltolaki	93
7.2	Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta	99
8	Voimaantulo	100
9	Toimeenpano ja seuranta	100
10	Suhde muihin esityksiin	101
11	Suhde perustuslakiin ja säätämisyhteistyö	101
11.1	Esitykseen liittyvät perus- ja ihmisoikeudet	101
11.2	Perus- ja ihmisoikeuksien heikentäminen	106
11.3	Lasten ja nuorten positiivinen erityiskohtelu	113
11.4	Johtopäätökset	116
LAKIEHDOTUKSET		118
Laki terveydenhuoltolain 51 a ja 51 b §:n muuttamisesta		118
Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a ja 10 b §:n muuttamisesta		120

LIITE	123
RINNAKKAISTEKSTIT	123
Laki terveydenhuoltolain 51 a ja 51 b §:n muuttamisesta	123
Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a ja 10 b §:n muuttamisesta	128

PERUSTELUT

1 Asian tausta ja valmistelu

Pääministeri Orpon hallituksen hallitusohjelmassa (urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-763-8) todetaan, että viimeisen noin viidentoista vuoden aikana julkisen talouden velkasuhde on noussut huomattavasti. Huoltosuhteen heikkenemisen myötä julkisen sektorin menot ovat kasvaneet tuloja nopeammin ja julkiseen talouteen on syntynyt mittava rakenteellinen alijäämä. Ikääntymiseen liittyvät menot jatkavat kasvuaan tulevina vuosina ja vuosikymmeninä. Tämän lisäksi velan määrän kasvu yhdessä kohonneen korkotason kanssa kasvattaa valtion velanhoitomenoja merkittävästi. Lähivuosina julkista taloutta kuormittavat myös useat mittavat turvallisuuteen liittyvät hankinnat. Ilman merkittäviä toimia julkisen talouden alijäämät jäävät suuriksi ja velkasuhde jatkaa kasvuaan, heikentäen julkisen talouden kykyä turvata hyvinvointiyhteiskunnan toimintakyky mahdollisten tulevien kriisien aikana ja niiden jälkeen.

Perusterveydenhuollon lakisääteinen kiireettömään sairaanhoitoon pääsyn enimmäisaika eli niin sanottu hoitotakuu tiukentui kolmesta kuukaudesta 14 vuorokauteen ja suunterveydessä kuudesta kuukaudesta neljään kuukauteen 1.9.2023 alkaen. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuun oli määrä edelleen tiukentua seitsemään vuorokauteen ja suunterveydenhuollon hoitotakuun kolmeen kuukauteen 1.11.2024 alkaen. Kiristykset perustuivat Pääministeri Sanna Marinin hallituskaudella tehtyihin lakimuutoksiin. Terveystenhuollon henkilöstöpulan vuoksi näistä perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuun kiristymisen 14 vuorokaudesta edelleen 7 vuorokauteen kuitenkin peruutettiin Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelman mukaisesti jo ennen muutoksen voimaantuloa syksyllä 2023 hyväksytyin lakimuutoksien.

Petteri Orpon hallituksen ohjelman mukaan hallituksen tavoitteena on, että julkisen talouden rahoitusasema kohenee siten, että julkisen talouden alijäämä on korkeintaan 1 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen. Tähän tavoitteeseen pääsemiseksi hallitus sitoutui kesäkuussa 2023 valmistuneessa hallitusohjelmassaan tekemään hallituskaudella ratkaisut, jotka vahvistavat julkista taloutta nettomääräisesti 6 miljardia vuoden 2027 tasolla. Hallitusohjelman hyväksymisen jälkeen Suomen julkinen talous kuitenkin heikentyi eivätkä hallitusohjelman sopeutustoimet olisi riittäneet varmistamaan julkisen talouden velkasuhteen vakauttamista vuoteen 2027 mennessä. Siksi hallitus päätti kehysriihessä 15.–16.4.2024 lisätoimista, jotka vahvistavat julkista taloutta noin kolmella miljardilla eurolla.

Edellä mainittuihin lisäsäästötoimiin sisältyi päätös perusterveydenhuollon hoitotakuun palauttamisesta vuoden 2022 tasolle purkamalla Sanna Marinin hallituksen siihen tekemät vielä purkamatta olevat tiukennukset. Käytännössä perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömän hoidon hoitotakuu pitenisi 14 vuorokaudesta kolmeen kuukauteen ja suun terveydenhuollon hoitotakuu kolmesta kuukaudesta kuuteen kuukauteen. Kirjauksen mukaan myös hoitotakuun toteuttamiseen liittyvä ostopalveluvelvoite poistettaisiin. Kehysrihipäätöksen mukaisesti toimilla tavoitellaan vuodesta 2025 alkaen 132 miljoonan euron vuosittaisia säästöjä valtion rahoittamassa julkisessa terveydenhuollossa.

Petteri Orpon hallituksen ohjelman mukaan hallitus edistää lapsimyönteisen yhteiskunnan rakentamista. Huomiota kiinnitetään varsinkin perheiden hyvinvointiin ja varhaiseen tukeen. Lisäksi hallitus edistää lapsimyönteistä politiikkaa kaikilla tasoilla ja kiinnittää huomiota lapsi- ja perhevaikutusten arviointiin päätöksenteossa.

Hallitus on esityksen valmistelun edetessä linjannut, ettei kevään 2024 kehysriihen kirjausta hoitotakuun toteuttamiseen liittyvän ostopalveluvelvoitteen poistamisesta edistetä. Lisäksi esityksellä saavutettavissa olevan vuosittaisen säästön suuruus on valmistelussa tarkentunut.

Hallituksen esitys on valmisteltu virkатыönä sosiaali- ja terveysministeriössä (STM). Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö ovat käsitelleet yhdessä arvioita esityksen taloudellisista vaikutuksista. Osana esityksen valmistelua sosiaali- ja terveysministeriö teki toukokuussa 2024 hyvinvointialueille, Helsingin kaupungille ja HUS-yhtymälle kyselyn kiristetyn hoitotakuun toimeenpanosta. Tietoja esitystä varten on saatu myös Vankiterveydenhuollon yksiköltä, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiötä sekä sisäministeriöltä ja Maahanmuuttovirastolta.

Lausuntokierros esitysluonnoksesta pidettiin ajalla 24.6.–9.8.2024. Lausuntoa pyydettiin yhteensä 159 taholta: kaikilta hyvinvointialueilta, Vankiterveydenhuollon yksiköltä, Rikosseuraamuslaitokselta, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiöltä, Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta, Kansaneläkelaitokselta, valtiovarainministeriöltä, muilta keskeisiltä viranomaisilta, yliopistoilta ja ammattikorkeakouluilta, alan ammattijärjestöiltä sekä muilta alan järjestöiltä. Lisäksi kaikki muut halukkaat saivat lausua. Lausuntopyyntö julkaistiin lausuntopalvelu.fi -sivustolla, ja lausunto pyydettiin toimittamaan täyttämällä sivustolle ladattu kysely, jossa oli yksityiskohtaisia kysymyksiä esitykseen liittyen. Lausunnon sai toimittaa myös niin sanottuna perinteisenä lausuntona STM:n kirjaamoon. Lausunnoissa pyydettiin tuomaan esiin näkemyksiä ehdotettujen säädösten sisällöstä ja vaikutuksista.

Lausuntonsa esitysluonnoksesta toimitti yhteensä 96 tahoa. Lausunnot ja muut esityksen valmisteluasiakirjat ovat luettavissa hankkeen sivuilla (hankenumero STM042:00/2024) julkisessa palvelussa osoitteessa <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM042:00/2024>, jossa on myös linkki lausuntopalvelut-sivuston kyselyyn.

Hyvinvointialuetalouden ja -hallinnon neuvottelukunta on käsitellyt esitysluonnosta 27.8.2024.

2 Nykytila ja sen arviointi

2.1 Nykyinen lainsäädäntö

2.1.1 Terveidenhuollon 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 järjestämisen 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 sovituista 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 mukaisesta 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 on 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 määrittelemisestä, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta hyvinvointialueen muiden palvelujen kanssa sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä.

Sote-järjestämislain 56 a §:n mukaan hyvinvointialueen on asukkaidensa lisäksi järjestettävä välttämätön terveydenhuolto myös sen alueella oleskeleville niin sanotuille paperittomille tai paperittoman henkilön kaltaisessa tilanteessa oleville henkilöille. Hyvinvointialueen velvollisuudesta järjestää terveydenhuoltoa muille henkilöille säädetään erikseen.

Hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevista terveydenhuollon palveluista säädetään terveydenhuoltolain (TervHL) 2 ja 3 luvussa. Hyvinvointialueiden velvoitteena 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.

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetussa laissa (695/2019, *opiskeluterveydenhuoltolaki*, OTHL) 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 (767/2005) 10 luvussa ja tutkintavankeuslain (768/2005) 6 luvussa säädetään. Mainittujen lakien mukaan Vankiterveydenhuollon yksikkö vastaa vangin ja tutkintavangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinnällisen 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). Kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta sekä ihmiskaupan uhrin tunnistamisesta ja auttamisesta annetun lain (746/2011, *vastaanottolaki*) mukaan säädetään vastaanottokeskusten velvoitteesta antaa terveyspalveluja laissa tarkoitetuille kansainvälistä suojelua hakevalle, tilapäistä suojelua saavalle sekä ihmiskaupan uhrille.

Työterveyshuoltolaissa (1383/2001) velvoitetaan 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 käynnistämisestä, jolla pystytään tukemaan työkykyä. Työntekijät arvostavat laadukasta ja kattavaa työterveyshuoltoa. Kelan työterveyshuoltotilaston 2022 mukaan työnantajan järjestämän työterveyshuollon piirissä oli Kelan korvaustietojen mukaan 2 035 000 työntekijää, mikä oli 3 % enemmän kuin vuotta aiemmin. Työterveyshuollon piirissä oli 89,9 % palkansaajista. Kattavuus on ollut reilusti yli 85 % yhtäjaksoisesti vuodesta 2010 lähtien. Vuonna 2022 sairaanhoitokäyntejä tehtiin 3,7 miljoonaa. Sairaanhoitokäyntien lukumäärä työterveyshuollossa on pienentynyt 28 % vuodesta

2012 vuoteen 2022. Vuonna 2022 sairaanhoitokäyntejä tehtiin keskimäärin kaksi työntekijää kohti. Lääkärikeskukset ovat selvästi merkittävän 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 2022 työnantajan järjestämän työterveyshuollon hyväksytyt kustannukset olivat 991 miljoonaa euroa, mikä oli 10,3 % enemmän kuin edellisvuonna. Kustannuksista 494 miljoonaa aiheutui ehkäisevän työterveyshuollon palveluista ja 498 miljoonaa euroa sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palveluista. Työnantajan tarjoama hammashuolto ei ole korvattavan työterveyshuollon piirissä.

Sairausvakuutuslain perusteella yksityiseen sairaanhoitoon hakeutuneelle korvataan hoidon kustannuksia. Kela maksoi yksityisen hoidon ja tutkimuksen korvauksia noin 183 miljoonaa euroa vuonna 2022 ja noin 84 miljoonaa euroa vuonna 2023. Nämä korvaukset rahoitetaan 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 poistuivat korvattavuuden piiristä muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta. Mielenterveyspalveluihin ja hammashoitoon ei kuitenkaan kohdistettu leikkauksia. Vuoden 2023 alusta alkaen korvauksia saa yleis- ja erikoislääkärin vastaanottokäynneistä. 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.

Lääkärinpalkkioiden 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 hoitojonojen purkamiseksi. Yleis- ja erikoislääkäreiden vastaanottojen, psykoterapian ja hammaslääkärin perustutkimuksen Kela-korvauksia korotettiin vuoden 2024 alusta niihin suunnatulla 97,5 miljoonan euron lisärahoituksella. Lisäksi hallitus täsmensi budjettiriihessä 19.9.2023, että lisärahoitusta suunnataan uuden Kela-korvausmallin kehittämiseen noin 134,2 miljoonaa euroa vuodessa vuosien 2025–2027 ajaksi. Uuden Kela-korvausmallin osalta on tarkoitus antaa hallituksen esitys eduskunnalle syksyllä 2024.

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

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun 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 huomioden lisäksi asukasperusteisuuden, kieli- ja olosuhdetekijöitä, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä vuodesta 2024 alkaen ns. yliopistosairaalalisän.

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 lakisääteiset tehtävät. Lisärahoitusta koskevasta menettelystä säädetään rahoituslain 26 §:ssä.

Valtion laskennallinen rahoitus hyvinvointialueille ja Helsingin kaupungille on vuonna 2024 yhteensä arviolta noin 24,1 miljardia euroa. Määrä täsmentyy vielä vuoden 2024 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 1,5 miljardia euroa asiakasmaksuja vuonna 2024.

Opiskeluterveydenhuoltolain 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.

Opiskeluterveydenhuoltolain 14 §:n mukaan korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon kokonaiskustannusten kansallinen rahoitus koostuu opiskelijoiden Kansaneläkelaitokselle suorittamista terveydenhoitomaksuista ja valtion Kansaneläkelaitokselle maksamasta rahoituksesta. Valtion varoista rahoitetaan 77 prosenttia opiskeluterveydenhuollon hyväksyttävistä kokonaiskustannuksista. Hyväksyttävien kokonaiskustannusten on arvioitu olevan 89,9 miljoonaa euroa vuonna 2024. Vuoden 2024 valtion talousarviossa on osoitettu olevan 67,7 miljoonan euron määräraha YTHS:n opiskeluterveydenhuollon tuottamiseen. Korkeakouluopiskelijoilta 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 2024 annetun valtioneuvoston asetuksen (1041/2023) mukaan terveydenhoitomaksun suuruus vuonna 2024 on 73,60 euroa. Muita palvelu- tai käyntimaksuja ei peritä.

Opiskeluterveydenhuoltolain 16 §:n mukaan sen lisäksi, mitä 14 §:ssä säädetään, valtio vastaa siitä, että Kansaneläkelaitoksen käytettävissä on korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon riittävä rahoitus, jos se on välttämätöntä opiskeluterveydenhuollon palvelujen saatavuuden turvaamiseksi äkillisestä tai 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 22,5 miljoonaa euroa valtion talousarviossa vuodelle 2024. Lisäksi vankiterveydenhuollon yksiköllä on maksullista toimintaa vankien mielentilatutkimuksiin ja vaarallisuusarvioiden laatimiseen liittyen.

2.1.3 Hoitoonpääsyä koskeva sääntely

Kiireettömään ja kiireelliseen hoitoon pääsystä säädetään erikseen. Kiireellinen hoito on määritelty terveydenhuoltolain 50 §:ssä: Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan myös päihteiden käytöstä johtuvaa välitöntä vieroitushoidon tarvetta. Kiireetöntä hoitoa ei ole määritelty lainsäädännössä. Sillä tarkoitetaan muuta kuin kiireellistä hoitoa.

Ennen voimassa olevan kiireetöntä hoitoa koskevan hoitotakuusääntelyn voimaantuloa 1.9.2023 terveydenhuoltolain 51 §:n mukaan hyvinvointialueen oli järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön oli tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, 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 kiireetön 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 voitiin ylittää perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voitiin lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Terveydenhuoltolain 1.9.2023 voimaan tullessa 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 terveyskeskukseen 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 kiireettömään 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 tarkoitetun 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 säädettyt enimmäisajat eivät koske hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, käyntejä perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanotolla eikä hoitotapahtumia, jotka tehdään yksinomaan lain 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 kiirettömään 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 säädettyjä enimmäisaikoja noudattaen.

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiirettömän hoidon hoitotakuun oli määrä edelleen tiukentua seitsemään vuorokauteen 1.11.2024 alkaen, mutta muutos peruutettiin terveydenhuollon henkilöstöpulan vuoksi ennen sen voimaantuloa lailla 1139/2023.

Perusterveydenhuoltoon kuuluvaan suun terveydenhuollon kiirettömään hoitoon pääsystä säädetään uudessa niin ikään 1.9.2023 voimaan tullessa 51 b §:ssä. Pykälän 1 momentin mukaan 51 §:ssä tarkoitettussa arviossa, joka koskee perusterveydenhuoltoon kuuluvaa suun terveydenhuoltoa, 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 51 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty. Pykälän 2 momentin mukaan, jos potilas on 51 §:ssä tarkoitettun 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 tarkoitettusta 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 hoitojakso 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 tarkoitettussa arviossa 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.

Perusterveydenhuoltoon kuuluvan suun terveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitotakuu-aika on lailla 116/2023 toteutetun terveydenhuoltolain muutoksen myötä lyhentymässä edelleen nykyisestä neljästä kuukaudesta kolmeen kuukauteen 1.11.2024 alkaen.

Perusterveydenhuollon hoitotakuuajat eivät koske seulontoja, tiettyjä määräaikaistarkastuksia eivätkä osaa rokotuksista, koska tällaisten palveluiden antamisesta säädetään erikseen. Samasta syystä enimmäisajat eivät koske neuvolapalveluihin tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun määräaikaisten terveystarkastuksen suorittamista. 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 opiskeluhuoltoon. Oppilas- ja opiskelijahuoltolain mukaan opiskeluhuoltoa toteutetaan ensisijaisesti ennaltaehkäisevänä koko oppilaitosyhteisöä tukevana yhteisöllisenä opiskeluhuoltona. Opiskeluhuoltoon kuuluu lisäksi laissa tarkemmin säädetyllä tavalla yksittäiselle opiskelijalle annettavat koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja sekä opiskeluhuollon psykologi- ja kuraattoripalvelut. Lain 15 §:n mukaan opiskelijalle on järjestettävä mahdollisuus keskustella henkilökohtaisesti opiskeluhuollon 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.

Osa lasten ja nuorten vastaanottokäynneistä tapahtuu määräaikaisten terveystarkastuksen yhteydessä, joita hoitotakuusääntely ei siis koske. Voimassa olevan neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta annetun valtioneuvoston asetuksen (338/2011) 5 §:n mukaan hyvinvointialueen ja korkeakouluopiskelijoiden osalta Kansaneläkelaitoksen on järjestettävä määräaikaista terveystarkastuksia kaikille ennalta määritellyn ikä- tai vuosiluokkaan tai muuhun ryhmään kuuluville sekä yksilöllisestä tarpeesta johtuvia terveystarkastuksia. Terveystarkastuksen voi tehdä terveydenhoitaja, kätilö tai lääkäri. Laajan terveystarkastuksen tekee terveydenhoitaja tai kätilö yhteistyössä lääkärin kanssa. Suun terveystarkastuksen voi tehdä hammaslääkäri, suuhygienisti tai hammashoitaja. Lähes kaikki lasta odottavat ja perheet sekä alle kouluikäiset lapset, oppilaat ja heidän perheensä sekä opiskelijat osallistuvat suunnitelmallisiin, valtakunnalliselta tasoltaan yhtenäisiin tarkastuksiin, missä huomioidaan myös yksilöiden ja väestön tarpeet (asetuksen 1 §). Valtioneuvoston asetuksessa määritellään määräaikaisten terveystarkastusten ja määräaikaisten suun terveystarkastusten toteuttamisaikataulu ja tarkastusten sisältö. Petteri Orpon hallituksen ohjelman mukaisesti hallitus päivittää neuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon säädökset lisäten palvelujen vaikuttavuutta muun muassa digitalisaation avulla. Ensimmäisessä vaiheessa sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan terveystarkastuksen päivytystarpeet opiskeluterveydenhuollossa ottaen huomioon kutsuntauudistuksen tarpeet. Toisessa vaiheessa valmistellaan päivitykset neuvolan, kouluterveydenhuollon ja ehkäisevän suun terveydenhuollon terveystarkastuksiin.

Erikoissairaanhoidon kiirettömään hoitoon pääsystä säädetään terveydenhuoltolain 52 §:ssä. Hoidon tarpeen arviointi on pääsääntöisesti aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. Lain 53 §:ssä säädetään lisäksi erikseen kiirettömään hoitoon pääsystä lasten ja nuorten erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluissa. 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 kiirettömään hoitoon pääsystä säädetään 1.9.2023 voimaan tullessa uudessa 51 c §:ssä. Tätä hoitoon pääsyn sääntelyä ei muutettu sisällöllisesti ennen lakimuutoksen voimaantuloa voimassa olleeseen 51 §:n sääntelyyn nähden.

Kiirettömään hoitoon pääsyn enimmäisaikoja koskevan uudistuksen myötä opiskeluterveydenhuoltolaissa on 1.9.2023 lähtien omat säännökset kiirettömään 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 opiskeluterveydenhuoltoa koskevia mukautuksia.

Ennen 1.9.2023 voimaan tullutta uudistusta vankiterveydenhuollon osalta ei oltu säädetty kiirettömään hoitoon pääsyn enimmäisajoista. Vankiterveydenhuollossa noudatettiin kuitenkin jo tuolloin niin sanotun normaalisuusperiaatteen perusteella terveydenhuoltolain säännöksiä hoitoon pääsystä. Vankiterveydenhuollon osalta vankeuslakiin ja tutkintavankeuslakiin lisättiin lakiuudistuksessa nimenomaiset säännökset siitä, että vankiterveydenhuollossa noudatetaan edellä kuvattuja vastaavia hoitoon pääsyn enimmäisaikoja. Vankeuslain 10 luvun 1 §:n ja tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n mukaan Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämiin palveluihin pääsyä koskeviin enimmäisajoihin 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 säädetään yhteyden saamisesta terveyskeskukseen 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 velvoitteesta ohjata ja valvoa yksityisen palveluntuottajan toimintaa sekä julkisen ja yksityisen

palveluntuottajan omavalvonnasta. Terveysterveystoimintolain 54 §:n mukaan lain 51 §:ssä tarkoitetun arvion ja erikoissairaanhoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä on arvioitava, pystyykö hyvinvointialue tuottamaan tutkimukset, hoidon ja kuntoutuksen 51 a–51 c, 52 ja 53 §:ssä tarkoitetuissa enimmäisajoissa.

Opiskeluterveydenhuoltolain 10 c §:n mukaan 10 §:ssä tarkoitetun arvion 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 opiskeluterveydenhuoltolain 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.

Kiireettömään 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 Terveysterveystoimintolain ja hyvinvoinnin laitos tuottaa julkaistavat tiedot, mikä parantaa niiden vertailukelpoisuutta. Hyvinvointialueen on julkaistava tunnusluvut erikseen kustakin sairaalasta, terveyskeskuksesta ja muusta terveydenhuollon toimintayksiköstä. Jos toimintayksikön alaisuudessa on terveysasema, hammashoitola tai muu vastaava erillinen yksikkö, tunnusluvut on julkaistava erikseen kustakin tällaisesta yksiköstä, jos se on mahdollista. Opiskeluterveydenhuoltolain 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 terveysterveystoimintolain palveluja. 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 74/2022 vp (s. 77) todetaan, että vastaanottolain 26 §:n 2 momentin sääntelyn voidaan tulkita tarkoittavan, että se luo velvoitteen tarjota tilapäistä suojelua saaville sekä alle

18-vuotiaille kansainvälistä suojelua hakeville ja ihmiskaupan uhreille kiireetön hoito terveydenhuoltolakia vastaavien enimmäisaikojen puitteissa.

Edellä kuvattu hoitoon pääsyä koskeva sääntely koskee vain kiireetöntä hoitoa. Kiireellisen hoidon järjestämisestä säädetään terveydenhuoltolain 50 §:ssä. Hyvinvointialueiden on annettava kiireellinen hoito välittömästi sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta säädetään sote-valvontalaissa. 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 hankkimiensa 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 hoitoa jouduttiin lykkäämään, jotta voimavaroja saatiin epidemiatyöhön. 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 jäljempänä jaksossa 2.2.3.

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.

Kehittämistyötä on tehty muun muassa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystyö -ohjelman hankkeissa kaikilla hyvinvointialueilla. Ohjelma sai rahoitusta vuoden 2023 loppuun asti. Siinä painotettiin erityisesti palveluiden saatavuutta edistäviä toimia perusterveydenhuollossa, sosiaalihuollossa, mielenterveyspalveluissa ja monialaisessa kuntoutuksessa. Hoitoonpääsyn parantaminen ja psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto kaikille ikäryhmille tuli sisällyttää kaikkiin hankkeisiin. Kehitettäviä asioita ovat olleet muun muassa uudet palveluratkaisut ja -mallit, laadunhallintajärjestelmät, laatu- ja vaikuttavuusmittarit, tutkimustoiminta, asiakasosallisuus, asiakastytytyvyyden mittaaminen sekä tiedolla johtaminen. Kehittämistyön tuottama muutos tulee näkymään viiveellä mahdollisena palveluiden parantuneena saatavuutena, laatuna ja vaikuttavuutena sitten, kun kehitetyt asiat on viety onnistuneesti ja laajamittaisesti käyttöön hyvinvointialueilla.

Hyvinvointialueet kertoivat hallituksen esityksestä 55/2023 vp antamissaan lausunnoissa toimista, joita ne olivat tehneet tai olivat tekemässä 14 vuorokauden hoitotakuuseen pääsemiseksi. Vastauksissa mainittiin esimerkiksi virkojen perustaminen, rekrytoinnin tehostaminen, henkilöstön veto- ja pitovoiman lisääminen sekä työnjaon kehittäminen, toimintamallien ja sähköisten palvelujen kehittäminen, palvelujen jatkuvuuden, laadun ja vaikuttavuuden kehittäminen, hyvinvointialueen resurssin käyttäminen kokonaisuutena ja palveluajan laajentaminen sekä 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.

Sosiaali- ja terveysministeriö teki toukokuussa 2024 hyvinvointialueille, Helsingin kaupungille ja HUS-yhtymälle kyselyn, jossa muun muassa kartoitettiin voimassa olevaan perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitotakuun pääsemiseksi tehtyjä toimenpiteitä, niihin liittyviä kertaluonteisia ja pysyviä kustannuksia, arviota ostettavien palvelujen sopimushintojen kehityksestä sekä perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitotakuun vaikutuksia muihin palvelujärjestelmän osiin. Kyselyyn vastasi 15 hyvinvointialuetta¹, Helsingin kaupunki sekä HUS-yhtymä. Vastaajista suurin osa totesi, että tiukentuneeseen hoitotakuuseen on päästy sekä perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa että suun terveydenhuollossa lähinnä uusien toimintamallien käyttöön ottamalla. Lisäksi on tehty jonkin verran lisätoimia ja vähäisemmässä määrin lisätty palvelujen ostoa joko ostopalveluna, vuokratyövoimana tai palvelusetelillä. Tiukentuneeseen hoitotakuuseen liittyvien kustannusten arvioitiin olevan melko vähäisiä, asiaa käsitellään tarkemmin luvussa 2.2.5. Arviot ostettavien palvelujen hintojen muutoksista vaihtelivat eri alueiden välillä huomattavasti; osa alueista arvioi hintatason pysyneen ennallaan, tavallisimmin arvioitiin hintojen nousseen noin 10–20 prosenttia, mutta paikoin arvioitiin lääkäri- ja hammaslääkäripalvelujen hintojen nousseen jopa 30–40 prosenttia. Kyselyssä pyydettiin myös arviota tiukentuneen hoitotakuun vaikutuksista erikoissairaanhoitoon, perusterveydenhuollon vuodeosastohoitoon sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ympärivuorokautiseen yhteispäivystykseen. Suurin osa vastaajista

¹ Vastausta ei saatu Etelä-Karjan, Kainuun, Keski-Uudenmaan, Länsi-Uudenmaan, Pirkanmaan ja Pohjois-Savon hyvinvointialueilta.

totesi, että on vielä liian varhaista arvioida vaikutuksia, mutta joidenkin vastausten mukaan viitteitä päivystyskäyntien vähenemisestä oli havaittavissa sekä suun terveydenhuollossa että muussa terveydenhuollossa. Kyselyyn saadut vastaukset ovat pääosin linjassa esityksestä saadun lausuntopalautteen kanssa (ks. luku 6).

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 kertaluonteisesta 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 kansallisena yhteistyönä hyödyntämällä esimerkiksi Kanta-palveluja, DigiFinland Oy:tä ja IT-yritysten tuotteita ja palveluja. Kestävän kasvun ohjelmassa on sitova hoitopaikantamiseksi koskeva tavoite, jonka mukaan vuoden 2025 viimeisen kvartaalin aikana seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaika kiireettömissä hoidon käynneissä toteutuu 80-prosenttisesti. Hyvinvointialueilla on tehty hankekaudella kehittämistyötä tähän tavoitteeseen pääsemiseksi ja alueille on myönnetty tähän avustuksia yhteensä lähes 169 miljoonaa euroa. Sosiaali- ja terveysministeriö on 8.5.2024 lähettänyt kirjeen hyvinvointialueille ja kehottanut alueita jatkamaan Suomen kestävän kasvun ohjelman hankesuunnitelmien mukaista kehittämistyötä hoitopaikantamisen edistämiseksi. Tavoite on tällä hetkellä lähes saavutettu, mutta varsinainen tavoitteeseen pääseminen arvioidaan vasta vuoden 2025 viimeisen kvartaalin toteutumien perusteella. Hyväksytyn hankesuunnitelman mukainen valtionavustuksen käyttö ei aiheuta yksittäiselle hyvinvointialueelle riskiä valtionavustuksen pienentämisestä, mutta mikäli kansallisesti ei saavutettaisi 80 prosentin tavoitetta, olisi riski, että Suomen saanto EU:n elpymispaketista voisi pienentyä.

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. Hyvinvointialueilla on käynnissä kehittämistoimia ja hankkeita, joiden tavoitteena on parantaa hoidon jatkuvuutta ja saatavuutta. Esimerkiksi Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella on käynnistetty hanke, jonka tarkoituksena on mahdollistaa yleislääkäreiden toimiminen julkisessa perusterveydenhuollossa ammatinharjoittajana.

Opiskeluterveydenhuoltolain tullessa voimaan 1.1.2021, YTHS:n toiminta laajeni merkittävästi, kun ammattikorkeakouluopiskelijat tulivat sen palvelujen piiriin kaksinkertaisten YTHS:n tuottamiin opiskeluterveydenhuoltopalveluihin oikeutettujen opiskelijoiden määrän. Esimerkiksi henkilöstön saatavuutta ja hoitovelkaa koskevat haasteet ovat näkyneet myös YTHS:n toiminnassa hyvinvointialueiden tavoin. Koronapandemian aikana esimerkiksi korkeakouluopiskelijoiden mielenterveysongelmat ja niihin liittyvä palvelutarve lisääntyvät voimakkaasti, ja palvelutarve on sittemmin pysynyt korkeana. Vuosina 2021–2023 YTHS:lle myönnettiin laajentuneiden tehtävien käynnistämiseen ja koronapandemian aiheuttamien haittojen ehkäisemiseen yhteensä viiden miljoonan euron valtionavustus, minkä avulla on kehitetty muun muassa digimielenterveysklinikan palveluja. Lisäksi valtion budjetissa on varattu miljoonan euron valtionavustus vuosille 2023–2026 korkeakouluopiskelijoiden hyvinvoinnin tukemiseksi.

YTHS:n palveluverkkosuunnitelman mukaan palveluja toteutetaan vuonna 2024 niin, että 96 prosenttia opiskelijoista tulee käyttämään YTHS:n omia toimipisteitä ja 4 prosentilla opiskelijoista on oikeus käyttää YTHS:n alihankkijoiden toimipisteitä. YTHS:n palveluverkko jakautuu viiteen palvelualueeseen. Näistä suurin on YTHS eteläinen (noin 109 000 opiskelijaa), muiden (läntinen, itäinen, keskinen, pohjoinen) piiriin kuuluu kuhunkin noin 39 000 - 53 000 opiskelijaa. Oppilaitospaikkakuntien määrän kasvu ja sijoittuminen entistä laajemmalle alueelle vuonna 2021 voimaan tulleen lakimuutoksen myötä on lisännyt alihankintapalvelujen määrää YTHS:n omien palvelujen rinnalla. Opiskelijamäärät ovat kasvaneet vuosien 2021 - 2024 aikana. Palvelutuotannossa on viiden maantieteellisen alueen lisäksi keskitetty valtakunnallinen hoidon tarpeen arvio ja etäpalveluiden/digitaalisten palveluiden tiimi.

YTHS:n henkilöstöpanokset vuonna 2023 olivat yhteensä 820 henkilötyövuotta, joista oli yleisterveydessä 317 henkilötyövuotta, mielenterveydessä 191 henkilötyövuotta, suunterveydessä 272 henkilötyövuotta sekä hallinnossa 40 henkilötyövuotta. YTHS on panostanut vahvasti uudistuksiin, jotka parantavat palveluiden tuottavuutta ja tehokkuutta. YTHS valmistautui hoitotakuun kiristymiseen systemaattisesti muun muassa uudistamalla ja tehostamalla palvelumalliaan sekä viemällä läpi mittavan digitransformaation. Parantaakseen palveluiden saatavuutta YTHS on siirtänyt palvelujaan digitaalisiin kanaviin niin, että vuonna 2023 yleis- ja mielenterveyden käynneistä jo noin 62 prosenttia hoidettiin digikanavissa. Kevään ja alkukesän 2023 aikana YTHS uudisti, selkeytti ja suoristi valtakunnallista palvelumalliaan siten, että opiskelija saa heti hoidon tarpeen arvion yhteydessä vastaanottoajan joko etä- tai lähipalveluina. Palvelujen saatavuuden parantamiseksi YTHS:n suunterveys on kehittänyt jatkuvasti ja aktiivisesti toimintaansa. Tavoitteena on kysynnän ja käytössä olevan resurssin mahdollisimman hyvä tasapaino, jotta palveluita voidaan tarjota oikea-aikaisesti ja saattaa kokonaishoitajaksot 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 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 älyvankilahankkeessa, jolla vangit pystyvät asioimaan sähköisesti suoraan selleistä muun muassa Vankiterveydenhuollon kanssa. Näin vankien yhteydenottomahdollisuus Vankiterveydenhuoltoon nopeutuisi merkittävästi. Tällä hetkellä kuitenkin ainoastaan muutamissa suljetuissa vankiloissa on käytössä sähköisen terveydenhuollon asiointin mahdollisuudet ja nykytilanteessa sähköisen asiointin mahdollistamisen kaikissa vankiloissa arvioidaan vievän useita vuosia.

2.2.2 Palvelujärjestelmän tilanne lasten ja nuorten näkökulmasta

Lähes kaikki Suomen lapset ja nuoret tavoitetaan ehkäisevän terveydenhuollon palveluissa, kuten neuvolassa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Lasten ja nuorten perusterveydenhuollon palvelujen toimintaedellytykset heikentyivät neuvolassa ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, kun covid-19-pandemian aikana näissä palveluissa jouduttiin tekemään runsaasti henkilöstösiirtoja ja terveystarkastuksia vähennettiin. Samaan aikaan lasten, nuorten ja lapsiperheiden tuen tarpeet kasvoivat ja lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa yksilöllisiin tarpeisiin perustuvat erityisen tuen käynnit lisääntyivät. Lisäksi perheiden elintavat ovat heikentyneet ja stressi, yksinäisyys, mielenterveysongelmat sekä vanhemmuuden ja parisuhteen ongelmat ovat lisääntyneet. Useat toimintakykyä ylläpitävät palvelut olivat epidemian aikana keskeytettynä.

Kaikkiin lapsia ja nuoria koskeviin palveluihin vaikuttaa edelleen covid-19-pandemian aikaansaama palveluvelka, mutta myös laajemmat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää koskevat haasteet, kuten hyvinvointialueiden taloudellinen tilanne ja henkilöstön saatavuusongelmat. Näiden tekijöiden lisäksi on tunnistettavissa myös erityisesti lasten ja nuorten palvelujärjestelmän haasteita, joita ovat palvelujärjestelmän sirpaleisuus, alueelliset vaihtelut palvelujen saatavuudessa sekä kokonaisvaltaisen moniammatillisen yhteistyön puutteet. Yksi Suomen terveydenhuoltojärjestelmän suurimpia haasteita on ylipäätään ollut perusterveydenhuollon saatavuus.

Nämä tekijät on nostettu toistuvasti esiin myös selvityksissä, tutkimuksissa ja valvontaviranomaisten toimesta. Apulaisoikeuskansleri on esimerkiksi vuonna 2023 antamassaan ratkaisussa arvioinut, että lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut ovat merkittävän aliresursoituja ja pitänyt erittäin huolestuttavana, että mielenterveyspalvelujen kysyntä ja tarve olivat lisääntyneet useiden vuosien ajan ja että niiden järjestämisen kokonaisuudessa oli havaittavissa merkittäviä ongelmia. Apulaisoikeuskansleri korosti, että palvelujen pitkäaikainen riittämättömyys on perusoikeusongelma, jonka ratkaisemattomuus aiheuttaa laajaa inhimillistä

kärsimystä ja on ristiriidassa lapsille ja nuorille laissa turvattujen oikeuksien kanssa. (OKV/294/70/2020.) Eduskunta onkin edellyttänyt tarvittavia kansallisia toimenpiteitä palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden parantamiseksi erityisesti perustason palveluissa (StVM 4/2022 vp, s. 3; StVM 21/2022 vp, s.12; StVM 24/2022 vp, s. 7). YK:n lapsen oikeuksien sopimuksen (SopS 60/1991, ks. sopimuksesta tarkemmin luku 11.1 ja 11.3 jäljempänä) toimeenpanoa valvova lapsen oikeuksien komitea kehotti Suomen yhdistetyistä viidettä ja kuudetta raporttia koskeissa loppupäätelmissään (2.6.2023) Suomea vahvistamaan toimia joilla turvataan lasten pääsy korkealaatuisiin terveyspalveluihin nopeasti ja tehokkaasti koko maassa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää marginalisoidussa asemassa oleviin, kuten köyhyydessä ja sijaishuollossa eläviin lapsiin. Komitea myös kehotti Suomea vahvistamaan lasten mielenterveyspalveluita. (CRC/C/FIN/CO/5–6.)

Perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitotakuun kiristämisestä säädettyä hallituksen esityksessä 74/2022 vp arvioitiin, että parantunut hoitoonpääsy kohentaisi merkittävästi myös sijaishuollossa asuvien lasten asemaa, terveyttä ja hyvinvointia. Heillä todettiin olevan runsaasti erilaisia terveyshuolia, mutta heidän terveydentilansa saattavan jäädä tutkimatta lastensuojelulain velvoitteesta huolimatta ja osa lapsista jouduttavan jopa sijoittamaan kodin ulkopuolelle riittämättömien terveyspalvelujen takia. Kodin ulkopuolelle sijoittamisen taustalla todettiin voivan usein olla riittämätön tuen saaminen neuropsykiatriasiin oireisiin tai mielenterveysongelmiin, joten ehdotuksen toimeenpanon arvioitiin voivan vähentää myös lastensuojelun kuormitusta. Sillä, että myös heikoimmassakin asemassa olevat lapset ja nuoret pääsisivät hoitoon nopeammin, arvioitiin olevan myös pidemmällä aikavälillä myönteinen vaikutus koko väestön terveys- ja hyvinvointierojen kaventumiseen, kun tarvittava hoito päästäisiin aloittamaan varhaisemmassa vaiheessa ennen tilanteiden mahdollista vaikeutumista.

Hoitoonpääsyn nopeutumisen arvioitiin parantavan erityisesti mielenterveyden ongelmista ja oireista kärsivien lasten ja heidän perheidensä tilannetta. Lasten ja nuorten kohdalla nopeamman hoitoonpääsyn arvioitiin edesauttavan merkittävästi mielenterveysongelmista toipumista ja vähentävän muiden, kuten sosiaalihuollon lapsi- ja perhepalvelujen tarvetta. Lasten ja nuorten perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa olevien puutteiden ja viiveiden todettiin aiheuttaneen mielenterveysongelmien pitkittymistä ja vaikeutumista, samalla kun erikoissairaanhoidon psykiatriset palvelut olivat ruuhkautuneet pahoin. Muutoksen arvioitiin nopeuttavan mielenterveysongelmista kärsivien lasten varhaisvaiheen hoitoa ja vähentävän tilanteiden vaikeutumista ja komplisoitumista, mikä olisi sekä yksilön kannalta inhimillisesti, että yhteiskunnan kannalta kokonaistaloudellisesti kestävä ja tarkoituksenmukaista.

Myös vammaisilla lapsilla on erityistarpeita, joista osa hoidetaan säännöllisillä ajanvarausvastaanotoilla ja erikoissairaanhoidossa. Erityisesti monivammaisilla lapsilla on paljon vastaanoton tarpeita liittyen sosiaaliturvaan ja kuntoutuksiin, perheen jaksamiseen, koulujen aloittamiseen jne. Myös tälle ryhmälle nopeammin pääsyn terveyspalveluiden piiriin arvioitiin voivan merkitä huomattavaa parannusta sekä lapsen että hänen perheensä hyvinvointiin ja terveyteen. Hallituksen esityksessä 74/2022 vp todettiin myös, että monilla turvapaikanhakijoina Suomeen tulleilla lapsilla ja nuorilla on usein haasteita fyysisen ja psyykkisen terveydentilan suhteen sekä myös vaikeuksia löytää oikea-aikaisesti terveydenhuollon palvelujen piiriin. Edellä todettujen hoitotakuun kiristämisen arvioitujen vaikutusten toteutumista ei ole vielä mahdollista arvioida.

Sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteilla hallituksen esitys lasten ja nuorten sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön muutoksiksi lasten ja nuorten terapiatakuun toteuttamiseksi (STM083:00/2023). Hallituksen esityksellä toimeenpannaan Petteri Orpon hallituksen ohjelman kirjaus, jonka mukaan ”turvataan lainsäädännöllä lasten ja nuorten yhdenvertainen pääsy perustasolla lyhytpsykoterapiaan tai muihin vaikuttaviin psykososiaalisiin hoitoihin

(hallituksen mallin mukainen lasten ja nuorten terapiatakuu)”. Tavoitteena on vahvistaa lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn ja hoidon sekä mielenterveyden tuen saatavuutta perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollon perustason palveluissa.

Mainitussa esityksessä terveydenhuoltolakiin ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annettuun lakiin ehdotetaan lisättäväksi säännös siitä, että perusterveydenhuollossa lyhytpsykoterapia tai psykoterapioista johdettu määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito olisi aloitettava 28 vuorokauden kuluessa siitä, kun tarve tällaiselle hoidolle on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä. Lisäksi ehdotetaan, että sosiaalihuollossa lapsille ja nuorille olisi järjestettävä mielenterveystyön palveluna psykososiaalista tukea, jossa käytetään edellä mainittuja psykososiaalisia menetelmiä sosiaalihuollon palvelutehtävään soveltuvin osin. Mielenterveystyön palvelua koskeva päätös olisi toimeenpantava kuukauden kuluessa asian vireille tulosta.

Säättämällä enimmäisaika lainsäädännön piiriin kuuluvan psykososiaalisen intervention aloittamiselle lapsille ja nuorille pyritään takaamaan oikea-aikainen mielenterveyden hoito ja tuki sekä vahvistamaan heidän oikeuksiaan tarvitsemiinsa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Esitys liittyy vuoden 2025 talousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä ja ehdotetut lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1.1.2025.

2.2.3 Terveydenhuollon henkilöstö

2.2.3.1 Terveydenhuollon ammattihenkilöiden määrä Suomessa

Valvira myöntää hakemuksesta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattioikeudet. Luvut ammattioikeuksien määrästä kertovat suurimman mahdollisen henkilömäärän ammattioikeutettain, mutta kaikki ammattioikeuden saaneet eivät työskentele sosiaali- ja terveydenhuollossa tai työskentele lainkaan. Taulukossa 1 on esitetty yleisimpien sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattioikeuksien lukumäärät työikäisillä vuonna 2023.

Taulukko 1. Yleisimpiä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattioikeuksia työikäisillä vuonna 2023.

	Ammattioikeuksien määrä	Lisätietoja
lääkäri	24 974	joista yleislääketieteen erikoislääkäreitä 2603
hammaslääkäri	5 335	
sosiaalityöntekijä	7853	
sairaanhoitaja	115 692	

lähihoitaja (sosiaalihuolto)	193 690	samalla henkilöllä voi olla ammattioikeus lähihoitajana sekä sosiaalihuollossa että terveydenhuollossa. Lisäksi ammattioikeuksia nimikkeillä perushoitaja ja apuhoitaja on n. 30 000
lähihoitaja (terveydenhuolto)	183 766	

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

Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat (KT) kokoaa tietoa hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä ammattilaittain. Hyvinvointialueille siirtyi vuoden 2023 alussa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö. Siirtyneen henkilöstön lukumäärät eräissä ammattiryhmissä on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Hyvinvointialueille siirtynyt henkilöstö eräissä ammattiryhmissä vuoden 2023 alussa.

Ammattinimike	lkm
Sairaanhoitaja	48 235
Terveydenhoitaja	6164
Lääkäri	10 891

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan suurimman henkilöstöryhmän muodostavat sairaan- ja terveydenhoitajat. Heitä oli terveysasemien henkilöstöstä noin puolet ja lääkäreitä noin kolmasosa.

2.2.3.2 Terveydenhuollon henkilöstön saatavuus ja sen haasteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys ja saatavuus ovat heikentyneet voimakkaasti viime vuosina koko maassa. Vaje koskee lähes kaikkia ammattiryhmiä ja palveluita, mutta alueellista, ajallista ja ammattiryhmäkohtaista vaihtelua esiintyy. Muutaman viime vuoden aikana on kasvanut erityisesti vaje sairaanhoitajista ja lähihoitajista.

Väestörakenne ja väestön sijoittuminen eri puolilla maata on muuttunut ja muuttuu jatkuvasti. Väestö ja samalla työvoima keskittyy kasvukeskuksiin. Kasvavasta palvelutarpeesta huolimatta sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien henkilöiden määrä ei tulevaisuudessa kasva tarvetta vastaavasti. Jopa kolmasosa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä eläköityy seuraavan kymmenen vuoden aikana.

Työvoimavajetta on syytä tarkastella usean eri aineiston avulla. Sosiaali- ja terveystietopalveluiden siirryttyä hyvinvointialueiden vastuulle vuoden 2023 alusta on ollut erityisen haastavaa saada tietoa henkilöstövajeesta. Vajetta on pyritty arvioimaan sekä avointen työpaikkojen että palvelujärjestelmään kohdistettujen haastattelujen ja kyselyjen avulla.

Kevään 2023 hallitusneuvotteluihin valmisteltiin ministeriöiden yhteistyönä (STM, TEM, OKM) arvio työvoimavajeesta pohjautuen TE-toimistoihin avoimeksi ilmoitettuihin työpaikkoihin, joihin on yhdistetty toimipaikkahaastattelujen tietoja². Luvut kattavat sekä julkisen että yksityisen palvelutuotannon vajeen ja kertovat kumulatiivisesta vuoden 2022 tilanteesta (taulukko 3). Kysely on tarkoitus toistaa vuoden 2024 aikana.

Kunta- ja hyvinvointialueuutajien KT tiedusteli hyvinvointialueilta niiden vakanssien täyttötilannetta kyselyllä yhden lokakuun 2023 päivän aikana³ (taulukko 3). 13 - hyvinvointialuetta vastasi muita ammatilaisia kuin lääkäreitä ja hammaslääkäreitä koskevaan tiedusteluun. Lääkäreitä koskevaan kyselyyn saatiin 17 hyvinvointialueelta vastaus, joskin niistä osa raportoi vain erikoissairaanhoidon tilanteen. Vaje- ja tarvetta lisäksi KT:n mukaan ostopalveluilla ja vuokralääkäreillä oli täytetty 310 perusterveydenhuollon lääkärin, 213 erikoissairaanhoidon lääkärin ja 26 hammaslääkärin tehtävää.

Taulukko 3. Arvioita eräissä sote-alan ammattiryhmissä henkilöstövajeesta.

Henkilöstö, jota vaje koskee	Kumulatiivinen 2022, sekä julkisen että yksityisen, N	Poikkileikkaus 10/2023, hyvinvointialueet, N
Lähihoitajat (sosiaali- ja terveydenhuolto yhteensä)	6140	2377
Sairaanhoitajat	5336	2163
Lääkärit, perusterveydenhuolto		312
Lääkärit, erikoissairaanhoido		554
	865	
Hammaslääkärit	370	101

Arvioiden erot selittyvät tutkimusmenetelmien eroilla. Poikkileikkaus koskee yhden päivän tilannetta hyvinvointialueilla ja kumulatiivinen puolestaan koko vuoden yhteenlaskettua tilannetta julkisessa ja yksityisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa yhteensä. Sairaanhoitajia ja erityisesti lähihoitajia työskentelee paljon yksityisissä ikääntyneiden palveluissa.

Hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttöä selvittäneen verkoston⁴ mukaan hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttö on kasvanut kiihtyvällä tahdilla viimeisinä vuosina ja erityisesti vuoden 2023 aikana, kun hyvinvointialueet ovat aloittaneet toimintansa.

² STM:n hallitusneuvotteluihin 2023 toimittama aineisto: STM:n arvioita sote-alan henkilöstö- ja koulutustarpeesta hallituskauden aikana.

<https://stm.fi/documents/1271139/162762252/Tietopyynt%C3%B6+-STM+arvioita+sotealan+henkil%C3%B6st%C3%B6-+ja+koulutustarpeesta+hallituskauden+aikana.pdf/d626beea-4db1-ec68-04f1-07423e338872/Tietopyynt%C3%B6+-STM+arvioita+sotealan+henkil%C3%B6st%C3%B6-+ja+koulutustarpeesta+hallituskauden+aikana.pdf?version=1.0&t=1685366642985>

³ Ruskoaho J. Pahin pula on lääkäreistä ja sosiaalityöntekijöistä. KT-lehti 2/2024.

<https://www.ktlehti.fi/2024/2/pahin-pula-on-laakareista-ja-sosiaalityontekijoista>

⁴ Ks. esim. Hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttöä selvittävän verkoston raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2024:8. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5661-2>

Vuokratyövoimaan käytettyjen kustannusten kasvu on ollut nopeampaa kuin hyvinvointialueen omien henkilöstökulujen kasvu.

Vuokratyövoiman käytössä on myös merkittävää alueellista vaihtelua; erityisesti Uudenmaan alueilla työvoiman vuokrauksen osuus henkilöstökuluista on merkittävästi koko maan tasoa korkeampi. Vuonna 2022 työvoiman vuokraus oli suurinta perustason vastaanottopalveluissa, iäkkäiden kotihoidossa, somaattisessa erikoissairaanhoidossa, ympärivuorokautisissa päivystyspalveluissa sekä iäkkäiden tehostetussa palveluasumisessa. Työvoimanvuokraus on merkittävää sekä sosiaali- (erityisesti ikääntyneiden) että terveyspalveluissa. Lisäksi edellä mainituissa palveluluokissa on hyvin vaihtelevasti eri sote-ammattilaisia, eli työvoimanvuokrauksen voidaan olettaa koskevan niin lääkäreitä kuin sairaan- ja lähihoitajia.

Lähes 50 % lääkäreistä työskentelee päätoimissaan sairaalassa ja 25 % terveyskeskuksessa. Yksityisessä lääkärikeskuksessa tai -vastaanotolla työskentelee 16 % lääkäreistä ja 11 % on muussa toimipaikassa.⁵ Lääkärityövoiman vajetta on lähes kaikilla lääketieteen erikoisaloilla. Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT tiedusteli hyvinvointialueilta niiden vakanssien täyttötilannetta kyselyllä yhden lokakuun 2023 päivän aikana (taulukko 4)⁶. Sairaaloissa määrällisesti eniten vajetta eli täyttämättä olevia tehtäviä oli neurologian, ortopedian ja traumatologian, naistentautien ja synnytysten sekä lastentautien erikoisaloilla.

Yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien sisäänottomääriä on lisätty vuodesta 2011 alkaen (yhteensä n. 600 opiskelijaa) siten, että vuonna 2023 opinnot aloitti noin 760 opiskelijaa. Valmistumisprosentti on perinteisesti ollut korkea, noin 95 %. Lisätyt sisäännotot alkavat näkyä valmistuneiden määrissä 2020-luvulla, jolloin uusia lääkäreitä valmistuu noin 700 vuosittain.⁷

Kotimaisten yliopistojen lisäksi ulkomaisissa yliopistoissa opiskeli lääketiedettä yli 1100 suomalaista, joista noin 60 % suunnitteli palaavansa Suomeen.⁸ Lääkäriliitto alkoi seurata ulkomailla lääketiedettä opiskelevia suomalaisia lukuvuonna 2011–2012, jolloin heitä oli noin 300. Suosituin opiskelumaa on ollut Ruotsi (n. 300 opiskelijaa viime vuosina). Latviassa opiskelee lähes saman verran, Romaniassa noin 170 ja Virossa noin 100 suomalaista.

Taulukko 4. Hyvinvointialueiden terveyskeskuslääkäreiden virkamäärä ja vaje 10/2023.

	Erikoislääkäri- vaje %	Erikoistuvien lääkäreiden vaje %	Vaje yhteensä %	Vaje yhteensä lkm	Ostopalvelu %	Virkoja yhteensä n.

⁵ Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanne ja koulutustarve vuoteen 2035. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:21. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5395-6>

⁶ Ruskoaho J. Pahin pula on lääkäreistä ja sosiaalityöntekijöistä. KT-lehti 2/2024.

<https://www.ktlehti.fi/2024/2/pahin-pula-on-laakareista-ja-sosiaalityontekijoista>

⁷ Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanne ja koulutustarve vuoteen 2035. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:21. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5395-6>

⁸ STM:n hallitusneuvotteluihin 2023 toimittava toimittama aineisto: STM:n arvioita sote-alan henkilöstö- ja koulutustarpeesta hallituskauden aikana.

<https://stm.fi/documents/1271139/162762252/Tietopyynt%C3%B6+-STM+arvioita+sotealan+henkil%C3%B6st%C3%B6+-ja+koulutustarpeesta+hallituskauden+aikana.pdf/d626beea-4db1-ec68-04f1-07423e338872/Tietopyynt%C3%B6+-STM+arvioita+sotealan+henkil%C3%B6st%C3%B6+-ja+koulutustarpeesta+hallituskauden+aikana.pdf?version=1.0&t=1685366642985>

		en vaje %				
Terveyskeskuslääkärit - yleislääketiede	11	15	13	220	10	1724
Terveyskeskuslääkärit - geriatria	18	53	22	12	16	53
Terveyskeskuslääkärit - muu erikoisala	7	0	7	4	35	59
Terveyskeskuslääkärit - ei erikoistuneet	0	10	10	66	16	692
Yhteensä	11	13	12	312	12	2528,

On haastavaa arvioida 1.9.2023 voimaan tulleen hoitotakuusääntelyn vaikutuksia terveyskeskusten henkilöstötilanteeseen. Osin tähän vaikuttaa seurannan siirtyminen organisaatiolta toiselle. Vuoteen 2022 saakka Suomen Lääkäriliiton toteuttama Terveyskeskusten lääkäritilanne-tutkimus⁹ on siirtynyt vuodesta 2023 lähtien Kunta- ja hyvinvointialueyönantajille (KT)¹⁰. Vuoden 2023 tilanne kysyttiin lokakuun alussa eli hoitotakuusääntelyn oltua voimassa noin kuukauden. Lukuja ei ole saatu kaikilta hyvinvointialueilta ja kyselyn kattavuudeksi on arvioitu noin 60 %. Kyselyn tulosten mukaiset kuntien ja hyvinvointialueiden terveyskeskuslääkäreiden virkamäärät ja vaje vuosina 2019–2023 on esitetty taulukossa 5. Varovaisesti arvioiden vaikuttaisi siltä, että voimaan tullut hoitotakuusääntely ei ainakaan vielä tuolloin ollut juurikaan vaikuttanut terveyskeskusten lääkäritilanteeseen. Havainto olisi linjassa sen kanssa, että edellä luvussa 2.2.1 kuvatun, nyt kyseessä olevan esityksen valmistelun yhteydessä hyvinvointialueille tehdyn kyselyn vastauksissa sekä esityksen lausuntokierroksella tuotiin esiin, että kiristettyä hoitotakuuta on pääsääntöisesti toimeenpantu toimintaa kehittämällä. Toisaalta yksikään hyvinvointialue ei ole vielä täysmäärisestä kyennyt noudattamaan voimassaolevaa hoitotakuusääntelyä ja lausuntokierroksella keskeisimpänä syynä tähän esitettiin vaikeudet henkilöstön saatavuudessa.

Taulukko 5. Kuntien ja hyvinvointialueiden terveyskeskuslääkäreiden virkamäärät ja vaje vuosina 2019-2023.

	2019	2020	2021	2022	2023
Viranhaltija työssä	2349	2286	2094	1990	1 888
Sijainen	780	916	994	1019	??
Ostopalvelut	178	178	2356	299	3010
Lääkärivaje	297	295	298	325	312

Joka neljäs hyvinvointialueen lääkäri työskentelee osa-aikaisesti. Lääkäreiden osa-aikatyö on yleistynyt viime vuosina ja yleisin syy lääkäreiden osa-aikatyön taustalla on työkuormituksen keventäminen. Tämä syy korostuu erityisesti perusterveydenhuollon lääkäreillä.

⁹ Ks. Lääkäriliitto: Lääkärimäärä, -tarve ja -koulutus.

https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/39237/laakarimaara_for_web_2.pdf

¹⁰ Ruskoaho J. Pahin pula on lääkäreistä ja sosiaalityöntekijöistä. [KT-lehti 2/2024](https://www.ktlehti.fi/2024/2/pahin-pula-on-laakareista-ja-sosiaalityontekijoista).
<https://www.ktlehti.fi/2024/2/pahin-pula-on-laakareista-ja-sosiaalityontekijoista>

Terveyskeskuslääkäreillä on havaittu toistuvasti muita enemmän jatkuvan kiireen, hallitsemattoman työmäärän ja resurssipulan aiheuttamaa kuormitusta.¹¹

Sosiaali- ja terveydenhuollon työmarkkinanäkymiä tarkastellaan myös kerran vuodessa julkaistavassa työvoimabarometrissä (<https://tyovoimabarometri.fi/>). Työvoimabarometrin tavoitteena on tuottaa laadukasta ja kattavaa lyhyen aikavälin tietoa työvoima- ja osaamistarpeista eri toimijoille. Siinä keskitytään alueiden ja toimialojen keskeisiin tulevaisuuden näkymiin ja työvoimatarpeisiin. Vuoden 2023 työvoimabarometrin arvion mukaan 10 suurimman pula-alan ammatin joukossa on neljä sote-alan ammattiryhmää. Eniten pulaa oli sairaanhoitajista ym., lähihoitajista, yleislääkäreistä sekä kodinhoitajista (kotipalvelutoiminta). Merkillepantavaa on se, että työvoiman ylitarjonta-ammattien kohdalla ole lainkaan sote-ammattilaisia (Työvoiman kohtaanto ja saatavuus -sovellus). Verrattuna muihin toimialoihin, Sote-toimialalla on paljon rekrytointeja ja vaihtuvuutta. Tämä selittyy pitkälti toimialan suuruudella ja työvoimapolulla.

Työ- ja elinkeinoministeriön toimialaraportin (2024:2) mukaan vuonna 2022 sote-toimiala oli toimialoista suurin rekrytoija. Ala haki yhteensä 157 000:tta henkilöä. Määrä on kuitenkin noin 3 500 vähemmän kuin vuonna 2021. Työllisyys vahvistui sote-toimialalla 5 000 henkilöllä, eli noin 1,2 prosentilla vuonna 2022. Valtaosa sote-toimialan rekrytoinneista on ollut poistuman tai vaihtuvuuden korvaamista (yhteensä yli 70 %) ja vain hieman alle 30 prosentissa rekrytoinnin syynä on ollut uusi työpaikka. Sote-toimialalle haettiin silti määrällisesti eniten työvoimaa uusiin työpaikkoihin (36 000) verrattuna muihin toimialoihin. Määräaikaisten työsuhteiden osuus (> 50 %) viimeisimmässä rekrytoinnissa on hieman suurempi kuin vakituisten työsuhteiden osuus (< 50 %). Määräaikaisten ja vakituisten työntekijöiden löytäminen koettiin sote-alalla yhtä haastavaksi. Valtaosa sote-toimialan viimeksi palkatuista työntekijöistä on kuitenkin ollut kokoaikaisia (lähes 90 %). Tilastokeskuksen työssäkäyntitietojen mukaan sote-palvelualan työllisten määrä on kuitenkin jatkuvasti noussut. Esimerkiksi vuonna 2022 työllisiä oli 46 251 enemmän kuin vuonna 2012. Tästä huolimatta sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tulevaisuuden näkymät näyttävät selvitysten valossa haasteellisina. Toimialalla vallitsee syvä työvoimapula, joka saattaa pahentua tulevaisuudessa, kun työikäinen väestö vähentyy ja vastaavasti ikääntyneiden ihmisten palveluntarve kasvaa. Tähän vaikuttaa vahvasti ihmisten eläköityminen. Sote-alan ammattilaisista pelkästään hyvinvointialueilta eläköityy ennusteen mukaan seuraavan kymmenen vuoden kuluessa lähes 56 000 ammattilaista. Näistä kuitenkin vain noin 36 600 henkilöä on jäämässä vanhuuseläkkeelle ja osa- tai täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle ennustetaan jäävän peräti 19 368 sote-ammattilaista.

Lääkäriliiton, KT:n ja THL:n vuoden 2022 terveyskeskusten lääkärin tehtävien määrä suhteessa asukasmäärään oli vuonna 2022 keskimäärin 1361 asukasta/lääkärin tehtävä (sisältäen ulkoistuksin ja ostopalveluin hoidetut tehtävät). Tilanne hyvinvointialueilla vaihtelevat siten, että asukasmäärä terveyskeskuslääkärin 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 terveyskeskuslääkärin tehtävää kohden olivat Keski-Suomen, Keski-Pohjanmaan, Lapin, Etelä-Savon, Pohjois-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueilla (noin 1010–1200 asukasta/ lääkäri tehtävä).

¹¹ Ks. Lääkäriliitto: Lääkärimäärä, -tarve ja -koulutus.
https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/39237/laakarimaara_for_web_2.pdf

Hammaslääkäritilannetta on syksyllä 2023 selvittäneet sekä KT että Hammaslääkäriliitto. Menetelmäeroista ja aineiston kattavuuden eroista johtuen tulokset ovat jossain määrin erilaisia. KT:n mukaan vuonna 2023 hammaslääkäreitä puuttui perusterveydenhuollosta 7,5 prosenttia. Hammaslääkäriliiton kyselyssä kattavamman vastaajamäärän mukaan hammaslääkäreitä puuttui terveystieteistä 11,7 prosenttia.

2.2.3.3 Toimenpiteitä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöväjään 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 kohdennetut 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. Keskeisinä ehdotuksina olivat henkilöstön riittävyyttä ja saatavuutta koskevan tietopohjan parantaminen, henkilöstön motivointi ja työhyvinvoinnin parantaminen, työnjaon sujuvuuden tarkastelu sekä digitalisaation vahvistaminen.

Pääministeri Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaisesti on käynnistetty sosiaali-, terveys- ja pelastusalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaamiseksi Hyvän työn ohjelma vuosille 2024–2027. Ohjelma täydentää ja laajentaa edellisen vaalikauden sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden -ohjelman työtä, ja sisältää päätyneen 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 vahvistetaan rekrytointia mukaan lukien EU/ETA-maiden ulkopuolella koulutettujen ammattihenkilöiden ammattioikeuden saamisen sujuvoittaminen. 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 omaa osaamista vastaavaan työhön, selkeytetään työnjakoa ja tarkastellaan kelpoisuusehtoja.

Yleislääketieteen erikoislääkäreiden määrää on tarpeen lisätä. Yleislääketieteen erikoislääkärien osaamisella on keskeinen merkitys laadukkaaseen hoidon toteuttamiseen lisäksi myös uusien erikoislääkärien kouluttamisessa.

2.2.4 Tilastotietoa perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsystä

THL julkaisee perusterveydenhuollon hoitoonpääsystä sekä säännöllisesti päivittyvät tietokantaraportit että kahdesti vuodessa julkaistavan tilastoraportin Avohilmo-rekisteriin tulleista tiedoista. Rekisteritietoja täydennetään vuosittaisella perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon hoitoonpääsyn kyselyllä. Perusterveydenhuollon hoitoonpääsystä tarkastellaan hoidon tarpeen arvioinnista käyntiin terveydenhuoltolain mukaisesti. Avohilmo-rekisteriin toimitetuista perusterveydenhuollon asiointitiedoista muodostetaan hoitoonpääsyn

tietokantaraportteja. Suun terveydenhuollosta on tehty erilliset tietokantaraportit. Tiivistet ja kuutiot päivittyvät kuukausittain.

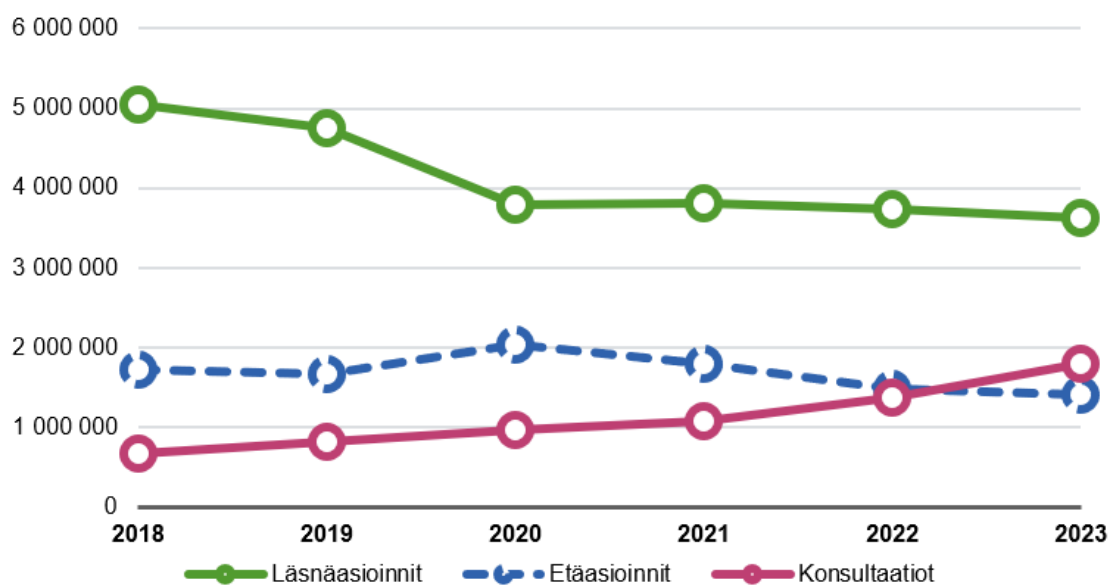
Hoitoonpääsyä tarkastellaan tässä luvussa pääosin uusimman THL:n hoitoonpääsyraportin (Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2024 -tilastoraportin, THL:n tilastoraportti 28/2024, <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024060343152>) perusteella.

2.2.4.1 Hoitoonpääsyn yleiskuva ja ajallinen kehitys

Jollei tosin sanota, luvussa esitettävät tiedot kattavat sekä hyvinvointialueiden, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön että vankiterveydenhuollon hoitoonpääsytiedot ja sekä läsnä- että etävastaanotot.

Julkisessa perusterveydenhuollossa yhä useammin hoitaja hoitaa potilaan lääkäriä konsultoiden. Lääkärien konsultaatioiden määrä lisääntyi vuosina 2019–2023 samalla kun läsnäasiointit ovat vähentyneet. Vuodesta 2021 alkaen myös etäasiointien määrä vähentyi siten, että vuosina 2022–2023 lääkärin etäasiointien määrä oli vähäisempi kuin koronapandemiaa edeltävinä vuosina 2018–2019. (Kuvio 1.)

Kuvio 1. Lääkärin avosairaanhoidon* kiireettömien läsnäasiointien, etäasiointien ja konsultaatioiden lukumäärät vuosina 2018–2023

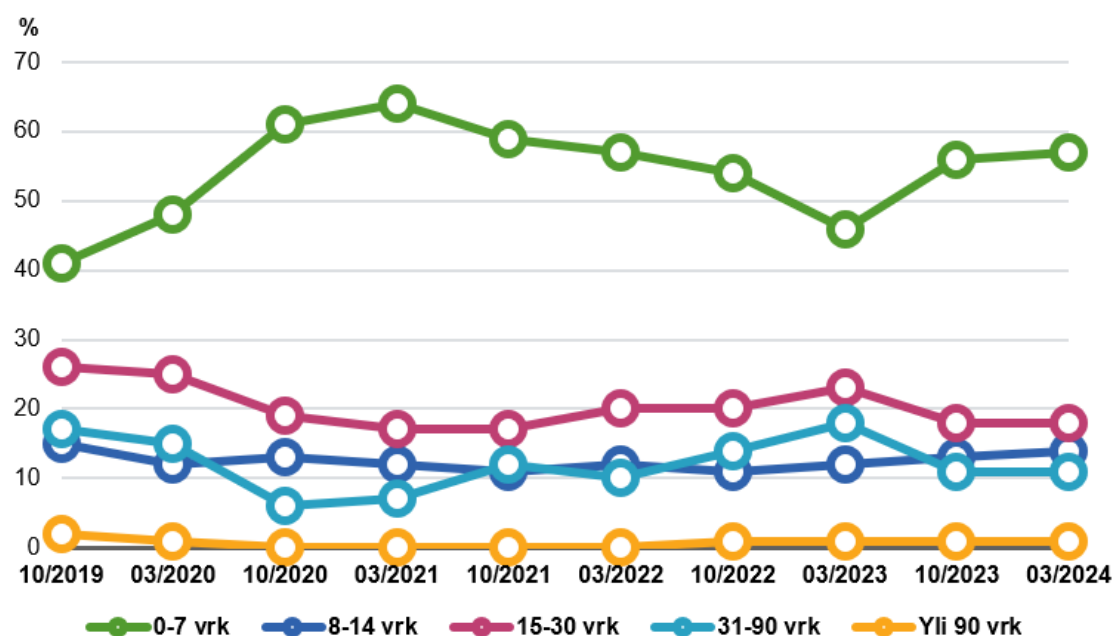


*Mukana yksilökäynnit. Seuraavien alueiden tiedoissa on laajempia puutteita: Vantaa (v. 2019 alkaen) Helsinki, Kerava ja Kauniainen (v. 2021 alkaen).

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitoonpääsykäynneistä 91 prosenttia toteutui 14 vuorokauden kuluessa laillistetulle terveydenhuollon ammattihenkilölle maaliskuussa 2024, kun osuus oli 80 prosenttia maaliskuussa 2023. 14 vuorokauden enimmäisajan käynneistä 72 prosenttia toteutui sairaanhoitajille tai terveydenhoitajille.

Hoitoonpääsyn enimmäisaikojen tiukennettua 1.9.2023 alkaen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään lääkärin hoitoon tai tutkimukseen pääsi selvästi aiempaa nopeammin. Maaliskuussa 2024 perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömistä lääkärikäynneistä 71 prosenttia toteutui kahden viikon kuluessa asiakkaan yhteydenotosta ja hoidon tarpeen arvioinnista, osuus oli 13 prosenttiyksikköä suurempi kuin maaliskuussa 2023. Hoitoonpääsyn enimmäisaikojen tiukentaminen nopeutti eniten juuri lääkärille pääsyä. (Kuvio 2.)

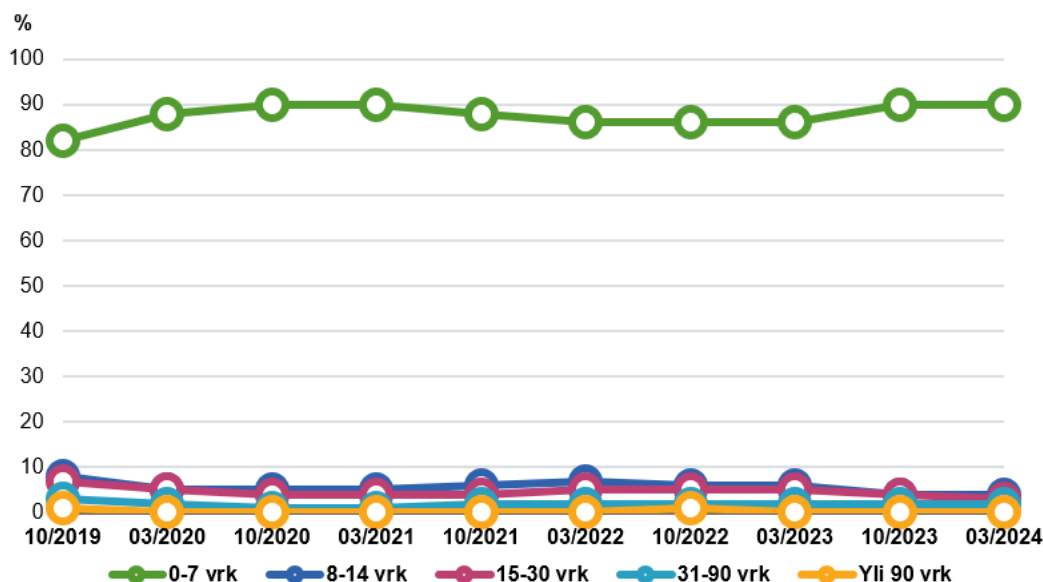
Kuvio 2. Avosairaanhoidon kiireettömien lääkärin hoitoonpääsykäyntien* odotusaikojen osuudet 10/2019–03/2024, %



* Läsna- ja etäasioinnit sekä uuden ja vanhan lainsäädännön mukaiset käynnit. Tiedot puuttuvat Kainuun hyvinvointialueelta.

Avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyssä sairaanhoitajille tai terveydenhoitajille pitkiä odotusaikoja oli selvästi vähemmän kuin lääkäreillä. 1.9.2023 voimaan tullut hoitoonpääsyn ensimmäisen käynnin enimmäisajan tiukentuminen kolmesta kuukaudesta 14 vuorokauteen näkyi lokakuussa 2023 siten, että sekä viikossa että kahdessa viikossa toteutuneiden hoitoonpääsykäyntien osuus lisääntyi aiemmasta. Kahden viikon enimmäisajassa toteutuneiden hoitoonpääsykäyntien osuus oli 95 prosenttia maaliskuussa 2024 samoin kuin lokakuussa 2023. Maaliskuussa 2023 osuus oli 92 % prosenttia eli hoitoon pääsi enimmäisaikojen tiukentumisen jälkeen aiempaa nopeammin. (Kuvio 3.)

Kuvio 3. Avosairaanhoidon kiireettömien sairaanhoitajien tai terveydenhoitajien hoitoonpääsykäyntien* odotusaikojen osuudet 10/2019–3/2024, %



* Mukana Läsä- ja etäasioinnit sekä uuden ja vanhan lainsäädännön mukaiset käynnit. Tiedot puuttuvat Kainuun hyvinvointialueelta.

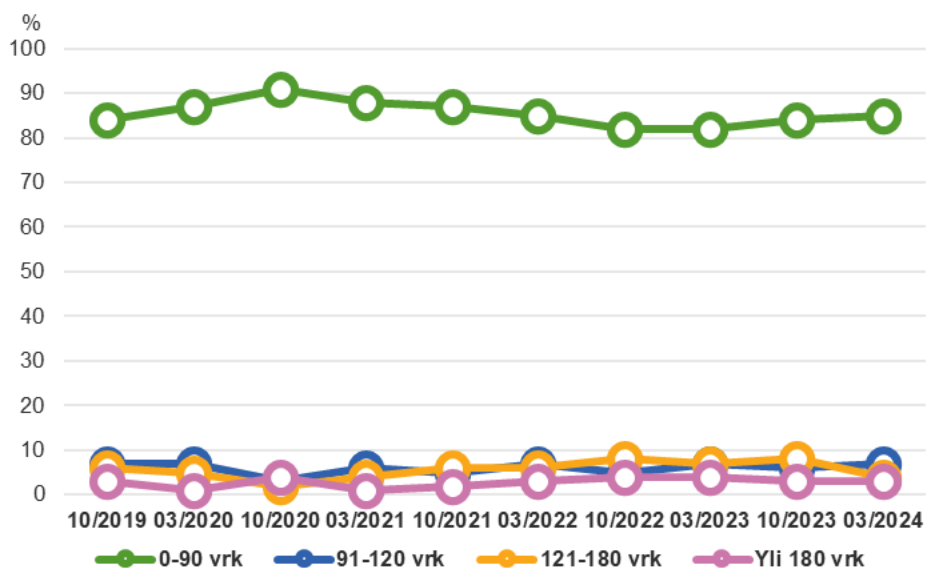
14 vuorokauden enimmäisaikaan kuuluvien hoitoonpääsykäyntien lukumäärä oli maaliskuussa 2024 kahdeksan prosenttiyksikköä suurempi kuin lokakuussa 2023 eli tietoja saatiin rekisteriin selvästi aiempaa enemmän.

Hyvinvointialueiden avosairaanhoidon lääkärin hoitoonpääsyn jatkokäynneistä 76 prosenttia toteutui seitsemän vuorokauden enimmäisajassa maaliskuussa 2024.

Osassa hoitoonpääsyn käyntejä oli kolmen kuukauden enimmäisaika, esimerkiksi terveystarkastuskäynneissä ajokorttia varten. Maaliskuussa 2024 näistä käynneistä 99 prosenttia toteutui enimmäisajassa.

Neljässä kuukaudessa hammaslääkärin käynnille pääsi 2023 maaliskuussa 89 prosenttia asiakkaista, kun 2024 maaliskuussa osuus oli 92 prosenttia. Muutaman vuoden takaisin osuuksiin ei kuitenkaan olla päästy. Vuosina 2020–2021 neljässä kuukaudessa hoitoon pääsi 94 prosenttia odottaneista. (Kuvio 4.) Näinä vuosina hoitotakuun piiriin kuuluvien hammaslääkärikäyntien lukumäärä oli kuitenkin huomattavasti pienempi: 2020 maaliskuussa käyntejä oli noin 33 000 ja 2024 maaliskuussa noin 46 000. Lisäksi covid-19-pandemian aikana vuosina 2020–2021 kiireetöntä hoitoa lykättiin, mutta hakeuduttiin sellaiseen kiireettömäksi luokiteltuun hoitoon, joka ei voinut odottaa hoitotakuun enimmäisaikaa.

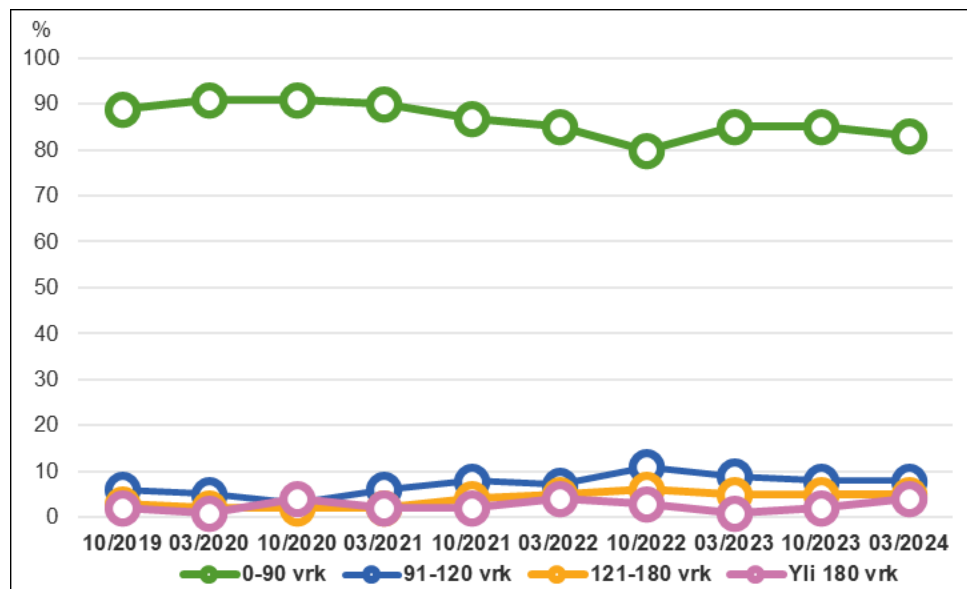
Kuvio 4. Suun terveydenhuollon kiireettömien hoitoonpääsykäyntien* odotusaikojen osuudet hammaslääkärille 10/2019–03/2024, %



* Mukana Läsnä- ja etäasioinnit sekä uuden ja vanhan lainsäädännön mukaiset käynnit. Tiedot puuttuvat Kainuun hyvinvointialueelta.

Enimmäisaikojen tiukentuminen 1.9.2023 kuudesta kuukaudesta neljään kuukauteen suuhygienistikäynnille ei näyttäisi lyhentäneen odotusaikoja. Lokakuussa 2023 neljässä kuukaudessa suuhygienistille pääsi noin 93 prosenttia asiakkaista, kun taas maaliskuussa 2024 osuus oli 91 prosenttia. Vuosina 2020–2021 neljässä kuukaudessa suuhygienistille pääsi noin 95 prosenttia asiakkaista. Hoitotakuun piiriin kuuluvat suuhygienistikäynnit eivät olleet ratkaisevasti matalammat koronapandemian aikana. (Kuvio 5.) Maaliskuun 2024 suuhygienistitiedoista puuttuivat Helsingin, Vantaan ja Keravan tiedot aikasarjasta lokakuusta 2021 alkaen. Syynä on potilastietojärjestelmän ongelmat ammattitiedon toimittamisessa THL:lle.

Kuvio 5. Suun terveydenhuollon kiireettömien hoitoonpääsykäyntien* odotusaikojen osuudet suuhygienistille 10/2019–03/2024, %



* Mukana Läsnä- ja etäasioinnit sekä uuden ja vanhan lainsäädännön mukaiset käynnit. Tiedot puuttuvat Kainuun hyvinvointialueelta ja 10/2021 alkaen myös Helsingin, Vantaan ja Keravan tiedoista.

Maaliskuussa 2024 raportoiduista jatkokäynneistä hammaslääkärille toteutui hyvinvointialueilla neljän viikon kuluessa 59 prosenttia, mutta näitä käyntejä oli kirjattu hyvinvointialueilla vasta vähän (518 kappaletta). Lisäksi on huomioitava, että jatkokäynti hammaslääkärille voi voimassa olevan hoitotakuusäädännön mukaisesti toteutua vaihtoehtoisesti neljän kuukauden kuluessa alkuperäisestä hoidon tarpeen arviosta. Maaliskuussa 2024 raportoiduista jatkokäynneistä perusterveydenhuollon erikoishammaslääkärille toteutui hyvinvointialueilla kolmessa kuukaudessa 76 prosenttia, mutta myös näitä käyntejä oli kirjattu hyvinvointialueilla vasta vähän (153 kappaletta).

Covid-19-epidemia vaikutti erittäin paljon perusterveydenhuollon toimintaan vuosina 2020–2021 ja vaikeuttaa rekisteri- ja tilastotietojen käyttöä. Hoidon tarjontaa supistettiin, mutta myös kysyntä väheni. Toisaalta vaikka käynnit useissa palveluissa vähentyivät, perusterveydenhuollossa toteutettiin myös esimerkiksi covid-19-testausta ja -rokotuksia, jotka näkyvät tilastoinnissa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käyntisuoritteina. Epidemian vaikutuksesta käynnit terveyskeskuksissa vähenivät. Terveyskeskuksien avosairaanhoidon fyysisten käyntien määrä ilman yksityisten palveluntuottajien käyntejä laski vuonna 2020 edellisvuoteen verrattuna noin 17,5 prosenttia. Käyntimäärät lisääntyivät vähitellen elokuusta 2020 lähtien.

Perusterveydenhuollossa käyntimäärät vähenivät covid-19-epidemian vuoksi eniten koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa (24,6 prosenttia), suun terveydenhuollossa (21,3 prosenttia) sekä fysioterapiassa (19,9 prosenttia). Suun terveydenhuollossa käynnit hammaslääkärillä vähenivät 18,4 prosenttia, suuhygienistillä 29,3 prosenttia ja hammashoitajalla 15,3 prosenttia. Vaikka covid-19-epidemian hallintaan ja potilaiden hoitoon liittyvät suoritteet on pyritty erottamaan muusta toiminnasta omalla tilastoinnillaan, on todellisuudessa tiedoissa huomattavaa epävarmuutta. Covid-19 -suoritteita on saattanut kirjautua avosairaanhoidon ja ennalta ehkäisevään terveydenhuoltoon ja vastaavasti covid-19-tilastoduilla käynneillä on osin voitu hoitaa muitakin asioita.

2.2.4.2 Hoitoonpääsy hyvinvointialueiden avosairaanhoidon

Avohilmoon saatujen tietojen mukaan maaliskuussa 2024 niistä saaduista hyvinvointialueiden avosairaanhoidon hoitoonpääsykäynneistä, jotka laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön tekemän hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tulisi toteutua 14 vuorokauden sisällä laillistetulle terveydenhuollon ammattihenkilölle, 91 prosenttia toteutui 14 vuorokauden kuluessa. Suurin osa 14 vuorokauden enimmäisajan hoitoonpääsykäynneistä toteutui jo viikon kuluessa.

Hyvinvointialuekohtaisesti tarkasteltaessa niiden hoitoonpääsykäyntien, jotka laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön tekemän hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tuli toteutua 14 vuorokauden sisällä, enimmäisajassa toteutumisen osuudet olivat korkeimpia Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella (96 prosenttia hoitoonpääsykäynneistä). Tämän enimmäisajan ylityksiä oli kaikilla hyvinvointialueilla. Heikoimmin 14 vuorokauden enimmäisajassa hoitoon pääsi Etelä-Karjalan hyvinvointialueella (66 prosenttia hoitoonpääsykäynneistä) ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella (70 prosenttia hoitoonpääsykäynneistä). (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Hoitoonpääsyn osuudet hyvinvointialueiden avosairaanhoidoon* 14 vuorokauden kuluessa maaliskuussa 2024, %

Hyvinvointialue	0–14 vrk (%)
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	96
Satakunnan hyvinvointialue	94
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	94
Lapin hyvinvointialue	91
Etelä-Savon hyvinvointialue	91
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue	90
Kymenlaakson hyvinvointialue	88
Pirkanmaan hyvinvointialue	88
Pohjanmaan hyvinvointialue	87
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	87
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	87
Pohjois-Savon hyvinvointialue	86
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	86
Helsingin kaupunki	86
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	86
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	84
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue	82
Keski-Suomen hyvinvointialue	81
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	74
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	70
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	66
Yhteensä	88

*Läsnä- ja etäasioinnit, joita edeltävä hoidon tarpeen arviointi oli tehty 1.9.2023 jälkeen. Kaikki laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt. Tiedot puuttuvat Kainuun hyvinvointialueelta.

Avosairaanhoidon kiireettömistä lääkärien hoitoonpääsykäynneistä 58 prosenttia toteutui kahden viikon enimmäisajassa maaliskuussa 2023 ja 71 prosenttia maaliskuussa 2024. Lääkäreiden käynneistä 57 prosenttia toteutui jo viikon kuluessa.

Enimmäisajan ylityksiä oli saaduissa tiedoissa kaikilla hyvinvointialueilla ja Helsingissä. Kahden viikon enimmäisajassa toteutettavista lääkärikäynneistä toteutuneiden käyntien osuus oli pienin Helsingissä (42 prosenttia) ja suurin Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella (93 prosenttia). (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Avosairaanhoidon lääkärin kiirettömään hoitoon* 14 vuorokauden enimmäisajassa toteutuneiden ja enimmäisajan ylittäneiden osuudet hyvinvointialueittain maaliskuussa 2024, %

Hyvinvointialue	0–14 vrk (%)
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	93
Satakunnan hyvinvointialue	88
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	84
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	81
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	80
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	77
Lapin hyvinvointialue	77
Pirkanmaan hyvinvointialue	74
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	72
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue	71
Etelä-Savon hyvinvointialue	69
Pohjanmaan hyvinvointialue	67
Keski-Suomen hyvinvointialue	66
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	62
Pohjois-Savon hyvinvointialue	61
Kymenlaakson hyvinvointialue	61

Etelä-Karjalan hyvinvointialue	55
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	53
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	49
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue	44
Helsingin kaupunki	42
Yhteensä	71

*Läsnä- ja etäasioinnit, joita edeltävä hoidon tarpeen arviointi oli tehty 1.9.2023 jälkeen. Tiedot puuttuivat Kainuun hyvinvointialueelta.

Avohilmoon hyvinvointialueilta saatujen käyntitietojen mukaan avosairaanhoidossa 14 vuorokauden enimmäisajassa toteutettavista lääkärikäynneistä 42 prosenttia toteutui etäasointina. Etäasioinneissa oli isoja hyvinvointialuekohtaisia eroja. Pohjois-Karjalassa näitä kiireettömiä lääkärin toteuttamia hoitoonpääsykäyntejä toteutui eniten (70 prosenttia) etäasioiden. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Hyvinvointialueiden avosairaanhoidon lääkäreiden etäasointina toteuttamien hoitoonpääsykäyntien* osuus kaikista 14 vuorokauden enimmäisajassa toteutettavista hoitoonpääsykäynneistä maaliskuussa 2024, %

Hyvinvointialue	%
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	4
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	5
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	7
Helsingin kaupunki	7
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	13
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	14
Lapin hyvinvointialue	21
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue	23
Pohjanmaan hyvinvointialue	24
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	30

Kymenlaakson hyvinvointialue	31
Etelä-Savon hyvinvointialue	33
Keski-Suomen hyvinvointialue	38
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	39
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	41
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue	52
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	52
Satakunnan hyvinvointialue	54
Pohjois-Savon hyvinvointialue	57
Pirkanmaan hyvinvointialue	63
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	70
Yhteensä	42

*Hoidon tarpeen arviointi on tehty 1.9.2023 jälkeen. Tiedot puuttuivat Kainuun hyvinvointialueelta.

Maaliskuussa 2024 niistä Avohilmoon saaduista hoitoonpääsykäynneistä, jotka laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön tekemän hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tuli toteutua 14 vuorokauden sisällä sairaanhoitajalle tai terveydenhoitajalle 95 prosenttia toteutui kahden viikon kuluessa. Huonoin tilanne oli Etelä-Karjalan hyvinvointialueella (79 prosenttia) ja paras Helsingissä (99 prosenttia) ja Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella (98 prosenttia). Enimmäisaikojen ylityksiä oli kaikilla hyvinvointialueilla. Kainuun hyvinvointialueen tiedot puuttuivat. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Avosairaanhoidon sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan kiireettömään hoitoon* 14 vuorokauden enimmäisajassa toteutuneiden ja enimmäisajan ylittäneiden osuudet hyvinvointialueittain maaliskuussa 2024, %

Hyvinvointialue	0–14 vrk (%)
Helsingin kaupunki	99
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	98
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue	97

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	97
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	97
Satakunnan hyvinvointialue	96
Kymenlaakson hyvinvointialue	96
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue	96
Lapin hyvinvointialue	95
Etelä-Savon hyvinvointialue	95
Pirkanmaan hyvinvointialue	94
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	93
Pohjanmaan hyvinvointialue	93
Pohjois-Savon hyvinvointialue	92
Keski-Suomen hyvinvointialue	92
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	92
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	91
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	91
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	89
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	87
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	79
Yhteensä	95

*Läsnä- ja etäasioinnit, joita edeltävä hoidon tarpeen arviointi oli tehty 1.9.2023 jälkeen. Tiedot puuttuivat Kainuun hyvinvointialueelta.

Hyvinvointialueiden avosairaanhoidon sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien 14 vuorokauden hoitoonpääsykänneistä 72 prosenttia toteutui etäasiointina. Avohilmoon saaduissa tiedoissa etäasioinneissa oli isoja hyvinvointialuekohtaisia eroja. Helsingissä (96 prosenttia) sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella (91 prosenttia) pääosa hoitoonpääsyn hoitotapahtumista hoitajille toteutui etäasioiden, kun Etelä-Pohjanmaan ja Etelä-Karjalan hyvinvointialueilla pääosa hoitoonpääsykänneistä toteutui läsnäasiointina. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Hyvinvointialueiden avosairaanhoidon sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien etäasiointina toteuttamien hoitoonpääsykäyntien* osuus kaikista 14 vuorokauden enimmäisajassa toteutettavista hoitoonpääsykäynneistä maaliskuussa 2024, %

Hyvinvointialue	%
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	8
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	9
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	17
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	35
Pohjanmaan hyvinvointialue	40
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	50
Lapin hyvinvointialue	60
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	61
Keski-Suomen hyvinvointialue	64
Pirkanmaan hyvinvointialue	69
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	69
Kymenlaakson hyvinvointialue	74
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	75
Pohjois-Savon hyvinvointialue	75
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	76
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue	79
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	80
Satakunnan hyvinvointialue	80
Etelä-Savon hyvinvointialue	86
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue	91
Helsingin kaupunki	96
Yhteensä	72

*Hoidon tarpeen arviointi on tehty 1.9.2023 jälkeen. Tiedot puuttuivat Kainuun hyvinvointialueelta.

Ensimmäistä 14 vuorokauden kuluessa toteutettavaa hoitoonpääsykäyntiä tarvittaessa seuraava lääkärikäynti tuli toteutua 1.9.2023 alkaen seitsemän vuorokauden kuluessa. Maaliskuussa 2024 näitä lääkärin jatkokäyntejä toteutui hyvinvointialueilla edelleen vähän (724 kappaletta). Lääkärin jatkokäynneistä 76 prosenttia toteutui seitsemän vuorokauden kuluessa jatkohoidon tarpeen toteamisesta.

Maaliskuussa 2024 hoitoonpääsykäynneistä, joissa terveydenhuollon ammattilainen oli arvioinut, että avosairaanhoitoon tuli päästä kolmen kuukauden kuluessa, 99 prosenttia toteutui lain mukaisessa enimmäisajassa. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Hoitoonpääsy hyvinvointialueiden avosairaanhoitoon* 3 kuukauden kuluessa maaliskuussa 2024, %

Hyvinvointialue	0–3 kk (%)
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	100
Satakunnan hyvinvointialue	100
Pohjanmaan hyvinvointialue	100
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue	100
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	100
Helsingin kaupunki	100
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue	99
Pohjois-Savon hyvinvointialue	99
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	99
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	99
Pirkanmaan hyvinvointialue	99
Lapin hyvinvointialue	99
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	99
Keski-Suomen hyvinvointialue	98
Etelä-Savon hyvinvointialue	95

Yhteensä	99
-----------------	-----------

*Hoidon tarpeen arviointi on tehty 1.9.2023 jälkeen. Tiedot puuttuivat seitsemältä hyvinvointialueelta.

2.2.4.3 Hoitoonpääsy hyvinvointialueiden suun terveydenhuoltoon

Tämä luku sisältää hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin toteutuneet suun terveydenhuollon hoitoonpääsytiedot. Kainuun hoitoonpääsyn tietojen kattavuus on niin pieni, ettei niitä esitetä taulukoissa ja kuvioissa. Suuhygienistikäyntien tiedot Helsingin kaupungin sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueelta on lähetetty hammashoitajakäynteinä potilastietojärjestelmän ongelmien takia lokakuusta 2021 alkaen. Nämä tiedot puuttuvat suuhygienistikäyntejä esittävissä tiedoissa.

Tässä luvussa tarkastellaan vanhan, 31.8.2023 voimassa olleen, ja 1.9.2023 voimaan tulleen terveydenhuoltolain mukaisia toteutuneita käyntejä yhdessä. Aiemman lain mukaiset käynnit, joissa siis hoidon tarpeen arviointi oli tehty ennen 1.9.2023 ja käynti toteutui maaliskuussa 2024, olivat kaikki sellaisia, joissa odotusaika ylitti kuusi kuukautta. Maaliskuussa 2024 käynneistä uuden ongelman vuoksi kiireettömään hoitoon suun terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle toteutui neljän kuukauden enimmäisajassa 93 prosenttia. (Taulukko 12.) Verrattuna vuoden takaiseen maaliskuun 2023 tilanteeseen neljän kuukauden enimmäisajassa toteutui kolme prosenttiyksikköä suurempi osuus hoitoonpääsykäynneistä.

Maaliskuussa 2024 hammaslääkärin vastaanotolle toteutui alle neljän kuukauden enimmäisajassa 93 prosenttia käynneistä. Tämä osuus oli kolme prosenttiyksikköä suurempi kuin vuotta aiemmin maaliskuussa 2023.

Maaliskuussa 2024 suuhygienistin hoitoon toteutui alle neljän kuukauden enimmäisajassa 91 prosenttia käynneistä, kun osuus oli 94 prosenttia maaliskuussa 2023.

Maaliskuussa 2024 hyvinvointialueittain tarkasteltaessa alle neljän kuukauden enimmäisajassa toteutuneiden käyntien osuus näytti korkeimmalta Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella (100 prosenttia), mutta hoitoonpääsyn seurantaan kuuluvien käyntien kattavuus oli melko pieni (9 prosenttia). Yli 97 prosenttia käynneistä neljän kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista käyntiin toteutui Keski-Pohjanmaan lisäksi Päijät-Hämeen, Keski-Suomen ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueilla. Pienin osuus käynneistä neljän kuukauden enimmäisajassa toteutui Pohjanmaan hyvinvointialueella (73 prosenttia).

Taulukko 12. Kiireettömien hoitoonpääsykäyntien* odotusaikojen osuudet hyvinvointialueittain, kaikki ammattiryhmät, maaliskuu 2024, %

Hyvinvointialue	0–4 kk (%)
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	100
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	99

Keski-Suomen hyvinvointialue	98
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	98
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	97
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue	97
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	97
Lapin hyvinvointialue	96
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	96
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	96
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue	95
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	95
Etelä-Savon hyvinvointialue	94
Satakunnan hyvinvointialue	93
Kymenlaakson hyvinvointialue	91
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	89
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	88
Helsingin kaupunki	85
Pohjois-Savon hyvinvointialue	84
Pirkanmaan hyvinvointialue	81
Pohjanmaan hyvinvointialue	73
Yhteensä	93

*Terveystieteiden laitoksen muutosta 1.9.2023 ei ole huomioitu. Tiedot puuttuivat Kainuun hyvinvointialueelta.

1.9.2023 alkaen terveydenhuoltolain 51 b § mukaan, jos potilas oli ohjattu hoidon tarpeen arvioinnin perusteella ensin muulle suun terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille, ja ammattihenkilö totesi tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille oli järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta tai neljän kuukauden kuluessa alkuperäisestä potilaan yhteydenotosta ja hoidon tarpeen arvioinnista. Näiden käyntien kirjaaminen edellytti, että palveluntuottajalla on käytössään

1.9.2023 voimaan tulleen terveydenhuoltolain edellyttämä hoidon tarpeen arvioinnin tulosluokitus, mikä lokakuussa vielä puuttui osasta potilastietojärjestelmiä. Maaliskuussa 2024 jatkokäyntejä hammaslääkärille neljän viikon kuluessa oli kirjattu hyvinvointialueilla yhteensä 518, joista 59 prosenttia toteutui alle neljässä viikossa.

1.9.2023 alkaen terveydenhuoltolain 51 b § 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. Näiden käyntien kirjaaminen edellytti, että palveluntuottajalla on käytössään 1.9.2023 voimaan tulleen terveydenhuoltolain edellyttämä hoidon tarpeen arvioinnin tulosluokitus, mikä lokakuussa vielä puuttui suuresta osasta potilastietojärjestelmiä. Maaliskuussa 2024 jatkokäyntejä perusterveydenhuollon erikoishammaslääkärille oli hyvinvointialueilla toteutunut 153 käyntiä, joista alle kolmessa kuukaudessa oli toteutunut 76 prosenttia.

2.2.4.4 Hoitoonpääsy hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon muihin avohoidon palveluihin

Tässä luvussa raportoidaan niitä hyvinvointialueiden hoitoonpääsytietoja, joissa hoidon tarpeen arviointi oli tehty 1.9.2023 jälkeen. Tiedot puuttuivat kokonaan Kainuun hyvinvointialueelta.

Hyvinvointialueiden muissa palvelumuodoissa kuin avosairaanhoidossa tai suun terveydenhuollossa toteutui maaliskuussa 2024 noin 85 000 sellaista hoitoonpääsykäyntiä laillistetuille terveydenhuollon ammattihenkilöille, joissa ammattilaisen arvion mukaan hoitoon tuli päästä 14 vuorokauden kuluessa. Kaikki rekisteriin saadut hoitoonpääsykäynnit yhteen laskien eniten 14 vuorokauden enimmäisajan ylityksiä prosentuaalisesti oli ravitsemusterapia- (69 prosenttia), puheterapia- (38 prosenttia), fysioterapia- (27 prosenttia) ja mielenterveystyökäyntien (27 prosenttia) toteutumisessa (Taulukko 13).

Taulukko 13. Hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon hoitoonpääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutumisen osuudet eri palvelumuodoissa* maaliskuussa 2024, %

Palvelumuoto	0–14 vrk (%)
Äitiysneuvola	99
Kotisairaanhoito	98
Apuvälinepalvelu	97
Kouluterveydenhuolto	97
Kotisairaala	96
Lastenneuvola	95
Muu terveydenhoito	89
Päihdetyö	88

Kasvatus- ja perheneuvola	88
Opiskeluterveydenhuolto	87
Toimintaterapia	81
Muut neuvolapalvelut	81
Muu kuntoutus ja erityisterapia	76
Mielenterveystyö	73
Fysioterapia	73
Puheterapia	62
Ravitsemusterapia	31

*Läsnä- ja etäasioinnit, joita edeltävä hoidon tarpeen arviointi oli tehty 1.9.2023 jälkeen. Tiedot puuttuivat Kainuun hyvinvointialueelta. Taulukossa on ne palvelumuodot, joissa hoitoonpääsykäyntejä oli yli 150. Palvelumuotokohtaisia puutteita on kuvattu tekstissä.

2.2.4.5 Hoitoonpääsy Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) palveluihin

Maaliskuussa 2024 hoitoonpääsy lääkärille toteutui 14 vuorokauden enimmäisajassa vaihdellen YTHS:n Itäisen alueen 28 prosentista Digitaalisten ja etäpalvelujen yksikön 91 prosenttiin. Suurin osa enimmäisajan sisällä toteutetuista hoitoonpääsykäynneistä toteutui jo viikon kuluessa. Enimmäisajan ylityksiä oli kaikilla YTHS:n alueilla. (Taulukko 14.) Lääkäriin 14 vuorokauden enimmäisajan hoitoonpääsykäynneistä 49 prosenttia toteutui etäasiointina.

Taulukko 14. YTHS:n sairaanhoidon kiireettömien hoitoonpääsykäyntien* 14 vuorokauden enimmäisajan toteutumisen osuudet lääkärille maaliskuussa 2024, %

YTHS alue	0–14 vrk (%)
YTHS Digitaaliset palvelut	91
YTHS Keskinen	57
YTHS Pohjoinen	54
YTHS Eteläinen	50
YTHS Läntinen	42
YTHS Itäinen	28

Yhteensä	57
-----------------	-----------

*Läsnä- ja etäasioinnit, joita edeltävä hoidon tarpeen arviointi oli tehty 1.9.2023 jälkeen.

Maaliskuussa 2024 hoitoonpääsy sairaanhoitajalle tai terveydenhoitajalle toteutui 14 vuorokauden enimmäisajassa vaihdellen YTHS:n Pohjoisen alueen 67 prosentista Digitaalisten ja etäpalvelujen yksikön 96 prosenttiin. Suurin osa enimmäisaikana toteutuneista käynneistä toteutui jo viikon kuluessa. 14 vuorokauden enimmäisajan ylittäneitä käyntejä oli kaikilla YTHS:n alueilla. (Taulukko 15.) Sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan 14 vuorokauden enimmäisajan hoitoonpääsykäynneistä 57 prosenttia toteutui etäasiointina.

Taulukko 15. YTHS:n sairaanhoidon kiireettömien hoitoonpääsykäyntien* 14 vuorokauden enimmäisajan toteutumisen osuudet sairaanhoitajalle tai terveydenhoitajalle maaliskuussa 2024, %

YTHS alue	0–14 vrk (%)
YTHS Digitaaliset palvelut	96
YTHS Läntinen	90
YTHS Eteläinen	86
YTHS Keskinen	82
YTHS Itäinen	76
YTHS Pohjoinen	67
Yhteensä	83

*Läsnä- ja etäasioinnit, joita edeltävä hoidon tarpeen arviointi oli tehty 1.9.2023 jälkeen.

YTHS:ssä toimivien muiden laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden hoitoonpääsykäyntejä 14 vuorokauden enimmäisajassa oli pääasiassa fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien ryhmässä maaliskuussa 2024. Näiden ammattiryhmien hoitoonpääsykäynneistä 81 prosenttia toteutui 14 vuorokauden kuluessa.

Ensimmäistä 14 vuorokauden kuluessa toteutettavaa hoitoonpääsykäyntiä tarvittaessa seuraava lääkärikäynti tuli toteutua seitsemän vuorokauden kuluessa. Maaliskuussa 2024 näitä lääkärin jatkokäyntejä toteutui YTHS:n palveluissa 258, joista 24 prosenttia toteutui seitsemän vuorokauden enimmäisajassa.

Maaliskuussa 2024 kaikki YTHS:n opiskeluterveydenhuollon kolmen kuukauden enimmäisajan hoitoonpääsykäynnit (noin 2300) toteutettiin yhtä käyntiä lukuun ottamatta enimmäisajassa.

Käynnit kaikille suun terveydenhuollon ammattilaisille toteutuivat 97-prosenttisesti neljän kuukauden aikana hoidon tarpeen arvioinnista. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Suun terveydenhoidon neljän kuukauden enimmäisajan toteutuminen YTHS:n suun terveydenhuollon ammattilaiselle maaliskuussa 2024, %

YTHS alue	0–4 kk (%)
YTHS Itäinen	99
YTHS Läntinen	99
YTHS Eteläinen	98
YTHS Pohjoinen	98
YTHS Keskinen	90
Yhteensä	97

*Terveydenhuoltolain muutosta 1.9.2023 ei ole huomioitu.

Maaliskuussa 2024 jatkokäyntejä perusterveydenhuollon erikoishammaslääkärille kirjautui YTHS:n palveluntuottajilla kahdeksan, jotka kaikki toteutuivat kolmen kuukauden kuluessa.

2.2.4.6 Hoitoonpääsy vankiterveydenhuoltoon

Vankiterveydenhuollossa toteutui maaliskuussa 2024 14 vuorokauden enimmäisajan hoitoonpääsykäyntejä yhteensä 274, joista 191 toteutui sairaanhoitajille tai terveydenhoitajille ja 83 lääkäreille. Lääkärin 14 vuorokauden enimmäisajan hoitoonpääsykäynneistä 66 prosenttia ja sairaanhoitajien tai terveydenhoitajien käynneistä 91 prosenttia toteutui enimmäisajassa.

Vankiterveydenhuollossa suun terveydenhoidon kiireettömälle käynnille uuden ongelman takia maaliskuussa 2024 toteutui 137 käyntiä, joista käyntejä hammaslääkärille oli 103. Kaikki 137 käyntiä toteutuivat terveydenhuoltolain mukaisesti alle neljän kuukauden enimmäisajassa.

2.2.5 Hoitotakuun kiristymisen toteutuneet kustannukset

Säädettäessä hoitotakuun asteittaisesta tiukentamisesta (HE 74/2022 vp) sen toimeenpanoon osoitettiin yhteensä 73 miljoonaa euroa vuodelle 2023, 117 miljoonaa euroa vuodelle 2024, 130 miljoonaa euroa vuodelle 2025 ja 128 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien (luvut vuoden 2023 tasossa). Suurin osa tästä rahoituksesta kohdennettiin hyvinvointialueille ja loput YTHS:lle, Vankiterveydenhuollon yksikölle, Rikosseuraamuslaitokselle sekä terveydenhuollon valvontaviranomaisille.

Säädettäessä sittemmin 14 vuorokautta pysyväksi hoitoonpääsyn enimmäisajaksi perusterveydenhuollon arvosairaanhoidossa ja samalla luovuttaessa aiemmin säädetyistä enimmäisajan asteittaisesta kiristymisestä seitsemään vuorokauteen (HE 55/2023 vp)

hyvinvointialueiden rahoitusta vähennettiin 5 miljoonaa euroa vuonna 2024 ja 30 miljoonaa euroa vuodesta 2025 alkaen (luvut vuoden 2024 tasossa). Vankiterveydenhuollon yksikön rahoitusta sekä YTHS:n rahoitusta vähennettiin kumpaakin 0,3 miljoonaa euroa vuodesta 2025 alkaen (luvut vuoden 2024 tasossa).

Hallituksen esityksen 74/2022 vp perusteluissa todetaan, että vaikutusten arviointi on osoittautunut poikkeuksellisen monimutkaiseksi ja haasteelliseksi, sillä taustalla vaikuttavat useat, yhtäaikaiset ja vaikeasti ennakoitavat muutostekijät sekä niiden yhteisvaikutukset, jotka vaikuttavat ajallisesti ja alueellisesti eritavoin ja eri suuntiin. Esityksessä todettiin lisäksi, että vaikutusarvioinnin pohjaksi ei ollut mahdollista tuottaa sellaista luotettavaa, ajantasaista ja toimintaympäristön muutosten sisältämää tietopohjaa, jonka pohjalta olisi ollut mahdollista tarkasti arvioida taloudellisia vaikutuksia hoitotakuun tiukennusten voimaan tullessa tai sen jälkeen.

Hallituksen esityksessä 74/2022 vp arvioitiin hoitotakuun tiukentamisen aiheuttavan esimerkiksi jononpurkuun ja muihin muutosluonteisiin toimiin liittyviä kertaluonteisia sekä pysyviä kustannuksia. Pysyvien kustannusten arvioitiin liittyvän henkilöstön lisärekryointitarpeisiin, palveluiden hankintoihin, uusien palvelusetelijärjestelmien luontiin sekä investointeihin koskien uusia digitaalisia ratkaisuja. Näitä toteutuneita euromääräisiä kustannuksia selvitettiin hyvinvointialueille suunnatulla erillisellä kyselyllä toukokuussa 2024. Hyvinvointialueilta saatujen vastausten perusteella ei virkavalmistelun tueksi kuitenkaan saatu yksiselitteistä näkemystä siitä, mitkä ovat olleet vuoden 2023 ja vuoden 2024 hoitotakuun tiukentamiseen liittyvät euromääräiset kustannukset hyvinvointialueilla. Monien hyvinvointialueiden vastausten perusteella hoitotakuun toimeenpanoon olisi käytetty vähemmän rahaa kuin mitä hoitotakuun kiristuksen toimeenpanoon annettiin rahoitusta. Kyselyn vastauksissa nousi esille, että euromääräisiä kustannuksia on tässä kohdin vaikea arvioida, sillä uusi hoitotakuusääntely on ollut vasta lyhyen aikaa voimassa. Lisäksi kustannusten katsottiin liittyvän perusterveydenhuollon toiminnan yleiseen kehittämiseen ja digipalveluihin, jolloin kustannusten euromääräinen arviointi ja kohdentaminen hoitotakuun toimeenpanoon on haastavaa. Tämä on linjassa myös lausuntokierroksella saadun palautteen kanssa (ks. luku 6), jossa tuotiin lisäksi esiin, että hoitotakuun tiukentumisen johdosta saatua rahoitusta on osin jouduttu kohdentamaan muualle hyvinvointialueiden toimintaan kuin perusterveydenhuoltoon.

Toisaalta hoitotakuun kiristämistä koskevan hallituksen esityksen 74/2022 vp lausuntovaiheessa saadussa lausuntopalautteessa esitysluonnoksen arvioita hoitotakuun tiukennuksen vuoksi hyvinvointialueille aiheutuvista kustannuksista pidettiin yleisesti jossakin määrin tai jopa selvästi liian pieninä ja valtaosa lausujista katsoi, että tarvittava taloudellinen lisäresursointi oli arvioitu jossakin määrin tai selvästi liian pieneksi. Lausuntopalautteen perusteella hyvinvointialueiden rahoituksen lisäystä tarkastettiin ylöspäin.

Hyvinvointialueiden vuoden 2023 palveluluokkakohtaisten tilinpäätöstietojen perusteella perusterveydenhuollon kustannukset näyttäisivät nousseen erikoissairaanhoidon kustannuksia enemmän, vaikka tähän voikin olla useita eri syitä. Myös hyvinvointialueiden eri yhteyksissä raportoimien tietojen sekä joidenkin selvitysten perusteella on saatu viitteitä siitä, että esimerkiksi vuokratyövoiman käyttöön olisi hyvinvointialueilla vuonna 2023 kulunut huomattavasti arvioitua enemmän rahaa¹². Myös lausuntokierroksella yksittäisten lausujien kannanotoissa on todettu, että tiukka hoitotakuu on työvoimapulatilanteessa pakottanut

¹² Ks. esim. Hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttöä selvittävän verkoston raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2024:8. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5661-2>.

hyvinvointialueet hankkimaan ostopalveluja ja vuokratyövoimaa hyvin korkealla hinnalla (ks. luku 6). Yksikään hyvinvointialue ei myöskään ole onnistunut täysimääräisesti noudattamaan tiukentuneita hoitoon pääsyn enimmäisaikoja, joten voidaan olettaa, että niiden täysimääräinen toimeenpano maksaisi käytettyä rahasummaa enemmän.

Hoitotakuun kiristyksen toimeenpanon aiheuttamien kustannusten tarkastelua on tehty esityksen valmistelun kuluessa sosiaali- ja terveysministeriön ja valtiovarainministeriön yhteistyönä muun muassa hyvinvointialueiden vuoden 2023 palveluluokkakohtaisten tilinpäätöstietojen ja lausuntopalautteen avulla. Hyvinvointialueiden palveluluokkien tilikohtaista dataa perusterveydenhuollon kustannusten kasvun osalta selvitettiin ja analysoitiin, mutta datan luotettavuuden ja vertailukelpoisuushaasteiden vuoksi sen pohjalta ei voida tässä kohdin vetää riittävän luotettavia johtopäätöksiä hoitotakuun kiristyksen toteutuneista kustannuksista.

2.3 Suomen julkisen talouden tila

Suomen julkisen talouden velkasuhde on noussut huomattavasti viimeisen 15 vuoden aikana ja talouden kehitys on ollut selvästi heikompaa kuin verrokkimaissa vuodesta 2022 lähtien. Syinä heikompaan kehitykseen ovat olleet ennen muuta palveluiden viennin ja rakentamisen väheneminen. Huoltosuhteen heikkenemisen myötä julkisen sektorin menot ovat kasvaneet tuloja nopeammin ja julkiseen talouteen on syntynyt mittava rakenteellinen alijäämä. Lisäksi velan määrän kasvu yhdessä kohonneen korkotason kanssa kasvattaa valtion velanhoitomenoja merkittävästi.

Suomen talouden rakenteellisena ongelmana on heikko tuottavuuden kasvu. Vuonna 2024 julkisen talouden alijäämä on noin 11,4 miljardia euroa ja erityisesti julkisia menoja rasittavat useat jo aiemmin päätetyt toimet, korkomenojen kasvu sekä useat mittavat turvallisuuteen liittyvät hankinnat. Valtionhallinto, kunnat ja hyvinvointialueet ovat kaikki alijäämäisiä ja kerryttävät lisää velkaa vuosittain.

Petteri Orpon hallituksen ohjelman mukaan hallituksen tavoitteena on, että julkisen talouden rahoitusasema kohenee siten, että julkisen talouden alijäämä on korkeintaan 1 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen. Tähän tavoitteeseen pääsemiseksi hallitus sitoutui kesäkuussa 2023 valmistuneessa hallitusohjelmassaan tekemään hallituskaudella ratkaisut, jotka vahvistavat julkista taloutta nettomääräisesti 6 miljardia vuoden 2027 tasolla. Hallitusohjelman hyväksymisen jälkeen Suomen julkinen talous kuitenkin heikentyi eivätkä hallitusohjelman sopeutustoimet olisi riittäneet varmistamaan julkisen talouden velkasuhteen vakauttamista vuoteen 2027 mennessä. Siksi hallitus päätti kehysriihessä 15. - 16.4.2024 lisätoimista, jotka vahvistavat julkista taloutta noin kolmella miljardilla eurolla. Uusi kokonaisuus koostuu säästöistä ja veronkorotuksista ja sen koko on noin 1 prosentti suhteessa kokonaistuotantoon. Edellä olevan lisäksi hallitus päätti myös investointien ja talouden kasvun edistämistä tukevista uudistuksista. Edellä kuvatut hallituksen päättämät sopeutustoimet kohentavat julkisen talouden tilannetta, mutta eivät riitä velkaantumissuunnan kääntämiseen vielä kuluvana vuonna.

Väestön ikääntyminen luo merkittäviä paineita julkisen talouden pidemmän aikavälin kestävyydelle. Vuonna 2022 ikääntymiseen liittyvien menojen osuus oli 43 prosenttia (34,1 mrd. eur) sosiaaliturvamenojen 80 miljardin euron kokonaismenoista ja valtaosin ikääntymiseen liittyvät menot koostuvat vanhuuseläkkeistä. Palvelumenojen kasvua selittää yli 65-vuotiaiden ikääntyneiden väestömäärän jatkuva kasvu sekä rakennemuutokset. Vanhuspalvelujen rakenne on muuttunut viimeisen kymmenen vuoden aikana siten, että 75 vuotta täyttäneistä yhä suurempi osuus on asiakkaana tehostetussa palveluasumisessa, kun taas vanhainkodeissa ja

terveyskeskuksen vuodeosastolla pitkäaikaisessa hoidossa osuudet ovat vähentyneet. (Lähde THL tilastoraportti 8/2024.)

Hyvinvointialueiden rahoitus vuodelle 2024 on koko maan tasolla yhteensä noin 24,3 miljardia euroa. Rahoitus kasvaa vuoden 2023 rahoitukseen verrattuna noin 1,2 miljardia euroa, kun huomioon on otettu rahoituslain mukaiset korotukset ja yliopistosairaалаліsän nettovaikutus. Terveystenhuollon menojen suhde bruttokansantuotteeseen on kasvanut viime vuosina systemaattisesti ja kasvua on etenkin ollut somaattisen erikoissairaanhoidon avohoidon sekä perusterveydenhuollon avohoidon menoissa.

Hyvinvointipalvelujen rahoituksen kestävyys edellyttää toteutunutta ja ennakoitua hitaampaa kustannuskehitystä, jolla turvataan hyvinvointipalvelujen saatavuutta myös tulevaisuudessa. Koska sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen palveluiden palvelutarve kasvaa kuluvalle vuosikymmenellä merkittävästi erityisesti väestön ikääntymisen seurauksena, tarvitaan hyvinvointiyhteiskunnan palveluiden rahoituksellisen kestävyuden varmistamiseksi hyvinvointialueiden pitkäjänteistä kustannusten kasvun hillintää. Keskeistä on vahvistaa palveluiden kustannusvaikuttavuutta esimerkiksi palvelurakenteen kehittämisellä.

2.4 Hoitotakuun kiristämisen tavoitteiden toteutuminen ja johtopäätökset

Perusterveydenhuollon palvelujen saatavuudessa on Suomessa ollut pitkään haasteita. Väestö kokee odotusajat hoitoon liian pitkinä, mikä on havaittavissa asiakastytyväisyyskyselyissä ja luottamuksen vähenemisessä julkista terveteydenhuoltoa kohtaan. Lisäksi tutkimusten ja hoidon viivästyminen saattaa johtaa oikea-aikaista hoitoa ja kuntoutusta laajempaan palvelutarpeeseen ja toisaalta pitkät odotusajat voivat myös lisätä epätarkoituksenmukaista päivystyksen käyttöä ja jononhallintaan liittyviä kustannuksia. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ja suun terveteydenhuollon saatavuutta onkin pyritty parantamaan eri hallituskausilla useilla eri keinoilla.

Uusia toimintatapoja ja digitaalisia palveluita on kehitetty muun muassa tulevaisuuden sosiaali- ja tervetyskeskus -ohjelman ja kestäväen kasvun ohjelman ja EU:n elpymis- ja palautumistukivälineen (RRP) valtionavustushankkeiden avulla (tarkemmin kuvattu jaksossa 2.2.1 ja HE:ssa 74/2022 jakso 2.4., s. 62–63). Esimerkiksi YTHS:ssä on valtionavustusten tukemana kehitetty digimielenterveysklinikan palveluita vastaamaan korkeakouluopiskelijoiden lisääntyneeseen ja korkealla pysyneeseen mielenterveyspalvelujen kysyntään.

Pitkien odotusaikojen ja perusterveydenhuollon ja suun terveteydenhuollon heikon saatavuuden syiden tunnistetaan vaihtelevan alueittain, eikä yhdellä toimenpiteellä tai mallilla voida päästä hyvään ratkaisuun koko Suomessa. Väestön palvelutarve ja käyttäytyminen, alueen palvelurakenne ja alueen erityispiirteet tuleekin ottaa huomioon, jotta optimaalisimmat toimintamallit kullekin alueelle löytyvät. Hyvinvointialueet pystyvät itse parhaiten arvioimaan alueelleen sopivimmat ja vaikuttavimmat hoidon saatavuutta parantavat toimintamallit. Käytännössä kaikilla alueilla näistä on otettu käyttöön tai ollaan jalkauttamassa useita edellä kuvattuja uusia toimintamalleja ja palveluita. Tiukan normisääntelyn sijaan hyvinvointialueet ovat toivoneet mahdollisuutta järjestää itsehallintonsa puitteissa toimintansa koko palvelujärjestelmän kannalta tarkoituksenmukaisimmalla sekä alueelliset erityispiirteet huomioivalla tavalla.

Hoitotakuun enimmäisaikojen lyhentäminen lainsäädännöllä on ollut yksi keino, jolla saatavuutta on pyritty parantamaan. Säädetessä portaittain ensin 14 vuorokauden ja sitten 7 vuorokauden perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuusta sekä 4 kuukauden ja sitten 3 kuukauden suun terveteydenhuollon hoitotakuusta tavoitteena oli vahvistaa terveteydenhuollon

peruspalveluja ja parantaa palvelujen saatavuutta. Nopeammalla palveluihin pääsyllä voidaan ehkäistä ongelmien kasautumista ja pitkittymistä ja vähentää erityistason palveluiden tarvetta. Hoitoonpääsyn viivästyminen voi pahentaa asiakkaan tilannetta ja monimutkaistaa monien terveysongelmien hoitoa ja näin lisätä kustannuksia. Sääntelyn tavoitteena oli myös väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen parantamalla hoitoonpääsyä sekä kansalaisten yhdenvertaisuuden parantaminen. (HE 74/2022 vp, jakso 3.)

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon 14 vuorokauden hoitotakuun tavoitteet hoitoonpääsyn osalta ovat toteutuneet tyydyttävästi, joskin vaihtelu hyvinvointialueiden välillä on merkittävää. Tilastotietoa 14 vuorokauden hoitotakuun vaikutuksista muihin terveyspalveluihin tai niiden saatavuuteen on saatavilla niukasti. Jotkin hyvinvointialueet ovat jo tunnistanee viitteitä päivystyskäyntien vähenemisestä, mutta on vielä liian aikaista tarkkaan arvioida hoitotakuun kiristymisen vaikutuksia päivystyspalveluihin ja muihin terveyspalveluihin, esimerkiksi vuodeosastohoitojen määrään, hoidon jatkuvuuteen tai erikoissairaanhoitoon. Hoitotakuun kiristymisen suoria tai välillisiä taloudellisia kokonaisvaikutuksia hyvinvointialueille on vaikea arvioida.

Suun terveydenhuollon hoitotakuun kiristyminen on kirittänyt uusien, aiempaa kustannusvaikuttavampien toimintamallien kehittämistä ja käyttöönottoa. Kiireettömän hoitoon pääsyn enimmäisajan lyheneminen kuudesta neljään kuukauteen on tasannut hoitoonpääsyn alueellisia eroja ja lisännyt siten kansalaisten yhdenvertaisuutta. Ero julkisen ja yksityisen suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn odotusajoissa on kaventunut. Tämä on osaltaan lisännyt yhdenvertaisuutta, kun heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt, joilla ei ole mahdollisuutta käyttää yksityisiä palveluja, eivät enää joudu odottamaan kiireetöntä hoitoa peräti kuusi kuukautta kauemmin kuin yksityisiä palveluja käyttävät henkilöt. Jotkin hyvinvointialueet ovat jo tunnistanee viitteitä päivystyskäyntien vähenemisestä, mutta on vielä liian varhaista tarkemmin arvioida, miten suun terveydenhuollon kiristynyt hoitotakuu ja siten mahdollisuus entistä oikea-aikaisempaan hoitoon on vaikuttanut päivystyspalveluiden käyttöön tai vaativampien palvelujen tarpeeseen. Molempien on arvioitu ajan mittaan vähenevän. Erityisesti erikoishammaslääkärille pääsyn kolmen kuukauden enimmäisaikaan on ollut vaikeaa päästä. Kaikki alueet eivät ole pystyneet ostamaan palveluja, koska tarjontaa ei ole. Ostettavien palvelujen hinnat ovat myös nousseet.

Hoitotakuun kiristyminen on tuonut henkilöstölle lisää paineita suoriutua työstä lainmukaisissa enimmäisajoissa, koska kaikista terveydenhuollon ammattilaisista on pulaa. Tunne siitä, ettei ole mahdollista tehdä työtä kaikilta osin hyvin, heikentää työhyvinvointia. Tämä puolestaan saattaa heikentää tuottavuutta ja lisätä halukkuutta osa-aikaiseen työskentelyyn, mikä vaikeuttaa tilannetta entisestään.

Tiukkojen, vain ensimmäistä hoitotapahtumaa koskevien, enimmäisaikojen mahdollisiksi negatiiviseksi vaikutukseksi on arvioitu hoidon jatkuvuuden kärsimistä resurssien ja tavoitteiden painottuessa yksinomaan nopeaan hoitoonpääsyyn. Yksityiskohtainen normitus saattaa siis edesauttaa yhtä tavoitetta (esimerkiksi ensimmäisen hoitotapahtuman saatavuus), mutta hankaloittaa toisen tavoitteen (esimerkiksi hoidon jatkuvuus) saavuttamista. Toisaalta tietynasteinen normiohjaus enimmäisaikojen suhteen kuitenkin tarvitaan, jotta turvataan yhdenvertaisuus valittujen vähimmäisvaatimusten toteutumisessa. On huomattava, että riippumatta hoitotakuuna säädetyistä hoitoon pääsyn enimmäisajoista, tulee potilaan päästä hoitoon terveydentilan edellyttämässä ajassa. Tämä on pääsääntöisesti toteutunutkin sekä aiemman kolmen kuukauden ja suun terveydenhuollossa kuuden kuukauden hoitotakuun sekä nykyisin voimassa olevan tiukemman 14 vuorokauden ja neljän kuukauden hoitotakuun aikana. Vaikka siis säädetään hoitoon pääsyn enimmäisajoista, ei kyse ole siitä, että hoitoon todellisuudessa pääsisi tyypillisesti vasta pitkän odotusajan jälkeen. Enimmäisaika ei tarkoita

kategorisesti tosiasiallista hoitoon pääsyä. Toisaalta hoitoonpääsyä ennen 1.9.2023 tarkasteltaessa on kuitenkin hyvä huomata, että tieto tulevasta hoitotakuun kiristymisestä on jo useita vuosia ennen sen voimaantuloa nopeuttanut hoitoonpääsyä, koska järjestäjien on täytynyt varautua tulevaan kiristykseen hoitoonpääsyyn panostamalla.

Kun perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon hoitotakuuta tiukennettiin, arvioitiin, että saavutetaan hyötyjä erikoissairaanhoidon, epätarkoituksenmukaisten sairaalajaksojen ja päivystyksen käytön vähentymisenä. Vaikutusten toteutumisen arviointi on kuitenkin vaikeaa, koska tiukempi hoitotakuu on ollut voimassa vain lyhyen aikaa, syy-seuraussuhteen analysointia mahdollistava tietopohja on puutteellinen, ja koska palvelujärjestelmää haastaa edelleen hankala hoito- ja palveluvelka erikoissairaanhoidossakin. Näin ollen esimerkiksi suoritelmia analysoidessa on vaikea erottaa yksinomaan hoitoonpääsyn paranemisen vaikutusta näiden mainittujen palveluiden käyttöön tai kustannuksiin. Toisaalta hyvinvointialueilla on kannustin pyrkiä varmistamaan hoitoketjuna sujuvuus siten, että raskaampia ja kalliimpia erityispalveluita tarvittaisiin vähän, mikäli palvelutarve pystytään tyydyttämään toisin. Näin ollen on oletettavaa, että hyvinvointialueet kehittävät ja ottavat käyttöön uusia toimintamalleja perustasolla myös riippumatta lakisääteisestä hoitotakuun enimmäisajasta, mikäli uskovat näillä olevan vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta.

Hallituksen esityksessä perusterveydenhuollon avosairaanhoidon seitsemän vuorokauden (siirtymäkautena 14 vuorokauden) ja suun terveydenhuollon kolmen kuukauden (siirtymäaikana neljän kuukauden) hoitoon pääsyn enimmäisajasta säädettyä hallituksen esityksessä arvioitiin esityksen toimeenpantavuuden kannalta suurimmaksi riskiksi henkilöstön saatavuuteen liittyvät seikat. Esityksessä tuotiin esiin, että perusterveydenhuollon hoitoonpääsyä 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 voimaan tullessa rasittaa palvelujärjestelmää. Näiden seikkojen yhteisvaikutuksesta seuraa riskejä palvelujärjestelmän toimivuudelle. Esityksessä myös todettiin, että erityisesti perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuun tiukentamisen onnistunut toimeenpano edellyttää kiistatta lisää pysyvää lääkäri työvoimaa 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 Uuttamaata lukuun ottamatta integroidusti kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Hyvinvointialueet voivat käyttää laajasti myös ostopalveluja henkilöstötyöpanoksen ja etenkin lääkäri työpanoksen hankkimiseen. Valiokunnan 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. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuus onkin vaikeutunut merkittävästi viime vuosina. Henkilöstötarpeen

tydyttäminen on johtanut myös epäedullisiin ilmiöihin. Hyvinvointialueet ovat kaikista lakisääteisistä velvoitteistaan selviytyäkseen olleet pakotettuja käyttämään myös paikoin hyvin kalliiksi hinnoiteltuja ostopalveluita ja vuokratyövoimaa.

Nopean hoitoonpääsyn tärkeys korostuu lasten ja nuorten kohdalla. Lasten ja nuorten terveydenhuollon palveluihin liittyvät puutteet on nostettu toistuvasti esille selvityksissä, tutkimuksissa ja valvontaviranomaisten toimesta. YK:n lapsen oikeuksien komitea on kehottanut Suomea vahvistamaan toimia, joilla turvataan lasten pääsy korkealaatuisiin terveyspalveluihin nopeasti ja tehokkaasti koko maassa erityistä huomiota marginalisoidussa asemassa oleviin lapsiin kiinnittäen (CRC/C/FIN/CO/5–6). Komitean esiin nostamiin seikkoihin, on vastattu erityisesti perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitotakuun kiristyksellä, jonka on arvioitu parantavan erityisesti heikoimmassa asemassa olevien lasten, kuten vähävaraisten perheiden lasten, vammaisten, mielenterveysongelmista kärsivien ja sijaishuollossa asuvien lasten sekä alaikäisten turvapaikanhakijoiden asemaa. Toisaalta erityisesti myös muiden haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden riittävän nopean hoitoon pääsyn turvaaminen on tärkeää.

Yhteenvetona voidaan todeta, että tiukennettu hoitotakuusäätely ja siihen valmistautuminen on nopeuttanut hoitoonpääsyä, mutta voimassa oleviin lakisääteisiin enimmäisaikoihin ei kuitenkaan ole hyvinvointialueilla, korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa ja vankiterveydenhuollossa täysimääräisestä päästy. Tavoitteeseen pääsemistä ovat hankaloittaneet erityisesti henkilöstöpula ja vaikea taloustilanne. Tiukentuneen hoitotakuun enimmäisaikojen voidaan arvioida osin hankaloittaneen järjestäjien mahdollisuutta kohdentaa henkilöstöressursinsa tarkoituksenmukaisimmin ja vaikuttavimmin, vaikka keskeisessä asemassa lyhyempiin hoitoonpääsyaikoihin pääsemisessä onkin ollut toiminnan kehittäminen. Suomen julkisen talouden tila (tarkemmin jaksossa 2.3) on haasteellinen. Koska terveydenhuollon kustannukset muodostavat suuren menoerän, on valtiontalouden tasapainottamiseksi tehtävä toimenpiteitä myös terveydenhuollon kustannuskasvun hillitsemiseksi.

3 Tavoitteet

Esityksen tavoitteena on osaltaan toteuttaa Suomen julkisen talouden tasapainottamista. Se on osa hallituksen kevään 2024 kehysriihipäätöksiä, joiden tarkoituksena on vahvistaa julkista taloutta noin kolmella miljardilla eurolla. Julkisen talouden vahvistamisella pyritään turvaamaan hyvinvointiyhteiskunta ja sen tärkeät palvelut paitsi nykyisille myös tuleville sukupolville.

Esityksellä tavoitellaan vuodesta 2025 alkaen vähintään 97 miljoonan euron vuosittaisia säästöjä valtion rahoittamassa julkisessa terveydenhuollossa. Lisäksi esityksen tavoitteena on osaltaan turvata henkilöstön riittävyyttä julkisessa terveydenhuollossa sekä mahdollistaa terveydenhuollon järjestäjien nykyistä joustavammin suunnitella terveydenhuollon toimintojaan hoidon ja palvelujärjestelmän kokonaisuus huomioiden.

4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset

4.1 Keskeiset ehdotukset

Esityksessä ehdotetaan, että 1.9.2023 voimaan tulleesta 14 vuorokauden kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajasta perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa luovutaan 1.1.2025 alkaen. Ehdotettavan sääntelyn mukaan sekä perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon, että terveyttä ja hyvinvointia edistävien palveluiden ensimmäinen hoitotapahtuma olisi järjestettävä potilaan

terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa.

Vastaavasti ehdotetaan, että perusterveydenhuoltoon kuuluvassa suun terveydenhuollossa luovutaan 1.9.2023 voimaan tulleesta neljän kuukauden kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajasta sekä 1.11.2024 voimaan tulevasta kolmen kuukauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta 1.1.2025 alkaen. Ehdotettavan sääntelyn mukaan ensimmäinen hoitotapahtuma olisi järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuudessa kuukaudessa. Lisäksi jos hammaslääkäri toteaa tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille olisi nykyisen kolmen kuukauden enimmäisajan sijaan jatkossa järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hammaslääkäri on todennut palvelun tarpeen. Viimeksi mainittua säännöstä tarkennettaisiin samalla nykyisin noudattavaa käytäntöä vastaavaksi siten, että se soveltuu myös tilanteisiin, joissa tarpeen erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle toteaisi hammaslääkärin sijaan muu suun terveydenhuollon ammattihenkilö.

Liitännäismuutoksena pidennettäisiin lääkäriille tai hammaslääkärille pääsyn enimmäisaikoja myös tilanteissa, joissa alkuperäisen tutkimuksen tai hoidon tarpeesta tehdyn arvion perusteella potilas on ohjattu muun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin tai hammaslääkärin vastaanotolle, ja ammattihenkilö toteaa erikoishammaslääkärin tai hammaslääkärin tutkimuksen tai hoidon tarpeen. Hyvinvointialueen olisi järjestettävä toimintansa siten, että näissäkin tilanteissa pääsy lääkärin tai hammaslääkärin vastaanotolle järjestyisi kohtuullisessa ajassa, kuitenkin lääkärielle kolmen ja hammaslääkärille kuuden kuukauden kuluessa alkuperäisestä tutkimuksen tai hoidon tarpeen arviosta.

Enimmäisajat eivät edelleenkään koskisi seulontoja, tiettyjä määräaikaistarkastuksia eivätkä osaa rokotuksista, koska näiden palveluiden antamisesta säädetään erikseen. Samasta syystä enimmäisajat eivät edelleenkään koskisi neuvolapalveluihin tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun määräaikaisen terveystarkastuksen suorittamista. Jos kuitenkin tällaisen suun määräaikaisen terveystarkastuksen suorittaja olisi muu ammattihenkilö kuin hammaslääkäri, ja todettaisiin tarve hammaslääkäripalveluille, pääsy hammaslääkärille olisi edelleen järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta. Enimmäisajat eivät myöskään edelleenkään koskisi hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, vaan hoito- tai kuntoutussuunnitelmaan sisältyvä tarkastus, hoito ja kuntoutus olisi edelleen järjestettävä suunnitelman mukaisesti.

Lakimuutokset koskisivat hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevan perusterveydenhuollon, mukaan lukien suun terveydenhuollon, kiireetöntä hoitoa, Kansaneläkelaitoksen järjestämisvastuulla olevaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön pääosin tuottamaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisen Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämää perusterveydenhuoltotasoista vankiterveydenhuoltoa sekä osaa vastaanottokeskusten järjestämästä terveydenhuollosta.

Edellä sanotusta poiketen lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten osalta säilytettäisiin kokonaisuudessaan nykytila: Heidän kohdallaan kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisaika perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa olisi edelleen 14 vuorokautta, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä olisi sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluisi yleislääketieteen alaan. Jos lapsi tai nuori olisi tällaisessa hoidon tarpeen arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja ammattihenkilö

toteaisi tarpeen lääkärin tekemälle tutkimukselle tai hoidolle, pääsy lääkärin vastaanotolle olisi edelleen järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana. Nykytilaa vastaavasti muiden kuin edellä tarkoitettujen perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon, kuntoutuksen sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävien palveluiden ensimmäinen hoitotapahtuma olisi järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin arviointia seuraavien kolmen kuukauden aikana.

Perusterveydenhuoltoon kuuluvassa suun terveydenhuollossa hoitoon pääsyn enimmäisaika olisi lapsilla ja alle 23-vuotiailla nuorilla 1.11.2024 voimaan tulevan kiristyksen mukaisesti jatkossakin kolme kuukautta. Jos lapsi tai nuori olisi hoidon tarpeen arvion perusteella ohjattu muulle suun terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille, ja ammattihenkilö toteaisi tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille olisi edelleen järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta tai kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arviosta. Jos hammaslääkäri tai muu suun terveydenhuollon ammattihenkilö toteaisi lapsella tai alle 23-vuotiaalla nuorella tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille olisi edelleen järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta.

Lasten ja alle 23-vuotiaitten nuorten positiivinen erityiskohtelu on valmistelussa arvioitu perustelluksi. Lapset, eli alle 18-vuotiaat, ovat ikänsä ja kehitystasonsa puolesta erityisen haavoittuvassa asemassa ja oikeutettuja erityiseen huolenpitoon ja apuun, mikä on tunnistettu myös perustuslaissa sekä useissa kansanvälisissä ihmisoikeussopimuksissa. Nuoruusikä on lapsuudesta aikuisuuteen siirtymisen vaihe, joka alkaa murrosiästä ja päättyy vähitellen nuoreen aikuisuuteen. Nuoruusiän biologisen, psyykkisen ja sosiaalisen kehityksen katsotaan yleensä ajoittuvan ikävuosille 12–22. Aivojen biologinen kypsyminen tapahtuu yleensä viimeistään noin 25 ikävuoteen mennessä. Nuoruusiän kulku vaikuttaa keskeisesti yksilön koko myöhempään elämäntapaan. Nuoruusiän kehitystehtäviin kuuluu muun muassa kehon muutosten ja seksuaalisuuden hyväksyminen, identiteetin muodostuminen ja itsenäistyminen. Nuoruusikä on vähittäistä psykologista sopeutumista näihin puberteetin käynnistämiin sisäisiin ja ulkoisiin muutoksiin. Siksi nuoruus itsessään on psyykkisesti kuormittava elämäntapa. Nuoruusiässä kehitys ei yleensä etene johdonmukaisesti, ja yksilölliset kehityserot ovat suuria. Sairastuminen herkässä vaiheessa kasvun ja kehityksen ollessa kesken voi vaikuttaa pitkälle tulevaisuuteen ja muokata koko elämäntapa. Se voi vaikuttaa sosiaalisten taitojen kehittymiseen, koulutustasoon, työelämää koskeviin valintoihin ja myöhempään suoriutumiseen työelämässä. Myös suun terveyden kannalta lapsuus ja nuoruusikä ovat kriittisiä vaiheita, koska silloin luotu pohja hyvälle suun terveydelle vähentää palvelujen tarvetta myöhemmällä iällä.

Perusterveydenhuollon tasolla etenkin lasten ja nuorten psyykkisiä ja fyysisiä terveysongelmia ei ole mahdollista eikä mielekästä erottaa toisistaan. Lapsilla ja nuorilla on usein ruumiillisina koettuja vaivoja ja oireita, joille ei löydy ruumiillista syytä. Mitä nuoremasta lapsesta on kyse, sen ruumiillisempia oireet ovat tai sen huonommin lapsi osaa tuoda oireitaan esiin. Oireilu vaihtelee ajoittaisesta ja satunnaisesta usein toistuviin ja toimintakykyä rajoittaviin oireisiin. Taustalla ovat muun muassa mielen kypsymättömyyteen liittyvät tekijät. Pienten lasten mielenterveyden diagnostiikassa korostuvat ruumiilliset ja kasvun ja kehityksen oireet. Lapsella ei ole muuta keinoa osoittaa huonoa psyykkistä oloaan, ja toisaalta stressi vaikuttaa hormonien kautta elimistön toimintaan. Esimerkiksi vuorovaikutussuhteen ongelmat tai emotionaalisen tuen puute näyttäytyvät usein ruumiillisen tyyppisinä oireina, kuten kasvun hidastumisena tai unen tai syömisen häiriöinä. Toisaalta ruumiilliset terveysongelmat aiheuttavat lapsella tai nuorelle herkästi ahdistusta ja voivat pitkittyessään vaikuttaa mielenterveyteen.

Nuoruuskehityksen aikana ruumiin ja mielen yhteys on voimakas, ja etenkin varhaisnuoren kyvyt tarkastella ja eritellä omia tunnetilojaan ovat vielä puutteelliset. Nuoruusiässä ruumiillinen ja psyykkinen oireilu kietoutuvatkin usein yhteen. Nuori voi reagoida erilaisiin stressitekijöihin ruumiillisin oirein. THL:n vuoden 2023 kouluterveyskyselyn tulosten mukaan esimerkiksi 65–70 prosentilla perusopetuksen 8. ja 9.-luokkalaisista, joilla on viikoittaisia kipuja, on samanaikaisesti ahdistuneisuutta tai masentuneisuutta¹³. Mielenterveyden oireilu voi ilmetä nuorella myös oman kehon kaltoinkohteluna; esimerkkejä tästä ovat viiltely ja syömishäiriöt. Nuoruusikäisten psyykkistä ja somaattista hyvinvointia tuleekin aina tarkastella kokonaisvaltaisesti. Myös suun terveydenhuollon ammattilaiset ovat tärkeässä asemassa havainnoimaan lasten ja nuorten mielenterveyden oireilua, esimerkiksi syömishäiriöt näkyvät herkästi hampaiston vaurioina ja stressitekijät purentaelimistön kiputiloina ja toimintahäiriöinä.

Nuoruusikäisen psyykkinen oireilu ei useinkaan häviä iän myötä vaan jatkuu aikuisuuteen ja pitkittyy ilman asianmukaista tilanteeseen puuttumista. Laajassa pitkittäisessä väestötutkimuksessaan Kessler ym. (2005)¹⁴ havaitsivat, että noin puolet aikuisten mielenterveyshäiriöistä oli alkanut ennen 14 vuoden ikää ja kolme neljännestä ennen 24 vuoden ikää. Terveysongelmien varhainen tunnistaminen ja hoito lapsuudessa ja nuoruudessa on tärkeää, jotta nuoruusiän kehitysmahdollisuutta ei hukata. Samalla se on aikuisuudessa ilmenevien häiriöiden tehokkainta ennaltaehkäisyä. Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten hoitotakuun säilyttäminen ennallaan huomioi lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten kehitykselliset tarpeet, ja tukee heidän hoitonsaamiseen ikävaiheissa, joissa kehityksen ja hyvinvoinnin tukeminen on heidän tasapainoisen kehityksensä, tulevaisuutensa ja aikuisuutensa näkökulmasta erityisen tärkeää. Erityinen huolenpito lapsista ja nuorista on myös hyvinvointivaltion kantokyvyn turvaamiseksi keskeistä siitäkin syystä, että syntyvyys on Suomessa historiallisen matalalla tasolla. Lasten ja nuorten nopea hoitonsaamiseen hyödyttäisi siten pidemmällä tähtäimellä myös vanhempia ikäryhmiä ja koko yhteiskuntaa.

Voimassa olevassa lainsäädännössä nuoruuden ja nuoren ikäraja ei ole yhteneväinen. Esimerkiksi sosiaalihuoltolain 3 §:ssä nuorella tarkoitetaan 18–24-vuotiaita, mutta nuorisolain (1285/2016) 3 §:ssä alle 29-vuotiaita. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä myös 23 vuotta on kuitenkin tunnistettu merkitykselliseksi ikärajaksi. Voimassa olevan terveydenhuoltolain 53 §:n mukaan alle 23-vuotiaiden hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluissa kolmen kuukauden kuluessa hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen. Muiden ikäryhmien kohdalla vastaava enimmäisaika on kuusi kuukautta (terveydenhuoltolaki 52 §). Lastensuojelulain (417/2007) 75 §:n 3 momentissa hyvinvointialueen velvollisuus jälkihuollon järjestämiseen päättyy viimeistään, kun nuori täyttää 23 vuotta. Positiivisen erityiskohtelun kohdistaminen kaikkiin alle 23-vuotiaisiin hoitotakuun osalta vastaisi myös lasten ja alle 23-vuotiaitten nuorten positiivista erityiskohtelua valmistelussa olevassa hallituksen esityksessä lasten ja nuorten terapiatakuuksi.

4.2 Pääasialliset vaikutukset

Esityksen vaikutusten arviointi on hyvin haastavaa. Tilanne on siinä mielessä poikkeuksellinen, että esityksessä on kyse vasta äskettäin voimaan tulleen velvoitteen palauttamisesta osittain

¹³ <https://thl.fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kouluterveyskysely/kouluterveyskyselyn-tulokset>

¹⁴ Kessler R, Chiu W, Demler O, Merikangas K, Walters E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62:617–27.

entiselleen, ja aiemmin velvoitetta säädettäessä sen vaikutusarvioihin on liittynyt merkittävä epävarmuus. Lisäksi kyse ei ole ollut uudesta tehtävästä säätämisestä ja sen poistamisesta, vaan lähinnä tavasta hoitaa tehtävää – ja järjestäjien rahoitus on yleiskatteellista. Esitysluonnoksen saama lausuntopalaute vaikuttaakin heijastelevan myös terveydenhuollon järjestäjien haastavaa (taloudellista) tilannetta, joka ei sinällään johdu nyt kyseessä olevasta esityksestä. Edellä sanotusta johtuen esityksen vaikutusarvioihin liittyy merkittävä epävarmuus.

Tässä luvussa ei käsitellä kattavasti nyt kyseessä olevan esityksen ja muiden vuoden 2025 talousarvioesityksen yhteydessä budjettilakiesityksinä esiteltävien sosiaaliturvaa sekä sosiaali- ja terveystaloudellisia koskevien lakimuutosten yhteisvaikutuksia. Sosiaali- ja terveysministeriö on valmistellut arviointia mainittujen lakimuutosten yhteisvaikutuksista mukaan lukien perus- ja ihmisoikeusnäkökulma. Arviointi julkaistaan samaan aikaan budjettilakiesitysten antamisen kanssa.

4.2.1 Taloudelliset vaikutukset

4.2.1.1 Yleistä

Säädettäessä hoitotakuun asteittaisesta tiukentamisesta perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa seitsemään vuorokauteen ja suun terveydenhuollossa kolmeen kuukauteen hallituksen esityksessä 74/2022 vp taloudellisia vaikutuksia arvioitiin suhteessa hyvinvointialueiden tarpeeseen lisätä perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon kapasiteettia pysyvästi. Esityksessä arvioitiin, että hoitojonojen purun mahdollistamiseksi hyvinvointialueiden, YTHS:n ja Vankiterveydenhuollon yksikön olisi osoitettava suurempia määrärahoja perusterveydenhuollon avosairaanhoitoon ja jossain määrin suun terveydenhuoltoon. Arvion mukaan niiden oli lisärahoituksen turvin lisättävä muun muassa henkilöstöä, hankittava ostopalveluja asiakkaille, luotava uusia palvelusetelijärjestelyjä sekä investoitava uusiin digitaalisiin ratkaisuihin. Kustannukset, joita arvioitiin syntyvän hoitotakuun kiristymisestä, katettiin pääosin valtion ja vähäisessä määrin palveluja käyttävien asiakkaiden rahoituksella. Hallituksen esityksen 74/2022 vp mukaan hyvinvointialueiden valtion rahoituksen lisäys oli 68 miljoonaa euroa vuonna 2023, 108 miljoonaa euroa vuonna 2024, 121 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 119 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien (luvut vuoden 2019 tasossa). Esityksen mukaan YTHS:n, Vankiterveydenhuollon yksikön ja Rikosseuraamuslaitoksen rahoituksen lisäys oli kullekin noin miljoona euroa, aluehallintovirastoille reilu puoli miljoonaa ja Valviralle 0,1 miljoonaa vuodesta 2024 lukien (luvut vuoden 2019 tasossa). Kaikkiaan hoitotakuun tiukennuksen toimeenpanoon osoitettiin valtion rahoitusta vuoden 2023 tasossa 73 miljoonaa euroa vuodelle 2023, 117 miljoonaa euroa vuodelle 2024, 130 miljoonaa euroa vuodelle 2025 ja 128 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien.

Ennen kun edellä kuvattu hoitotakuun kiristyminen ehti tulla voimaan, sitä kevennettiin osittain siten, että perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuun tiukentuminen seitsemään vuorokauteen peruutettiin ja väliaikaiseksi säädetty 14 vuorokauden hoitotakuuaika säädettiin pysyväksi (HE 55/2023 vp). Tämä muutti aiemman hallituksen esityksen (HE 74/2022 vp) arvioita taloudellisista vaikutuksista merkittävästi. Hoitotakuun osittaisen kevennyksen arvioitiin erityisesti pienentävän palvelujärjestelmän muutoskustannuksia. Kevennyksen seurauksena hyvinvointialueiden rahoitusta vähennettiin 5 miljoonaa euroa vuonna 2024 ja 30 miljoonaa vuodesta 2025 lukien (luvut vuoden 2024 tasossa). Vankiterveydenhuollon yksikön rahoitusta sekä YTHS:n rahoitusta vähennettiin kumpaankin vuodesta 2025 lähtien 0,3 miljoonan euron vähennys (luvut vuoden 2024 tasossa).

Julkisen talouden suunnitelmassa vuosille 2025–2028 on arvioitu, että perusterveydenhuollon kiireettömän avosairaanhoidon hoitotakuun muutos 14 vuorokaudesta kolmeen kuukauteen ja suun terveydenhuollon hoitotakuun muutos neljästä kuukaudesta (1.11.2024 alkaen kolme kuukaudesta) kuuteen kuukauteen yhdessä vahvistaisivat julkista taloutta 132 miljoonaa euroa vuodesta 2025 alkaen. Oletuksena on tässä ollut, että hoitotakuun kevennys koskisi kaikkia ikäryhmiä. Summa on kuitenkin enemmän kuin rahamäärä, jolla hyvinvointialueiden ja muiden tahojen rahoitusta on hoitotakuun tiukennuksen vuoksi lisätty. Julkisen talouden suunnitelman yhteydessä tehty arvio suuremmasta säästöpotentiaalista on perustunut hyvinvointialueiden tilinpäätöksiin ja hyvinvointialueiden eri yhteyksissä raportointiin tietoihin sekä joihinkin muihin selvityksiin, jotka viittaavat siihen, että esimerkiksi vuokratyövoiman käyttöön olisi vuonna 2023 kulunut huomattavasti ennakolta arvioitua enemmän rahaa¹⁵. Jos näin olisi tapahtunut, tämä vaikuttaisi vuoden 2023 kustannusten perusteella vuonna 2025 tehtävän jälkikätestarkistuksen kautta hyvinvointialueiden valtion rahoitusta korottavasti.

Lausuntokierroksella olleen esitysluonnoksen mukaan hyvinvointialueilta, YTHS:lta ja vankiterveydenhuollon yksiköltä olisi vähennetty rahoitusta siinä määrin, kuin niiden rahoitusta on aikaisempien hoitotakuuseen liittyvien hallitusten esitysten (HE 74/2022 vp & HE 55/2023 vp) yhteydessä kasvatettu pois lukien alle 23-vuotiaiden suhteellinen osuus. Kaikki asiaan kantaa ottaneet lausijat arvioivat kuitenkin esitettävästä hoitotakuun keventämisestä koituvan säästön olevan tätä pienempi ja rahoituksen leikkauksen olevan täten ylimitoitettu. Lausuntopalautteen perusteella vaikuttaisikin siltä, että useat hyvinvointialueet ovat kohdentaneet hoitotakuun kiristämiseen osoitetun rahoituksen lisäyksen osin joko muualle kuin perusterveydenhuoltoon ja/tai yleisen perusterveydenhuollon rahoitusvajeen tai aliresursoinnin korjaamiseen (hoitotakuun piiriin kuuluvat käynnit muodostavat vain pienen osan perusterveydenhuollon käynneistä). Tätä puoltaa myös se, että kiristyneen hoitotakuun mukaisiin enimmäisaikoihin ei ole täysimääräisesti päästy. Myös hallituksen esityksen valmistelun yhteydessä hyvinvointialueille suunnatun kyselyn vastaukset (ks. luvut 2.2.1 ja 2.2.5) viittasivat siihen, että hyvinvointialueilla hoitotakuun tiukennuksen toimeenpanoon olisi vuosina 2023 ja 2024 käytetty vähemmän rahaa kuin mitä niille on kyseisille vuosille tähän tarkoitukseen osana yleiskatteellista rahoitusta myönnetty.

Edellä sanottu on kuitenkin ristiriidassa sen kanssa, että hoitotakuun kiristämistä koskevan hallituksen esityksen (74/2022 vp) lausuntokierrosvaiheessa saadussa lausuntopalautteessa esitysluonnoksen arvioita hoitotakuun tiukennuksen vuoksi hyvinvointialueille aiheutuvista kustannuksista pidettiin laajasti jossakin määrin tai jopa selvästi liian pieninä ja valtaosa katsoi, että tarvittava taloudellinen lisäresursointi oli arvioitu jossakin määrin tai selvästi liian pieneksi. Valtaosa kantaa ottaneista katsoi niin ikään, että hoitotakuun tiukennuksen vuoksi tarvittava henkilöstön määrä oli arvioitu liian pieneksi. Lausuntopalautteen perusteella hyvinvointialueiden rahoituksen lisäystä tarkastettiin lopulliseen hoitotakuun kiristämistä koskevaan esitykseen ylöspäin.

Toukokuun 2024 lopussa hyvinvointialueiden Valtiokonttorille raportointien vuoden 2023 palveluluokkakohtaisten tilinpäätöstietojen tarkastelun perusteella voidaan havaita, että erityisesti perustason vastaanottopalveluiden nettokäyttökustannukset ovat joillakin hyvinvointialueilla kasvaneet huomattavasti erikoissairaanhoidon kustannuksia enemmän. Tämän tarkastelun perusteella vaikuttaisi siltä, että hintojen nousu ja palvelutarpeen kasvu huomioiden hyvinvointialueiden kustannukset ovat ainakin joillain hyvinvointialueilla kasvaneet enemmän kuin alun perin oli hoitotakuuta koskevien esitysten yhteydessä arvioitu.

¹⁵ Ks. esim. Hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttöä selvittävän verkoston raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2024:8. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5661-2>.

Tarkastelun tekee haastavaksi se, että vielä vuonna 2022 kuntien oli joissain tapauksissa mahdollista raportoida perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kustannustietoja erittelemättömän perusterveydenhuollon avohoidon palveluluokalle, johon oli mahdollista raportoida myös esimerkiksi hoitotakuun piiriin kuulumattomien äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen kustannuksia. Kaikkien erittelemättömän perusterveydenhuollon avohoidon palveluluokan alla olevien palveluiden nettokäyttökustannukset ovat kasvaneet noin 399 miljoonaa euroa eli noin 17 prosenttia vuodesta 2022 vuoteen 2023. Hyvinvointialuekohtainen muutos vaihtelee kuitenkin -14 prosentin ja 62 prosentin välillä, mikä tekee keskiarvon tulkinnasta haastavaa. On mahdollista ja oletettavaakin, että hyvinvointialueiden kirjanpidolliset käytännöt ovat muuttuneet siirryttäessä kuntapohjaisesta järjestelmästä nykyiseen hyvinvointialuepohjaiseen järjestelmään, mikä tuo palveluluokakohtaiseen aikaisempien ja uusimpien tietojen keskinäiseen vertailuun merkittävää epävarmuutta. Myös siirtyminen kuntapohjaisesta järjestelmästä hyvinvointialuemalliin, koronapandemian vaikutukset palvelujärjestelmään sekä siihen liittyvät valtionavustukset ja muut toiminnan kehittämiseen saadut valtionavustukset vaikeuttavat vertailua.

Koska hoitotakuun kiristykseen voimaantulosta on joka tapauksessa kulunut niin vähän aikaa, ei tässä vaiheessa pystytä vielä luotettavasti arvioimaan, mitkä ovat olleet vuoden 2023 ja vuoden 2024 hoitotakuun tiukentamiseen liittyvät pysyväisluonteiset euromääräiset kustannukset hyvinvointialueilla. Huomionarvoista myös on, että perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon hoitotakuu kiristyy nykyisestä neljästä kuukaudesta kolmeen kuukauteen vasta 1.11.2024 alkaen.

Esityksessä ei ole ollut mahdollista tuottaa vaikutusten arvioinnin pohjaksi sellaista luotettavaa, ajantasaista ja toimintaympäristön muutosten mukana pysyvää tietopohjaa, jonka pohjalta voitaisiin tarkasti arvioida esitettävän 23 vuotta täyttäneiden hoitotakuun kevennyksen vaikutuksia vuonna 2025 ja sen jälkeen. Potilaiden käyttäytymistä on etukäteen vaikea arvioida ja hoitotakuun kevennyksen toteutuminen riippuu myös muutoksen johtamisesta ja toimeenpanossa onnistumisesta sekä alueellisista ratkaisuista, mitkä voivat vaihdella eri hyvinvointialueiden, YTHS:n sekä vankiterveydenhuollon välillä suuresti.

Kireämpi hoitotakuu on ollut voimassa alle vuoden ja sen johdosta hyvinvointialueiden rahoitusta on kasvatettu tietyllä summalla. Riippumatta siitä, mihin hyvinvointialueet ovat itsehallintonsa puitteissa rahoituksen lisäyksen kohdentaneet, on saman velvoitteen purkamisen johdosta niiden rahoitusta perusteltua vähentää vastaavalla summalla, ellei luotettavasti voida arvioida säästön poikkeavan tästä. Huomioiden edellä todetut epävarmuudet hoitotakuun keventämisestä koituvan säästön ei luotettavasti voida arvioida olevan hoitotakuun kiristämiseen alun perin osoitettua rahoituksen lisäystä suurempi tai pienempi, jolloin luotettavin arvio on sama summa.

Täten arvio ehdotettavasta hoitotakuun kevennyksestä aiheutuvasta hyvinvointialueiden, YTHS:n, Vankiterveydenhuollon yksikön, Rikosseuraamuslaitoksen sekä valvontaviranomaisten rahoituksen vähennyksestä perustuu aiempien hoitotakuun muutosten (HE 74/2022 vp ja HE 55/2023 vp) johdosta tehtyihin rahoituksen nettolisäyksiin. Näiden esitysten pohjalta tehdyt rahoituksen lisäykset hyvinvointialueille, YTHS:lle, Vankiterveydenhuollon yksikölle, Rikosseuraamuslaitokselle, aluehallintovirastoille ja Valviralle ehdotettaisiin poistettaviksi, sillä perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitoon pääsyn enimmäisajan palauttaminen takaisin kolmeen kuukauteen ja suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn enimmäisajan takaisin kuuteen kuukauteen poistaisivat myös tarpeen osoitetuille lisärahoitukselle. Koska hoitotakuun kiristys on kuitenkin koskenut kaikkia ikäryhmiä, mutta nyt esitettävä kevennys koskisi vain 23 vuotta täyttäneitä, kiristykseen

yhteydessä tehty rahoituksen lisäys poistettaisiin vain tämän ikäluokan hoitotakuun piirissä olevien hoitotapahtumien suhteellista osuutta vastaavalla osin. Aikaisempien esitysten lisäykseen on tehty kustannustason tarkistus vuoden 2025 tasoon, lukuun ottamatta Rikosseuraamuslaitoksen rahoitusta. Hyvinvointialueiden osalta on huomioitu myös laskennallinen palvelutarpeen kasvu.

Julkinen talous vahvistuisi esitettävän hoitotakuun kevennyksen myötä arviolta noin 99 miljoonalla eurolla vuodesta 2025 alkaen ja noin 97 miljoonalla eurolla vuodesta 2026 alkaen. Poistettavat rahoituserät vuoden 2025 tasossa olisivat 96,2 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 94,1 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien hyvinvointialueiden rahoitusmomentilta (28.89.31), 0,9 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien YTHS:n rahoitusmomentilta (33.60.35), 0,9 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien Vankiterveydenhuollon yksikön rahoitusmomentilta (33.01.06), 0,7 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien Rikosseuraamuslaitoksen rahoitusmomentilta (25.40.01), 0,6 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien aluehallintovirastojen rahoitusmomentilta (28.40.01) sekä 0,1 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston rahoitusmomentilta (33.02.05).

4.2.1.2 Vaikutukset hyvinvointialueiden talouteen

Esitettävät muutokset antaisivat hyvinvointialueille mahdollisuuden pidentää hoitoonpääsyaikaa niiden 23 vuotta täyttäneiden potilaiden kohdalla, joille (hammas)lääketieteelliset ja muut potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyteen vaikuttavat seikat huomioiden riittävä hoitoonpääsyaika olisi perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa myöhemmin kuin 14 vuorokaudessa ja suun terveydenhuollossa myöhemmin kuin kolmessa kuukaudessa. Pidempi lakisääteinen hoitoon pääsyn enimmäisaika antaisi järjestäjille liikkumavaraa palveluiden kausittaisesti ja satunnaisluontoisesti vaihtelevaan kysyntään vastaamiseen. Sekä pysyväluonteisen että puskuriluonteisen kapasiteetin tarpeen arvioidaan vähenevän. Esimerkiksi tarve vastata kysynnän vaihteluun oman henkilöstön lisätyöllä tai palveluostoilla vähenisi.

Pidempi hoitoon pääsyn enimmäisaika vähentäisi tarvetta varautumiseen erilaisten satunnaisten ja kausittaisten vaihteluiden tasoittamiseksi ja vähentäisi lyhyestä enimmäisajasta johtuvaa käyttämättömän kapasiteetin riskiä. Lisäksi voidaan arvioida, että ostopalvelujen ja vuokratyövoiman käyttö, josta aiheutuu suuria kustannuksia osalle hyvinvointialueista, vähenisi jonkin verran. Edellä olevat toimenpiteet yhdessä voisivat tuottaa joillekin hyvinvointialueille merkittäviäkin säästöjä, joiden tarkkaa euromäärää on vaikea tässä kohdin arvioida johtuen hyvinvointialueiden hyvin erilaisesta sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenteesta sekä ostettavien palvelujen sopimuskohtaisesta vaihtelusta. Toisaalta hoitoon pääsyn pidentyminen voisi myös aiheuttaa negatiivisia välittömiä ja välillisiä vaikutuksia, kuten hoidon mahdolliseen viivästymiseen liittyvää sairauksien pahenemista ja siten hoidon kustannusten kasvua ja viimekädessä väestön terveydentilan heikentymistä. Hoitoon pääsyn viiveet perusterveydenhuollossa voivat lisätä kalliiden päivystyspalvelujen ja erikoissairaanhoidon palvelujen tarvetta, ja siten esityksen keskeinen tavoite kustannusten kasvun hillinnästä voisi vaarantua.

Esityksen seurauksena asiakkaat saattaisivat myös hakeutua aikaisempaa vähemmän hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon palveluiden piiriin, kun hoitoon pääsyn enimmäisaikoja pidennettäisiin ja myös tosiasialliset hoitoonpääsyajat todennäköisesti pitenisivät. Hyvinvointialueiden palveluiden kanssa rinnakkaisten palvelujen, eli lähinnä sairaanhoitovakuutuksen korvaamien yksityisten palvelujen ja työterveyshuollon sairaanhoidollisten palvelujen (ei koske suun terveydenhuoltoa) asiakasmäärien arvioidaan puolestaan jälleen lisääntyvän.

Sosiaali- ja terveyspalveluihin kohdistuvan kysynnän kehittymisen ennustaminen tuleville vuosille on vaikeaa. Väestöprofiilin muuttuminen, esimerkiksi ikääntyminen ja myös muutokset väestön terveydessä ja toimintakyvyssä, voivat vaikuttaa palvelutarpeeseen ja siten kokonaiskustannuksiin merkittävästi. Lisäksi hyvinvointialueista tarkastelua vaikeuttaa se, että hoitoon pääsy, odotusajat ja henkilöstön saatavuus vaihtelevat alueittain nopeasti niin perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa kuin suun terveydenhuollossakin. Esimerkiksi onnistuneet uusien toimintamallien käyttöönotot voivat nopeasti vaikuttaa saatavuutta parantavasti ja henkilöstön saatavuus eri henkilöryhmissä voi nopeasti huonontua tai parantua eri alueilla. Esitettävien hoitoon pääsyn enimmäisaikojen pidentämisen arvioidaan myös lisäävän alueellisia eroja.

Esityksessä ehdotettavat hoitotakuuta koskevat muutokset otettaisiin tehtävämuutoksena huomioon hyvinvointialueiden rahoituksessa hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain 9 §:n mukaisesti. Muutoksen vaikutus otettaisiin siten huomioon koko maan tason rahoituksessa etukäteen voimaantulovuodesta lukien. Hoitotakuuta koskevien muutosten vaikutus ehdotetaan otettavaksi huomioon vähentämällä sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisesta rahoitusta siten, että muutoksesta aiheutuva vähennys kohdistetaan terveydenhuollon palvelutarvetta kuvaavalle kriteerille. Hoitotakuuta kiristäessä (HE 74/2022 vp) rahoituksen lisäys jaettiin hyvinvointialueiden välillä niin ikään kohdistamalle se vastaavalle terveydenhuollon palvelutarvetta kuvaavalle kriteerille. Aluekohtaista rahoituksen muutosta vuosina 2025 ja 2026 on arvioitu seuraavassa ottamalla huomioon koko maan tasolla 96,2 miljoonan euron ja 94,1 miljoonan euron muutoksesta johtuva rahoituksen vähennys.

Laskelmassa on käytetty vuoden 2025 sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisen rahoituksen määräytymistekijöitä. Euromääräiset vaikutukset vuoden 2026 rahoitukseen tarkentuisivat hyvinvointialuekohtaisesti, kun vuoden 2026 rahoituksessa huomioitavat määräytymistekijät ovat saatavilla kesällä 2025. Määräytymistekijät päivitetään vuosittain Tilastokeskuksen väestörakennetilaston ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimukseen perustuvien aluekohtaisten väestön palvelutarvetta kuvaavien kertoimien perusteella.

Taulukossa 17 esitetään hyvinvointialuekohtaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisen rahoituksen muutos, kun hoitotakuuta koskevista muutoksista aiheutuvat rahoituksen vähennykset vuosina 2025 ja 2026 kohdennettaisiin edellä kuvatulla tavalla terveydenhuollon palvelutarpeen kriteerille. Taulukosta on nähtävissä, että alueellisten tarvekertoimien vaihtelusta johtuen erot rahoitusmuutoksissa asukasta kohti eri alueiden välillä ovat suuria. Mitä korkeampi terveydenhuollon palvelutarvekerroin alueella on, sitä enemmän alueelle kohdistuu terveydenhuollon palvelutarpeen kriteerin kautta jakautuvasta valtion rahoituksen vähennyksestä. Kymenlaakson, Etelä-Savon, Pohjois-Savo, Pohjois-Karjalan, Kainuun ja Lapin hyvinvointialueilla on muihin alueisiin verrattuna korkeammat terveydenhuollon palvelutarvekertoimet, jolloin näille alueille kohdistuu suurempi osuus terveydenhuollon palvelutarpeen kriteerin kautta jakautuvasta valtion rahoituksen vähennyksestä. Helsingin, Vantaan ja Keravan, Länsi-Uudenmaan sekä Keski-Uusimaan hyvinvointialueiden terveydenhuollon palvelutarvekertoimet ovat muihin alueisiin verrattuna matalimpia, jolloin näille alueille kohdistuu pienempi osuus terveydenhuollon palvelutarpeen kriteerin kautta jakautuvasta valtion rahoituksen vähennyksestä.

Taulukko 17. Alueellinen rahoituksen jakaantuminen vuosille 2025 ja 2026.

Hyvinvointialue	Väestö	Terveydenhuollon tarvekerroin	Rahoitusmuutos 2025	Rahoitusmuutos 2026	Rahoitusmuutos per asukas 2025	Rahoitusmuutos per asukas 2026
Helsinki	674 500	0,89	10 385 569	10 158 857	15,4	15,1
Vantaa ja Kerava	285 654	0,91	4 503 767	4 405 452	15,8	15,4
Länsi-Uusimaa	494 952	0,85	7 274 164	7 115 372	14,7	14,4
Itä-Uusimaa	98 987	0,98	1 666 263	1 629 890	16,8	16,5
Keski-Uusimaa	205 444	0,92	3 262 322	3 191 107	15,9	15,5
Varsinais-Suomi	490 786	1,05	8 885 654	8 691 685	18,1	17,7
Satakunta	211 740	1,06	3 855 981	3 771 806	18,2	17,8
Kanta-Häme	169 547	1,05	3 072 315	3 005 248	18,1	17,7
Pirkanmaa	539 309	1,02	9 512 317	9 304 668	17,6	17,3
Päijät-Häme	204 479	1,06	3 733 883	3 652 374	18,3	17,9
Kymenlaakso	158 658	1,14	3 119 443	3 051 347	19,7	19,2
Etelä-Karjala	125 162	1,02	2 197 103	2 149 141	17,6	17,2

Etelä-Savo	129 914	1,14	2 557 017	2 501 199	19,7	19,3
Pohjois-Savo	248 190	1,10	4 715 771	4 612 828	19,0	18,6
Pohjois-Karjala	162 321	1,17	3 279 340	3 207 754	20,2	19,8
Keski-Suomi	273 271	0,97	4 579 884	4 479 907	16,8	16,4
Etelä-Pohjanmaa	190 539	1,07	3 529 387	3 452 342	18,5	18,1
Pohjanmaa	177 602	0,95	2 916 567	2 852 900	16,4	16,1
Keski-Pohjanmaa	67 736	1,09	1 269 960	1 242 238	18,7	18,3
Pohjois-Pohjanmaa	418 205	0,98	7 097 720	6 942 780	17,0	16,6
Kainuu	70 164	1,14	1 375 834	1 345 800	19,6	19,2
Lappi	176 150	1,12	3 409 738	3 335 305	19,4	18,9
YHTEENSÄ	5 573 310		96 200 000	94 100 000	17,3	16,9

Hyvinvointialuekohtaisten kustannusvaikutusten ja säästöpotentiaalien arviointi on esityksen antamisajankohtana erittäin vaikeaa. Hoitoonpääsyä koskevan sääntelyn muuttumisesta (HE 74/2022 vp, HE 55/2023 vp) on kulunut vasta noin vuosi ja hyvinvointialueiden toimet tavoiteltujen hoitoonpääsyajkojen saavuttamiseksi ovat edelleen kesken. Hyvinvointialueiden toiminta perusterveydenhuollon palveluissa kehittyi jatkuvasti, pohjaten muun muassa valtionavustuksilla tehtävään kehittämistyöhön. Hallituksen esityksen (HE 74/2022 vp) yhteydessä tarkasteltiin hoitotakuun kiristymiseen mukanaan tuomia velvoitteita tarkemmalla tasolla hyvinvointialuekohtaisesti. Kyseinen tarkastelu antoi viitteitä siitä, että hoitotakuun kiristymisen toimeenpano perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa tulisi olemaan haastavaa erityisesti Etelä- ja Kaakkois-Suomessa sijaitseville hyvinvointialueille. Erityisesti Etelä-Suomessa sijaitsevien hyvinvointialueiden silloisilla palvelunjärjestäjillä oli tarkastelun perusteella ollut pääsääntöisesti muuhun maahan verrattuna vähemmän määrärahoja alueen asukasta kohden käytettävissään terveyskeskusten avosairaanhoidon palvelujen järjestämiseen. Lisäksi Etelä- ja Kaakkois-Suomen hyvinvointialueilla tehdyssä tarkastelussa oli havaittu olleen pääsääntöisesti verrattain suuri julkisille terveyskeskuksille rinnakkaisten sairaanhoidollisten

palvelujen kulutus, joka voisi kohdentua suhteessa suurempana kysyntänä hyvinvointialueiden palvelutuotantoon, kun hoitoon pääsyn tilannetta parannetaan terveyskeskuksissa. Tarkastelussa tuotiin esille myös, että toisaalta suurempi rinnakkaisten palvelusektoreiden kulutus voisi mahdollistaa näille edellä mainituille hyvinvointialueille ostopalvelujen ja palvelusetelien hyödyntämisen helpommin verrattuna niihin hyvinvointialueisiin, joissa yksityisen sektorin rooli ei nykyisin ole vastaavanlainen. Haastavassa tilanteessa olevaksi tunnistettujen hyvinvointialueiden silloisilla palvelunjärjestäjillä vaikutti olleen käytössään keskimääräistä vähemmän lääkärin työpanosta terveyskeskuksissaan, ja valtaosalla näistä alueista vaikutti olleen myös keskimääräistä vähemmän joko sairaanhoitaja- tai muuta kuin terveydenhoidon ammattipätevyyttä edellyttävää tukihenkilöstöä terveyskeskuksissaan.

4.2.1.3 Kustannusneutraali sääntely

Hoitotakuun kiristämisestä säädettäessä varsinaisten hoitoon pääsyn enimmäisaikojen muuttamisen lisäksi samassa yhteydessä tehtiin myös joitakin muita hoitotakuuseen liittyviä säännösmuutoksia. Näissä kyse oli monelta osin tuolloisen sääntelyn ja oikeustilan selkeyttämisestä. Nyt kyseessä olevassa esityksessä esitetään säilyttäväksi näistä muutoksista sellaisinaan ne, joiden ei ole arvioitu aiheuttaneen lisäkustannuksia, ja muilta osin muutettavan velvoitteita siten, että niitä voidaan pitää kustannusneutraaleina suhteessa tilanteeseen ennen hoitotakuun kiristymistä. Kyseiset velvoitteet ja niiden osalta tehty kustannusarvio kuvataan seuraavassa. Seuraavassa hyvinvointialueiden osalta esitettävä koskee myös Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiötä ja Vankiterveydenhuoltoa, jos ei jäljempänä tässä luvussa tai tätä seuraavissa luvuissa tosin todeta.

Hoitotakuun kiristämisen yhteydessä säädettiin että, hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana *saman päivän aikana* yhteyden terveydenhuollon toimintayksikköön (TervHL 51 § ja OTHL 10 §). Lisäksi säädettiin, että potilaan tulee *saman päivän aikana, kun hän ottaa yhteyttä*, saada yksilöllinen arvio tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön tekemiä tutkimuksia tai antamaa hoitoa potilas tarvitsee. Tätä ennenkin potilaan tuli saada yhteys terveydenhuollon toimintayksikköön *välittömästi*, mutta hoidon tarpeen arviointi oli tehtävä *viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveydenhuollon toimintayksikköön*, jollei arviota voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana.

Lausuntokierroksella vajaa puolet asiaan kantaa ottaneista vastaajista katsoi, että säännösmuutos aiempaa nopeammasta hoidon tarpeen arviosta oli aiheuttanut lisäkustannuksia, koska henkilötyöpanosta oli jouduttu lisäämään. Rungas puolet vastaajista taas katsoi, ettei kustannuksia aiheudu. Virkavalmistelussa on arvioitu, ettei lisäkustannuksia aiheudu: Potilaan nopea ja oikea-aikainen hoidon tarpeen arvio säästää kustannuksia johtaen häiriökäynnin vähenemiseen, oikea-aikaiseen hoidon suunnitteluun sekä päivystyskäytön vähenemiseen. Näiden kustannussäästöjen voidaan arvioida ylittävän nopeamman hoidon tarpeen arvion mahdollisesti vaatimat lisäresurssit. Valtaosassa hyvinvointialueita hoidon tarpeen arvio on myös vakiintuneesti tehty ensimmäisen yhteydenoton yhteydessä jo ennen sääntelymuutosta. Vaikuttaisi myös siltä, että lisäkustannusten syntymisen puolesta lausuneista moni on virheellisesti katsonut myös yhteydensaamista samana päivänä koskevan velvoitteen muuttuneen, vaikka velvoite on tältä osin pysynyt samana. On myös syytä huomioda, että arvio mahdollisen kiireellisen hoidon tarpeesta on ennen säädösmuutostakin tullut tehdä ensimmäisen yhteydenoton yhteydessä, jolloin vain osa hoidon tarpeen arviosta on voitu lykätä myöhemmälle.

Hoitotakuun kiristämisen yhteydessä säädettiin (TervHL 51 § ja OTHL 10 §), että muussa kuin suun terveydenhuollossa potilaan yhteydenoton perusteella tehtävän hoidon tarpeen arvion tekijän tulee olla *laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö*, eli käytännössä sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Tätä ennen arvion saivat tehdä myös *nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt* eli myös perus- ja lähihoitajat. Tiukempaa sääntelyä sovelletaan kuitenkin siirtymäsääntelyn mukaan täysimääräisesti vasta 1.9.2027 alkaen: tähän asti nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka tiukennuksen voimaan tullessa tekivät perusterveydenhuollon sairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointia, saavat hoitaa tehtävää, jos heillä on tehtävään riittävä osaaminen ja kokemus.

Lausuntokierroksella vajaa kolmasosa asiaan kantaa ottaneista vastaajista katsoi tiukennuksen aiheuttavan lisäkustannuksia, koska laillistettujen ammattihenkilöiden palkkataso on korkeampi. Lähi- ja perushoitajilla katsottiin myös olevan riittävä osaaminen tehtävän hoitamiseen ja tiukennuksen katsottiin lisäksi pahentavan työvoimapulaa. Runsas kaksi kolmasosaa vastaajista katsoi, ettei kustannuksia aiheudu. Virkavalmistelussa on todettu, että mahdollisia kustannusvaikutuksia on vaikea arvioida erityisesti huomioiden säädetty siirtymäaika. Valmistelussa on kuitenkin arvioitu, ettei lähihoitajan koulutus lähtökohtaisesti tuo riittävää osaamista tehtävään. Hoitotakuun keventyessä hoidon tarpeen arvion merkitys myös korostuu entisestään, koska se mahdollistaa osassa tapauksista pidemmät hoitopäätöskäytännöt. Vaikka vaatimus laillistetusta terveydenhuollon ammattihenkilöstä saattaa aiheuttaa tilapäisiä kustannuksia joillekin järjestäjistä, näiden voidaan kuitenkin arvioida kompensoituvan arviointien paremman laadun ja niiden avulla säästyneiden resurssien kautta. Laadukas hoidon tarpeen arvio on edellytys sille, että potilas ohjautuu oikeiden palveluiden ja interventtien piiriin. Sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan koulutuksen tuoman osaamisen voidaan myös arvioida vähentävän tilanteita, jossa tehdään turhaan ajanvaraus, vaikka asia olisi ratkaistavissa muullakin tavoin, sekä tarvetta konsultoida lääkäriä hoidon tarpeen arvion yhteydessä. Hallituksen esityksessä 74/2022 vp on todettu myös jo ennen säännösmuutosta olleen vain vähän yksiköitä, joissa hoidon tarpeen arvion on tehnyt nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Hoitotakuun kiristämisen yhteydessä terveydenhuoltolain 51 a §:ään ja opiskeluterveydenhuoltolain 10 a §:ään otettiin nimenomainen säännös, jonka mukaan muussa kuin suun terveydenhuollossa ensimmäisen hoitotakuun piirissä olevan hoitotapahtuman toteuttajan tulee olla *laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö*. Lausuntokierroksella jokunen asiaan kantaa ottaneista vastaajista (16 %) katsoi velvoitteesta aiheutuvan lisäkustannuksia. Tarkempia perusteluja näkemykselle ei esitetty. Loput asiaan kantaa ottaneista lausujista (84 %) pitivät asiasta säätämistä kustannusneutraalina. Kirjauksen todettiin vastaavan jo aiemmin vallinnutta käytäntöä. Virkavalmistelussa on arvioitu, että ensimmäinen hoitotapahtuma tutkimuksineen ja hoidon suunnitteluineen on hyvin keskeinen hoidon onnistumiselle. Siksi on tärkeää, että se toteutetaan laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta. Näin on pääosin toimittu perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa jo ennen asian kirjaamista lakiin. Laillistetun ammattihenkilön tekemän suunnitelman perusteella muu työntekijä voi turvallisesti jatkaa hoitoa ensimmäisen hoitokäynnin jälkeen, mikäli tämä katsotaan perustelluksi. Sääntely ei siis koske ajanvarauksia esimerkiksi jalkahoitajille, jotka lähtökohtaisesti perustuvat jo aiemmin laadittuun hoitosuunnitelmaan.

Hoitotakuun kiristämisen yhteydessä säädettiin, että jos potilas on hoidon tarpeen arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja ammattihenkilö toteaa, että potilas tarvitsee terveysongelmansa hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana (TervHL 51 a § ja OTHL 10 a §). Nyt kyseessä olevalla esityksellä sääntely ehdotetaan muutettavaksi 23 vuotta

täyttäneiden henkilöiden kohdalla siten, että tällaisessa tilanteessa myös pääsy lääkärille järjestyy kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään hoitoon pääsyn enimmäisajaksi palautettavan kolmen kuukauden kuluessa alkuperäisestä hoidon tarpeen arviosta. Lausuntokierroksella 23 prosenttia asiaan kantaa ottaneista vastaajista katsoi velvoitteesta aiheutuvan kustannuksia, koska sen katsottiin edellyttävän henkilöstöresurssien lisäämistä. Loput vastaajat (77 %) katsoivat, ettei kustannuksia aiheudu.

Perusterveydenhuoltoon kuuluvassa suun terveydenhuollossa säädettiin hoitotakuun kiristykseen yhteydessä, että jos potilas on hoidon tarpeen 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 kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arviosta (TervHL 51 b § ja OTHL 10 b §). Nyt kyseessä olevalla esityksellä sääntely ehdotetaan muutettavaksi 23 vuotta täyttäneiden henkilöiden kohdalla siten, että tällaisessa tilanteessa myös pääsy hammaslääkärille järjestyy kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään hoitoon pääsyn enimmäisajaksi palautettavan kuuden kuukauden kuluessa alkuperäisestä hoidon tarpeen arviosta. Lausuntokierroksella 40 prosenttia asiaan kantaa ottaneista vastaajista katsoi velvoitteesta aiheutuvan kustannuksia, koska sen katsottiin edellyttävän henkilöstöresurssien lisäämistä ja prosessimuutoksia. Loput 60 prosenttia kantaa ottaneista lausujista katsoi, ettei kustannuksia aiheudu.

Edellä mainitun lääkärin ja hammaslääkärin jatkokäyntejä koskevan sääntelyn tarkoituksena on sen varmistaminen, että potilaat ohjataan hoidon tarpeen arvion perusteella heidän tarpeidensa mukaiseen hoitoon hoitotakuuajassa, jotta hoitotakuuajalla ylipäänsä olisi merkitystä. Voidaan katsoa, että näin tulisi menetellä hyvinvointialueilla myös ilman nimenomaista säännöstäkin: sinällään sama velvoite seuraa jo potilaslain 3 §:n sääntelystä potilaan oikeudesta hänen terveydentilansa edellyttämään hoitoon, sekä oikeudesta laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Lisäksi nyt esitetty kolmen kuukauden ja suun terveydenhuollon kuuden kuukauden enimmäisajat hoidon tarpeen arviosta lääkärin ja hammaslääkärin vastaanotolle 23 vuotta täyttäneiden henkilöiden kohdalla ovat pidempiä kuin voimassa olevan sääntelyn mukaiset enimmäisajat. Täten virkavalmistelussa on arvioitu, että velvoitteen kirjaamisesta lakiin aiheudu kustannuksia.

Hoitotakuun kiristykseen yhdessä hoitotakuun piiriin säädettiin yksiselitteisesti muutkin palvelut kuin sairauden ja vamman tutkimus ja hoito eli esimerkiksi rokotukset, terveystarkastukset ja muu ennaltaehkäisevä terveydenhuolto sekä niin sanotut todistus- ja lausuntokäynnit (TervHL 51 a § ja OTHL 10 a §). Ennen tätä oli tulkinannanvaraisuutta siitä, olivatko myös muut palvelut kuin vamman ja sairauden hoito ja tutkimus hoitotakuun piirissä. Perusterveydenhuollon hoitotakuusta alun perin vuonna 2004 säädettäessä hallituksen esityksen perusteluissa todettiin, että ”hoitoon pääsyn enimmäisajoilla turvattaisiin sairauksien hoito. Erilaisten todistusten saaminen ei sen sijaan sisältyisi näihin enimmäisaikoina annettaviin palveluihin.” (HE 77/2004 vp, s. 40.) Täten esimerkiksi ajoterveysteen liittyviin todistuksiin liittyvät käynnit oli tulkittu kuuluvan kolmen kuukauden hoitotakuun ulkopuolelle. Hoitotakuun kiristämisestä koskevan hallituksen esityksen 74/2022 vp säännöskohtaisissa perusteluissa todettiin, että velvoite järjestää kaikki palvelut kolmessa kuukaudessa saattoi jossain määrin laajentaa tulkintaa siitä, mitä palveluita oli kolmen kuukauden hoitotakuun piirissä.

Nyt kyseessä olevan esityksen lausuntokierroksella näkemykset jakautuivat sen suhteen, aiheuttaako kyseinen laajennus lisäkustannuksia vai ei. Kustannusvaikutusten osalta viitattiin lähinnä todistus- ja lausuntokäynteihin. Osin vastausten perustelut tosin indikoivat sitä, että lausujat olivat saattaneet enemmänkin ottaa kantaa siihen, pitäisikö erilaisten todistusten ja lausuntojen ylipäänsä kuulua julkiseen palveluvalikoimaan, kuin niiden hoitotakuun piiriin.

kuulumiseen. Aluehallintovirastojen yhteisen lausunnon mukaan uuden pykälän sanamuoto ei laajentaisi hoitotakuun piiriin kuuluvien palvelujen valikoimaa merkittävästi muutoin kuin todistusten ja lausuntojen osalta. Aluehallintovirastojen käsityksen mukaan ennen 1.9.2023 katsottiin, ettei erilaisten todistusten saaminen sisältynyt enimmäisajoissa annettaviin palveluihin. Aluehallintovirastot arvioivat, ettei hoitotakuun soveltamisalan laajentamisesta niihin kuitenkaan aiheutuisi lisäkustannuksia. Aluehallintovirastojen kantaa vastaavasti esityksen valmistelussa on arvioitu, että hoitotakuun soveltamisalan aiempi laajennus koski tosiasiallisesti lähinnä todistus- ja lausuntokäyntejä, joista kuitenkin useihin on oikeus tietyssä ajassa myös muun lainsäädännön perusteella. Huomioiden, että kolmessa kuukaudessa on kyse melko pitkästä enimmäisajasta ja julkiseen palveluvalikoimaan kuuluvat todistus- ja lausuntokäynnit olisi joka tapauksessa järjestettävä jollakin aikataululla, velvoitteen tarjota ne kolmen kuukauden enimmäisajassa ei valmistelussa ole arvioitu lisäävän kustannuksia.

Hoitotakuun kiristyksen yhteydessä säädettiin, että jos neuvolapalveluihin tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun määräaikaisen terveystarkastuksen suorittaa muu suun terveydenhuollon ammattihenkilö kuin hammaslääkäri, ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärille, pääsy hammaslääkärille järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta (TervHL 51 b § ja OTHL 10 b §). Lausuntokierroksella vajaa puolet kysymykseen kantaa ottaneista vastaajista arvio velvoitteesta aiheutuvan kustannuksia, koska sen katsottiin lisäävän henkilöstötarvetta. Runsas puolet vastaajista (esimerkiksi aluehallintovirastot) taas piti sääntelyä kustannusneutraalina, koska sen katsottiin vastaavan jo aiemmin noudatettua käytäntöä.

Lapsilla ja nuorilla suun sairaudet saattavat edetä nopeasti, minkä vuoksi on perusteltua säätää neuvolapalveluihin tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan henkilön hammaslääkärille pääsystä neljän viikon enimmäisajassa, jota jo pääosin noudatetaankin. Kyseisessä tilanteessa suun terveydenhuollon ammattihenkilö on jo todennut, että aika hammaslääkärille tulisi joka tapauksessa järjestää. Hammaslääkärin vastaanotto on toteutettavissa neljän viikon enimmäisajassa ajanvarauskirjojen hyvällä hallinnalla. Valmistelussa tämän ei ole arvioitu lisäävän kustannuksia.

Hoitotakuun kiristyksen yhteydessä säädettiin, että jos suun terveydenhuollon ammattihenkilö toteaa tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun kyseinen ammattihenkilö on todennut palvelun tarpeen (TervHL 51 b § ja OTHL 10 b §). Suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn enimmäisajan muuttuessa kuuteen kuukauteen, myös tätä edellä todettua sääntelyä esitetään muutettavaksi siten, että 23 vuotta täyttäneiden henkilöiden pääsy erikoishammaslääkärille olisi järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun kyseinen ammattihenkilö on todennut palvelun tarpeen. Lausuntokierroksella 39 prosenttia asiaan kantaa ottaneista vastaajista arvio velvoitteesta aiheutuvan kustannuksia sillä perusteella, että erikoishammaslääkäreistä on merkittävä pula. 61 prosenttia taas piti sääntelyä kustannusneutraalina, koska sen katsottiin vastaavan jo aiemmin noudatettua käytäntöä.

Erikoishammaslääkäripalveluja on jo aiemmin tullut järjestää perusterveydenhuollossa tilanteissa, joissa asiakkaan hoidon tarve ei täytä erikoissairaanhoidon kriteerejä, mutta hoito on liian vaativaa peruskoulutetulle hammaslääkärille. Nyt ehdotettu kuuden kuukauden enimmäisaika tälle palvelulle on pitkä ottaen huomioon, että myös erikoissairaanhoitoon pääsyssä on kuuden kuukauden enimmäisaika. Voidaankin katsoa, että kyseessä on jo aiemmin voimassa olleen velvoitteen tarkentaminen ja sen varmistaminen, että erikoishammaslääkäripalvelut ylipäätään järjestetään. Lausuntokierroksella tuotiin esille myös

riski siitä, että välilliset kustannukset kasvavat, jos erikoishammaslääkärille hoitoon pääsy pitkittyy. Näin ollen nyt ehdotetun säännöksen ei ole arvioitu lisäävän kustannuksia.

4.2.1.4 Vaikutukset Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön talouteen

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) ei ole varsinainen viranomainen vaan kolmannen sektorin toimija, mutta koska se on Kansaneläkelaitoksen järjestämän korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon lakisääteinen palveluntuottaja, käsitellään siihen kohdistuvat taloudelliset vaikutukset tässä osiossa. YTHS:lle arvioitu esityksestä koituva säästö olisi noin 900 000 euroa vuodesta 2025 alkaen, kun alle 23-vuotiaiden hoitotakuu säilyisi ennallaan. YTHS:n kustannusten rahoitus jakautuu opiskeluterveydenhuoltolain mukaan niin, että valtio rahoittaa 77 prosenttia kustannuksista ja opiskelijat terveydenhoitomaksuilla 23 prosenttia kustannuksista. Terveydenhoitomaksu säädetään vuosittain erikseen valtioneuvoston asetuksella, jonka valmistelun yhteydessä myös arvioitaisiin, aiheuttaisivatko nyt esitettävät lakimuutokset käytännössäkin muutoksia maksuun.

4.2.1.5 Vaikutukset Vankiterveydenhuollon yksikön ja Rikosseuraamuslaitoksen talouteen

Hoitotakuun kiristyksestä säädettyäessä (HE 74/2022 vp) on arvioitu Vankiterveydenhuollon yksikölle aiheutuvan muita järjestäjiä suurempia tarpeita velvoitteesta järjestää hoidon tarpeen arvio potilaan yhteydenoton kanssa saman päivän aikana. Tätä velvoitetta ei nyt esitetä palautettavaksi aiempaan kolmeen vuorokauteen. Valmistelussa on kuitenkin arvioitu, että Vankiterveydenhuollon perustoimintamenojen ylijäämä ja ostopalveluihin suunnattu lisärahoitus riittävät kattamaan myös tämän velvoitteen säilyttämisestä mahdollisesti aiheutuvat kustannukset.

Esityksen arvioidaan tuottavan Vankiterveydenhuollon yksikölle arviolta noin 900 000 euron säästön vuodesta 2025 alkaen, kun aikaisempiin esityksiin (HE 74/2022 vp, HE 55/2023 vp) sisältyneisiin arvioihin huomioidaan kustannustason nousu vuoteen 2025. Rikosseuraamuslaitokselle 23 vuotta täyttäneiden hoitotakuun keventämisellä saavutettava säästö olisi arviolta noin 720 000 euroa. Rikosseuraamuslaitoksen osalta esityksessä ei ole huomioitu kustannustason nousua. Ikärajan merkitystä näille viranomaisille on arvioitu vankiterveydenhuollon toteutuneiden alle 23-vuotiaiden hoitopääsykäyntien osuuden perusteella.

4.2.1.6 Vaikutukset aluehallintoviraston ja Valviran talouteen

Esityksen arvioidaan tuottavan aluehallintovirastoille yhteensä noin 600 000 euron säästön ja Valviralle arviolta noin 100 000 euron säästön vuodesta 2025 alkaen. Näissä luvuissa on aikaisempaan esitykseen (HE 74/2022 vp) sisältyneisiin arvioihin verrattuna huomioitu kustannustason nousu vuoteen 2025. Ikärajan merkitys valvontaviranomaisille on arvioitu hyvinvointialueiden alle 23-vuotiaiden asiakkaiden hoitopääsykäyntien perusteella.

4.2.1.7 Välittömät vaikutukset valtion kokonaistalouteen

Esitys perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisaikojen pidentämisestä on linjassa hallituksen julkisen talouden tasapainottamista koskevan tavoitteen kanssa, ja sillä pyritään hillitsemään terveydenhuollon kustannusten kasvua. Valtion hyvinvointialueille, korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollolle, vankiterveydenhuollolle ja terveydenhuollon valvontaviranomaisille osoittaman rahoituksen tasoa muutettaisiin vähentämällä niille aiemmin osoitettua rahoituksen lisäystä, joka liittyi aiempaan hoitotakuun kiristymiseen. Niiden

rahoituksen vähentäminen vahvistaisi julkista taloutta arviolta 99,3 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 97,2 miljoonaa euroa vuodesta 2026 alkaen, kun laskelmissa on huomioitu esityksen mukainen ikärajaus, jossa alle 23-vuotiaiden perusterveydenhuollon hoitotakuu säilytettäisiin aiemmin säädetyn mukaisena.

Taulukkoon 18 on koottu arviot valtion talouteen kohdistuvista säästöistä siinä tilanteessa, jossa hoitotakuun keventäminen ulotettaisiin koskemaan koko väestöä.

Taulukko 18. Kokonaissäästöt valtion taloudelle, jos hoitotakuun keventäminen koskisi kaikkia ikäryhmiä.

Jäljellä olevat lisäykset miljoonina euroina vuoden 2025 tasossa huomioiden kaikki ikäryhmät	2025	2026
Hyvinvointialueet	114,9	112,4
Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö	1,2	1,2
Vankiterveydenhuollon yksikkö	1,0	1,0
Rikosseuraamuslaitos	0,8	0,8
Aluehallintovirastot	0,7	0,7
Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto	0,1	0,1
Julkisen talouden vahvistuminen yhteensä	118,7	116,2

Taulukkoon 19 on koottu arviot valtion talouteen kohdistuvista säästöistä esityksen mukaisessa vaihtoehdossa, jossa enimmäisaikojen pidentäminen koskee vain 23 vuotta täyttäneitä ja lapset ja alle 23-vuotiaat nuoret rajataan muutoksen ulkopuolelle.

Taulukko 19. Esityksen kokonaissäästöt valtion taloudelle.

Jäljellä olevat lisäykset miljoonina euroina vuoden 2025 tasossa, kun alle 23-vuotiaiden ikärajaus on huomioitu	2025	2026
Hyvinvointialueet	96,2	94,1
Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö	0,9	0,9
Vankiterveydenhuollon yksikkö	0,9	0,9
Rikosseuraamuslaitos	0,7	0,7
Aluehallintovirastot	0,6	0,6
Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto	0,1	0,1

Julkisen talouden vahvistuminen yhteensä	99,3	97,2
---	-------------	-------------

Kuten edellä luvussa 2.2.1 on tarkemmin kuvattu, Suomi saa EU:n elpymisvälineestä rahoitusta Suomen kestävä kasvun ohjelman toteuttamiseen. Investoinnin 1 ”Edistetään hoitotakuun toteutumista ja puretaan koronavirustilanteen aiheuttamaa palveluvelkaa” toteuttamiseen on kohdennettu 178 miljoonaa euroa rahoitusta. Tämä on valtion talousarviossa vuosille 2021–2024 budjetoituna, eli käytössä olevaa rahaa.

Kestävän kasvun ohjelmassa on sitova hoitoonpääsyä koskeva tavoite, jonka mukaan vuoden 2025 viimeisen kvartaalin aikana seitsemän vuorokauden kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisaika perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneissä toteutuu 80 prosenttisesti. Hyvinvointialueilla on tehty hankekaudella kehittämistyötä tähän tavoitteeseen pääsemiseksi ja alueille on myönnetty tähän valtionavustuksia vuosille 2022–2025 yhteensä lähes 169 miljoonaa euroa. Tavoite on tällä hetkellä lähes saavutettu (tässä esityksessä hoitoonpääsyn tilannetta on kuvattu tarkemmin luvussa 2.2.4), mutta varsinainen tavoitteeseen pääseminen arvioidaan vasta vuoden 2025 viimeisen kvartaalin toteutumien perusteella. Kehittämistyö jatkuu siis hankerahoituksella vuoden 2025 loppuun saakka. Sosiaali- ja terveysministeriö on 8.5.2024 lähettänyt kirjeen hyvinvointialueille ja kehottanut alueita jatkamaan Suomen kestävä kasvun ohjelman hankesuunnitelmien mukaista kehittämistyötä hoitoonpääsyn edistämiseksi.

Hoitotakuuaikojen pidentäminen ja tähän liittyvä hyvinvointialueiden yleiskatteellisen rahoituksen vähentäminen poistaa yhden ajurin nopean hoitoon pääsyn varmistamiseen. Toisaalta alle 23-vuotiaat jäisivät nykyisen hoitotakuuajan piiriin. Kestävän kasvun ohjelman toimenpiteet on myös suunniteltu siten, että ne ovat toteutettavissa mahdollisista lakimuutoksista huolimatta. Lisäksi valtionavustushankkeiden ehdot sitovat lakimuutoksista huolimatta hyvinvointialueita. Nopeampi hoitoon pääsy vähentää muun muassa kalliiden erikoissairaanhoidon ja päivystyksen palvelujen tarvetta, mikä edelleen kannustaisi hyvinvointialueita nopean hoitoon pääsyn turvaamiseen. Myös jo tehty kehittämistyö, kuten digitaaliset palvelut, tukisivat nopeaa hoitoon pääsyä jatkossakin. Näin ollen edellytykset tavoitteen saavuttamiselle ovat edelleen olemassa.

Jos hoitoonpääsyä tavoitetta ei kuitenkaan saavutettaisi, Suomi voisi menettää jonkin osan EU:lta tulevasta saannosta. EU ei peri rahaa takaisin, sillä rahoitus maksetaan Suomelle vasta jälkikäteen, mutta mahdollinen tulonmenetys jäisi sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalle katettavaksi. Jos hyvinvointialueen hanke on noudattanut hyväksyttyä hankesuunnitelmaa ja avustuspäätöksen ehtoja, niin alueelta ei perittäisi takaisin myönnettyä valtionavustusta yksin siitä syystä, että määriteltyyn tavoiteindikaattoriin ei hyvinvointialueella olisi päästy. Mahdollisen tulonmenetyksen kohdentuminen sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla arvioitaisiin tarvittaessa erikseen.

4.2.1.8 Yritysvaikutukset

Esitys lisäisi arvion mukaan kotitalouksien yksityisiltä palveluntuottajilta ostamien terveydenhuollon palveluiden määrää, sillä odotetusti monet niistä, joilla olisi tähän mahdollisuus, olisivat valmiita käyttämään varojaan hoitoonpääsyä nopeuttaakseen, jos hoitoonpääsyt pitenisivät. Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluita ostavat työnantajat ostaisivat myös enemmän palveluita yksityisiltä terveydenhuollon palveluntuottajilta hoitoonpääsyaikojen pidentyessä. Toisaalta hyvinvointialueiden ostot yksityisiltä terveydenhuollon palveluntuottajilta vähenisivät.

4.2.1.9 Vaikutukset kotitalouksiin

Kotitalouksien maksamat asiakasmaksut hyvinvointialueille vähenisivät, koska hyvinvointialueiden palvelutuotannon volyymi pienenesi jossain määrin. Kotitalouksien kulutusmenot yksityiseen terveydenhuoltoon ja sairauskuluvakuutuksiin kasvaisivat, kun kotitalouden käyttäisivät enemmän yksityisiä terveydenhuoltopalveluita, joiden kautta on mahdollista päästä nopeammin hoitoon.

4.2.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan

4.2.2.1 Vaikutukset perusterveydenhuollon avosairaanhoidoon ja suun terveydenhuoltoon

Esityksessä 23 vuotta täyttäneiden hoitotakuun enimmäisaikavaatimuksen pidentäminen vähentää kustannuksia ja lisähenkilöstön tarvetta perusterveydenhuollon avosairanhoidossa ja suun terveydenhuollossa. Kyseessä on kuitenkin vain hyvinvointialueen tehtävän toteuttamistapaa koskevan normituksen osittainen keventäminen, koska kaiken ikäisten on edelleen päästävä hoitoon lääketieteelliset ja hammaslääketieteelliset seikat ja potilaan yksilöllinen tilanne huomioiden kohtuullisessa ajassa. Kun 23 vuotta täyttäneiden hoitoonpääsyn lakisääteiset enimmäisajat pitenevät, sitoo ensimmäisen hoitotapahtuman toteuttaminen kuitenkin vähemmän henkilöstöä ja taloudellisia resursseja perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon vastaanottotoiminnassa, jolloin resurssien kohdentaminen muutoin tarkoituksenmukaisesti helpottuu. Pidemmät enimmäisajat mahdollistaisivat muun muassa tarpeen mukaisen priorisoinnin, jolloin hoitoa nopeasti tarvitsevat pääsisivät paremmin hoitoon ja kiireettömiä asioita voitaisiin siirtää hieman pidemmälle. Toisaalta myös käytettävissä olevat taloudelliset resurssit pienenevät esittävien sääntelymuutosten myötä. Heikentyvä perusterveydenhuollon saatavuus saattaa myös lisätä painetta päivystykseen, sairaalahoitoihin ja erikoissairaanhoidoon. Panostamalla laadukkaaseen hoidon tarpeen arviointiin, hyvinvointialue voi kuitenkin toteuttaa kiireetöntä vastaanottotoimintaa nykyistä joustavammin ja näin ollen myös vähentää päivystysvastaanottoihin kohdistuvaa painetta. Edellä olevan lisäksi ikärajausta koskeva muutos voi aiheuttaa viranomaisille jonkin verran muutuskustannuksia, joiden arvioidaan olevan kuitenkin suhteellisen vähäisiä. Muutuskustannuksilla tarkoitetaan tässä yhteydessä muun muassa ikärajaukseen liittyvää raportointia, valvontaa, henkilöstön kouluttamista ja mahdollisia tietojärjestelmämuutoksiin liittyviä hallinnollisia kustannuksia.

Alueilla on valmistauduttu kiristyviin hoitoon pääsyn enimmäisaikoihin useamman vuoden ajan jo ennen voimassa olevan hoitotakuusääntelyn voimaantuloa. Erittäin merkittävillä valtionavustuksilla ja kehittämisen ohjauksella Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelman ja Suomen kestävän kasvun -ohjelman avulla on tuettu vuodesta 2020 alkaen perustason avosairanhoidon ja suun terveydenhuollon vastaanottojen toimintamallien kehittämistä ja hyvien käytäntöjen jalkauttamista sekä hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelan purkamista. Tämän kehittämistyön tulosten voidaan arvioida tukevan nopeampaa hoitoonpääsyä hoitotakuusääntelyn keventämisen jälkeenkin. Monet toimintamallit ovat pysyvästi uudistaneet vastaanottotoimintaa perusterveydenhuollon avosairanhoidossa ja suun terveydenhuollossa eikä ole oletettavaa, että hyvinvointialueilla niistä enää luovuttaisiin. Lausuntokierroksella useampi hyvinvointialue myös lausui pyrkivänsä nykysääntelyn mukaisiin hoitoon pääsyn enimmäisaikoihin hoitotakuusääntelystä riippumatta.

Vaikka hoitoon pääsy on nopeutunut hoitotakuusääntelyn kiristymisen myötä, lain edellyttämälle tasolle ei olla ainakaan vielä täysimääräisesti päästy. Toisaalta hoitoon pääsy toteutui pääsääntöisesti huomattavasti enimmäisaikoja nopeammin hoitotakuaikojen aiemmin ollessa perusterveydenhuollon avosairanhoidossa kolme ja suunterveydenhuollossa kuusi

kuukautta. Tämän voidaan arvioida pienentävän nyt esitettävän aiempien hoitotakuuajkojen palauttamisen vaikutusta.

Hoitoonpääsyssä on eroja hyvinvointialueiden välillä. Syitä on monia. Asiaan vaikuttavat hyvinvointialueilla ainakin:

- väestön palvelutarve ja totuttu käyttäytyminen
- terveyskeskuksissa käytössä olevat toimintamallit
- alueellinen lääkäreiden, hammaslääkäreiden ja hoitohenkilökunnan sekä ostopalvelujen ja vuokratyövoiman saatavuus
- terveydenhuollon ammattihenkilöiden välinen työnjako ja osaaminen
- avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon käytettävissä olevat taloudelliset resurssit
- yksityisen terveydenhuollon, työterveyshuollon ja opiskeluterveydenhuollon (YTHS) käyttö.

Voimassa olevan hoitotakuun vaikutukset ja toimeenpanon edellytykset vaihtelevat tämän vuoksi hyvinvointialueittain. Osassa alueista hoitoon pääsy toteutui jo voimassa olevien enimmäisaikojen puitteissa avosairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa ennen niiden voimaantuloa. Näillä alueilla enimmäisaikojen osittaisen palauttamisen aiemmalle tasolle voidaan arvioida vaikuttavan niiden toimintaan vähemmän. Toisilla alueilla taas enimmäisaikojen osittaisen pitenemisen voidaan arvioida tuovan enemmän helpotusta lakisääteisistä velvollisuuksista selviytymiseen. Toisaalta hoitoonpääsyaikoja ennen 1.9.2023 tarkasteltaessa on kuitenkin hyvä huomata, että tieto tulevasta hoitotakuun kiristymisestä vaikutti hoitoonpääsyaikoihin jo useita vuosia ennen kiristymisen voimaantuloa, koska järjestäjien täytyi varautua tulevaan kiristykseen hoitoon pääsyyn panostamalla. Jatkossa vastaavaa kannustetta ei 23 vuotta täyttäneiden hoitoon pääsyn osalta enää olisi.

Käytettävissä oleva tietopohja ei pääsääntöisesti mahdollista hyvinvointialuekohtaista arviointia yksittäisten vaikutusten tasolla. Kireämmän hoitotakuun on kuitenkin arvioitu sitovan enemmän henkilöstöä, joten hoitotakuun osittaisen palauttamisen entiselle tasolle voidaan arvioida turvaavan paremmin henkilöstön riittävyyttä hyvinvointialueiden eri tehtäviin. Tämä korostuisi etenkin ruuhka-aikoina sekä lomien ja muiden henkilöstön poissaolojen aikana, jolloin voimassa olevan hoitotakuun toteuttaminen on ollut erityisen haasteellista.

Kireämpi hoitotakuu painottaa hoidon tarpeen nopeaa arviointia ja hoidon nopeaa aloittamista. Sitä säättäessä vaaraksi arvioitiin, että panostus hoitoon pääsyyn tapahtuu hoidon jatkuvuuden kustannuksella. Hallituksen esityksen 74/2022 vp lausuntokierroksella noin kolme neljästä hyvinvointialueiden (sisältäen hyvinvointialueet, kunnat ja kuntayhtymät) vastaajasta katsoi, että hoitotakuun tiukentamisesta ehdotetussa muodossa todennäköisesti seuraisi hoidon jatkuvuuden ja vaikuttavuuden vaarantuminen. Vielä on liian aikaista arvioida, onko näin tapahtunut. Joka tapauksessa riskiä jatkuvuuden heikentymisestä voitaisiin pienentää, kun hoitotakuu palautettaisiin osittain entiselle tasolle. Jossain tilanteissa voisi esimerkiksi olla tarkoituksenmukaista, että potilaan ennalta tunteva ammattilainen hoitaisi hoitotakuun piiriin kuuluvan vastaanottokäynnin, vaikka hänelle ei löytyisikään aikoja 14 vuorokaudessa.

Hoidon tarpeen arviota tehtäessä tulisi jatkossa huomioda ehdotuksen mukaiset kiireettömään hoitoon pääsyyn erilaiset enimmäisajat alle ja yli 23-vuotiaille henkilöille. Tämä vaatii

henkilöstöltä perehtymistä sekä hoidon tarpeen arviointiin että sen kirjaamiseen laajemmin kuin mitä nykyisten kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisaikojen soveltaminen vaatii.

Kuten edellä on todettu, esityksen vaikutukset kullakin hyvinvointialueella riippuvat muun muassa siitä, millainen lähtötilanne alueella on ollut hoitoon pääsyssä ennen hoitotakuusääntelyn kiristymistä, millä keinoin tiukempaa hoitotakuuta on toimeenpantu sekä mille tasolle on päästy. Lausuntopalaute huomioiden vaikutukset riippuvat lisäksi keskeisesti siitä, missä määrin kukin hyvinvointialue kykenee kohdistamaan velvoitteen keventämiseen liittyvän rahoituksen leikkauksen muualle kuin perusterveydenhuollon henkilöstöresursseihin, etenkin niissä tilanteissa, joissa hyvinvointialue on aiemmin kohdistanut vastaavan rahoituksen lisäyksen muualle palvelujärjestelmään. Perusterveydenhuollon henkilöstön merkittävällä vähentämisellä saattaisi olla laajojakin kielteisiä vaikutuksia eivätkä esityksen tavoitteet henkilöstötilanteen paranemisesta tai hoidon ja palvelujärjestelmän kokonaisuutta tukevan joustavuuden lisäämisestä tällöin toteutuisi, vaan tilanne näiden osalta saattaisi jopa heikentyä. Myös hoitoonpääsyajat saattaisivat pidentyä merkittävästi. Kuitenkin myös säästön kohdistamisella esimerkiksi sosiaalihuoltoon tai erikoissairaanhoidon saattaisi olla kielteisiä vaikutuksia, joita on vaikea arvioida. Toisaalta esimerkiksi esitystä lausuntokierroksella kannattanut hyvinvointialue Etelä-Savo lausui aikovansa toteuttaa sopeutuksen ”mm. palveluverkkomuutoksilla, hoidon jatkuvuuden parantamisella, digitaalisuuden lisäämisellä, asiakastyön lisäämisellä ja moniammatillisen tiimimallin ja sote-integraation tuoman hyödyn kautta”.

4.2.2.2 Vaikutukset yhteispäivystykseen, sairaalahoitoon ja erikoissairaanhoidon

Paranevan perusterveydenhuollon avohoidon saatavuuden on arvoitu vähentävän painetta yhteispäivystyksissä. Voimassa olevasta hoitotakuusta säädettäessä hallituksen esityksessä 74/2022 vp ja 55/2023 vp todettiin, että yhteispäivystysten haasteena on ollut päivystyspalvelujen epätarkoituksenmukainen kysyntä ja sen kasvu. Yhtenä merkittävänä syynä nähtiin perusterveydenhuollon hoitoonpääsyn ongelmat ja viiveet. Asiakkaat hakeutuvat yhteispäivystyksiin myös tilanteissa, joissa kiireellistä ja päivystyksellistä hoidon tarvetta ei ole tai tarve ei ole lääketieteellinen. Näissä tapauksissa potilas hyötyisi eniten virka-aikaisesta perusterveydenhuollosta, jossa voitaisiin varmistaa kokonaisvaltainen ja tarvittaessa moniammatillinen arvio ja hoito. Yhteispäivystysten kuormittuminen kiireettömällä asioilla ruuhkauttaa osaltaan päivystystä, aiheuttaa tarpeettomia tutkimuksia ja edellyttää merkittävää valmiuden ylläpitoa. Päivystysvalmiuden ylläpito sitoo henkilökuntaa ja on kallista. Kun hoidon saatavuus virka-aikaan paranee, ei väestö samoissa asioissa pyri enää yhteispäivystykseen. Oletettavaa oli, että esityksen myötä osa silloin päivystyksessä hoidettavista potilaista siirtyisi perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotoilla hoidettaviksi.

Yhteispäivystyksen perusterveydenhuollon käyntien arvioitiin hallituksen esityksessä 55/2023 vp vähenevän asteittain, kun perustason avohoitoon pääsisi 14 päivän kuluessa. Arviossa lähdettiin oletuksesta, että käynnit vähenevät yhteispäivystyksessä 5 prosenttia esityksen voimaantulon ensimmäisenä vuotena, 10 prosenttia toisena vuotena ja 10 prosenttia esityksen voimaantulon kolmannesta vuodesta (syyskuu 2025) lukien verrattuna lähtötilanteeseen ennen säädösten voimaantuloa. Vielä on liian aikaista arvioida, missä määrin hoitoonpääsyn parantuminen on tosiasiallisesti vähentänyt painetta päivystyksissä, mutta ainakin osa hyvinvointialueista on jo ilmaissut havainneensa viitteitä tästä. Joka tapauksessa, siltä osin kuin hoitoonpääsyajat esityksen seurauksena pitenisivät, niiden lyhenemiselle arvioidut mahdolliset positiiviset vaikutukset päivystysten kuormitukseen jäisivät vähäisemmäksi. Huomioon on tässäkin kuitenkin otettava alueilla tehty merkittävä kehittämistoiminta hoitoonpääsyn parantamiseksi, minkä vuoksi yksinomaan hoitotakuun enimmäisaikojen osittainen pidentäminen ei välttämättä johtaisi päivystysten ruuhkautumiseen. Hyvinvointialueilla on

merkittävä kannustin pitää hoitoketjut sujuvina ja näin välttää raskaiden palveluiden, kuten päivystyksen, käyttöä ja niiden lisäresursoinnin tarvetta.

Hallituksen esityksessä 74/2022 vp on todettu, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sairaalajaksoista valtaosa alkaa päivystyksenä. On väistämätöntä, että osa päivystyskäynneistä johtaa epätarkoituksenmukaisiin sairaalajaksoihin, mikäli potilasta ei tunneta, potilasasiakirjatieto ei ole käytettävissä eikä alueellisia sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä hoito- ja palvelupolkuja osata hyödyntää. Erilaiset selvittelyjaksot ja sairaalaan ottamiset ovat yleisiä varsinkin monisairaiden ja moniongelmaisten ikäihmisten ja muiden asiakasryhmien kohdalla. Oireet ja toimintakyvyn heikkeneminen ovat usein havaittavissa jo useita päiviä aiemmin. Mikäli pääsy nopeasti omaan terveyskeskukseen kytetään turvaamaan ja potilaan tilanteeseen voidaan ottaa elektiivisesti kantaa ja varmistaa hoidon jatkuvuus ja suunnitelmallisuus, on selvää, että osa näistä sairaalajaksoista olisi vältettävissä. Erityisen tärkeää on varmistaa, että monisairaajat, 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. Hallituksen esityksessä 55/2023 vp arvioitiin, että vuonna 2025 sairaalahoidonjaksoista vähenisi vuositasolla lakimuutosten myötä perusterveydenhuollon vuodeosastoilla 1,8 prosenttia ja erikoissairaanhoidossa 0,9 prosenttia. Näiden arvioitujen vaikutusten toteutumista ei vielä voida arvioida. Väheneminen todennäköisesti toteutuisi pienempänä vuodesta 2025 alkaen siltä osin kuin hoitoonpääsyajat 23 vuotta täyttäneiden kohdalla jälleen pidentyisivät nyt kyseessä olevan esityksen myötä. Koska sairaalat ovat pääosin hyvinvointialueen omaa palvelutuotantoa, on alueen mahdollista nopeastikin sopeuttaa sairaansijojen määrää. Toisaalta hyvinvointialueilla on kannustin vähentää epätarkoituksenmukaisia sairaalajaksoja ja lyhentää niiden kestoja, minkä vuoksi hoitotakuun enimmäisaikojen pitenemisestä huolimatta hoidon hyvää saatavuutta ja jatkuvuutta todennäköisesti tuetaan perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa edelleen.

Perusterveydenhuollon palvelujen saatavuuden parantamisen arvioitiin hallituksen esityksessä 74/2022 vp vaikuttavan myös erikoissairaanhoidon kiireettömien palvelujen kysyntään. Kun perusterveydenhuollon vastaanottokäynnit lisääntyisivät hoitotakuun kiristymisen myötä ja uusia tarpeita ja sairauksia tulisi ilmi, johtaisi osa käynneistä läheteeseen erikoissairaanhoidon. Esityksessä arvioitiin, että 10 prosenttia lisääntyvistä kiireettömistä avosairaanhoidon lääkärikäynneistä olisi sellaisia, joissa tehtäisiin lähete. Tämä lisäisi erikoissairaanhoidon kysyntää ja kustannuksia. Toisaalta, kun perusterveydenhuollon saatavuus paranisi, voitaisiin osa erikoissairaanhoidon avosairaanhoidon seurantakäynneistä ja myös ensikäynneistä siirtää tapahtuvaksi perustasolla. Tämä edellyttäisi erikoissairaanhoidon tukea perustasolla muun muassa konsultaatiotoiminnan avulla, mitä oli voimakkaasti kehitetty viimeisten vuosien aikana hyödyntäen muun muassa digitaalisia palveluita ja jalkautumista perustason vastaanotoille. Lakimuutoksen myötä lisääntyvistä avosairaanhoidon käynneistä arvioitiin vuoden 2024 syyskuusta lukien 15 prosenttia olevan sellaisia, jotka korvaavat käynnin erikoissairaanhoidossa. Näidenkään arvioitujen vaikutusten toteutumista ei ole vielä mahdollista arvioida, mutta ne joka tapauksessa pienenisivät siltä osin kuin hoitoonpääsyajat 23 vuotta täyttäneiden kohdalla jälleen pidentyisivät nyt kyseessä olevan esityksen myötä.

Vaikka hyvinvointialueilla sinällään on merkittävä kannuste panostaa perusterveydenhuoltoon järjestelmän pitkän tähtäimen kokonaiskustannusten hillitsemiseksi, tiedossa on, että nykyisessä taloustilanteessa hyvinvointialueilla on myös kannuste toteuttaa lyhyellä aikavälillä vaikuttavia säästötoimia. Lausuntokierroksella monissa vastauksissa myös tuotiin esiin, että esitykseen liittyvää rahoituksen leikkausta vastaavan säästön löytäminen muualta hyvinvointialueen toiminnasta olisi haasteellista. Täten ei voida poissulkea mahdollisuutta, että hoitoon pääsyajat pidentyisivät rahoituksen vähenemisen seurauksena merkittävästi, mikä

johtaisi muun muassa häiriökysyntään, päivystysten kuormittumiseen ja erikoissairaanhoidon tarpeen kasvuun. Toisaalta, kuten edeltävässä luvussa on todettu, lausuntokierroksella useampi hyvinvointialue lausui pyrkivänsä nykysääntelyn mukaisiin hoitoon pääsyn enimmäisaikoihin perusterveydenhuollossa hoitotakuusääntelystä riippumatta.

4.2.2.3 Siirtyminen hyvinvointialueen palveluista yksityisen terveydenhuollon palveluihin sekä työterveyshuollon palveluihin

Voimassa olevista hoitotakuuajoista säädettyä hallituksen esityksessä 74/2022 vp ja 55/2023 vp todettiin, että kun pääsy julkiseen perusterveydenhuoltoon paranee, on oletettavaa, että kansalaisten halukkuus kustantaa itse vastaavaa palvelua yksityisessä terveydenhuollossa voisi jonkin verran pienentyä. Myös vapaaehtoisten itse maksettujen vakuutusten kiinnostavuus voisi ajan myötä vähentyä. Väestö arvostaa yksityisessä terveydenhuollossa mahdollisuutta valita tietty terveydenhuollon ammattihenkilö ja toisaalta pääsyä suoraan lääkärin vastaanotolle ilman hoidon tarpeen arviota tai muun ammattilaisen vastaanottoa. Osin väestöllä on myös vaikutelma yksityisen terveydenhuollon matalammasta kynnyksestä tutkimuksiin pääsyyn tai läheteiden saantiin erikoissairaanhoidon. Näillä perusteilla oletettiin, että muutoksia yksityisen terveydenhuollon käytössä nähtäisiin vasta vähitellen, kun luottamus nopeasta pääsystä julkiseen perusterveydenhuoltoon lisääntyisi. Vaikutusten arvioinnissa oletettiin, että yksityisen terveydenhuollon yleislääkärikäynneistä siirtyisi toteutettavaksi julkisessa perusterveydenhuollossa asteittain niin, että vuonna 2026 määrä olisi 8 prosenttia, johon tilanne vakiintuisi. Hyvinvointialueiden olisi siis tullut kasvattaa muutoksen vuoksi avosairaanhoidokapasiteettiaan vastaavasti.

Koska nykyinen hoitotakuusääntely tuli voimaan vasta 1.9.2023 ja hallituksen linjaus hoitotakuun palauttamisesta sitä edeltävälle tasolle jo huhtikuussa 2024, edellä kuvattua siirtymää tuskin ehtii tapahtua kovinkaan paljoa. Joka tapauksessa se todennäköisesti jäisi 23 vuotta täyttäneiden osalta toteutumatta nyt kyseessä olevan esityksen myötä. Toisaalta syksyllä 2024 annettavassa hallituksen esityksessä eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain 2 ja 3 luvun muuttamisesta (STM076:00/2023) esitetään yksityisen sairaanhoidon korvausten korottamista ja uudenlaista kohdentamista, minkä arvioidaan lisäävän yksityisten terveydenhuollon palvelujen käyttöä.

Hallituksen esityksessä 74/2022 vp todettiin suun terveydenhuollon kolmen kuukauden hoitoon pääsyn enimmäisajan julkisella sektorilla olevan edelleen pitkä verrattuna siihen, että yksityiseen suun terveydenhuoltoon saa ajan usein jo samana tai seuraavana päivänä. Lisäksi useimmissa kunnissa hoitoon pääsi jo tuolloin kolmessa kuukaudessa, joten hoitoon pääsyn enimmäisajan lyhentämisen ei arvioitu aiheuttavan siirtymää yksityisestä suun terveydenhuollosta julkiseen.

4.2.2.4 Vaikutukset henkilöstöön

Voimassa olevan hoitotakuun toimeenpanoon liittyy merkittävä huoli henkilöstön saatavuudesta. Palvelujärjestelmän toimivuutta kokonaisuudessaan haastaa henkilöstövaje. Henkilöstötilannetta ja hallituksen toimia henkilöstötilanteen parantamiseksi on kuvattu jaksossa 2.2.2. Haasteet henkilöstön saatavuudessa koskevat koko sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaa, vaikka alueellisia ja ammattiryhmittäisiä vaihteluja onkin. Kyseessä on laaja, monimutkainen ja monitekijäinen ilmiö.

Perusterveydenhuollon veto- ja pitovoiman parantamiseksi ei ole yksinkertaisia, nopeita ratkaisuja. Kilpailua henkilöstöstä käydään terveydenhuollon eri toimintojen välillä. Vakinaisen henkilöstön saatavuutta on paikattu erilaisin vuokratyövoimaratkaisuin sekä ostopalveluilla ja

palveluseteleillä. Tämäkin henkilöstö rekrytoidaan kuitenkin samoilta työmarkkinoilta kuin julkisen palvelutuotannon henkilöstö eri toimintoihin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Varsinaista sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ylimääräistä reserviä ei ole palvelujärjestelmän sisällä.

Viime vuosina käyttöön otetut uudet toimintamallit ja teknologian hyödyntäminen voivat vähentää henkilöstön tarvetta. Lisäksi organisaation henkilöstörakenteen kehittäminen (lääkärit, hoitajat, osastonsihteerit ja muut tukihenkilöt) voi auttaa kriittisten ammattilaisten riittävyyteen. Työ perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa on päivätyötä, joka sopii monen hoitajan elämäntilanteeseen vuorotyötä paremmin, mikä lisää terveystieteiden vetovoimaa suhteessa muuhun julkiseen terveydenhuoltoon. Huomioiden kuitenkin väestön vanhenemisestä johtuvan palvelutarpeen kasvun ja lähivuosina tapahtuvan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön merkittävän eläköitymisen, voidaan arvioida, että mainituista positiivisista edistysaskeleista huolimatta, alan henkilöstötilanne pysyy haastavana vielä pitkään.

Kun perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuu säädettiin seitsemään vuorokauteen (HE 74/2022 vp), arvioitiin, että tarvittava perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kapasiteetin lisäys tarkoittaisi noin 226 lääkärin ja noin 208 sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan henkilötyövuoden panosta ensimmäisenä toimeenpanovuotena eli vuonna 2023. Seuraavina vuosina laskennallinen tarve kasvaisi vähitellen tarkoittaen 465 lääkärin ja 402 sairaanhoitajan henkilötyövuoden panosta vuonna 2024, 641 lääkärin ja 498 sairaanhoitajan henkilötyövuoden panosta vuonna 2025 ja 672 lääkärin ja 476 sairaanhoitajan henkilötyövuoden panosta vuodesta 2026 lukien. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuun säätämisen pysyvästi 14 vuorokauteen (HE 55/2023 vp) arvioitiin vähentävän laskennallisia henkilötyövuosisipanoksia 145 lääkärin työvuodella ja 105 sairaanhoitajan työvuodella vuonna 2026, jolloin jäljelle jäi laskennallinen 527 lääkärin ja 370 sairaanhoitajan tarve. Yllä olevaan laskennalliseen tarpeeseen arvioitiin voitavan vastata myös muilla tavoin kuin varsinaisilla uusilla rekrytoinneilla. Henkilöstön rekrytoinnin lisäksi lisähenkilöstötarpeeseen arvioitiin vastattavan muuttamalla pysyvästi perusterveydenhuollon toimintatapoja. Erityisesti työnjakoa sekä työskentelymalleja uudistamalla eri ammattihenkilöiden työaika ja osaaminen voitaisiin kohdistaa parhaalla mahdollisella tavalla. Palvelujen, kuten sähköisten ajanvarausten, chat-palvelujen tai etävastaanottopalvelujen käytön laajentamista ja lisäämistä oli harkittava mahdollisuutena kohdentaa ammattihenkilöiden työpanosta tarkoituksenmukaisesti. Tämän esityksen jättäessä hoitoonpääsyn enimmäisajan 14 vuorokauteen alle 23-vuotiaiden osalta, hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon avosairaanhoidon laskennallisen henkilöstötarpeen voidaan arvioida olevan 86 lääkärin työvuotta ja 60 sairaanhoitajan työvuotta suurempi vuodesta 2026 lukien verrattuna tilanteeseen ennen seitsemän vuorokauden hoitotakuusta annettua esitystä (HE 74/2022 vp).

Hyvinvointialueilta niille suunnatussa kyselyssä (ks. luku 2.2.1) saatujen tietojen perusteella perusterveydenhuollon kiireettömän avosairaanhoidon hoitotakuun kiristymiseen olisi vastattu ensisijaisesti toimintaa kehittämällä sekä jossain määrin lisätyöllä ja palveluustoilla, mutta vain vähäisissä määrin henkilöstön lisärekrytoinneilla. Useilla hyvinvointialueilla on myös suunnitteilla tai tehty päätöksiä terveysasemien verkoston tiivistämisestä, aukioloaikojen muutoksista ja muista henkilöstötarvetta vähentävistä toiminnoista. Kuitenkaan yksityiskohtaista ja kattavaa tietoa mahdollisesti tehdyistä henkilöstölisäyksistä tai henkilöstötarvetta vähentävistä toiminnoista ei vielä ole saatavilla. Lisäksi henkilöstötarvetta osaltaan voi tietyillä alueilla vähentää syksyllä 2024 annettava hallituksen esitys (STM093:00/2023), jossa ehdotetaan muutoksia ympärivuorokautista terveydenhuollon päivystystä sekä leikkaustoimintaa koskevaan sääntelyyn. Edellä mainituin perustein voidaan arvioida, että perusterveydenhuollon kiireettömän avosairaanhoidon hoitotakuun osittainen palauttaminen

aiempaan kolmeen kuukauteen johtaisi jossain määrin lähinnä palveluostojen vähenemiseen, mutta vähemmän henkilöstövähennyksiin.

Suun terveydenhuollon hoitopääsyn enimmäisajan lyhentämisen ensin neljään, sitten kolmeen kuukauteen ei juurikaan arvioitu lisäävän henkilöstötarvetta, koska kyse oli keskeisesti kertaluonteisesta jonon purkamisesta. Jonon purkaminen arvioitiin voitavan tehdä esimerkiksi lisätyönä ja palvelujen ostoina yksityissektorilta sekä uusia toimintamalleja käyttöön ottamalla. Nyt käytettävissä olevan, vielä rajallisen, tiedon mukaan hyvinvointialueet ovat rekrytoineet uutta henkilökuntaa varsin vähän. Sen sijaan ne ovat purkaneet jonoja ostamalla palveluja eri muodoissa yksityissektorilta ja ottamalla käyttöön entistä kustannusvaikuttavampia toimintamalleja. Näin ollen suun terveydenhuollon hoitotakuun löyhentäminen 23 vuotta täyttäneitä koskien johtaisi lähinnä palveluostojen vähenemiseen eikä niinkään henkilöstövähennyksiin.

Toisaalta lausuntopalautteessa on kuitenkin laajasti katsottu esitykseen liittyvän rahoituksen vähenemisen pakottavan hyvinvointialueet mittaviin henkilöstövähennyksiin. Lisäksi hoitotakuusta peruuttamisen on katsottu olevan mittava mainehaitta julkiselle terveydenhuollolle ja heikentävän täten sen henkilöstön veto- ja pitovoimaa entisestään. Näitä riskejä ei voida täysin poissulkea.

4.2.2.5 Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö YTHS ei ole varsinainen viranomainen vaan kolmannen sektorin toimija, mutta koska se on Kansaneläkelaitoksen järjestämän korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon lakisääteinen palveluntuottaja, käsitellään sille aiheutuvat vaikutukset tässä osiossa.

YTHS:öön kohdistuvat vaikutukset ovat pitkälti samanlaiset kuin hyvinvointialueisiin kohdistuvat vaikutukset, joita on kuvattu aiemmissa alaluvuissa. YTHS:n perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa ja suun terveyden palveluissa on ollut vaikeuksia noudattaa tiukentuneita hoitoon pääsyn enimmäisaikoja. YTHS:n lausuntopalautteen perusteella syynä ovat olleet haasteet henkilöstön saatavuudessa sekä erityisesti palvelutarpeen kasvusta johtuvat rahoituksen riittävyyteen liittyvät haasteet. Osittain löyhentyvä hoitotakuu helpottaisi lain mukaisen hoitoon pääsyn toteuttamista, ja palvelujen hankkimista muilta palveluntuottajilta voitaneen ainakin jonkin verran vähentää. YTHS:n asiakkaista kuitenkin alle 23-vuotiaiden osuus (noin 25 %) on suurempi kuin hyvinvointialueilla, joten kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajan pidentäminen 23 vuotta täyttäneillä vaikuttaisi YTHS:n toimintaan vähemmän kuin hyvinvointialueiden toimintaan. YTHS arvioi lausuntopalautteessaan, ettei hoitotakuun keventäminen sinällään vaikuttaisi juurikaan hoitoon pääsyaikoihin sen palveluissa, koska se ei ole kyennyt noudattamaan voimassaolevaa hoitotakuusääntelyä. Toisaalta se kuitenkin arvioi, että alle 23-vuotiaille jäävä tiukempi hoitotakuu pidentäisi tätä vanhempien hoitoon pääsyajoja.

4.2.2.6 Vankiterveydenhuollon yksikkö ja Rikosseuraamuslaitos

Vankiterveydenhuollossa 1.9.2023 voimaan tulleen sääntelyn vangen oikeudesta saada yhteydenoton kanssa samana päivänä yksilöllinen arvio hoidon tarpeesta toimeenpanemiseksi on tehty toimintamallin muutokset ja lisätty yhteistyötä Rikosseuraamuslaitoksen kanssa. Tämän velvoitteen jääminen ennalleen ei siis aiheuta lisätoimenpiteitä. Myös vankiterveydenhuollossa on kiristynyt hoitotakuun enimmäisaika aiheuttanut toiminnan kehittämisen- ja lisähenkilöstön rekrytointitarpeita, jotka vähenisivät enimmäisaikojen pidentyessä. Vankiterveydenhuollon asiakkaista alle 23-vuotiaiden osuus on pienempi kuin

hyvinvointialueilla, joten kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajan pidentäminen 23 vuotta täyttäneillä vaikuttaisi vankiterveydenhuollon toimintaan suhteessa enemmän kuin hyvinvointialueiden toimintaan.

4.2.2.7 Maahanmuuttovirasto ja vastaanottokeskukset

Kuten hallituksen esityksessä 74/2022 vp ja edellä jaksossa 2.1.3 tuodaan esiin, vastaanottolain 26 §:n 2 momentin sääntelyn voidaan tulkita tarkoittavan, että se luo velvoitteen tarjota tilapäistä suojelua saaville sekä alle 18-vuotiaille kansainvälistä suojelua hakeville ja ihmiskaupan uhreille kiireetön hoito terveydenhuoltolakia vastaavien enimmäisaikojen puitteissa. Hoitotakuusta säätämällä on siten vaikutuksia myös Maahanmuuttoviraston (Migri) ja sen ylläpitämien ja sen kanssa sopimuksen tehneiden vastaanottokeskusten toimintaan. Vastaanottolaissa ei ole vastaavaa säännöstä siitä, että terveydenhuollon 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. Migriltä saatujen tietojen perusteella käytännössä kuitenkin myös nämä ryhmät hakeutuvat vastaanottokeskusten järjestämien terveyspalveluiden piiriin samalla tavalla kuin tilapäistä suojelua saavat, joten esityksellä on myös tätä kautta vaikutuksia Maahanmuuttoviraston ja vastaanottokeskusten toimintaan.

Migriltä saatujen tietojen mukaan (tilasto 24.6.2024) vastaanottojärjestelmässä on tällä hetkellä yhteensä 28 227 asiakasta, joista 21 723 on tilapäistä suojelua hakeneita tai saavia (noin 77 % kokonaismäärästä). Noin 30 prosenttia vastaanottojärjestelmän piirissä olevista asiakkaista on alle 23-vuotiaita. Suomeen on saapunut vuoden 2022 - 2024 aikana yhteensä 10 447 kansainvälisen suojelun hakijaa ja 72 234 tilapäisen suojelun hakijaa. Kuluvin vuoden aikana kansainvälistä suojelua on hakenut 1 142 henkilöä ja tilapäistä suojelua 5 506 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 hänellä on voimassa oleskelulupa. Kun henkilö saa kotikunnan, siirtyy hänen terveydenhuoltopalveluidensa järjestämisvastuu hyvinvointialueelle. Vastaanottojärjestelmää ei ole tarkoitettu henkilölle pysyväksi, vaan väliaikaista majoitusta varten. Tilapäistä suojelua saaneiden kotikunnan hakemista ja vastaanottojärjestelmästä kuntaan siirtymistä pyritään edistämään. Kansainvälisen suojelun hakijat voivat hakea kotikuntaa saatuaan oleskeluluvan. Vastaanottokeskusten ja vastaanottokeskuspaikkojen määrä on suorassa suhteessa Suomeen saapuvien kansainvälistä suojelua hakevien ja vastaanottojärjestelmässä olevien kirjoilla olevien tilapäistä suojelua saavien henkilöiden lukumäärään. Odotettavissa on, että mikäli vastaanottojärjestelmän asiakasmäärät vähenevät eivätkä lähde uudelleen nousuun, tullaan järjestelmässä toteuttamaan vastaanottokapasiteetin sopeuttamista ja vastaanottokeskusten toiminnan lakkautuksia.

Maahanmuuttoviraston arvio on, että voimassa olevat hoitotakuuajat ovat pääsääntöisesti toteutuneet normaalitilanteessa. Vastaanottojärjestelmä on riippuvainen yksityisten terveydenhuollon tuottajien ja julkisen terveydenhuoltojärjestelmän reagoitakyvystä. Hoitotakuun toteutumiseen vastaanottojärjestelmän asiakkaille voi vaikuttaa asiakasmäärien merkittävä kasvu. Laajamittaisen maahantulon tilanteessa, erityisesti jos tulijoista merkittävä osa on tilapäistä suojelua saavia tai lapsia, vastaanottojärjestelmä ei välttämättä kaikin osin pystyisi vastaamaan nykyiseen 14 vuorokauden ja neljän kuukauden hoitotakuuseen. Täten 23 vuotta täyttäneiden hoitotakuuajojen pidentyminen edesauttaa jossain määrin sitä, että palvelut pystytään tarjoamaan lakisääteisissä enimmäisajoissa myös tällaisissa tilanteissa.

Hallituksen esityksessä 74/2022 vp todettiin, että hoitoon pääsyn enimmäisaikojen kiristymisen lainsäädännön vaikutusta osana vastaanottokeskusten järjestämisvastuulla olevaan terveydenhuoltoon muuten kohdistuvaa painetta on erittäin vaikea arvioida, samoin kuin kustannuksia tuleville vuosille. Tämä johtui epävarmuudesta liittyen turvapaikanhakijoiden ja 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 74/2022 vp yhteydessä Maahanmuuttovirastolle ei kuitenkaan kohdennettu rahoitusta 1.9.2023 voimaan tulleeseen hoitotakuuseen, joten myöskään nyt esitetyllä hoitotakuun osittaisella palauttamisella takaisin tätä edeltävälle tasolle ei olisi suoraa vaikutusta Maahanmuuttoviraston rahoitukseen.

4.2.2.8 Aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto

Hoitotakuun kiristyksestä säädettäessä uuden sääntelyn valvonnan arvioitiin lisäävän valvontaviranomaisten työmäärä ja niiden rahoitusta kasvatettiin. Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen palatessa 23 vuotta täyttäneiden osalta aiemmalle tasolle, järjestäjät todennäköisesti pystyisivät paremmin toteuttamaan hoitoonpääsyn niiden mukaisesti, jolloin tarvittaisiin vähemmän viranomaisvalvontaa. Toisaalta hoitoon pääsyn enimmäisaikojen ollessa 23 vuotta täyttäneiden osalta pitkiä, valvontaviranomaisten tulisi korostuneemmin valvoa sitä, että hoitoon päästään myös ehdotettavan sääntelyn mukaisesti kohtuullisessa ajassa. Tämä olisi sinällään huomattavasti haastavampaa kuin pelkän tietyn enimmäisajan toteutumisen valvonta, mutta vastaisi tilannetta ennen nykyisen hoitotakuusääntelyn voimaantuloa. Valvontaviranomaisten keinot valvoa enimmäisaikaa lyhyemmän kohtuullisen hoitoon pääsyajan toteutumista olisivat käytännössä rajalliset. Todennäköisesti epäkohdat tulisivat esiin lähinnä kanteluiden ja potilasvahinkoilmoitusten kautta. Valvontatyötä myös monimutkaistaisi se, että jatkossa hoitotakuuajat olisivat eri-ikäisten henkilöiden kohdalla eri pituiset ja valvottavia enimmäisaikoja olisi nykyistä useampia.

Lain toimeenpanon toteutumisessa ja toimivan viranomaisvalvonnan kannalta merkityksellistä olisi edelleen myös hyvinvointialueen ja sille palveluja tuottava yksityisen palveluntuottajan omavalvonta. Voimassa oleva velvoite julkaista hoitoon pääsyn tiedot yleisessä tietoverkossa perusterveydenhuollosta, mukaan lukien suun terveydenhuollosta, kuukauden eikä neljän kuukauden välein, sekä se, että THL tuottaa julkaistavat tiedot, todennäköisesti ainakin jossain määrin auttaisi valvontaviranomaisten työtä.

4.2.2.9 Kansaneläkelaitos

Kansaneläkelaitoksen on seurattava ja arvioitava järjestämänsä korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon laatua ja vaikuttavuutta sekä kustannuksia, tuottavuutta ja taloudellisuutta. 23 vuotta täyttäneiden hoitotakuun keventämisestä aiheutuu lähinnä hallinnollisia toimenpiteitä opiskeluterveydenhuollon järjestämiseen liittyen. Muutoksen voimaan tultua Kela tarkistaa YTHS:lle asetettuja tavoitteita vastaamaan ehdotettua lainsäädäntöä ja päivittää YTHS:n kanssa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palvelun kuvausta. Muutokset hoitoonpääsyajoissa tullaan ottamaan myös huomioon Kelan tekemässä opiskeluterveydenhuollon seurannassa ja auditoinneissa (erityisesti hoitoonpääsyajojen seurannassa).

4.2.2.10 Tietojärjestelmävaikutukset

Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumista seurataan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Avohilmo-rekisterissä, joka edellyttää terveydenhuollon toimijoita kirjaamaan seurantaa varten

tarvittavat tiedot Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen määrittämien luokitusten mukaisesti. Hoitotakuun enimmäisaikojen pidentäminen, säilyttäen kuitenkin alle 23-vuotiaiden hoitotakuun entisellään, edellyttää luokitusten muutoksia. Muutetuilla luokituksilla pyritään siihen, että jatkossa hoitoon pääsyä kirjattaisiin samoilla koodeilla riippumatta siitä, kuinka pitkät enimmäisajat ovat.

Lakimuutosten edellyttämät hoitoon pääsyn seurannassa käytettävien hoidon tarpeen arvioinnin tulokoodien muutokset edellyttäisivät hyvinvointialueilla, YTHS:ssä ja vankiterveydenhuollossa toimivien hoidon tarpeen arviointeja tekevien ammattilaisten koulutusta ja ohjeistamista. Lisäksi potilastietojärjestelmiin tehtävät koodimuutokset vaatisivat alueilta taloudellisia resursseja, aikaa toteutukseen ja versioiden päivitykseen sekä potilastietojärjestelmäkohtaisten ohjeiden päivityksiä.

Potilastietojärjestelmien muutokset toteutetaan käytännössä osana isompia versiovaihdoksia, joita tehdään hyvinvointialueilla säännöllisesti. Useat hyvinvointialueet ovat parhaillaan hankkimassa uusia potilastietojärjestelmiä, jolloin muutokset toteutetaan järjestelmähankintojen yhteydessä. Potilastietojärjestelmien uudistaminen ja versiovaihdokset sekä toimintaprosessien muutokset vaativat hyvinvointialueilla aikaa. Luvussa 2.2.1 kuvatussa Suomen kestävä kasvun ohjelmassa on vuosille 2022–2025 varattu miljoona euroa THL:lle kirjaamisen tukeen ja viisi miljoonaa euroa hyvinvointialueille kirjaamisen kehittämiseen. Tätä rahoitusta voidaan hyödyntää myös tästä esityksestä johtuvien tietojärjestelmätarpeiden toteuttamiseen.

4.2.3 Muut yhteiskunnalliset vaikutukset

4.2.3.1 Vaikutukset kansalaisten asemaan ja perus- ja ihmisoikeuksien toteutumiseen

23 vuotta täyttäneiden kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajan pidentyminen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palveluissa takaisin aiempaan kolmeen kuukauteen ja perusterveydenhuoltoon kuuluvassa suunterveydenhuollossa kolmesta kuukaudesta takaisin kuuteen kuukauteen yhdistettynä tähän liittyvään rahoituksen vähenemiseen voisi heikentää 23 vuotta täyttäneiden potilaan mahdollisuuksia riittävien palvelujen saamiseen. Hyvinvointialueet kohdentavat yleiskatteellisen saamansa rahoituksen kaikkien järjestämisvastuuseen kuuluvien tehtäviensä hoitamiseen, joten rahoituksen leikkaus ei välttämättä koskisi kuitenkaan perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palveluja ja suun terveydenhuollon palveluja. Toisaalta muista palveluista säästämällä voisi olla kielteisiä vaikutuksia niitä tarvitseviin henkilöihin. Tässä olisi todennäköisesti hyvinvointialuekohtaista vaihtelua.

Muutos saattaisi heikentää myös alueellista yhdenvertaisuutta, koska pitkät enimmäisajat mahdollistaisivat merkittävemmän vaihtelun hoitopääsyajoissa eri alueiden välillä. Toisaalta kyse olisi nimenomaan enimmäisajoista ja erojen muodostumista kohtuuttoman suuriksi estäisi lakiin kirjattava velvoite järjestää ensimmäinen hoitotapahtuma aina lääketieteelliset seikat ja potilaan yksilöllinen tilanne huomioiden kohtuullisessa ajassa numeeristen enimmäisaikojen ollessa ehdottomia takarajoja vähiten kiireellisissäkin tapauksissa. Riskiä erojen tosiasialliselle kasvulle kuitenkin lisäisi se, että valvontaviranomaisten mahdollisuudet valvoa laissa säädettävän kohtuullisen hoitoon pääsyajan toteutumista olisivat rajalliset.

Sosioekonominen asema on vahvasti yhteydessä terveysten palvelujen käyttöön ja niistä saatuaan hyötyyn. Usein korkeampaan sosioekonomiseen asemaan liittyy muun muassa parempi tietoisuus saatavilla olevista terveysten palveluista sekä mahdollisuus käyttää yksityisiä terveydenhuollon palveluja ja työterveyshuoltoa sekä ottaa vakuutuksia. Ennen hoitotakuun kiristymistä 1.9.2023 alkaen työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen ja yksityisten

sairaanhoitopalvelujen piirissä olevien henkilöiden hoitoon pääsy oli huomattavasti nopeampaa kuin julkista sektoria käyttävien potilaiden. Ehdotuksen myötä yhdenvertaisuus heikkenisi 23 vuotta täyttäneiden kohdalla tältä osin jälleen, kun julkisen sektorin hoitoon pääsy hidastuisi.

Työterveyshuollon palveluiden ulkopuolella ovat esimerkiksi ikäihmiset ja työttömät, osa maahanmuuttajista ja vammaisista henkilöistä sekä vangit. Finanssiala ry:n vakuutustutkimus 2022:n mukaan vuonna 2022 vapaaehtoinen sairauskuluvakuutus oli 22 prosentilla suomalaisista. Vakuutuksen ottamiseen vaikuttaa huomattavasti vastaajan koulutus. Sairauskuluvakuutus on selkeästi suositumpi ammattikorkeakoulun käyneiden (29 %) ja korkeakoulun käyneiden (25 %) keskuudessa kuin koko väestössä. Myös talouden tuloilla oli vaikutusta vakuutuksen hankintaan. Ylimmässä tuloluokassa (yli 70 000 €/v) olevilla talouksilla vakuutus oli 30 prosentilla, kun taas alimmassa tuloluokassa olevilla (alle 30 000 €/v) sairauskuluvakuutus oli 13 prosentilla vastaajista. Toisaalta osalla matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevista henkilöistä voi kuitenkin olla esimerkiksi arjen hallintaan ja terveyden lukutaitoon liittyviä haasteita, jotka tosiasiallisesti vaikuttavat siihen, etteivät he hakeudu hoitoon, vaikka pääsy hoitoon sinänsä mahdollista olisikin. Hoitoon hakeutumisen esteitä tulisi kuitenkin kaikin keinoin pyrkiä purkamaan.

Kuten edellä jaksossa 2.1.3 tuodaan esiin, 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 terveydenhuoltolakia vastaavien enimmäisaikojen puitteissa. Ehdotettava sääntely voisi siten välillisesti heikentää vastaanottolain 26 §:n 2 momentin soveltamisalaan kuuluvien 23 vuotta täyttäneiden asemaa. Toisaalta maahanmuuttojärjestelmän rahoitus ei kuitenkaan vähenisi muutoksen seurauksena, mikä turvaisi hoitoon pääsyä myös jatkossa.

Vastaanottolaissa ei ole täysi-ikäisiä kansainvälistä suojelua hakevia ja ihmiskaupan uhreja koskien vastaavaa säännöstä siitä, että palvelut tulee antaa samoin perustein kuin henkilölle, jolla on kotikunta. Käytännössä kuitenkin myös nämä ryhmät hakeutuvat vastaanottokeskuksien järjestämien terveystalveluiden piiriin samalla tavalla kuin tilapäistä suojelua saavat, joten ehdotettava muutos voisi näkyä heikennyksenä myös näihin ryhmiin kuuluvien 23 vuotta täyttäneiden saamassa kiireettömässä hoidossa.

Hoitotakuuajat soveltuvat myös välttämättömään kiireettömään hoitoon, joka hyvinvointialueella on sote-järjestämislain 56 a §:n nojalla velvollisuus järjestää niin sanotuille paperittomille ja paperittoman kaltaisessa tilanteessa oleville henkilöille. Heikennys hoidon saatavuudessa saattaisi siten koskea myös heitä.

Toisaalta on mahdollista, että 23 vuotta täyttäneiden hoitotakuuajkojen pidentäminen tasapainottaisi resurssien jakoa ensimmäisen hoitokäynnin ja toisaalta hoidon jatkuvuuden turvaamisen välillä sekä turvaisi terveydenhuollon henkilöstön riittävyyttä palvelujärjestelmän kokonaisuus huomioiden. Näiden seikkojen voidaan katsoa lieventävän esityksen terveystalveluiden riittävyyteen kohdistuvia kielteisiä vaikutuksia. On myös syytä huomioida, että julkisen talouden kestävydestä huolehtiminen voi turvata useiden perusoikeuksien parempaa toteutumista pitkällä aikavälillä.

Esitys asettaisi 23 vuotta täyttäneet hoitoonpääsyn suhteen eri asemaan lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten kanssa, koska ehdotettavat hoitoon pääsyn enimmäisaikojen pidennykset koskisivat vain 23 vuotta täyttäneitä. Erot hoitoon pääsyn enimmäisajoissa iästä riippuen eivät kuitenkaan heikentäisi eri ikäryhmien yhdenvertaisuutta, sillä erottelu ei olisi mielivaltaista tai kohtuutonta, vaan perustuisi oikeasuhteisena lapsen edun ensisijaisuuteen ja myös alle 23-vuotiaitten nuorten osalta osiossa 4.1 kuvattuihin lääketieteellisiin seikkoihin. Lisäksi muiden

haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden riittävä hoitoon pääsy turvattaisiin säätämällä oikeudesta päästä hoitoon kohtuullisessa ajassa lääketieteelliset seikat ja henkilön yksilöllinen tilanne huomioiden.

Esityksen vaikutuksia perus- ja ihmisoikeuksien toteutumiseen kuvataan tarkemmin osiossa 11.

4.2.3.2 Kielelliset oikeudet

21 hyvinvointialueesta seitsemän on kaksikielisiä. Näitä ovat Keski-Pohjanmaa, Pohjanmaa, Varsinais-Suomi, Länsi-Uusimaa, Vantaa-Kerava, Itä-Uusimaa ja Kymenlaakso. Lisäksi Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä ovat kaksikielisiä. Pohjanmaa on ainoa hyvinvointialue, jossa ruotsi on enemmistökieli. Potilaan oikeudesta käyttää joko suomea tai ruotsia terveydenhuollon palveluissa on säädetty terveydenhuollon lainsäädännössä. Muutos ei vaikuta kielellisiin oikeuksiin koskevaan sääntelyyn. Kielellisten oikeuksien toteutumisesta on arvioitava myös oikeuksien toteutumista käytännön tilanteissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on tärkeää sekä asiakkaan turvallisuuden että oikeusturvan kannalta, että palveluita saadaan henkilön omalla kielellä, ruotsiksi tai suomeksi, siitä riippumatta, kuuluuko henkilö hyvinvointialueen kielivähemmistöön vai -enemmistöön.

Hyvinvointialueilla on erilaiset lähtökohdat tarjota sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita kaksikielisesti. Alueella olevan kielivähemmistön koko vaikuttaa kielitaitoisen henkilöstön rekrytointimahdollisuuksiin. Lähtökohtaisesti kielitaitoista henkilöstöä on parhaiten saatavissa alueilla, joilla vähemmistökielisen väestön osuus on suuri. Myös alueella sijaitsevalla sosiaali- ja terveysalan koulutuksen sijainnilla voi olla merkitystä työvoiman saatavuuteen. 23 vuotta täyttäneiden hoitoon pääsyn enimmäisaikojen pidentymisen voidaan arvioida parantavan mahdollisuutta tarjota palvelu vähemmistökielillä kaikille ikäryhmille.

4.2.3.3 Vaikutukset väestön terveydentilaan ja palvelujen saatavuuteen

Ehdotettavilla lakimuutoksilla pidennettäisiin 23 vuotta täyttäneiden hoitoon pääsyn enimmäisaikoja julkisen palvelujärjestelmän perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa, mikä todennäköisesti johtaisi heidän osaltaan tosiasiallisten hoitoon pääsyajojen pidentymiseen. Näitä palveluita annetaan terveyskeskuksissa ja sosiaali- ja terveyskeskuksissa, joissa koko väestöllä on oikeus asioida. Tältä osin palvelujen saatavuuden heikentyminen koskisi kaikkia julkisessa terveydenhuollossa asioivia väestöryhmiä yhdenmukaisesti lukuun ottamatta lapsia ja alle 23-vuotiaita nuoria. Alueelliset erot palveluiden saatavuudessa kuitenkin todennäköisesti lisääntyisivät. Nykyistä suurempia eroja saattaisi syntyä myös hyvinvointialueiden, korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon ja vankiterveydenhuollon palvelujen saatavuuden välillä. Julkisten palveluiden saatavuus etäännyisi jälleen työssä käyvän väestön työnantajan järjestämän työterveyshuollon sairaanhoidon saatavuudesta. Samoin ero hoitoonpääsyajoissa julkiselle ja yksityiselle sektorille kasvaisi. Esitys saattaisi täten kasvattaa terveyseroja tai ainakin se terveyserojen kaventuminen, johon hoitotakuun tiukennuksen oli arvioitu johtavan, jäisi toteutumatta silti osin kuin 23 vuotta täyttäneiden hoitoon pääsyajat jälleen pidentyisivät esityksen myötä.

Palvelujen parempi saatavuus kiireettömissä asioissa nopeuttaa vielä havaitsemattomien terveysongelmien ja riskitekijöiden havaitsemista. Asia korostuu niiden potilasryhmien kohdalla, joiden pääasiallinen tai ainoa hoitopaikka on julkinen perusterveydenhuolto. Näitä ryhmiä ovat muun muassa iäkkäät, työttömät ja kuntoutustuella tai eläkkeellä olevat henkilöt sekä esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepotilaat. Näillä ryhmillä on paljon pitkäaikaissairauksia, joiden varhainen havaitseminen ja hoito sekä riskitekijöihin puuttuminen viivästyy palvelujen saatavuuden ollessa huono. Esimerkiksi osan työttömistä on hoitotakuun

tiukennuksesta säädettäessä todettu olevan tilanteessa, jossa heidän työkykynsä tuen, hoidon ja kuntoutuksen tarvetta ei ole tunnistettu, eivätkä he ole päässeet tarvitsemiinsa palveluihin ja oikean etuuden piiriin. Lisäksi heille on työssä käyvää väestöä vähemmän tarjolla ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa. Kun palvelutarpeita ei tunnisteta riittävän varhain, ongelmat vaikeutuvat ja kasautuvat. Palveluiden heikompi saatavuus kasvattaa terveyseroja tältäkin pohjalta. Erityisen haavoittuvassa asemassa olevat henkilöt hyötyvät siitä, että saavat jo yhteyttä ottaessaan hoidon tarpeen arvion ja käytännössä myös ensimmäisen vastaanottoajan lähipäiville. Osalla haavoittuvassa asemassa olevista, esimerkiksi mielenterveys- tai päihdeongelmallisista, voimavarat ovat rajalliset, eivätkä he jaksaa tai pysty ottamaan yhteyttä tai tulemaan hoitoon, mikäli viive ensimmäiselle käynnille venyy pitkäksi.

Toisaalta hoitotakuun tiukentamisen riskiksi on hallituksen esityksessä 74/2022 vp nähty se, että tiukentuvien enimmäisaikojen vuoksi panostetaan yksinomaan ensimmäisen hoitokäynnin toteutumiseen. Tämä arvioitiin aiheuttavan riskejä erityisesti paljon eri palveluita tarvitsevien kohdalla. Esimerkiksi, mikäli saatavuutta pyritään varmistamaan ostopalveluilla tai palveluseleleillä tai ohjaamisella kenen tahansa ammattihenkilön vastaanotolle ilman, että hoito- ja palvelukokonaisuuden suunnitelmallisuudesta ja jatkuvuudesta huolehditaan, on vaarana asiakkaiden tilanteen huononeminen palveluiden pirstaloituessa ja tiedonkulun hankaloituessa.

Edelleen on korotettu, että enimmäisaikojen tiukentaminen ei saa johtaa siihen, että palveluiden tosiasiallinen saavutettavuus, ennalta ehkäisevät palvelut tai hoidon jatkuvuus, suunnitelmallisuus ja ehjät hoito- ja palveluketjut kärsivät tai hoitotakuun kiristymiselle arvioidut myönteiset vaikutukset väestön terveydentilaan voisivat vaarantua. Vielä on liian aikaista arvioida, johtaisivatko voimassa olevat enimmäisajat tähän ja miltä osin, mutta riski tähän saattaisi joka tapauksessa pienentyä 23 vuotta täyttäneiden hoitoon pääsyn enimmäisaikojen pidentyessä.

Voimassa olevaa hoitotakuuta säädettäessä hallituksen esityksessä 74/2022 vp on arvioitu, että tiukennettujen hoitotakuuajkojen toteuttamiseksi digitaalisten palveluiden tarjonta voi kasvaa. Monilla ikääntyneillä, monisairailta, moniongelmaisilla ja heikoimmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla potilailla on rajalliset mahdollisuudet käyttää digitaalisia palveluita. Näiden asiakasryhmien osalta digipalveluiden laaja käyttö voi aiheuttaa ongelmia hoidon saatavuuden tosiasiallisessa toteutumisessa. On mahdollista, että hoitotakuun osittainen keventäminen mahdollistaa paremmin potilaan toiveiden huomioimisen palvelujen toteuttamistavassa.

4.2.3.4 Sukupuolivaikutukset

Sukupuolten välillä on eroja hyvinvoinnissa, sosiaalisessa osallisuudessa, terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa¹⁶. Tilastokeskuksen väestötilastojen mukaan naisten elinajanodote vuonna 2022 oli 83,8 vuotta ja miesten 78,6 vuotta. Sekä naisten, että miesten elinajanodote on laskenut edellisistä vuosista.¹⁷ Sukupuoli on keskeinen erottava tekijä myös väestöryhmittäisissä tarkasteluissa¹⁸. Esimerkiksi sosioekonomisten tekijöiden vaikutus on

¹⁶ THL (2024): Sukupuolten hyvinvointi- ja terveyserot. <https://thl.fi/aiheet/sukupuolten-tasa-arvo/tasa-arvon-tila/hyvinvointi-ja-terveys/sukupuolten-hyvinvointi-ja-terveyserot>

¹⁷ Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolleet [verkkajulkaisu]. Viiteajankohta: 2022. ISSN=1798-2529. Helsinki: Tilastokeskus. <https://stat.fi/julkaisu/cl8jxd2ks9jb20dukeq98yupk>

¹⁸ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Suomi: Maan terveysprofiili 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and

miehillä huomattavasti suurempi kuin naisilla. Kun tulotaso huomioidaan, on alimman ja ylimmän tulokymmenyksen elinajanodotteessa miehillä yli 10 vuoden ja naisilla noin kuuden vuoden ero.¹⁹ Naisilla on miehiä yleisimmin jokin pitkäaikaissairaus²⁰ tai terveysongelma, kun taas monet syrjäytymisen taustatekijöistä ovat yleisimpiä miehillä²¹.

Naisten on todettu käyttävän monia sosiaali- ja terveyspalveluja miehiä aktiivisemmin. Avohilmo-rekisterin mukaan vuonna 2022 naiset tekivät terveydenhuollon avohoidon käynneistä 58 prosenttia ja miehet 42 prosenttia. Suun terveydenhuollon käynneistä naiset tekivät 54 prosenttia ja miehet 46 prosenttia.²² Terve Suomi -tutkimuksen perusteella naiset käyttävät myös enemmän sähköisiä sosiaali- ja terveyspalveluja. Viimeisten 12 kuukauden aikana sähköisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa oli asiointu kaksi viidesosaa naisista ja kolmasosa miehistä. Ikäryhmittäin tarkasteltuna digitaalinen asiointi sosiaali- ja terveyspalveluissa oli yleisempää nuoremmissa ikäryhmissä ja naisten keskuudessa, lukuun ottamatta yli 74-vuotiaiden ikäryhmää, jossa miehet (16 %) asioivat naisia (10 %) useammin. Tässä ikäryhmässä naiset myös kokivat tarvitsevänsä miehiä enemmän opastusta sosiaali- ja terveydenhuollon verkkopalvelujen käytössä.²³

Sukupuolivähemmistöihin kuuluvien ihmisten terveydestä ja hyvinvoinnista tai palveluiden käytöstä ei ole kattavaa tutkimustietoa, mutta tiedetään, että moni sukupuolivähemmistöön kuuluva välttelee tai viivyttää hoitoon hakeutumisesta aiempien syrjintäkokemusten tai syrjinnän pelon vuoksi. Euroopan unionin perusoikeusviraston LGBTI-kyselytutkimukseen (2020) vastanneista suomalaisista transihmisistä 20 prosenttia oli vältellyt terveyspalveluja, ja 23 prosenttia oli kokenut syrjintää sosiaali- ja terveydenhuollossa.²⁴

Terveydenhuollon palveluiden käytössä on edellä todetusti havaittavissa eroja eri sukupuolten välillä, jolloin myös ehdotuksen vaikutukset kohdistuisivat eri tavoin eri sukupuolta oleviin henkilöihin. 23 vuotta täyttäneiden palveluiden saatavuuden heikentymisen vaikutukset kohdistuisivat lähtökohtaisesti useammin naisiin, sillä naiset käyttävät eniten terveydenhuollon palveluja, mukaan lukien sekä läsnä- että etäpalvelut.

4.2.3.5 Lapsivaikutukset

Suomessa oli Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2022 yhteensä noin 550 000 perhettä, joissa on vähintään yksi alle 18-vuotias lapsi. Lapsiperheissä oli yhteensä hieman yli miljoona alaikäistä lasta. Koska esitys koskisi vain 23 vuotta täyttäneitä henkilöitä, sillä ei olisi välittömiä

Policies, Brussels. ISBN 9789264317017 (PDF). Series: State of Health in the EU. SSN 25227041 (online). https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_fi_finnish.pdf

¹⁹ THL (2019): Suomalaisten hyvinvointi 2018. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>

²⁰ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Suomi: Maan terveysprofiili 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. ISBN 9789264317017 (PDF). Series: State of Health in the EU. SSN 25227041 (online). https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_fi_finnish.pdf

²¹ THL (2017): Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-896-8>

²² THL (2019): Suomalaisten hyvinvointi 2018. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>

²³ THL (2023): Digitaaliset palvelut ja digitaalinen asiointi.

https://www.thl.fi/terveysuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/digitaaliset_palvelut_ja_digitaalinen_asiointi.html

²⁴ THL (2024): Palvelut ja sukupuoli. <https://thl.fi/aiheet/sukupuolten-tasa-arvo/tasa-arvon-tila/hyvinvointi-ja-terveys/palvelut-ja-sukupuoli>

vaikutuksia lapsiin tai nuoriin. Lasten vanhempien huonommalla hoitoon pääsyllä voisi kuitenkin olla välillisiä kielteisiä vaikutuksia myös lapsiin. Kuten edeltävissä kappaleissa on todettu, heikossa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt ovat usein työterveydenhuollon ja yksityisen terveydenhuollon palvelujen ulkopuolella. Tällaisten vanhempien lapset ovat jo lähtökohtaisesti muita lapsia heikommassa asemassa, ja vanhempien terveydentilan mahdollinen heikentyminen voi heikentää heidän asemaansa entisestään.

4.2.3.6 Vaikutukset sosiaalihuollon asiakkaisiin

Hoitoon pääsyn nopeutumisen on arvioitu hyödyttävän erityisesti paljon palveluja tarvitsevia asiakkaita paitsi parantamalla hoidon saantia ja vaikuttavuutta, myös vähentämällä sairaudesta tai vammasta aiheutuneita tuen tarpeita ja siten myös niihin vastaavien sosiaalihuollon palvelujen kysyntää. Toimintakykyyn liittyvään tuen tarpeeseen, joka aiheutuu esimerkiksi henkilön vammasta, fyysisestä tai psyykkisestä sairastamisesta, ikääntymisen tai sairauksien mukanaan tuomasta voimien tai koordinaation heikkenemisestä tai päihteiden käytöstä, voidaan vastata monilla eri sosiaalihuollon palveluilla. Toimintakyvystä ja tarpeista riippuen näitä ovat esimerkiksi kotipalvelu ja kotihoito, asumispalvelut tai liikkumista tukevat palvelut. Nopeamman hoitoonpääsyn ja kuntoutumisen käynnistymisen on arvioitu vähentävän ainakin joltain osin sairaudesta tai vammasta johtuvia sosiaalisia, taloudellisia tai toimintakykyyn liittyviä haasteita arjessa, ja siten sillä on vaikutusta myös sosiaalihuollon toimintaan ja palvelutarpeisiin.

Paljon palvelua tarvitsevien henkilöiden lisäksi hoitoon pääsyn nopeutumisesta on arvioitu hyötyvän erityisesti myös haavoittuvassa asemassa olevat henkilöt. Sosiaalihuoltolain mukaisella erityistä tukea tarvitsevalle henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jolla on erityisiä vaikeuksia saada ja hakea tarvitsemiaan palveluja. Erityisen tuen tarvitseminen ei ole sidottu tiettyyn diagnoosiin tai vammaan vaan määrittelyn piiriin kuuluvat esimerkiksi henkilöt, joiden erityisen tuen tarve perustuu useampaan sairauteen tai vammaan ja vielä diagnosoimattomaan oireyhtymään, joka vakavasti vaikeuttaa henkilön kykyä toimia. Tarkoituksenmukaisen tuen kautta sosiaalihuollon erityisenä tehtävänä on varmistaa, että henkilö saa tarvitsemansa palvelut esimerkiksi terveydenhuollosta.

Edellä mainitut nopean hoitoon pääsyn hyödyt menetettäisiin siltä osin kuin 23 vuotta täyttäneiden hoitoonpääsyajat pidentyisivät. Toisaalta paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat tai erityistä tukea tarvitsevat henkilöt eivät kuitenkaan tarpeistaan huolimatta välttämättä käytä paljon palveluja. Hoitoon pääsyn heikkeneminen joka tapauksessa todennäköisesti edelleen heikentäisi sosiaalihuollon asiakkaiden luottamusta palvelujärjestelmään ja palvelujen saatavuuteen.

4.2.3.7 Vaikutukset mielenterveyden- ja päihde- ja riippuvuushoitoa tarvitseviin asiakkaisiin

Mielenterveys- ja päihdehäiriöitä sairastavien aloitekyky, toimintakyky ja joissakin tilanteissa myös hoitomotivaatio voivat vaihdella, joten hoitoon pääsyn tulisi olla nopeaa ja sujuvaa asiakkaan ilmaiseman tarpeen mukaisesti. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden mukaan potilaan arvioinnin ja hoidon aloituksen on aina toteuduttava nopeasti häiriön ja sen psykososiaalisten seurausten vaikeutumisriskin vuoksi, lukuun ottamatta joitakin pitkäaikaisiin ominaisuuksiin tai oirekuviin liittyviä tutkimusjaksoja. Mielenterveys- ja päihdehäiriöille on tyypillistä, että hoidon viivästyminen aiheuttaa oireilun vaikeutumista ja toimintakyvyn heikkenemistä. Hoitoon pääsyä nopeuttamalla voidaan merkittävästi ehkäistä sairauksien kroonistumista ja pitkäaikaishaittoja, kuten työkyvyttömyyden kehittymistä.

Esitys todennäköisesti heikentäisi 23 vuotta täyttäneiden kiireettömään hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa mielenterveys-, päihde- ja riippuvuusongelmissa hoitoon ensi kertaa hakeuduttaessa ja sairauden uusiutuessa tai vaikeutuessa silloin, kun hoitosuunnitelman mukainen hoito ei ole käynnissä. Esitys saattaisi siten heikentää mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidon saatavuutta perusterveydenhuollossa sekä niiden rahoitusta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (PALKO) 1.11.2018 hyväksymässä suosituksessa todetaan, että vaikuttaviksi todetut psykoterapiat ja psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät kuuluvat mielenterveys- ja päihdehäiriöissä terveydenhuollon palveluvalikoimaan osana tavoitteellista hoitoa tai kuntoutusta niiden kaikissa vaiheissa, perusterveydenhuollosta alkaen. Nyt ehdotettava muutos saattaisi viivästyttää 23 vuotta täyttäneiden tarpeenmukaisen psykososiaalisen hoidon toteuttamista. Esitys ei muuttaisi lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten pääsyä mielenterveyden hoitoon nykyisestä.

Toisaalta hoitotakuun kiristämisen riskinä nähtiin hallituksen esityksessä 74/2022 vp, että järjestäjien keskittyminen tarjoamaan nopeaa palvelua hoitoon hakeuduttaessa saattaisi aiheuttaa, että pitkäaikaishoidossa tarjottaisiin liian harvajaksoista hoitoa. Tämän riskin toteutumista on vielä liian aikaista arvioida, mutta hoitotakuun keventäminen mahdollisesti pienentäisi tämän riskin toteutumisen todennäköisyyttä.

4.2.3.8 Vaikutukset vammaisiin henkilöihin

Suurin osa vammaisista ihmisistä käyttää samoja terveystieteiden palveluja kuin muukin väestö. Näin ollen esityksen vaikutukset vammaisten ihmisten kohdalla olisivat lähtökohtaisesti samanlaisia ja samansuuntaisia kuin vaikutukset koko väestöön. On kuitenkin otettava huomioon, että vammaiset henkilöt ovat harvemmin työelämässä muuhun väestöön verrattuna, joten heillä ei ole käytettävissä työterveyshuollon palveluita samassa määrin kuin muulla aikuisväestöllä. Vammaiset henkilöt myös tarvitsevat terveydenhuollon palveluja muuta väestöä enemmän. Täten esitys saattaisi heikentää 23 vuotta täyttäneiden vammaisten henkilöiden asemaa enemmän verrattuna muihin 23 vuotta täyttäneisiin. Kuntoutuspalvelujen viivästyminen toimintakyvyn heikentyessä voi vaarantaa vammaisen henkilön itsenäisen asumisen ja lisätä palvelujen tarvetta merkittävästi. Terveystieteiden palvelujen hitaampi saatavuus saattaisi heikentää 23 vuotta täyttäneiden vammaisten henkilöiden toimintakyvyn ylläpitämistä, mikä saattaisi lisätä heidän avun tarvettaan, johon vastaaminen edellyttää sosiaalihuollon palveluja.

Toisaalta voimassa olevaa hoitotakuuta säädettäessä hallituksen esityksessä 74/2022 vp on nähty riskinä, että terveydenhuoltolain 51 §:n mukaista arviota tehdessä vammaisten henkilöiden hoidon tarve arvioitaisiin herkästi pitkäaikaissairauteen liittyväksi. Tämän vuoksi arvioitiin, että hoitotakuuajan mukainen hoitoon pääsy voisi toteutua vammaisilla henkilöillä muita väestöryhmiä heikommin, vaikka myös esimerkiksi toimintakyvyn heikkenemisen tulisi olla peruste hoitotakuuajan mukaiselle hoitoon pääsille. Tällä hetkellä ei ole saatavissa tarkempaa tietoa siitä, kuinka hyvin vammaisten henkilöiden hoitoon pääsy on tästä näkökulmasta 1.9.2023 jälkeen toteutunut.

5 Muut toteuttamisvaihtoehdot

5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset

Esityksen tavoitteena on hoitotakuuta koskevaa sääntelyä kehittämällä:

1. saavuttaa pysyvä vähintään 97 miljoonan euron vuosittainen säästö vuodesta 2025 alkaen valtion rahoittamassa julkisessa terveydenhuollossa

2. terveydenhuollon henkilöstön riittävyyden turvaaminen
3. sen mahdollistaminen, että julkisen terveydenhuollon järjestäjät voisivat nykyistä joustavammin suunnitella terveydenhuollon toimintojaan hoidon ja palvelujärjestelmän kokonaisuus huomioiden

Esitykselle asetetut tavoitteet rajaavat pitkälti mahdollisia toteutusvaihtoehtoja. Esimerkiksi nykytilan säilyttämisellä tai hoitotakuuaikojen määräaikaisella pidentämisellä niihin ei päästäisi. Esitettäväksi valitun hoitotakuuaikojen pysyvän pidentämisen lisäksi tavoitteisiin voitaisiin päästä vaihtoehdolla, jossa hoitoon pääsyn enimmäisajoista ei säädettäisi lainkaan. Esitettäväksi valittujen säännösten mukaan kiireettömän hoidon ensimmäinen hoitotapahtuma tulisi järjestää lääketieteelliset ja hammaslääketieteelliset seikat sekä potilaan muu yksilöllinen tilanne huomioiden kohtuullisessa ajassa, perusterveydenhuollon avopalveluissa kuitenkin viimeistään kolmessa ja suun terveydenhuollossa kuudessa kuukaudessa. Vaihtoehdossa, jossa hoitoon pääsyn enimmäisajoista ei säädettäisi lainkaan, voitaisiin esimerkiksi säätää ainoastaan velvollisuudesta toteuttaa hoitoon pääsy kohtuullisessa ajassa.

Edellä mainitun vaihtoehtoisen tavan etuna voitaisiin nähdä se, että se lisäisi vielä valittua vaihtoehtoa enemmän joustavuutta palvelujärjestelmän sisällä mahdollistaen näin palvelujärjestelmän tasapainoisemman kehittämisen. Lisäksi hoidon jatkuvuuteen voitaisiin ensimmäisen hoitotapahtuman sijaan panostaa vielä enemmän. Tilanteita, jossa lääketieteelliset ja hammaslääketieteelliset seikat mahdollistaisivat ensimmäisen hoitotapahtuman järjestämisen vasta kolmea tai kuutta kuukautta myöhemmin, olisi todennäköisesti kuitenkin vähän. Täten mainitut edut suhteessa valittuun vaihtoehtoon jäisivät lähinnä teoreettiselle tasolle. Lisäksi maantieteellinen vaihtelu hoitoonpääsyajassa saattaisi lisääntyä enemmän, kuten myös erot vankiterveydenhuollon, korkeakouluopiskelijoiden opiskelijaterveydenhuollon ja hyvinvointialueiden järjestämän perusterveydenhuollon välillä. Kun hoitoon pääsulle ei olisi mitään nimenomaisesti säädettyä takarajaa, sääntelyn noudattamisen valvonta olisi myös työläämpää. Eron merkittävyyttä pienentää tosin se, että valvontaviranomaisten tulee valitussakin vaihtoehdossa valvoa, että hoitoon pääsee tarvittaessa nopeammin kuin lainmukaisessa enimmäisajassa, jota ei ole tarkoitettu kategoriseksi hoitoonpääsyajaksi, vaan ehdottomaksi ajalliseksi takarajaksi.

Voidaan myös tuoda esiin, että hoitoon pääsyn enimmäisajoista säätäminen on vuodesta 2005 alkaen ollut osa terveydenhuoltojärjestelmämme toiminnan säätelyä. Jo 1.9.2023 asti voimassa olleella hoitotakuusäätelyllä onnistuttiin lyhentämään hoitojonoja sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Osa järjestäjistä pääsi jo hyvissä ajoin ennen perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentamista toimintojensa kehittämisen kautta lähelle seitsemän vuorokauden sisällä tapahtuvaa hoitoon pääsyä perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa kolmen kuukauden tavoitteeseen. Edellä todetut seikat huomioiden 1.9.2023 asti voimassa olleisiin hoitotakuuaikoihin palaaminen on perustellumpaa kuin palaaminen vuoden 2004 tilanteeseen, jossa enimmäisajoista ei säädetty lainkaan.

Valmistelun lähtökohtana oli ensin kevään 2024 kehysriihikirjauksen mukainen vaihtoehto, jossa hoitotakuun keventäminen olisi koskenut myös lapsia ja alle 23-vuotiaita nuoria. Tämän vaihtoehdon etuna olisi ollut valittuun vaihtoehtoon nähden noin 19 miljoonaa euroa suurempi vuosittainen säästövaikutus. Valmistelussa on kuitenkin arvioitu lasten ja nuorten nopean hoitoon pääsyn turvaamisen olevan niin keskeistä heidän tasapainoisen kehityksensä ja tulevaisuutensa kannalta, että säästö päädyttiin kohdentamaan toisaalle. Valitun vaihtoehdon etuna on myös se, ettei sillä ole vaikutuksia hallituksen valmistelemaan lasten ja nuorten terapiatakuuta koskevaa esitykseen (STM083:00/2023), jossa terapiatakuun turvaamaan

psykososiaaliseen hoitomuotoon pääsyn kesto on sidoksissa sitä edeltävään hoitoon pääsyn odotusaikaan (hoitotakuu).

Lisäksi tarkastelussa oli välivaihtoehto, jossa ainoastaan lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten psyykkiset vaivat olisi säilytetty nykyisen hoitotakuun piirissä. Tämä vaihtoehto rajautui kuitenkin pois, koska lapsen ja nuoren psyykkisen ja somaattisen hyvinvoinnin kokonaisvaltainen tarkastelu on välttämätöntä eikä lasten ja nuorten psyykkisiä ja fyysisiä terveysongelmia ole mahdollista erottaa perusterveydenhuollon tasolla. Lapsia ja nuoria koskevaa linjausta on perusteltu tarkemmin luvuissa 4.1.

5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot

5.2.1 Yleistä

Hoitoon pääsyn enimmäisajoista säättäminen, eli niin sanottu hoitotakuu, on yksi tapa lisätä perusterveydenhuollon saatavuutta. Eri maissa sovelletaan hyvin erilaisia käytäntöjä ja myös hoitotakuuajat ja hoitotakuun mittaaminen toteutetaan eri tavoilla. Joissain maissa yleislääkärit ja hammaslääkärit toimivat lähinnä itsenäisinä ja usein yksin toimivina ammatinharjoittajina, ja Suomen moniammatillista terveyskeskusta vastaavia palveluntuottajia ei kaikissa maissa ole. Useissa, erityisesti vakuutusperusteisissa maissa, yleislääkärit tekevät paljon kotikäyntejä ja hoitoon pääsy vastaanotolle ei ole samalla tavoin merkityksellinen asia kuin Suomessa. Tästä syystä eri maiden vertaaminen on haastavaa.

5.2.2 Ruotsi

Ruotsissa on käytössä hoitotakuu perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Hoitotakuusta säädetään Ruotsin terveyden- ja sairaanhoitolaissa (Hälso- och sjukvårdslag 2017:30), terveyden- ja sairaanhoitoasetuksessa (Hälso- och sjukvårdsförordning 2017:80) sekä potilaslaissa (Patientlag 2014:821). Ruotsissa terveyden- ja sairaanhoito sekä hammashoito on eriytetty toisistaan. Terveyden- ja sairaanhoitolakia ei sovelleta hammashoitoon, josta säädetään erikseen hammashoitolaissa (Tandvårdslagen 1985:125). Hoitotakuu kattaa suun terveydenhuollon vain siltä osin, kuin se suoritetaan osana terveyden- ja sairaanhoitoa. Ruotsissa ei ole erillistä hammashoitoa koskevaa hoitotakuuta.

Ruotsissa hoitotakuu on porrastettu neljään luokkaan. Potilaan on saatava kontakti perusterveydenhuoltoon samana päivänä, kun yhteydenotto tapahtuu.

Potilaalla, joka ottaa yhteyttä perusterveydenhuoltoon uuden tai pahentuneen terveysongelman vuoksi, on oikeus saada lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen arvio kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta.

Vastaanottokäynti erikoissairaanhoitoon on toteutettava 90 päivän kuluessa lähetteen antamisesta tai jos lähete on tarpeeton, 90 päivän kuluessa potilaan yhteydenotosta erikoissairaanhoitoon. Hoitopäätöksen jälkeen suunniteltu hoito on aloitettava 90 päivän kuluessa.

Jos hoitoa antava yksikkö ei pysty tarjoamaan hoitoa määräajan sisällä, sen on informoitava asiasta potilasta ja tarjottava mahdollisuutta hoitoon toisella palveluntuottajalla saman tai toisen alueen (region) sisällä. Tästä ei saa koitua potilaalle lisäkustannuksia. Potilas voi kieltäytyä toisen palveluntuottajan hoidosta ja päättää jäädä odottamaan. Siinä tapauksessa hoitotakuun aikarajat eivät ole voimassa. Jos potilas myöhemmin päättää toisin, hän voi olla uudelleen yhteydessä hoitoa antavaan yksikköön, jolloin hoitotakuu astuu voimaan yhteydenotosta.

lähtien. Hoitotakuu ei myöskään koske uusintakäyntejä, laboratorio- ja röntgentutkimuksia, apuvälineiden luovutusta (kuulokojeita lukuun ottamatta) eikä tilanteita, joissa lääketieteellisistä syistä on perustelua odottaa pidempään kuin hoitotakuun aikaraja.

Ruotsissa otettiin vuonna 2009 käyttöön taloudellinen kannuste terveydenhuollon jonojen lyhentämiseksi. Hoitotakuun kriteerit täyttävät maakäräjät (nykyisin region eli alue) saivat kannustinrahaa (kömiljarden). Kannustimesta luovuttiin vuonna 2015. Sen katsottiin johtaneen tilanteeseen, jossa pienemmän hoidon tarpeen potilaat saattoivat saada hoitoa ennen suuren hoidon tarpeen potilaita. Sen sijaan otettiin käyttöön toisenlainen kannustin (professionsmiljard), jolla laaja-alaisemmin pyrittiin parantamaan hoidon laatua. Kömiljarden-kannustimesta luopumisen jälkeen jonot ovat uudelleen kasvaneet.

Ruotsissa on lisätty valinnanvapautta asteittain reilun 30 vuoden aikana saatavuuden parantamiseksi. Perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä vastaavat alueet (region). Hoitotakuun lisäksi potilaiden mahdollisuus valita perusterveydenhuollon palvelujen tuottajansa edistää osaltaan palveluihin pääsyä. Myös hammashoidon asiakas voi itse valita hoitopaikkansa. Ruotsissa on käytössä kansallinen hammashoidon tuki (tandvårdsbidrag), jota maksetaan palveluntarjoajille hoidon tarjoamisesta siihen asuinpaikan tai terveysvakuutuslainsäädännön mukaan oikeutetuille.

5.2.3 Tanska

Tanskassa on käytössä valinnanvapauteen kytketty hoitotakuuaika sairaalahoidossa. Hoitotakuusta säädetään terveydenhuoltolaissa (Sundhedsloven, LBK nr 247 af 12/03/2024). Perusterveydenhuollossa tai suun terveydenhuollossa ei sen sijaan ole asetettu hoitotakuumääriä.

Sairaalaan lähteen saaneella potilaalla on oikeus valita arvioinnin, tutkimuksen tai hoidon toteuttava sairaala kaikkien Tanskan julkisten sairaaloiden ja eräiden erikoissairaaloiden joukosta. Julkiseen sairaalahoittoon tulee päästä yhden kuukauden kuluessa läheteestä. Aika on kuitenkin väliaikaisesti kaksi kuukautta 31.12.2024 asti, mutta tämä ei koske psykiatrista hoitoa. Eräiden syöpä- ja sydänsairauksien osalta on säädetty erikseen lyhyempi enimmäisodotusaika (määräys BEK nr 584 af 28/04/2015).

Mikäli odotusaika ylittää Tanskassa määritellyn hoitotakuuajan, potilaalla on laajennettu vapaus valita hoitopaikkansa. Potilas voi silloin valita hoitopaikaksi myös yksityisen tai ulkomaalaisen sairaalan, jonka kanssa Tanskan alueilla (Danske Regioner) on sopimus. Jos potilaan tilannetta ei voida lääketieteellisistä syistä arvioida kuukauden odotusajan sisällä, potilaille on silti laadittava kuukauden kuluessa suunnitelma jatkotutkimuksista.

Tanskassa valinnanvapautta toteutetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Käytössä on vakuutusperustainen järjestelmä. Tanskalaisen terveysvakuutuslainsäädännön mukaan väestö voi valita kahden eri vakuutusluokan välillä. Sen perusteella asiakkailla ei perusterveydenhuollossa ole lainkaan asiakasmaksuja. He listautuvat perusterveydenhuollon lääkäriin, joka puolestaan toimii portinvartijana erikoissairaanhoidon. He maksavat asiakasmaksuja perusterveydenhuoltoon, mutta voivat hakeutua erikoislääkärin vastaanotolle ilman lähetettä.

Perusterveydenhuollon valinnanvapaus toteutuu potilaan listautuessa haluamalleen lääkäriin. Asiakas voi vapaasti valita hoitavan lääkärin, mikäli tämän listalla on tilaa. Lääkärin vastaanoton tai klinikan on kuitenkin sijaittava yleensä 15 kilometrin sisällä asiakkaan asuinpaikasta (määräys BEK no. 1056 of 31/05/2021). Lakiin ei sisälly rajoituksia valinnan

uusimiselle. Suun terveydenhuollon asiakas voi vapaasti valita kunnallisen tai yksityisen hammaslääkärin hoitopaikakseen.

5.2.4 Norja

Norjassa on käytössä hoitotakuu aika sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidon hoitotakuusta säädetään potilaslaissa (Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63) ja perusterveydenhuollon hoitotakuusta määrätään kuntien yleislääkärijärjestelmää koskevissa säännöissä (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, FOR-2012-08-29-842).

Perusterveydenhuollossa on käytössä yleislääkärijärjestelmä, jossa potilaat listautuvat perusterveydenhuollon lääkärille, joka toimii portinvartijana erikoissairaanhoitoon. Yleislääkärijärjestelmää koskevien sääntöjen mukaan yleislääkärin on voitava vastaanottaa ja arvioida kaikenlaiset aukioloaikoina tulevat yhteydenotot. Yleislääkärin on tarjottava listalla olevalle potilaalle konsultaatiota niin pian kuin mahdollista ja normaalisti viiden arkipäivän kuluessa. Etusija annetaan lääketieteellisen arvioinnin perusteella kiireellisille ja vakaville tapauksille.

Erikoissairaanhoidossa potilaalla on oikeus lähetteen perusteella tapahtuvaan terveydentilan arviointiin 10 arkipäivän kuluessa lähetteen saapumisesta. Lähetä ja potilaan terveydentila on arvioitava enimmäisaikaa nopeammin, jos potilaalla epäillään olevan vakava tai henkeä uhkaava sairaus. Erikoissairaanhoito ratkaisee arvioinnissa, onko potilas oikeutettu saamaan erikoissairaanhoidon palveluja vai voidaanko potilas hoitaa muualla. Jos potilas on oikeutettu saamaan erikoissairaanhoidon palveluja, hänelle on samalla ilmoitettava yksilöllinen, sitova määräaika, johon mennessä tutkimukset tai hoito viimeistään aloitetaan. Lisäksi ensimmäinen tapaaminen potilaan kanssa on toteutettava ennen hoidon aloittamisen määräajan päättymistä.

Jos potilaan hoidon aloittamiselle asetettu yksilöllinen määräaika ylitetään, potilaalle on tarjottava hoitopaikkaa muualta Norjasta. Potilas maksaa muualla järjestetyn hoidon omavastuusuuden itse, mutta tarpeelliset matkakulut korvataan. Joissakin tilanteissa erityisluvalla voi hakeutua hoitoon ulkomaille. Potilas voi myös valita jäädä odottamaan, että hoito järjestyy alkuperäisessä hoitopaikassa.

Norjassa valinnanvapautta toteutetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollon valinnanvapaus toteutuu potilaan listautuessa haluamalleen lääkärille. Potilas voi vapaasti valita hoitavan lääkärin, mikäli tämän listalla on tilaa. Lääkärin voi valita myös oman asuinalueen ulkopuolelta. Lääkäriä voi vaihtaa kahdesti vuodessa.

Potilaalla, joka on ohjattu erikoissairaanhoitoon, on oikeus valita, mikä julkinen tai yksityinen yksikkö arvioi lähetteen ja päättää erikoissairaanhoidosta. Arvioivan yksikön ja hoitopaikan voi valita kaikista maan julkisista sairaaloista sekä niistä yksityisistä tuottajista, jotka ovat tehneet sopimuksen julkisen erikoissairaanhoidon kanssa. Potilaalla on lisäksi oikeus saada uusi arvio terveydentilastaan, mutta pääsääntöisesti vain yhden kerran saman vaivan osalta.

5.2.5 Viro

Virossa on käytössä hoitotakuu aika perusterveydenhuollossa, suun terveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Hoitoonpääsyn määräajat perustuvat terveydenhuollon palvelujen järjestämislain nojalla annettuihin ohjeisiin (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus RT I 2001, 50, 284 ja ohje RTL 2010, 3, 52). Erikoistason palveluissa on tehty Viron sairausvakuutuslain

nojalla päätös odotusaikojen enimmäiskestosta (Eesti Haigekassa seadus, RT I 2000, 57, 3749 ja Viron sairauskassan neuvoston päätös 11.1.2013 nro 5).

Virossa perusterveydenhuollon lääkärivastaanottojen palvelut tuottavat yksityiset ammatinharjoittajat tai yritykset. Perusterveydenhuollossa on käytössä perhelääkärijärjestelmä, jossa potilas voi vapaasti valita hoitavan lääkärin, mikäli tämän listalla on tilaa. Potilas saa valita uuden perhelääkärin aina halutessaan. Akuuteissa tilanteissa perhelääkärin vastaanotolle on päästävä vielä samana päivänä ja muissa tilanteissa viiden työpäivän kuluessa. Perhelääkärin kanssa työskentelee toinen terveydenhuollon ammattilainen, joka on yleensä sairaanhoitaja. Sairaanhoitajilla on oltava oma vastaanotto, jossa vastaanottoaikoja pitää olla tarjolla viikossa vähintään 20 tunnin verran.

Erikoissairaanhoidon palveluihin ja erikoislääkärille tarvitaan perhelääkärin lähete joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta. Sairausvakuutuksen piirissä olevalla potilaalla on oikeus valita vapaasti erikoislääkäri ja vastaanottoaika haluamastaan hoitopaikasta, jolla on sopimus Viron sairauskassan (Eesti Haigekassa) kanssa. Erikoistason palveluihin ohjattu potilas asetetaan hoitojonoon terveysongelman vakavuuden mukaan. Henkilön on saatava hoitoa sellaisen ajan kuluessa, jolloin hänen terveydentilansa ei heikkene merkittävästi. Erikoislääkärin vastaanotolle on päästävä kuudessa viikossa yhteydenotosta. Suunnitellussa sairaalahoidossa ja päiväkirurgisissa leikkauksissa enimmäisodotusaika on pääsääntöisesti kahdeksan kuukautta. Joidenkin leikkausten osalta enimmäisodotusaika on puolitoista vuotta. Jos hoitoa ei voida tarjota lääketieteellisesti hyväksyttävän odotusajan kuluessa Virossa, potilaalla on oikeus hakeutua hoitoon myös ulkomaille.

6 Lausuntopalaute

Esitysluonnoksesta saatiin 96 lausuntoa. Yhteensä 21 hyvinvointialueesta lausunnon toimitti 12 hyvinvointialuetta sekä lisäksi Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä. Lisäksi esityksestä lausuiivat muun muassa Vankiterveydenhuollon yksikkö, Rikosseuraamuslaitos, YTHS, THL, Kela, valtiovarainministeriö, oikeusministeriö, eduskunnan oikeusasiamies, Valvira, kaikki aluehallintovirastot, Yhdenvertaisuusvaltuutettu, Lapsiasiavaltuutettu, useat yliopistot ja korkeakoulut sekä useat alan ammattijärjestöt ja muut alan järjestöt. Kaikki lausujat eivät ottaneet kantaa kaikkiin lausuntopyynnön kysymyksiin (jäljempänä esitettävät numeeriset jakaumat laskettu kantaa ottaneista tai asiaa koskevaan monivalintakysymykseen vastanneista).

Lausuntopyynnössä kysyttiin mahdollisista haasteista aiemmin kiristetyin hoitotakuun toteuttamisessa. Kaikki kysymykseen vastanneet hyvinvointialueet sekä YTHS ilmoittivat, että heillä on jatkuvia tai ajoittaisia haasteita kiristyneen hoitotakuusääntelyn noudattamisessa. Suurin osa kuitenkin totesi hoitoon pääsyn joko olevan hyvällä tasolla tai ainakin parantuneen hoitotakuun tiukentumisen myötä. Suurimmaksi haasteeksi nimettiin henkilöstön, erityisesti lääkäreiden, saatavuus ja pitäminen sekä YTHS:n palveluissa kasvanut kysyntä. Tulevaisuuteen vastauksessaan kantaa ottaneet hyvinvointialueet totesivat, että ne jatkaisivat kehittämistyötä hoitoon pääsyn nopeuttamiseksi, jos hoitotakuusääntelyä ei muutettaisi, ja moni uskoi tavoitteen saavuttamiseen tulevaisuudessa. Muiden vastaajien näkemykset olivat samansuuntaisia. Toisaalta Varsinais-Suomen hyvinvointialue ja Keski-Suomen hyvinvointialue näkivät nykytilanteessa hyvinvointialueensa kiristyvän taloustilanteen riskinä hoitoon pääsyn nopeutumiselle ja myös YTHS oli kriittinen.

Hoitotakuun keventämistä kannatti ainoastaan viisi lausujaa: Etelä-Savon hyvinvointialue, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat KT, Suomen Suuhygienistiliitto ry sekä valtiovarainministeriö (sekä suun terveydenhuollon osalta myös Karelia Ammattikorkeakoulu Oy ja Kainuun hyvinvointialue). Etelä-Savon hyvinvointialue

totesi kannattavansa yleisesti normiohjauksen keventämistä. YTHS perusteli kantaansa sillä, että ei ole kyennet noudattamaan tiukentunutta hoitotakuusääntelyä. Valtiovarainministeriö ja Kunta- ja hyvinvointialueuudantajat perustelivat kantaansa sillä, että kevennys antaisi järjestäjille liikkumavaraa organisoida toimintansa mahdollisimman tarkoituksenmukaisella tavalla ja vastata palvelujen kausittaisesti ja satunnaistuntuoisesti vaihtelevaan kysyntään. Ne katsoivat myös tiukan hoitotakuun johtaneen työvoimapulan tilanteessa kustannusten merkittävään kasvuun.

Kaikki muut asiaan kantaa ottaneet vastaajat vastustivat esitettävää hoitotakuun keventämistä. Aiempia palautettavaksi ehdotettavia hoitoon pääsyn enimmäisaikoja pidettiin kohtuuttoman pitkinä ja sääntelyyn sisältyvän kohtuullisen hoitoonpääsyajan käsitettä epätasällisenä. Eduskunnan oikeusasiamies kyseenalaisti sen, turvaisiko esitettävä sääntely perustuslain 19.3 §:n mukaiset riittävät terveydenhuollon palvelut.

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa hoitoonpääsyajojen arvioi esityksen myötä pitenevän vähän tai ei ollenkaan 9 prosenttia, jonkin verran 49 prosenttia ja merkittävästi 43 prosenttia monivalintakysymykseen vastanneista (suun terveydenhuollossa vastaava jakauma 19 % / 44 % / 36 %). Rahoituksen tasoa pidettiin hoitoonpääsyajojen kannalta hoitotakuusääntelyä merkityksellisempänä tekijänä. Useat monivalintakysymykseen positiivisemmin vastanneista lausuiivatkin lisäksi, että jos sääntelyn keventäminen johtaisi esitysluonnoksen mukaiseen rahoituksen leikkaukseen perusterveydenhuollossa, hoitoon pääsyn toteutuminen edes ehdotettavissa enimmäisajoissa olisi epävarmaa. Osa hyvinvointialueista ilmoitti pyrkivänsä nyky sääntelyn mukaisiin hoitoonpääsyajoihin hoitotakuusääntelyn keventämisestä huolimatta, mutta rahoituksen väheneminen nähtiin kuitenkin haasteena tälle. Useissa lausunnoissa arvioitiin hoitotakuun keventämisen johtavan kasvaviin alueellisiin eroihin hoitoon pääsyssä. Oikeusministeriö totesi hieman epäselväksi jäävän, kuinka esitettävillä muutoksilla turvattaisiin eri alueiden väestön yhdenvertainen oikeus palveluihin. YTHS arvioi, että jos kaikkien ikäryhmien hoitotakuuta kevennettäisiin, sen palveluissa hoitoonpääsyajat eivät piteneisi tai pitenisivät hyvin vähän, koska YTHS ei ole pystynyt noudattamaan tiukentunutta hoitotakuusääntelyä. YTHS kuitenkin arvioi, että 23 vuotta täyttäneiden opiskelijoiden hoitoonpääsyajat pitenisivät, jos tätä nuoremmille opiskelijoille olisi järjestettävä hoitoon pääsy nopeammin. Rikosseuraamuslaitos piti todennäköisenä, että hoitotakuun keventäminen pidentäisi 23 vuotta täyttäneiden hoitoonpääsyajoja myös vankiterveydenhuollossa.

Lähes kaikki asiaan kantaa ottaneet vastaajat arvioivat, että hoitotakuun kevennyksellä ei olisi vaikutusta henkilöstötilanteeseen tai että se heikentäisi sitä. Tätä perusteltiin sillä, että esitykseen liitetty rahoituksen väheneminen pakottaisi hyvinvointialueet mittaviin henkilöstövähennyksiin. Lisäksi hoitotakuusta peruuttaminen nähtiin mittavaksi mainehaitaksi julkiselle terveydenhuollossa, minkä vuoksi henkilöstön veto- ja pitovoiman arvioitiin heikentyvän entisestään. Toisaalta arvioitiin, että pelkän hoitotakuusääntelyn keventäminen helpottaisi jossain määrin henkilöstötilannetta, kun henkilöstön työaika voitaisiin joustavammin kohdistaa muihin työtehtäviin, sekä esimerkiksi ruuhkahuippujen, lomien ja muiden poissaolojen yhteydessä. Näiden ja mahdollisten muiden hyötyjen arvioitiin kuitenkin laajasti jäävän saavuttamatta esitykseen liitetyn rahoituksen vähenemisen vuoksi. Valtavirrasta poiketen valtiovarainministeriö katsoi esityksen turvaavan henkilöstön riittävyyttä.

Lausuntopyynnössä kysyttiin, mahdollistaisiko 23 vuotta täyttäneiden perusterveydenhuollon hoitotakuun keventäminen nykyistä paremmin toiminnan suunnittelun hoidon ja palvelujärjestelmän kokonaisuus (ml. hoidon jatkuvuus ja hoitojaksojen loppuun saattaminen) huomioiden. Monivalintakysymykseen vastanneista vastaajista 20 prosenttia avosairaanhoidon osalta ja 21 prosenttia suun terveydenhuollon osalta vastasi kysymykseen myöntävästi.

Kieltävästi vastasi 80 ja 79 prosenttia. Myönteistä kantaa perusteltiin sillä, että kevyempi hoitotakuu antaisi paremmat mahdollisuudet hoidon yksilölliseen suunnitteluun, potilaan ohjaamiseen tutulle ammattilaiselle, voimavarojen ohjaamiseen eniten tarvitseville ja hoidon laadun parantamiseen sekä että se tasaisi opiskeluterveydenhuollossa vuodenaikaan liittyviä ruuhkahuippuja suun terveydenhuollon ensimmäisen käynnin osalta. Osa myöntävästi vastanneista kuitenkin arveli, että esitykseen kytketty rahoituksen väheneminen johtaisi siihen, että mainitut hyödyt jäisivät osin tai kokonaan saavuttamatta. Kielteistä kantaa taas perusteltiin sillä, että hoidon saatavuus ja jatkuvuus tukevat toisiaan ja jatkuvuutta on mahdollista edistää myös nykyisen hoitotakuun voimassa ollessa. Lisäksi perusteluina kielteiselle kannalle tuotiin esiin, että hoitoon pääsyn hidastaminen johtaa sairauksien vaikeutumiseen ja epätarkoituksenmukaiseen päivystyksen ja erikoissairaanhoidon käyttöön ja että rahoituksen vähennys johtaisi merkittäviin henkilöstövähennyksiin.

Lähes kaikki asiaan kantaa ottaneet vastaajat arvioivat hoitotakuun keventämisellä olevan kielteisiä vaikutuksia muihin terveydenhuollon palveluihin: sen arvioitiin lisäävän päivystyspalvelujen, erikoissairaanhoidon ja muiden kalliimpien palvelujen tarvetta sairauksien pahentuessa odotusaikana, häiriökysyntää, hukkakäyttöä potilaiden hakeutuessa odotusaikana väärin palveluihin, kuten päivystykseen sekä sosiaalihuollon palvelujen tarvetta osan potilaista toimintakyvyn heiketessä odotusaikana. Useampi vastaaja arvio näiden kielteisten vaikutusten toteutumisen riippuvan siitä, kohdistetaanko esityksen mukainen rahoituksen vähennys hyvinvointialueella perusterveydenhuoltoon, jolloin tosiasiallisten hoitopääsyaikojen arvioitiin pidentyvän merkittävästi. Joissakin vastauksissa arvioitiin myös yksityisten terveydenhuollon palvelujen käytön lisääntyvän.

Vajaa kolmasosa monivalintakysymykseen vastanneista arvioi avosairaanhoidon hoitotakuun keventämisen vähentävän jonkin verran tarvetta käyttää ostopalveluja, vuokratyövoimaa tai palveluselejä ja loput vastaajat, ettei vaikutusta tähän olisi tai se olisi vähäinen. Suun terveydenhuollossa 52 prosenttia arvioi tarpeen vähenevän jonkin verran (osa arvioi vähennyksen olevan hetkellistä), 48 prosenttia arvioi, ettei vaikutusta olisi tai se olisi vähäinen ja yksi vastaaja arvioi, että tarve vähenisi merkittävästi. Lausuntopalautteen perusteella hyvinvointialueiden väliset erot vastauksissa näyttäisivät selittyvän pääasiallisesti sillä, missä määrin kiristyneen hoitotakuun toteuttamiseksi on rekrytointivaikeuksien vuoksi jouduttu käyttämään ostopalveluja, vuokratyövoimaa ja palveluselejä.

Muina kriittisinä huomioina lausuntopalautteessa tuotiin esiin esityksen kohdistuminen erityisesti heikko-osaisiin, kuten ikääntyneet, vammaiset, työttömät, päihde- ja mielenterveyspotilaat, ja sen aiheuttama terveyserojen ja eriarvoisuuden kasvu. Myös väestön luottamuksen julkiseen terveydenhuoltoon nähtiin heikkenevän esityksen myötä. Esitykseen liitetyn rahoituksen vähenemisen nähtiin edellyttävän henkilöstövähennysten lisäksi merkittävää palveluverkon karsimista ja myös hoidon jatkuvuuden arvioitiin kärsivän. Lisäksi katsottiin, että esityksen tosiasiallisia vaikutuksia ei ole ollut mahdollista arvioida tai että niitä ei esitysluonnoksessa ole arvioitu realistisesti. Lausunnoissa tuotiin esiin, että sote-järjestelmä on muutosten keskellä, kehittämistyö kesken ja nykyinen hoitotakuu juuri tullut voimaan, minkä vuoksi ajankohtaa pidettiin huonona muutosten tekemiselle. Perusterveydenhuollon todettiin olevan erittäin huono säästökohde ja esityksen toteutuessaan rapauttavan koko julkista terveydenhuoltoa. Esityksen todettiin olevan vastoin sote-uudistuksen ja hallitusohjelman tavoitteita esimerkiksi perustason vahvistamisesta ja palvelujen saatavuuden parantamisesta. Lisäksi tuotiin esiin, että samaa asiaa koskevan sääntelyn muuttaminen useaan kertaan lyhyellä aikavälillä on haitallista palvelujärjestelmän ja yksilöiden kannalta eikä se ole myöskään perustuslailliselta kannalta ongelmatonta. Lausunnoissa katsottiin, että valmistelussa olisi tullut arvioida kattavammin vaihtoehtoisia, vähemmän haitallisia ja perusoikeuksia heikentäviä säästökohteita, esimerkiksi yksityisen terveydenhuollon Kela-korvausten korottaminen

mainittiin useassa lausunnossa. Lisäksi korostettiin esityksen ja muiden hallituksen toteuttamien ja valmisteleminen sosiaaliturvaleikkausten yhteisvaikutusten arvioinnin tärkeyttä erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden kannalta ja huomautettiin, että tämä arvio olisi tullut olla käytettävissä jo esityksen lausuntokierroksella. Jossakin lausunnoissa huomautettiin myös, ettei esitys toteuta sille asetettua tavoitetta tarpeettoman yksityiskohtaisen terveydenhuollon palvelujen sisältöä koskevan sääntelyn purkamisesta. Tätä perusteltiin sillä, että tiukemmat hoitotakuuajat ovat nopeuttaneet hoitoon pääsyä, jolloin niitä ei voida pitää tarpeettomina, sekä sillä, että sääntely monimutkaistuisi, kun jatkossa säädettäisiin eri enimmäisajoista eri ikäisille.

Kaikki asiaan kantaa ottaneet lausijat (hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä sekä esim. aluehallintovirastot, asiassa lausuneet yliopistot, useat alan järjestöt sekä ammattiliitot) arvioivat hoitotakuun keventämisestä koituvan säästön olevan hallituksen esitysluonnoksessa arvioitua pienempi. Esitysluonnoksen arvio vastasi sitä valtion rahoituksen lisäystä, joka hoitotakuun tiukentamiseen oli aiemmin annettu. Kantaa perusteltiin sillä, että hoitotakuun keventäminen ei vähennä potilaiden tarvetta, ellei potilas siirry yksityissektorille, minkä katsottiin olevan odotettavaa vain vähäisissä määrin. Samalla pidempien hoitoon pääsyajojen katsottiin johtavan sairauksien pahenemiseen, kalliimpien palvelujen käyttöön (päivystys ja erikoissairaanhoido) sekä häiriökysyntään. Hyvinvointialueiden ja myös muiden tahojen lausunnoissa tuotiin esiin, että hoitotakuun tiukentumisen johdosta saatu rahoituksen lisäys on jouduttu käyttämään joko muualla kuin perusterveydenhuoltoon (esim. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue lastensuojelun kohonneet kustannukset ja alijäämien kattaminen) sekä yleisen perusterveydenhuollon rahoitusvajeen ja aliresursoinnin korjaamiseen (hoitotakuun piiriin kuuluvat käynnit muodostavat vain pienen osan perusterveydenhuollon käynneistä). Monet hyvinvointialueet ilmoittivat ja myös useat muut lausijat arvioivat, että hoitotakuun kiristys on toimeenpantu pääosin sellaisella toiminnan kehittämisellä, joka olisi pitänyt tehdä joka tapauksessa, kuten tuotannon uudelleenorganisoinnilla ja uusien teknologioiden hyödyntämisellä, ja että tässä kehittämisessä on hyödynnetty erillistä kehittämisrahoitusta. Monien hyvinvointialueiden sekä muiden tahojen lausunnoissa arvioitiin esitettävien muutosten aiheuttavan hallinnollisia ja tietojärjestelmäkustannuksia.

Esimerkiksi THL lausui mahdollisten säästöjen arvioimisen olevan haastavaa erityisesti siksi, että hyvinvointialueet ovat toimeenpanneet kiristynyttä hoitotakuuta monin eri tavoin. Myös THL näki riskinä, että säästö voisi jäädä ennakoitua pienemmäksi. Kunta- ja hyvinvointialuetyöntajat KT ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia kuitenkin toivat esiin, että tiukka hoitotakuu on työvoimapulatilanteessa pakottanut hyvinvointialueet hankkimaan ostopalveluja ja vuokratyövoimaa hyvin korkealla hinnalla. Myös Pirkanmaan hyvinvointialue viittasi näihin syihin todetessaan hoitotakuun tiukennuksen maksaneen sen suun terveydenhuollossa enemmän kuin siihen saatu rahoitus. Valtiovarainministeriö lausui lisäksi, että esitystä tulisi täydentää tiedoilla vähennyksen kohdentamisperusteesta sekä hyvinvointialuekohtaisilla arvioilla kustannusten ja rahoituksen vähenemisestä.

Hoitotakuun kiristämisen yhteydessä tehtiin myös joitakin muita, esimerkiksi hoidon tarpeen arvioon liittyviä, pienempiä säädösmuutoksia. Monelta osin kyse oli sääntelyn ja oikeustilan selkiyttämisestä. Esitysluonnoksessa ehdotettiin säilytettäväksi muutokset sellaisenaan siltä osin kuin niiden arvioitiin olevan kustannusneutraaleja, ja muilta osin muutettavaksi niitä siten, että ne olisivat kustannusneutraaleja. Lausuntokierroksella kysyttiin arvioita velvoitteiden mahdollisista kustannusvaikutuksista ja tätä koskeva lausuntopalaute jakautui. Asiaa on käsitelty tarkemmin luvussa 4.2.1.3.

Lausuttavana olleen esitysluonnoksen mukaan terveydenhuollon valvontaviranomaisten (Valvira ja aluehallintovirastot) rahoitusta vähennettäisiin saman verran kuin sitä kasvatettiin

hoitotakuun kiristysten johdosta. Kaikki asiaan kantaa ottaneet lausujan katsoivat, ettei mainittujen tahojen rahoitusta tulisi vähentää. Esimerkiksi Lääkäriliitto ja eduskunnan oikeusasiamies katsoivat, että valvontaan tarvitaan lisäresursseja, koska kohtuullisen hoitoon pääsyajan valvominen on huomattavasti työläämpää kuin hoitoonpääsytalastoihin perustuvan enimmäisajan toteutumisen valvonta. Aluehallintovirastot itse eivät pitäneet todennäköisenä, että kantelut tai muut valvontatapaukset vähenisivät esityksen myötä. Aluehallintovirastot ja monet muut lausijat katsoivat ikäperusteisen hoitoon pääsyn enimmäisajan monimutkaistavan valvontaa.

Esitysluonnokseen sisältynyttä lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten jättämistä hoitotakuun keventämisen ulkopuolelle kannatti 63 prosenttia asiaan kantaa ottaneista vastaajista (esim. yhdeksän hyvinvointialuetta, Kela, THL, Soste ry, Suomen Hammaslääkäriliitto, Suomen Hammaslääkäriseura, Tehy ry) ja vastusti 37 prosenttia (esim. kolme hyvinvointialuetta, kaikki aluehallintovirastot, HUS-yhtymä, YTHS, Turun yliopisto, Yhdenvertaisuusvaltuutettu).

Myönteistä kantaa perusteltiin pitkälti esitysluonnoksen perustelujen mukaisesti: nuoruusiän ja varhaisaikuisuuden kehitykselliset erityistarpeet (kesken oleva fyysinen ja psyykkinen kehitys), nuorena sairastumisen mahdolliset vaikutukset koko elämäntapaan, hallituksen valmisteleman lasten ja nuorten terapiatakuun toteuttaminen, lasten ja nuorten fyysisen ja psyykkisen terveyden kokonaistarkastelun tärkeys perusterveydenhuollon tasolla sekä seurannaisiädyt myös vanhemmille ikäryhmille tulevaisuudessa. Positiivista erityiskohtelua kuitenkin puollettiin lähinnä sanoituksella, jonka mukaan on positiivista, että *edes* lasten ja nuorten hoitoon pääsyssä pysyy nykyinen hoitotakuu samalla korostaen kaikkien ikäryhmien nopean hoitoon pääsyn tärkeyttä. Monissa positiivista erityiskohtelua puoltavassakin lausunnoissa tuotiin esiin tähän liittyviä kielteisiä seikkoja.

Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten positiivista erityiskohtelua kritisoitiin sillä perusteella, että vakavien somaattisten sairauksien riski on pienempi 18–22-vuotiailla kuin keski-ikäisellä väestöllä ja ikääntyneillä. Erityiskohtelun katsottiin myös rikkovan sen vahvan perusperiaatteen, että hoitoa annetaan terveydenhuollossa kiireellisyysjärjestyksessä tarpeen mukaan. Kategoriselle ikäperusteiselle suosimiselle ei katsottu olevan lääketieteellistä perustetta. Ikärajan katsottiin myös monimutkaistavan hoidon tarpeen arviota ja työn organisointia sekä lisäävän byrokratiaa ja esimerkiksi kirjaamis- ja tietojärjestelmäkustannuksia. Lausunnoissa tuotiin myös esiin, että lapsiin ja nuoriin kohdennetaan jo erityispalveluita neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon kautta. Lisäksi tuotiin esiin, että myös muut haavoittuvassa asemassa olevat ryhmät, kuten iäkkäät, vammaiset, työttömät, mielenterveys- ja päihdepotilaat tulisi huomioida. Yhdenvertaisuusvaltuutettu lausui, että mikäli haavoittuvassa asemassa olevan henkilön kohdalla ei kategorisesti arvioitaisi iän lisäksi lainkaan muita tekijöitä, saattaisi ehdoton ikäriteeri joissain tilanteissa muodostua välillisesti syrjiväksi yhdenvertaisuuslain perusteella. Palvelutarpeen todettiin myös olevan suurin ikääntyneillä ja niillä työikäisillä, jotka eivät ole työterveyshuollon piirissä. Lisäksi arvioitiin, että rajallisten resurssien tilanteessa yhden ryhmän lyhyempi hoitoon pääsyn enimmäisaika kasvattaisi sen ulkopuolelle jäävien potilaiden tosiasiallisia hoitoon pääsyajoja entisestään. YTHS:n ja Kelan lausunnoissa tuotiin esiin, että korkeakouluopiskelijoiden opiskelijaterveydenhuollon piirissä alle 23-vuotiaita on vain noin 25 prosenttia opiskelijoista ja että iästä riippumatta opiskelijoiden elämäntilanne sekä tosiasialliset tarpeet ovat pääosin samanlaiset ja esimerkiksi suun terveydenhuollossa vanhempien opiskelijoiden kohdalla myös nuorempia suuremmat. YTHS ja Kela arvioivat ikärajan aiheuttavan vanhemmissa opiskelijoissa tyytymättömyyttä huomioiden, että myös heidän maksamansa opiskelijaterveydenhuollon maksu on saman suuruinen.

Pykäläluonnoksista esitettiin lähinnä joitakin teknisluonteisia huomioita.

Hallituksen esityksen perusteluja ja vaikutusten arviointia täydennettiin ja tarkennettiin saadun lausuntopalautteen perusteella ja lisäksi pykälään tehtiin joitakin teknisluonteisia tarkennuksia. Esityksen tavoitteista poistettiin tavoite tarpeettoman yksityiskohtaisen terveydenhuollon palvelujen sisältöä koskevan sääntelyn purkamisesta. Lausuntopalaute huomioitiin yhtenä aineistona myös lopullisessa taloudellisten vaikutusten arvioinnissa, jonka johtopäätöksenä arviot kuitenkin pysyivät esitysluonnoksen mukaisena joitakin teknisluonteisia tarkistuksia lukuun ottamatta. Esitystä kuitenkin täydennettiin tiedoilla vähennyksen kohdentamisperusteesta hyvinvointialueiden valtion rahoituksessa sekä hyvinvointialuekohtaisilla arvioilla kustannusten ja rahoituksen vähenemisestä. Lisäksi esityksen vaikutusarviointien epävarmuus- ja riskitasoa nostettiin siten, että lausuntopalautteessa esiin nostettujen kielteisten vaikutusten mahdollisuus tuotiin korostuneemmin esiin. Lisäksi korostettiin vielä lausuntokierroksella ollutta esitysluonnosta enemmän kohtuullista hoitoon pääsyä koskevan sääntelyn merkitystä riittävän nopean hoitoon pääsyn turvaamisen kannalta.

7 Säännöskohtaiset perustelut

7.1 Terveydenhuoltolaki

51 a §. *Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan hoitoon.* Pykälässä säädetään hoitoon pääsyn enimmäisajoista perusterveydenhuollon avopalveluissa. Voimassa olevan pykälän 1 momentissa säädetään, että edellä 51 §:ssä tarkoitetussa 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. Momentin mukainen hoitoon pääsyn enimmäisaika koskee siis *yleislääketieteen alaan kuuluvan sairauden tai vamman hoidon ensimmäistä hoitotapahtumaa*. Sen ulkopuolelle rajautuvat siten esimerkiksi terveysneuvonta, terveystarkastukset, muut seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävät palvelut kuin sairaanhoidolliset palvelut, rokotukset sekä todistuksen tai lausunnon saamiseksi toteutettavat käynnit. Yleislääketiederajauksen vuoksi ulkopuolelle jäävät myös käynnit muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanotoilla, vaikka kyse olisikin sairauden tai vamman hoidosta. Pykälän 3 momentissa säädetään vielä selkeyden vuoksi nimenomaisesti, ettei 14 vuorokauden enimmäisaika koske hoitotapahtumia, jotka tehdään yksinomaan lain 22 §:ssä tarkoitetun tai muuten terveydenhuollossa laadittavan todistuksen tai lausunnon saamiseksi eivätkä perusterveydenhuollossa toimivien muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanottoja. Samassa momentissa säädetään niin ikään selkeyden vuoksi nimenomaisesti, ettei enimmäisaika koske hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, vaikka nämä käynnit eivät käytännössä muutoinkaan voi olla ”ensimmäisiä hoitotapahtumia”. Pykälän 4 momentissa säädetään, että muiden kuin pykälän 1 momentissa tarkoitettujen 14 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajan piirissä olevien 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 sääntely ei ylipäänsä koske seulontoja, tiettyjä määräaikaistarkastuksia eikä osaa rokotuksista, koska tällaisten palveluiden antamisesta säädetään erikseen.

Pykälää ehdotetaan muutettavaksi siten, että 23 vuotta täyttäneiden osalta kiireettömän hoitoon pääsyn kolmen kuukauden enimmäisaika koskisi jatkossa kaikkia perusterveydenhuollon

avopalveluja eikä heidän osaltaan enää säädettäisi erikseen 14 vuorokauden hoitotakuun piiriin ja kolmen kuukauden hoitotakuun piiriin kuuluvista palveluista. Mainittu ikärajaus käy ilmi pykälään ehdotettavasta uudesta 3 momentista. Ne palvelut, jotka ovat nykyään kokonaan pykälän soveltamisalan ulkopuolella, eivät kuitenkaan jatkossakaan kuuluisi sen soveltamisalaan. Pykälän 1 momentissa ehdotetaan siis säädettäväksi, että edellä 51 §:ssä tarkoitettussa arviossa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon, kuntoutuksen sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun 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 arviointia seuraavien kolmen kuukauden aikana. Kolmella kuukaudella tarkoitettaisiin voimassa olevaa sääntelyä vastaavasti 90 vuorokautta ja enimmäisaika laskettaisiin nykytilaa vastaavasti arviointia seuraavasta päivästä.

Ilmaisu ”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 arviointia seuraavien kolmen kuukauden aikana” ei ole tarkoitettu tulkittavan siten, että lainsäädännön edellytykset aina toteutuvat, kunhan hoito järjestetään viimeistään kolmen kuukauden päästä. Potilaalla on voimassa olevan 51 §:n mukaan oikeus yhteydenottonsa perusteella saada yksilöllinen arvio tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön tekemiä tutkimuksia tai antamaa hoitoa potilas tarvitsee. Sairauden ja vamman hoidon kiireellisyyden kohdalla kyse olisi erityisesti lääketieteellisiin seikkoihin perustuvasta kokonaisarviosta. Useimmiten potilaan terveydentilan ja sairauden tai vamman ennakoitavissa oleva kehitys edellyttäisivät ensimmäisen hoitokäynnin toteutumista huomattavasti aiemmin kuin kolmen kuukauden enimmäisajassa. Säännöksessä edellytettäisiin nimenomaisesti suhteuttamaan palvelun saamisen ajankohta potilaan terveydentilaan, työ-, opiskelu- ja toimintakykyyn, palveluiden tarpeeseen sekä sairauden tai vamman kehitykseen, ja kolme kuukautta olisi ehdoton takaraja kaikkein vähiten kiireellisissäkin tapauksissa. Hoitoon pätee terveydenhuollon yleissääntely, kuten potilaan oikeus hyvään hoitoon (potilaslaki 3 §), terveydenhuollon ammattihenkilön velvoite noudattaa lääketieteellisesti perusteltuja menettelytapoja (ammattihenkilölaki 15 §) sekä hyvinvointialueen velvoite toteuttaa sairaanhoito potilaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tarpeen ja käytettävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Hoito on toteutettava tarkoituksenmukaisella tavalla ja yhteistyöllä (terveydenhuoltolaki 24 §). Ammattitaitoisesti toteutettu arviointi mahdollistaa potilaan tilanteeseen nähden oikea-aikaisen vastaanottoajan ja -tavan määrittämisen, ja sen merkitys korostuisi lakisääteisen hoitoon pääsyn enimmäisajan pidentyessä. Potilasta tulee yhteydenoton yhteydessä aina kehottaa odotusaikana ottamaan uudestaan yhteyttä, jos hänen tilanteensa muuttuu. Hoitoon pääsyn odotusaikana potilaan sairaus saattaa edetä. Jos hoitoon pääsyn odotusaikana potilas ilmoittaisi oireidensa vaikeutuneen tai muuttuneen taikka toimintakyvyn alenemisen vaikeutuneen, olisi arviota tutkimusten ja hoidon tarpeesta, kiireellisyydestä ja tarvittavasta ammattihenkilöstä tarkennettava sen mukaisesti.

Odotusaika muihin palveluihin, kuten terveydenhuoltolain 13 §:n mukaisiin ennaltaehkäisevän terveydenhuollon palveluihin taikka todistuksen tai lausunnon saamista varten toteutettavalle käynnille taas voisi useimmiten olla pidempi kuin sairauden tai vamman hoidossa, kuitenkin myös enintään kolme kuukautta. Kuten hallituksen esityksen 74/2022 vp säännöskohtaisissa perusteluissa on todettu, kuitenkin myös muiden kuin vamman tai sairauden hoidosta johtuvien ensikäyntien kohdalla on tilanteita, joissa potilaan työ-, opiskelu- ja toimintakyky sekä palveluiden tarve edellyttävät palvelun tarjoamista tietystä kolmea kuukautta huomattavastikin nopeammassa ajassa. Tällainen tilanne on esimerkiksi silloin, kun potilas hakeutuu raskauden

keskeytykseen, koska raskauden keskeyttämisen lainsäädäntö edellyttää lääkärin lausunnon saamista nopeasti, jotta lainsäädännön enimmäisaikarajat keskeytyksen suorittamiselle eivät tule vastaan. Hoitoon ja kuntoutukseen pääsy saattaa myös perustua lakisääteiseen asiakassuunnitelmaan, kuten monialaiseen työllistymissuunnitelmaan tai aktivointisuunnitelmaan, jolloin palvelu on tarjottava kolmea kuukautta nopeammassa ajanjaksossa. Esimerkiksi työhön ja opiskeluun liittyvät julkiseen palveluvalikoimaan kuuluvat rokotukset ja tartuntatautilain 55 ja 56 §:ssä tarkoitetut tartuntatautien seulonnan tulisi taas antaa työskentelyn ja opiskelun mahdollistavalla aikataululla. Myös potilaalla on toki vastuu olla mahdollisimman ajoissa liikkeellä asian kanssa.

Pykälän 1 momentissa säädetään nykyisin lisäksi, että hoitotakuun piirissä olevan ensimmäisen hoitotapahtuman toteuttavan henkilön tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Tämä sääntely siirrettäisiin lakiteknisistä syistä pykälän toiseen momenttiin. Lisäksi säännöksen sanamuotoa selkeytettäisiin kirjaamalla siihen nimenomaisesti, että edellytys koskee ensimmäistä hoito- ja kuntoutustapahtumaa. Sääntelyyn ei tehtäisi sisällöllisiä muutoksia.

Pykälän voimassa olevassa 2 momentissa säädetään tilanteesta, jossa potilas on ohjattu 51 §:n mukaisen arvion perusteella 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 tällöin järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana. Koska yleinen hoitoon pääsyn enimmäisaika ehdotetaan muutettavaksi kolmeen kuukauteen, myös 2 momenttia ehdotetaan tästä johtuen muutettavaksi. Momentin mukaan hyvinvointialueen olisi järjestettävä toimintansa siten, että jos potilas on 51 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja ammattihenkilö toteaa, että potilas tarvitsee kyseisen terveysongelmansa hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, myös pääsy lääkärin vastaanotolle järjestyy 1 momentissa säädetyn ajan kuluessa 51 §:ssä tarkoitetusta arviosta. Käytännössä tämä tarkoittaisi sitä, että vaikka enimmäisaika muulle laillistetulle terveydenhuollon ammattihenkilölle pääsulle ensimmäisenä hoitotapahtumana olisi 1 momentin perusteella kolme kuukautta, hyvinvointialueen pitäisi aikatauluttaa käynti ja organisoida toimintansa siten, että se tarvittaessa pystyisi tarjoamaan pääsyn myös lääkärille kohtuullisessa ajassa, joka tapauksessa ennen saman kolmen kuukauden enimmäisajan umpeutumista, jos tarve tälle todettaisiin muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolla. Sääntelyllä varmistettaisiin, että potilaat ohjataan hoidon tarpeen arvioinnin perusteella heidän tarpeidensa mukaiseen hoitoon hoitotakuuajassa, jotta hoitotakuuajalla ylipäänsä olisi merkitystä. Säännöksellä turvattaisiin myös potilaan oikeutta päästä hoitoon kohtuullisessa ajassa tilanteessa, jossa potilas olisi virhearvion tai arvion epätarkkuuden vuoksi alun perin lähetetty lääkärin sijasta muun ammattihenkilön vastaanotolle. Sinällään sama velvoite seuraa jo potilaslain 3 §:n sääntelystä potilaan oikeudesta hänen terveydentilansa edellyttämään hoitoon, sekä oikeudesta laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Asian kannalta merkityksellinen on myös sote-järjestämislain 8 §:n sääntely, jonka mukaan hyvinvointialueella on oltava riittävä osaaminen, toimintakyky ja valmius vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja sen on huolehdittava asukkaidensa palvelutarpeen mukaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuudesta kaikissa tilanteissa.

Ehdotettavat muutokset eivät koskisi lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten oikeutta päästä hoitoon 14 vuorokauden kuluessa 51 §:n mukaisesta arvioinnista, vaan oikeustila säilyisi heidän osaltaan ennallaan. Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten hoitoon pääsystä 14 vuorokaudessa säädettäisiin jatkossa pykälän uudessa 3 momentissa. Vaikka oikeustilaa ei heidän osaltaan muutettaisi, voimassa olevaan 1 momenttiin verrattuna sanamuotoon lisättäisiin nimenomainen maininta siitä, että hoitoon olisi päästävä myös potilaan terveydentila ja hänen sairautensa tai

vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa. Tämä korostaisi sitä voimassa olevan säännöksen tarkoitusta, että myös 14 vuorokautta on enimmäisaika ja lääketieteelliset seikat voivat edellyttää, että potilas pääsee hoitoon esimerkiksi jo seitsemässä vuorokaudessa.

Kuten nykyisinkin, 14 vuorokauden enimmäisajan soveltumisen edellytyksenä olisi ehdotettavan 3 momentin mukaan se, että hoitoon hakeutumisen syynä olisi sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja että hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Muussa tapauksessa hoitoon pääsyn enimmäisaika olisi nykytilaa vastaavasti myös lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten kohdalla kolme kuukautta, ja heidän hoitoon pääsyynsä sovellettaisiin muutettua 1 ja 2 momenttia. Kuten edellä on todettu, pykälän voimassa olevassa 3 momentissa on päädytty säätämään nimenomaisesti siitä, että 14 vuorokauden enimmäisaika ei koske hoitotapahtumia, jotka tehdään yksinomaan lain 22 §:ssä tarkoitetun tai muuten terveydenhuollossa laadittavan todistuksen tai lausunnon saamiseksi eikä perusterveydenhuollossa toimivien muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärien vastaanottoja. Koska nämä rajaukset sisältyvät kuitenkin jo voimassa olevan 1 momentin sanamuotoon ja täten ehdotettavan 3 momentin sitä vastaavaan sanamuotoon, näistä ei enää otettaisi pykälään erillistä mainintaa. Oikeustilaa ei siis kuitenkaan lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten osalta muutettaisi tältäkö osin, vaan nämä palvelut kuuluisivat kaikkien ikäryhmien osalta 1 momentissa säädettävän kolmen kuukauden enimmäisajan piiriin.

Ehdotettavassa 3 momentissa säädettäisiin lisäksi lapsia ja alle 23-vuotiaita nuoria koskien, että jos potilas olisi 14 vuorokauden hoitotakuun soveltuessa 51 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja ammattihenkilö toteaa, että potilas tarvitsee kyseisen terveysongelmansa hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana. Säännös vastaisi voimassa olevaan 2 momenttia ja säilyttäisi siten lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten osalta nykytilan.

3 momentin sääntelyn soveltumisen kannalta ratkaisevaa olisi potilaan ikä tämän ottaessa 51 §:n mukaisesti yhteyttä terveydenhuollon toimintayksikköön. Momentin mukaiset nopeammat enimmäisajat soveltuisivat tällöin, vaikka potilas täyttäisi 23 vuotta yhteydenoton ja momentissa tarkoitetun hoitotapahtuman välisenä aikana.

Valmistelussa tehty ratkaisu lasten ja alle 23 vuotta täyttäneiden nuorten positiivisesta erityiskohtelusta on peruteltu edellä luvussa 4.1.

Uuden 3 momentin lisäämisen myötä pykälän nykyinen 3 momentti siirtyisi 4 momentiksi. Siinä säädettäisiin jatkossa, että edellä 1–3 momentissa säädetyt enimmäisajat eivät koske hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, vaan hoito- tai kuntoutussuunnitelmaan sisältyvä hoito ja kuntoutus on järjestettävä hoito- tai kuntoutussuunnitelmaan mukaisesti. Sisällöllisesti sääntely vastaisi hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta voimassa olevan pykälän 3 ja 4 momentissa säädettyä, mutta sanamuotoa selkeytettäisiin.

Voimassa oleva 4 momentti poistettaisiin tarpeettomana, koska se sisältö olisi voimaan jääviltä osin siirretty uuteen 1 ja 3 momenttiin.

Pykälän 5 momenttia ei muutettaisi sisällöllisesti. Sen sanamuotoa tarkistettaisiin kuitenkin vähän, jotta siitä kävisi selkeämmin ilmi, että viittaus 1–4 momenttiin edellyttää näissä momenteissa säädetyn noudattamista kokonaisuudessaan eikä pelkästään niihin sisältyvien

Siltä osin kuin 51 a §:ään ei ehdoteta tehtäväksi sisällöllisiä muutoksia, sen säännöskohtaisen perustelujen osalta viitataan hallituksen esityksen 74/2022 vp säännöskohtaisiin perusteluihin.

51 b §. *Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan suun terveydenhuoltoon.* Pykälässä säädetään hoitoon pääsyn enimmäisajoista perusterveydenterveydenhuoltoon kuuluvassa suun terveydenhuollossa. Pykälän 1.11.2024 voimaan tulevassa 1 momentissa säädetään, että poiketen siitä, mitä lain 51 a §:ssä säädetään, 51 §:ssä tarkoitetussa arvioissa, joka koskee perusterveydenhuoltoon kuuluvaa suun terveydenhuoltoa, 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 kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun 51 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty (väliaikaisesti voimassa olevan pykälän 1 momentin mukaan neljän kuukauden kuluessa). Momenttia ehdotetaan muutettavaksi siten, että hoitoon pääsyn enimmäisajaksi palautettaisiin 23 vuotta täyttäneitä koskien 1.9.2023 asti voimassa ollut kuusi kuukautta. Kyseinen ikärajaus käy ilmi pykälään ehdotettavasta uudesta 4 momentista. Kuudella kuukaudella tarkoitettaisiin 180 päivää ja enimmäisaika laskettaisiin nykytilaa vastaavasti arviointia seuraavasta päivästä.

Voimassa olevan pykälän 2 momentissa säädetään tilanteesta, jossa potilas on ohjattu 51 §:n mukaisen arvion perusteella muulle suun terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille, mutta suuhygienistin tai hammashoitajan vastaanotolla todetaankin tarve hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle. Voimassa olevan sääntelyn mukaan pääsy hammaslääkärille on tällöin järjestettävä neljän viikon kuluessa siitä, kun suuhygienisti tai hammashoitaja on todennut kyseisen palvelun tarpeen tai vaihtoehtoisesti kolmen kuukauden

kuluessa 51 §:n 1 momentin mukaisesta tutkimuksen tai hoidon tarpeen arviosta. Hyvinvointialue voi itse valita, kumpaa enimmäisaikaa se noudattaa. Käytännössä tämä tarkoittaa, että potilaan on momentin mukaisissa tilanteissa aina päästävä hammaslääkärille viimeistään kolmen kuukauden ja neljän viikon kuluessa.

Koska 1 momentin mukainen yleinen hoitoon pääsyn enimmäisaika ehdotetaan muutettavaksi 23 vuotta täyttäneitä koskien kuuteen kuukauteen, myös 2 momentin mukaisia tilanteita koskeva enimmäisaika ehdotetaan muutettavaksi heidän osaltaan vastaavasti. Koska kuusi kuukautta on merkittävästi väliaikaisesti voimassa olevaa neljää kuukautta ja 1.11.2024 voimaan tulevaa kolmea kuukautta pidempi aika, ei voida pitää kohtuullisena, että hammaslääkärille pääsyä saattaisi joutua odottamaan sitä pidempään. Siksi momentissa ei enää säädettäisi kahdesta vaihtoehtoisesta enimmäisajasta. Sen sijaan momentissa ehdotetaan säädettäväksi, että hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa siten, että jos potilas on 51 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muulle suun terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille, ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, myös pääsy hammaslääkärille järjestyy 1 momentissa säädetyn ajan kuluessa 51 §:ssä tarkoitetusta arviosta. Käytännössä tämä tarkoittaisi sitä, että vaikka enimmäisaika suuhygienistille tai hammashoitajalle pääsulle ensimmäisenä hoitotapahtumana olisi 1 momentin perusteella kuusi kuukautta, hyvinvointialueen pitäisi aikatauluttaa käynti ja organisoida toimintansa siten, että se tarvittaessa pystyisi tarjoamaan pääsyn myös hammaslääkärille kohtuullisessa ajassa, joka tapauksessa ennen saman kuuden kuukauden enimmäisajan umpeutumista, jos tarve tälle todettaisiin suuhygienistin tai hammashoitajan vastaanotolla. Ehdotettavan säännöksen logiikka olisi sama kuin ehdotettavassa 51 a §:n 2 momentissa, joten muilta osin viitataan sen säännöskohtaisin perusteluihin.

Pykälän voimassa olevan 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. Enimmäisaika myös näissä tilanteissa ehdotetaan 23 vuotta täyttäneitä koskien muutettavaksi kuuteen kuukauteen. Lisäksi säännöstä ehdotetaan samalla tarkennettavaksi siten, että se koskisi myös tilanteita, joissa tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle toteaa hammaslääkärin sijaan joku muu suun terveydenhuollon ammattihenkilö. Hoitoon pääsyn sääntelyä ei ole tarkoituksenmukaista näissä tilanteista rajata vain tilanteisiin, jossa tarpeen toteaa hammaslääkäri, koska käytännössä myös suuhygienistit ja joissakin tilanteissa myös hammashoitajat voivat lähettää potilaan erikoishammaslääkärille, esimerkiksi oikomishoidon tutkimukseen. Käytännössä näissä tilanteissa hoitoon pääsy järjestyy nykyisinkin samoin periaattein, vaikka vain hammaslääkäri mainitaan säännöksessä.

Kuten edellä on todettu, ehdotettavat muutokset eivät koskisi lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten hoitotakuuta, vaan oikeustila säilyisi heidän osaltaan 1.11.2024 voimaan tulevien muutosten mukaisena. Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten hoitoon pääsystä säädettäisiin jatkossa pykälän uudessa 4 momentissa. Sen mukaan poiketen siitä, mitä 1–3 momentissa säädetään, 1 momentissa tarkoitettu tutkimus taikka ensimmäinen tutkimus- tai hoitotapahtuma on järjestettävä lapsille ja 51 §:ssä tarkoitetun yhteydenoton ajankohtana alle 23-vuotiaille nuorille potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun 51 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty. Jos potilas on tällaisessa tilanteessa 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 kolmen kuukauden kuluessa 51 §:ssä tarkoitetusta arviosta. Edellä todetun sääntelyn soveltumisen kannalta

ratkaisevaa olisi potilaan ikä potilaan ottaessa 51 §:n mukaisesti yhteyttä terveydenhuollon toimintayksikköön. Lyhyemmät enimmäisajat siis soveltuisivat, vaikka potilas täyttäisi 23 vuotta yhteydenoton ja edellä tarkoitetun hoitotapahtuman välisenä aikana.

Ehdotettavassa 4 momentissa säädettäisiin lisäksi, että jos suun terveydenhuollon ammattihenkilö toteaa lapsella tai alle 23-vuotiaalla nuorella tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun kyseinen ammattihenkilö on todennut palvelun tarpeen. Tämän sääntelyn soveltumisen kannalta ratkaisevaa olisi potilaan ikä suun terveydenhuollon ammattihenkilön todetessa tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle.

Ehdotettavan 4 momentin sääntely vastaisi ikärajausta lukuun ottamatta muutoin 1.11.2024 voimaan tulevien 1–3 momentin sääntelyä, paitsi, että siihen tehtäisiin vastaavat erikoishammaslääkärille lähettävää suun terveydenhuollon ammattihenkilöä koskevat tarkennukset kuin 3 momenttiin esitetään tehtäväksi. Valmistelussa tehty ratkaisu lasten ja alle 23 vuotta täyttäneiden nuorten positiivisesta erityiskohtelusta on peruteltu edellä luvussa 4.1.

Kun pykälään lisättäisiin uusi 4 momentti, sen nykyiset 4–6 momentti siirtyisivät 5–7 momentiksi. Niissä säännelty koskisi edelleen kaikkia ikäluokkia, eikä niihin esitettäisi sisällöllisiä muutoksia. Uuteen 6 ja 7 momenttiin esitettäisiin ainoastaan tehtäväksi tekniset muutokset niihin sisältyviin momenttiviittauksiin johtuen uuden 4 momentin lisäämisestä pykälään.

Siltä osin kuin pykälään ei ehdoteta tehtäväksi sisällöllisiä muutoksia, sen säännöskohtaisen perustelujen osalta viitataan hallituksen esityksen 74/2022 vp säännöskohtaisiin perusteluihin.

Pykälää sovelletaan voimassaolevien vankeuslain 10 luvun 1 §:n ja tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n sisältyvien viittaussäännösten perusteella myös vankiterveydenhuoltoon, minkä johdosta ehdotettavat muutokset koskisivat myös sitä. Myös vastaanottolain 26 §:n 2 momentin sääntelyn voidaan tulkita tarkoittavan, että se luo velvoitteen tarjota tilapäistä suojelua saaville sekä alle 18-vuotiaille kansainvälistä suojelua hakeville ja ihmiskaupan uhreille kiireetön hoito terveydenhuoltolain mukaisten enimmäisaikojen puitteissa.

7.2 Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta

10 a §. Kiireettömään hoitoon pääsy. Pykälään ehdotetaan tehtäväksi opiskeluterveydenhuoltoa koskien vastaavat muutokset kuin terveydenhuoltolain 51 a §:ään ja niiden osalta viitataan siten kyseisen pykälän säännöskohtaisiin perusteluihin. Myös opiskeluterveydenhuoltolain 10 a §:ään lisättäisiin siis uusi 3 momentti, jossa säädettäisiin alle 23-vuotiaiden opiskelijoiden kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajaksi nykytilaa vastaavasti 14 vuorokautta, kun opiskelijan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Voimassa olevan pykälän 3 momentissa on nykyisin nimenomaisesti tarkennettu, ettei 14 vuorokauden enimmäisaika koske psykologin vastaanottoja. Tämä rajausta sisällytettäisiin alle 23-vuotiaita opiskelijoita koskien ja siitä säädettäisiin uudessa 3 momentissa. Psykologin vastaanottoa sen ollessa ensimmäinen hoitotapahtuma koskisi siten myös alle 23-vuotiaiden opiskelijoiden kohdalla kolmen kuukauden hoitoon pääsyn enimmäisaika nykytilaa vastaavasti. Käytännössä opiskelijaterveydenhuollossa psykologin vastaanotolle opiskelijan ohjaa kuitenkin psykiatri tai yleislääkäri. Täten hoitoketjujen vuoksi psykologin vastaanottoihin ei yleensä sovellu myöskään kolmen kuukauden enimmäisaikaa koskeva sääntely, vaan se toteutetaan potilaalle laaditun hoitosuunnitelman mukaisesti.

Siltä osin kuin pykälää ei ehdoteta sisällöllisesti muutettavaksi, sen säännöskohtaisten perustelujen osalta viitataan hallituksen esityksen 74/2022 vp säännöskohtaisiin perusteluihin.

10 b §. *Hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa.* Pykälään ehdotetaan tehtäväksi korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvaa suun terveydenhuoltoa koskien vastaavat muutokset kuin terveydenhuoltolain 51 b §:ään ja niiden osalta viitataan siten kyseisen pykälän säännöskohtaisiin perusteluihin. Siltä osin kuin pykälää ei ehdoteta sisällöllisesti muutettavaksi, sen säännöskohtaisten perustelujen osalta viitataan hallituksen esityksen 74/2022 vp säännöskohtaisiin perusteluihin.

8 Voimaantulo

Ehdotetaan, että lait tulevat voimaan 1.1.2025.

9 Toimeenpano ja seuranta

Hyvinvointialueiden rahoitus on yleiskatteellista ja esitys lisää hyvinvointialueiden liikkumavaraa rahoituksen kohdentamisessa. Hyvinvointialueiden valtion ohjauksessa tuleekin seurata, että perusterveydenhuoltoa jatkossa resursoidaan riittävässä määrin ehdotettavan sääntelyn mukaisten kohtuullisten hoitopääsynaikojen turvaamiseksi. Esitettävien lakimuutosten vaikutuksia tulee seurata huolellisesti niiden voimaantulon jälkeen.

Esityksen seuranta ja jälkiarvointi kytkeytyvät THL:n sosiaali- ja terveydenhuollon vuosittaiseen arviointitoimintaan. THL tekee arvioinnit eri alueiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Arvioinnin kohteina ovat muun muassa yhdenvertainen saatavuus ja kustannusvaikuttava toteutus sekä väestön hyvinvoinnin ja terveyden tila väestöryhmittäin. Palvelujen onnistunutta toteutusta alueilla tarkastellaan tehtäväkokonaisuuksittain (mukaan lukien perusterveydenhuollon palvelut) sekä kokonaisuutena.

Hoitopääsyaikojen seuraaminen on edelleen tärkeää, vaikka lakisääteiset enimmäisajat ehdotettavien lakimuutosten seurauksena pitenisivät 23 vuotta täyttäneiden osalta. Palvelunjärjestäjien julkaisemat tiedot hoitoon pääsyn toteutumisesta laatii jatkossakin 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 valvontatoimintaansa. Palvelunjärjestäjillä on velvoite myös omavalvontaan ja sen osana hoidon saatavuuden omavalvontaan.

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 ehdotettavien lakimuutosten voimaantulon jälkeenkin sellaisenaan alle 23-vuotiaiden hoitotakuulainsäädännön toimeenpanon ohjaamiseen, mutta sitä tulee päivittää yli 23-vuotiaiden osalta.

10 Suhde muihin esityksiin

Esitys liittyy valtion vuoden 2025 talousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä.

Julkisen talouden suunnitelmassa vuosille 2025–2028 on esitetty, että perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuun muutos 14 vuorokaudesta kolmeen kuukauteen ja suun terveydenhuollon hoitotakuun muutos neljästä kuukaudesta (1.11.2024 alkaen kolme kuukautta) kuuteen kuukauteen yhdessä vahvistaisivat julkista taloutta vuosittain arviolta 132 miljoonaa euroa vuodesta 2025 alkaen Esitys kuitenkin vahvistaisi julkista taloutta 32,7 miljoonaa euroa tätä vähemmän vuonna 2025: vähennettävä rahoitus hyvinvointialueiden rahoitusmomentilta (28.89.31) olisi 96,2 miljoonaa euroa, YTHS:n rahoitusmomentilta (33.60.35) 0,9 miljoonaa euroa, vankiterveydenhuollon rahoitusmomentilta (33.01.06) 0,9 miljoonaa euroa, Rikosseuraamuslaitoksen rahoitusmomentilta (25.40.01) 0,7 miljoonaa euroa, aluehallintovirastojen rahoitusmomentilta (28.40.01) 0,6 miljoonaa euroa ja Valviran rahoitusmomentilta (33.02.05) 0,1 miljoonaa euroa eli yhteensä 99,3 miljoonaa euroa. Vuodesta 2026 lukien hyvinvointialueiden rahoitusta vähennettäisiin esityksen johdosta enää vain 94,1 miljoonaa euroa ja muiden toimijoiden rahoitusta saman verran kuin vuonna 2025, jolloin ero esityksellä saavutettavan vuosittaisen säästön (97,2 miljoonaa euroa) ja julkisen talouden suunnitelman mukaisen säästön välillä kasvaisi 34,8 miljoonaa euroon vuodesta 2026 lukien. Syitä arvioitun esityksellä saavutettavissa olevan säästön ja julkisen talouden suunnitelman mukaisen säästön väliseen eroon on kuvattu edellä luvussa 4.2.1.

Sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteilla hallituksen esitys sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön muutoksiksi lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten terapiatakuun toteuttamiseksi (STM083:00/2023, ks. tarkemmin luku 2.2.2). Esitysluonnoksen mukaan terveydenhuoltolakiin ja opiskeluterveydenhuoltolakiin ehdotetaan lisättäväksi säännös siitä, että perusterveydenhuollossa lyhytpsykoterapia tai psykoterapioista johdettu määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito olisi aloitettava 28 vuorokauden kuluessa siitä, kun tarve tällaiselle hoidolle on todettu. Terapiatakuun turvaamaan psykososiaaliseen hoitomuotoon pääsyn kesto on sidoksissa sitä edeltävään hoitoon pääsyn odotusaikaan (hoitotakuu). Nyt kyseessä olevalla esityksellä ei kuitenkaan ole välittömiä vaikutuksia terapiatakuuseen, koska lasten ja alle 23-vuotiaiden hoitotakuuseen ei esitetä muutoksia.

11 Suhde perustuslakiin ja säättämisjärjestys

11.1 Esitykseen liittyvät perus- ja ihmisoikeudet

Esityksessä ehdotetaan, että 1.9.2023 voimaan tulleesta 14 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa luovutaan, ja palataan 1.1.2025 alkaen aiempaan sääntelyyn, jonka mukaan ensimmäinen hoitotapahtuma olisi järjestettävä lääketieteelliset seikat ja potilaan yksilöllinen tilanne huomioon ottaen ajassa, kaikissa tilanteissa kuitenkin viimeistään kolmessa kuukaudessa. Vastaavasti ehdotetaan, että perusterveydenhuoltoon kuuluvassa suun terveydenhuollossa luovutaan 1.9.2023 voimaan tulleesta neljän kuukauden kiirettömään hoitoon pääsyn enimmäisajasta sekä 1.11.2024 voimaan tulevasta kolmen kuukauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta ja palataan aiempaan sääntelyyn, jonka mukaan ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä hammaslääketieteelliset seikat ja potilaan yksilöllinen tilanne huomioon ottaen ajassa, kaikissa tapauksissa kuitenkin viimeistään kuudessa kuukaudessa. Muutokset eivät kuitenkaan koskisi lapsia eivätkä alle 23-vuotiaita nuoria.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevia, tämän hallituksen esityksen kannalta keskeisimpiä, kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia, joiden noudattamiseen Suomi on sopimusten osapuolena sitoutunut, ovat YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (SopS 6/1976, *TSS-sopimus*), uudistettu Euroopan sosiaalinen peruskirja (SopS 78-80/2002), YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista (SopS 26 - 27/2016, jäljempänä *YK:n vammaisyleissopimus*) sekä YK:n lapsen oikeuksien sopimus.

TSS-sopimuksen 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 soveltuvien keinoin ja varsinkin lainsäädäntötoimenpitein tässä yleissopimuksessa tunnustettujen oikeuksiensa toteuttamiseksi asteittain kokonaisuudessaan (ns. progressiivisuus- ja maksimaalisuuslausekkeet).

TSS-sopimuksen täytäntöönpanoa valvova taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitea (TSS-komitea) esittää yleiskommentissa nro 14 tulkintansa ihmisarvoista elämää edistävästä jokaisen oikeudesta nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä. TSS-komitea toteaa, että saatavuus (availability), saavutettavuus (accessibility), hyväksyttävyys (acceptability) ja laatu (quality) ovat terveyttä koskevan oikeuden olennaisia elementtejä. Sopimusvaltion vallitsevista olosuhteista riippuu, kuinka niitä sovelletaan ja millaisen merkityssisällön kukin elementti saa. Saatavuudella viitataan muun ohella siihen, että toimivan julkisen terveydenhuollon sekä terveydenhuollon hoitopaikkojen, hyödykkeiden, palvelujen ja ohjelmien on oltava riittävissä määrin saatavilla sopimusvaltiossa. (General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11.8.2000.)

TSS-komitean mukaan oikeus terveyteen, kuten kaikki ihmisoikeudet, asettaa sopimusvaltioille myös kolme yleistä velvollisuutta: velvollisuuden suojella, kunnioittaa ja toteuttaa oikeus terveyteen. Velvollisuus toteuttaa oikeutta terveyteen sisältää velvoitteen helpottaa, mahdollistaa ja edistää terveysoikeuksien toteutumista. Se edellyttää myös, että valtiot toteuttavat asianmukaisia lainsäädännöllisiä, hallinnollisia, talousarvioon liittyviä, oikeudellisia, edistäviä ja muita toimenpiteitä, joilla pyritään toteuttamaan täysimääräisesti oikeus terveyteen. (General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11.8.2000.)

TSS-komitea toteaa, että jokaisella sopimusvaltiolla on tietty harkintamarginaali sen suhteen, mitkä toimet parhaiten toteuttavat oikeutta terveyteen kyseisen valtion erityisolosuhteissa. Yleissopimus kuitenkin edellyttää selvästi, että kunkin valtion on toteutettava kaikki tarvittavat toimenpiteet sen varmistamiseksi, että kaikilla on pääsy hoitopaikkoihin, terveyshyödykkeisiin ja terveyspalveluihin, jotta jokainen ihminen voisi mahdollisimman pian nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta fyysisen ja psyykkisen terveyden tasosta. TSS-komitean mukaan terveyttä koskevan oikeuden asteittainen toteuttaminen tarkoittaa sitä, että sopimusvaltioilla on erityinen ja jatkuva velvollisuus siirtyä mahdollisimman nopeasti ja tehokkaasti kohti 12 artiklan täysimääräistä täytäntöönpanoa. (General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11.8.2000.)

Seitsemännessä Suomea koskevassa määräaikaistarkastelussa (30.3.2021) 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 terveyspalveluiden saatavuudessa, ja suositteli, että valtio tarkkailee uudistuksen vaikutuksia sosiaali- ja terveyspalveluiden 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. (E/C.12/FIN/CO/7.) Sitten vuoden 2023 alusta voimaan tulleen sote-uudistuksen toimeenpano on vielä kesken ja muun muassa sen perusterveydenhuollon parempaa saatavuutta ja yhdenvertaisuutta koskevien tavoitteiden saavuttaminen vie aikaa.

Uudistetussa Euroopan sosiaalisessa peruskirjassa on useita sopimusmääräyksiä, jotka liittyvät terveysoikeuksiin. Artiklan 11 luetelmakohdan 1 mukaan sopimuspuolet sitoutuvat varmistamaan, 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. Potilaille ei saa tulla liiallisia kustannuksia. Lisäksi hoidon saatavuutta koskevissa ehdoissa tulisi komitean mukaan huomioida Euroopan neuvoston parlamentaarisen yleiskokouksen suositus 1626 (2003), jossa kehoitetaan neuvoston jäsenvaltioita ottamaan terveydenhuoltojärjestelmänsä menestyksen mittariksi kaikkien ihmisten tehokkaan ja syrjimättömän pääsyn terveydenhuoltoon, joka on perustava ihmisoikeus. Hoitoonpääsyn on perustuttava kansallisella tasolla sovittuihin läpinäkyviin kriteereihin ja niissä on otettava huomioon riski potilaan klinisen tilan tai elämänlaadun heikkenemisestä. Terveydenhuollon henkilökuntaa ja laitteita on oltava riittävästi. (Ks. Euroopan neuvosto, Digest of the Case Law of the European Committee of Social Rights 2022, s. 113–115.) Terveysoikeuksien kannalta keskeisiä sopimusmääräyksiä ovat myös oikeus sosiaaliavustukseen ja lääkinälliseen apuun (13 artikla), vammaisten henkilöiden oikeus itsenäisyyteen, yhteiskuntaan sopeutumiseen ja yhteiskunnalliseen elämään osallistumiseen (15 artikla), lasten ja nuorten oikeus sosiaaliseen, oikeudelliseen ja taloudelliseen suojeluun (17 artikla) ja ikääntyneiden henkilöiden oikeus sosiaaliseen suojeluun (23 artikla).

YK:n vammaisyleissopimuksen mukaan sopimuksen soveltamisalan mukaisiin vammaisiin henkilöihin kuuluvat ne henkilöt, joilla on sellainen pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, joka voi vuorovaikutuksessa erilaisten esteiden kanssa estää heidän täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa. Vammaisopimuksen tarkoituksena on kattaa vammaisuuden käsite mahdollisimman laajasti. Vammaisuuden kuvaamisen lähtökohtana on oltava henkilön suhde ympäröivään yhteiskuntaan, ei lääketieteellinen diagnoosipohjainen määrittely. Vammaisopimuksen johtavia periaatteita ovat osallisuus, syrjintäkielto, esteettömyys ja saavutettavuus.

Vammaisyleissopimuksen 25 artiklan 1 kohdan mukaan sopimuspuolet tunnustavat, että vammaisilla henkilöillä on oikeus parhaaseen mahdolliseen terveyden tasoon ilman syrjintää vammaisuuden perusteella. Sopimuspuolet toteuttavat kaikki asianmukaiset toimet varmistamaan sukupuolisensitiivisten terveydenhuoltopalvelujen saatavuuden vammaisille henkilöille, terveyteen liittyvä kuntoutus mukaan lukien. Artiklan 2 kohdan mukaan sopimuspuolten tulee muun muassa erityisesti järjestää vammaisille henkilöille samanlaajuiset, -laatuiset ja -tasoiset maksuttomat tai kohtuuhintaiset terveydenhuoltopalvelut ja -ohjelmat kuin muille, myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden sekä väestöpohjaisten kansanterveysohjelmien alalla; järjestää ne terveydenhuoltopalvelut, joita vammaiset henkilöt tarvitsevat erityisesti vammaisuutensa vuoksi, mukaan lukien varhainen tunnistaminen ja puuttuminen tarvittaessa, sekä palvelut, joilla pyritään minimoimaan ja estämään uusia vammoja, myös lasten ja vanhusten keskuudessa; sekä järjestää nämä terveydenhuoltopalvelut mahdollisimman lähellä

ihmisten omia yhteisöjä, myös maaseutualueilla. Artiklan 2 kohdassa määrätään myös erilaisten syrjintämuotojen kiellosta. Sopimuksen 26 artiklassa määrätään oikeudesta kuntoutukseen.

YK:n lapsen oikeuksien sopimus koskee kaikkia alle 18-vuotiaita. Sopimuksen tavoitteena on turvata lasten hyvän elämän ja kasvun perusedellytykset. Sopimuksessa on neljä keskeistä yleisperiaatetta: lapsen etu (3 artikla 1 kohta), lapsen oikeus saada näkemykset huomioon otetuiksi (12 artikla), syrjinnän kieltä (2 artikla) ja lapsen oikeus elämään, henkiinjäämiseen ja kehittymiseen (6 artikla). Nämä yleisperiaatteet tulee huomioida myös muiden sopimuksen takaamien oikeuksien tulkinnassa, ja sopimusvelvoitteita on syytä tulkita kokonaisuutena. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisellä on keskeinen merkitys YK:n lapsen oikeuksien sopimuksen asettamien sopimusvelvoitteiden täyttämiseksi. Lapsen oikeuksien sopimuksen toimeenpanoa valvova lapsen oikeuksien komitea on antanut useita sopimuksen sisältöä tarkentavia yleiskommentteja. Vaikka sopimusvaltiot eivät ole nimenomaisesti sitoutuneet komitean suositusten ja yleiskommenttien noudattamiseen, niille on annettava arvovaltaisen ihmisoikeusinstanssin lausumina huomattava merkitys sopimuksen kansallisessa tulkinnassa.

Sopimuksen 3 artiklan mukaan kaikissa julkisen tai yksityisen sosiaalihuollon, tuomioistuinten, hallintoviranomaisten tai lainsäädäntöelimien toimissa, jotka koskevat lapsia, on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu. Lapsen oikeuksien komitea on artiklaa koskevassa yleiskommentissaan (General comment No. 14 (2013) on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration (art. 3, para. 1), 29.5.2013) todennut lapsen edun ensisijaisuudella tarkoitettavan sitä, että lapsen edulla on lapsen vaikuttavissa asioissa korkein prioriteetti eikä se ole pelkästään yksi monista huomioon otettavista seikoista. Tästä syystä lasta parhaiten palvelevalla näkökulmalla on lähtökohtaisesti annettava enemmän painoarvoa sen ollessa ristiriidassa muiden etujen kanssa, ellei kaikkien tahojen etujen yhteensovittaminen ole mahdollista. Lapsen oikeuksien komitean mukaan lapsen edun mukainen on lähtökohtaisesti ratkaisu, joka turvaa mahdollisimman hyvin sekä kaikkien lapsen oikeuksien sopimuksessa ja sen valinnaisissa pöytäkirjoissa tunnustettujen lapsen oikeuksien (lapselle kuuluvien ihmisoikeuksien) täysimääräisen ja tehokkaan nautinnan että lapsen kokonaisvaltaisen kehityksen. Komitea on esittänyt lapsen edun arvioinnissa aina huomioitaviksi tulevista seikoista ei-tyhjentävän ja ei-hierarkkisen luettelon. Luettelon sisältämiä seikkoja ovat esimerkiksi huolenpito, suojelu ja turvallisuus, lapsen tilanteen haavoittuvaisuus (esimerkiksi pakolaisuus tai vammaisuus) sekä lapsen terveys.

Lapsen oikeuksien sopimuksen 24 artiklan 1 kohdan mukaan sopimusvaltiot tunnustavat, että lapsella on oikeus nauttia parhaasta mahdollisesta terveydentilasta sekä sairauksien hoitamiseen ja kuntoutukseen tarkoitetuista palveluista. Sopimusvaltiot pyrkivät varmistamaan, ettei yksikään lapsi joudu luopumaan oikeudestaan nauttia tällaisista terveyspalveluista. Artiklan 2 kohdassa määrätään toimista, joihin erityisesti on ryhdyttävä. Mainitun 2 kohdan b alakohdan mukaan sopimusvaltioiden on ryhdyttävä asianmukaisiin toimiin varmistaakseen, että kaikki lapset saavat välttämättömän lääkärin- ja terveydenhoidon, jossa painottuu perusterveydenhoidon kehittäminen. Lapsen oikeuksien komitea on artiklaa koskevassa yleiskommentissaan (General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24), 17.4.2013) todennut, että lapsilla on oikeus laadukkaisiin terveyspalveluihin, joihin kuuluu terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kuntouttavat ja palliativiset palvelut. Perustasolla nämä palvelut tulee järjestää siten, että niiden määrä, laatu ja toimivuus ovat riittävät ja että ne ovat koko lapsiväestön saavutettavissa sekä fyysisesti että taloudellisesti ja kaikkien kannalta hyväksyttäviä. Valtioiden tulisi ensisijaisesti pyrkiä takaamaan lapsille yleinen pääsy perusterveydenhoitopalveluihin, joita tarjotaan mahdollisimman lähellä lasten ja heidän vanhempiensa asuinpaikkaa ja etenkin paikallisympäristössä. Valtioilla on muun muassa velvollisuus tarjota asianmukaista hoitoa ja kuntoutusta mielenterveydellisistä ja psykososiaalisista häiriöistä kärsiville lapsille.

Yleiskommentissa korostetaan myös, että äidin terveyttä koskevan oikeuden toteutuminen sekä vanhempien ja muiden huoltajien asema ovat keskeisiä tekijöitä lapsen terveyden, ravitsemuksen ja kehittymisen kannalta. Sopimuksessa on kiinnitetty myös erityistä huomiota eri syistä haavoittuvassa asemassa olevien lasten asemaan, esimerkiksi vammaisten lasten oikeuksia koskevassa 23 artiklassa sekä vähemmistöryhmiin kuuluvien lasten oikeuksia koskevassa 30 artiklassa.

Sopimuksen toimeenpanoa valvova YK:n lapsen oikeuksien komitea kehotti Suomen yhdistetyistä viidettä ja kuudetta raporttia koskevissa loppupäätelmissään (2.6.2023) Suomea vahvistamaan toimia joilla turvataan lasten pääsy korkealaatuisiin terveystalouteihin nopeasti ja tehokkaasti koko maassa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää marginalisoidussa asemassa oleviin, kuten sijaishuollossa ja köyhyydessä eläviin lapsiin. Komitea myös kehotti Suomea vahvistamaan lasten mielenterveyspalveluita. (CRC/C/FIN/CO/5–6.)

Terveyteen liittyviä sopimusmääräyksiä on lisäksi muun muassa kaikkinaisten naisten syrjinnän poistamista koskevassa YK:n yleissopimuksessa (SopS 68/1986). Tässä sopimuksessa ja useassa edellä mainituissa sopimuksessa määrätään erikseen esille nostettuna asiana raskaana olevien naisten terveydenhuollon palveluiden saatavuudesta huolehtimisesta.

Edellä mainittujen ihmisoikeussopimusten lisäksi vankien terveydenhuollon kannalta velvoittavia kansainvälisiä määräyksiä on Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimuksessa (SopS 19/1990). Sopimuksen 3 artiklan mukaan ketään ei saa kiduttaa, eikä kohdella tai rangaista epäinhimillisellä tai halventavalla tavalla. Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen mukaan eräs elementti sopimusmääräystä on, että valtiolla on velvollisuus huolehtia vapautensa menettäneiden henkilöiden terveydestä ja hyvinvoinnista. Vangille tulee tarjota vankilassa hänen tarvitsemansa sairaanhoito (muun muassa Kudła v. Puola, 26.10.2000).

Perustuslain osalta esitystä on arvioitava erityisesti sen 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 terveystalout ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Perustuslain 7 §:n 1 momentin mukaan jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen.

Perustuslakivaliokunta katsoi voimassa olevia hoitotakuusäännöksiä koskevan hallituksen esityksen 74/2022 vp käsittelyn yhteydessä, että hoitoon pääsyn enimmäisaikojen tiukentaminen on merkityksellistä ennen kaikkea perustuslain 19 §:n kannalta, viitaten erityisesti pykälän 3 momentin sääntelyyn. Perustuslakivaliokunta totesi (PeVL 38/2022 vp, kappale 3) vakiintuneen kantansa mukaisesti, että säännös viittaa 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 kielto (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 sääntelyvaraustyypillä ("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 terveystalouteihin 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 riittävyydestä (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 velvoitetaan 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 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Säännös ilmaisee paitsi vaatimuksen oikeudellisesta yhdenvertaisuudesta myös ajatuksen tosiasiallisesta tasa-arvosta. Siihen sisältyy mielivallan kieltö ja vaatimus samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa (HE 309/1993 vp, s. 42). Yhdenvertaisuussäännös kohdistuu myös lainsäätäjään. Lailla ei voida mielivaltaisesti asettaa ihmisiä tai ihmisryhmiä toisia edullisempaan tai epäedullisempaan asemaan. Yhdenvertaisuussäännös ei kuitenkaan edellytä kaikkien ihmisten kaikissa suhteissa samanlaista kohtelua, elleivät asiaan vaikuttavat olosuhteet ole samanlaisia. Yhdenvertaisuusnäkökohdilla on merkitystä sekä myönnettäessä lailla etuja ja oikeuksia ihmisille että asetettaessa heille velvollisuuksia. Toisaalta lainsäädännölle on ominaista, että se kohtelee tietyn hyväksyttävän yhteiskunnallisen intressin vuoksi ihmisiä eri tavoin edistääkseen muun muassa tosiasiallista tasa-arvoa (HE 309/1993 vp, s. 42—43, ks. myös PeVL 31/2014 vp, s. 3/I).

Yleistä yhdenvertaisuussäännöstä täydentää perustuslain 6 §:n 2 momentin sisältämä syrjintäkieltö, jonka 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. Säännöksessä lueteltuja erotteluperusteita voidaan pitää syrjintäkiellon ydinalueena. Luetteloa ei ole tarkoitettu tyhjentäväksi, vaan eri asemaan asettaminen on kielletty myös muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Tällainen syy voi olla esimerkiksi yhteiskunnallinen asema, varallisuus, yhdistystoimintaan osallistuminen, perhesuhteet, raskaus, aviollinen syntyperä, seksuaalinen suuntautuminen ja asuinpaikka (HE 309/1993 vp, s. 43—44, ks. myös PeVL 31/2014 vp, s. 3/I). Perustuslain syrjintäkieltö koskee myös välillistä syrjintää eli toimenpiteitä, jotka vaikutuksiltaan johtavat syrjivään lopputulokseen. Tältä osin syrjinnän käsilläolo on arvioitava jonkin menettelyn tosiasiallisten seurausten kannalta. Suosintaa tai jonkin yksilön tai ryhmän asettamista etuoikeutettuun asemaan on pidettävä säännöksen kieltämänä, jos se asiallisesti merkitsisi toisiin kohdistuvaa syrjintää (HE 309/1993 vp, s. 44). Yhdenvertaisuudesta ja syrjinnän kiellosta määrätään myös useissa ihmisoikeussopimuksissa.

11.2 Perus- ja ihmisoikeuksien heikentäminen

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 terveystaloudelliset palvelut 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). Toimeksiantovaikutuksen voi katsoa edellyttävän kääntöpuolenaan heikennyskieltoa: jos valtio heikentää sopimuksissa määriteltyjen oikeuksien toteuttamistasoa, se ei täytä niiden asettamia toimeksiantoja. Toisaalta velvoitetta kyseisen sopimuskohdan mukaan kuitenkin rajaavat valtion ”käytettävissä olevat voimavarat”. Täten heikennyskielto ei ole ehdoton, vaan sallii sen, että taloudellinen tilanne voidaan ottaa huomioon oikeuksien toteuttamisessa ja että tietyissä olosuhteissa etuuksiin voidaan tehdä heikennyksiä.

TSS-komitea on valinnaisen pöytäkirjan laatimispäätöstä koskevassa lausunnossaan (Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Statement, 21 September 2007, E/C.12/2007/1, s. 3) määritellyt näkökohtia, joihin se kiinnittää huomiota arvioidessaan, ovatko sopimusvaltion sopimuksessa lueteltujen oikeuksien alaan kohdistamat heikennykset perusteltuja silloin, kun valtio vetoaa käytössään olevien resurssien vähenemiseen. Lausunnon mukaan komitea arvioi tällöin 1) kyseisen valtion yleistä kehitystasoa, 2) heikennyksen vakavuutta eli sitä, alittaako se sopimuksessa turvattujen oikeuksien minimisisällön, 3) kyseisen valtion taloudellisen tilanteen, erityisesti onko kyse taloudellisesta lamasta, 4) onko resurssien heikkenemisen taustalla muita syitä, kuten luonnonkatastrofi tai sisäinen tai ulkoinen aseellinen konflikti, 5) onko kyseinen valtio pohtinut vaihtoehtojen säästötoimien (kuten esimerkiksi hallinnon tehostamisen) mahdollisuutta ja 6) onko kyseinen valtio hakenut kansainvälisen yhteisön apua tai mahdollisesti aiheetta torjunut avuntarjoukset TSS-sopimuksen määräysten täytäntöönpanossa.

Sopimusvaltioille osoitetussa julkisen talouden säästötoimia koskevassa komitean puheenjohtajan kirjeessä vuodelta 2012 (E/2013/22-E/C.12/2012/3, annex VI (B)) annetaan niin ikään hyväksyntä sille, että taloudelliset kriisit ja taloudellisen kasvun uupuminen saattavat hidastaa tai estää sosiaalisten oikeuksien progressiivista kehittämistä ja että tarkistukset oikeuksien tasoon ovat joinakin aikoina väistämättömiä. Tällaisten säästötoimenpiteiden tulisi komitean mukaan kuitenkin täyttää seuraavat kriteerit: 1) toimenpide on väliaikainen ja koskee ainoastaan kriisiaikaa; 2) toimenpide on sikäli välttämätön ja oikeasuhtainen, että muiden toimintaperiaatteiden noudattaminen tai toimenpiteestä pidättäminen olisi haitallisempaa taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien kannalta; 3) toimenpide ei ole syrjivä ja siihen liitetään kaikki mahdolliset muut keinot, kuten sosiaaliset tulonsiirrot mukaan lukien verotukselliset toimet, joilla lievennetään kriisiaikoina syntyvää eriarvoisuutta ja varmistetaan, ettei säästötoimenpide vaikuta suhteettomasti muita heikommassa asemassa oleviin ja syrjäytyneisiin ryhmiin; ja e) toimenpiteestä huolimatta säilytään sopimuksen turvaaman oikeuden ydinosa, jonka säilyminen tulee varmistaa kaikkina aikoina.

TSS-sopimuksen 12 artiklan yleiskommentissa (General Comment No. 14) 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 olevat kokonaisresurssit huomioiden (ml).

Euroopan sosiaaliseen peruskirjaan ei ole otettu TSS-sopimuksen 2 artiklaa vastaavaa maksimaa-lisuus- ja progressiivisuuslausekkeet sisältävää yleismääräystä. Euroopan sosiaalisen peruskirjan G artiklan 1 kohdassa säädetään kuitenkin, että peruskirjassa mainittuihin

oikeuksiin ”ei saa kohdistaa muita kuin [peruskirjan I ja II] osissa määritettyjä rajoituksia, lukuun ottamatta sellaisia rajoituksia, joista on säädetty laissa ja jotka ovat välttämättömiä demokraattisessa yhteiskunnassa muiden henkilöiden oikeuksien ja vapauksien turvaamiseksi tai yleisen edun, kansallisen turvallisuuden, kansan terveyden tai moraalien suojelemiseksi”. Euroopan sosiaalisten oikeuksien komitea on valvontakäytännöstään laatimassaan kokoelmassa (Digest) todennut erikseen sosiaaliturvaa (12 artikla) koskien, että kaikki sosiaaliturvaan tehtävät heikennykset eivät automaattisesti merkitse 12 artiklan 3 kohdan loukkausta. Komitea on täsmentänyt, että heikennyksiä arvioitaessa huomiota tulee kiinnittää niiden luonteeseen (mm. vaikutukset etuuksien soveltamisalaan, myöntämisedellytyksiin ja tasoon), heikennysten perusteluihin ja tavoitteisiin, heikennysten ulottuvuuteen (keitä ne koskevat), heikennysten välttämättömyyteen, sosiaalisten avustusten kompensoivaan vaikutukseen, ja heikennysten vaikutuksiin tavoitteisiin nähden. Huomiota on myös kiinnitettävä yksittäisten heikennysten kumulatiiviseen vaikutukseen. Komitea on katsonut, että julkisen talouden tasapainottaminen voi olla hyväksyttävä syy heikennyksille. Tällöinkään ne eivät saa heikentää sosiaaliturvajärjestelmän ”peruskehikkoa”. (Euroopan neuvosto, Digest of the Case Law of the European Committee of Social Rights 2022, s. 121–122.) Komitean linjaamat kriteerit vastaavat osapuolleen kriteerejä, joita perustuslakivaliokunta on jäljempänä selostetusti käyttänyt arvioidessaan välttämätöntä toimeentuloa ja perustoimeentuloa turvaaviin etuuksiin ehdotettavia heikennyksiä.

Perustuslakivaliokunta on arvioinut perusoikeuksiin, erityisesti etuuksiin, tehtäviä heikennyksiä erityisesti tilanteessa, jossa perusteena on julkisen talouden tila ja säästötavoitteet. 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 mitoitettaessa 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 sekä esim. PeVL 25/2012 vp ja PeVL 44/2014 vp). Tällöinkään sääntely ei saa kokonaisuutena arvioiden vaarantaa perustuslaissa turvatun perusoikeuden toteutumista (PeVL 14/2015 vp, s. 3). Lisäksi välttämättömiä leikkauksia tehdessä ihmisoikeusmääräyksillä on relevanssia säästöjen kohdentamisessa ja perusoikeussäännökset voivat toimia talousarvion sisällöstä päätettäessä prioriteettijärjestyksenä (PeVM 25/1994 vp s. 33). Lähtökohtaisesti leikkauksia tulisi siis ensisijaisesti kohdistaa muihin kuin perusoikeuksiin.

Heikennys on yksilön kannalta vaikutuksiltaan melko samankaltainen kuin rajoitus, minkä johdosta heikennyksen sallittavuutta voidaan soveltuvien osin arvioida perusoikeuksien rajoittamista koskevien yleisten vaatimusten kautta, jotka perustuslakivaliokunta on johtanut perusoikeusjärjestelmän kokonaisuudesta ja oikeuksien luonteesta perustuslaissa turvattuina oikeuksina. Näitä ovat osin jo edellä mainitut 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).

Julkisen talouden tilaa on merkittävästi vaikeuttanut se, että Suomen talouskasvu on ollut viimeisten runsaan 15 vuoden aikana heikkoa verrattuna aiempaan sekä muihin Pohjoismaihin ja EU:n keskiarvoon. Tulevina vuosina talouskasvun edellytyksiä heikentää väestökehitys. Julkinen taloutemme on ollut alijäämäinen vuodesta 2009 lähtien. Ilman talouspolitiikan merkittävää muutosta velkasuhteen kasvu jatkuu 2020-luvulla. Vaikka valtion velanhoitokyky

on edelleen hyvä, se heikkenee jatkuvasti, jos julkista taloutta ei vahvisteta. Tulevien vuosien mahdolliset kriisit voivat johtaa tilanteeseen, jossa julkinen valta ei kykene julkisen talouden rajoitusten vuoksi reagoimaan kriisiin asianmukaisesti. Tällöin jouduttaisiin liian äkillisesti säästämään julkisista menoista ja kiristämään verotusta.

Esitys on osa hallituksen julkisen talouden vahvistamiseksi valitsemaa kokonaisuutta. Laskusuhdanteen ohella myös valtiontalouden säästötavoitetta voidaan pitää hyväksyttävänä perusteena puuttua jossain määrin sosiaalisten oikeuksien tasoon tilanteessa, jossa julkisen talouden menojen ja tulojen välillä vallitsee pitkäaikainen rakenteellinen epätasapaino. Valtiovarainministeriön mukaan Suomen julkisen talouden velkaa kerryttävä alijäämä on mittava, ja näin julkisen talouden velkasuhteen vakauttaminen edellyttää nopeita ja merkittäviä toimenpiteitä seuraavien vuosien aikana. Kansainvälisessä vertailussa korkean verorasituksen ja talouskasvun edellytysten turvaamisen vuoksi tasapainotusta ei voida valtiovarainministeriön mukaan kokonaan toteuttaa verotusta kiristämällä. Hallituksen tavoite julkisen talouden tasapainottamiseksi edellyttääkin myös suoria säästötoimia. Julkisen talouden kestävyydellä hallitus tavoittelee sitä, että julkinen valta voi jatkossa vastata paremmin velvoitteistaan mukaan lukien perusoikeuksien toteutumisesta.

Velkaantumiskehityksen taittamiseksi välttämättömät hallituskaudella toteutettavat säästötoimet ovat mittavat ja kohdistuvat laajasti yhteiskunnan eri sektoreille. Koska terveydenhuolto muodostaa niin merkittävän osan valtion kokonaismenoista, sitä ei hallituksen käsityksen mukaan ole tarvittavien säästötoimien mittakaava huomioiden mahdollista jättää kokonaan säästötoimien ulkopuolelle. Hallitus on kuitenkin pyrkinyt valitsemaan kokonaisuuden kannalta vähiten haitalliset säästökohteet, vaikka yhteiskunnallisessa päätöksenteossa kyse sinällään aina on myös arvovalinnoista.

Ero perusterveydenhuollon kiireettömän avosairaanhoidon nykyisen 14 vuorokauden ja ehdotettavan kolmen kuukauden sekä toisaalta suun terveydenhuollon 1.11.2024 voimaan tulevan kolmen (nykyisin neljä kuukautta) ja ehdotettavan kuuden kuukauden hoitoon pääsyn enimmäisajan välillä on merkittävä. Täten esitettäviä heikennyksiä ei voida verrata aiempaan perusterveydenhuollon avosairaanhoidon seitsemän vuorokauden hoitotakuun peruuttamiseen 14 vuorokauteen ennen ensiksi mainitun voimaantuloa (HE 55/2023 vp). Tarkastelussa on kuitenkin syytä huomioda, että ehdotettavan sääntelyn mukaan hoitoon pääsyn olisi aina toteuduttava potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa. Hoitotakuuajat ovat siis enimmäisaikoja, joita ei voi ylittää edes kaikkein kiireettömmissä tapauksissa. Yksilöllisessä arvioissa hoidon tarpeesta arvioidaan aina se, tarvitseeko potilas hoitoa nopeammin kuin lain sallimassa enimmäisajassa. Kyse on lääketieteellisiin seikkoihin perustuvasta arviosta, ja useimmissa tilanteissa sääntely edellyttää hoitoon pääsyä huomattavasti enimmäisaikaa nopeammin. Tämä turvaisi potilaiden oikeutta päästä hoitoon ja siten perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaiset terveystalvet laissa säädettyjen numeeristen enimmäisaikojen pitenemisestä huolimatta. Asiaa on avattu tarkemmin lakiehdotusten säännöskohtaisissa perusteluissa.

Esityksen vaikutusarviointien mukaan 23 vuotta täyttäneiden tosiasialliset hoitopääsyaajat tulisivat esityksen myötä joka tapauksessa pitenemään, mutta on vaikeata arvioida, kuinka paljon. Vaikka hoitopääsyaajat ovat hoitotakuun kiristymisen myötä lyhentyneet, järjestäjät eivät vielä ole täysimääräisesti päässeet lain edellyttämiin enimmäishoitopääsyaikoihin. Toisaalta taas suurin osa perusterveydenhuollon kiireettömän avosairaanhoidon käynneistä toteutui 14 vuorokaudessa ja suun terveydenhuollossa kolmessa kuukaudessa jo hoitotakuuajojen tiukennuksesta vuonna 2022 säädettyä. Toisin kuin ennen vuotta 2023, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja päivystyspalvelut kokonaisuudessaan ovat

nykyisin saman järjestäjän alaisuudessa, jolloin hyvinvointialueilla voidaan arvioida olevan merkittävä kannuste ehkäistä kalliimpien palvelujen tarvetta perustason hoitoon pääsyyn panostamalla. Hoitotakuun tiukennusta on myös toimeenpantu mittavilla valtionavustuksilla tuetulla kehittämistyöllä, jonka tuotosten voidaan arvioida tukevan nopeaa hoitoon pääsyä lakimuutoksista huolimatta. Näiden seikkojen voidaan arvioida puoltavan sitä, että 23 vuotta täyttäneiden hoitoonpääsyajat eivät piteneisi merkittävästi ehdotettavista hoitotakuaikojen pidennyksistä huolimatta.

Hoitoonpääsyajoja ennen 1.9.2023 tarkasteltaessa on kuitenkin hyvä huomata, että tieto tulevasta hoitotakuun kiristymisestä nopeutti hoitoon pääsyä jo useita vuosia ennen kiristymisen voimaantuloa, koska järjestäjien täytyi varautua tulevaan kiristykseen hoitoon pääsyyn panostamalla. Tällaista kannustetta ei enää jatkossa olisi. Valvontaviranomaisten keinot valvoa lakisääteisen enimmäisaikaa lyhyempien kohtuullisten hoitoonpääsyajojen toteutumista ovat myös rajalliset. Hyvinvointialueilla on lisäksi vallitsevan taloustilanteen vuoksi jo valmiiksi merkittävät paineet etsiä lyhyellä aikavälillä vaikuttavia säästöjä. Ehdotettavan 23 vuotta täyttäneiden hoitotakuun keventämisen yhteydessä järjestäjien rahoitusta vähennettäisiin myös vastaavalla suhteellisella osuudella hoitotakuun kiristymisen toimeenpanoon annetusta rahoituksesta. Jos säästöä ei kohdennettaisi 23 vuotta täyttäneiden perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyyn, järjestäjien tulisi säästää se jostain muualta. Tämä saattaisi osoittautua haastavaksi tehtäväksi. Tästä näkökulmasta on mahdollista, että hoitoonpääsyajat palautuvat ehdotettavien lakimuutosten seurauksena sille tasolle, jolla ne olivat ennen hoitotakuun kiristymistä. Ei voida myöskään sulkea pois vaihtoehtoa, jossa ne lyhyellä tai pitkällä tähtäimellä heikentyvät tätäkin enemmän. Toisaalta jos säästö kohdennettaisiin muualle palvelujärjestelmään, saattaisi tälläkin olla kielteisiä vaikutuksia toisaalla. Terveystieteiden järjestäjillä on kuitenkin lakisääteisten velvoitteidensa toteuttamisen puitteissa oikeus ja toisaalta velvollisuus kohdistaa säästö parhaaksi arvioimallaan tavalla.

Terveystieteiden hoitotakuaajoista otettiin ensi kertaa säännökset lakiin vuonna 2005 (HE 77/2004 vp). Tuolloin perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon hoitoon pääsyn enimmäisajaksi säädettiin kolme kuukautta ja perusterveydenhuoltoon kuuluvan suunterveydenhuollon hoitoon pääsyn enimmäisajaksi kuusi kuukautta. Perustuslakivaliokunta ei tuolloin esitystä käsitellessään ottanut nimenomaista kantaa hoitoon pääsyn enimmäisaikoihin, mutta se ei siis täten myöskään esittänyt valtiosääntöoikeudellisia huomautuksia mainituista hoitoon pääsyn enimmäisajoista (PeVL 20/2004 vp). Hoitotakuusääntely siirrettiin kansanterveyslaista ja erikoissairaanhoitolaista terveystietolakiin vuonna 2011 (HE 90/2010 vp). Esitystä käsitellessään perustuslakivaliokunta totesi, että terveystietolakiehdotuksen hoitoon pääsyn määräaikoja koskevat säännökset vastaavat sisällöltään pääpiirteissään *perustuslakivaliokunnan myötävaikutuksella* säädettyjä kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain silloin voimassa olleita säännöksiä, eikä esittänyt niiden osalta valtiosääntöoikeudellisia huomautuksia (ks. PeVL 41/2010 vp, s. 3). Kyseiset hoitoon pääsyn enimmäisajat olivat voimassa aina 1.9.2023 asti, jolloin nyt voimassa olevat hoitotakuaajat tulivat voimaan.

On myös syytä huomata, että hoitotakuusääntely koskee vain kiireetöntä hoitoa, eikä sääntelyllä ehdoteta muutettavaksi kiireellistä hoitoa koskevaa sääntelyä. Terveystietolain 50 §:n 1 momentin mukaan kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveystietohuolto, mielenterveyden hoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki on edelleen annettava välittömästi. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista.

Voidaan myös tuoda esiin, 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 hoitoon pääsyn velvoite, voi tämä johtaa näiden käyntien epätarkoituksenmukaiseen priorisoimiseen hoitoaikoja annettaessa esimerkiksi hoitosuunnitelman mukaisten jatkohoitojen kustannuksella. Siten pidempi hoitoon pääsyn enimmäisaika voi tukea enemmän palvelujärjestelmän kehittämistä hoidon jatkuvuutta korostavaan suuntaan. Jatkuvuus on tärkeä hyvän hoidon osa-alue. Täten ehdotettava hoitotakuuaikojen pidentäminen, ottaen huomioon palvelujärjestelmän rajalliset resurssit, ei ole väestötasolla tarkastellen yksiselitteisesti terveysoikeuksien kannalta vain kielteinen asia. Näin todetessa on kuitenkin syytä huomioida, että hoitotakuuvelvoitteen keventyessä myös järjestäjien rahoitusta leikataan vastaavasti. Täten järjestäjille ei velvoitteen keventymisen johdosta sinällään jää ”ylimääräisiä” taloudellisia resursseja, jotka ne voisivat käyttää vaihtoehtoisesti esimerkiksi hoidon jatkuvuuden parantamiseen. Toisaalta taas henkilöstön riittävyyttä ei aina ole mahdollista varmistaa edes taloudellisten resurssien avulla.

Lakisääteisistä hoitoon pääsyn enimmäisajoista säättäminen on vain yksi, joskin keskeinen, keino, jolla turvataan riittävät terveyspalvelut ja edistetään väestön terveyttä. Muita tapoja ovat sosiaali- ja terveyspalveluiden lainsäädännön palvelurakenteesta säättäminen 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) ja sen toimeenpano on parhaillaan käynnissä. Muita keinoja ovat muun muassa palveluiden laatuun ja ammattihenkilöihin liittyvä lainsäädäntö ja kehittämistyö, niistä palveluista säättäminen, joihin ihmiset ovat oikeutettuja, ja yhtenäiset hoitokäytänteet.

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 suoriutua tehtävistään. Perustuslakivaliokunta on lisäksi katsonut, että budjettirajoitteella ei voida rajoittaa lakisääteisten palvelujen saatavuutta. Sosiaali- ja terveyspalveluissa 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).

Voimassa olevaa hoitotakuuta koskevaa hallituksen esitystä 74/2022 vp annettaessa esityksessä tuotiin esiin, että esityksen toimeenpantavuuden kannalta suurimmaksi riskiksi muodostuvat 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 voimaan tullessa rasittaa palvelujärjestelmää. Näiden seikkojen yhteisvaikutuksesta seuraa riskejä 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 riittävyydestä 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 74/2022 vp perustuslakivaliokunta totesi (PeVL 38/2022 vp, kappale 8), että perustuslakivaliokunta on aikaisemmin vastaavatyypisissä 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 saattoi 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). Valiokunta painotti, että 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 perustelujen syiden keston nähden (ks. PeVL 11/2015 vp, s. 3 ja PeVL 10/2015 vp, s. 3). Kuten luvussa 2.2.3 tuodaan esiin, henkilöstöä koskevista toimenpiteistä huolimatta on valmistauduttava siihen, että alan henkilöstön saatavuus pysyy haasteellisena vielä vuosia. Myös nyt kyseessä olevan esityksen lausuntokierroksella merkittävimmäksi haasteeksi voimassaolevan hoitotakuusääntelyn noudattamiselle nimettiin henkilöstön saatavuus. Henkilöstötilanne myös vaihtelee alueellisesti. Täten vaikka ehdotettava hoitotakuuajkojen pidentäminen yhdistettynä siihen kytkettyyn terveydenhuollon rahoituksen vähentämiseen sinällään huonontaa terveydenhuollon saatavuutta, se saattaa myös turvata terveydenhuollon henkilöstön riittävyyttä koko julkisen terveydenhuollon näkökulmasta tarkasteltuna. 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 sekä useista syistä kertynyt hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelka. Julkisella palvelujärjestelmällä on koko Suomessa haasteita pystyä järjestämään palvelut lakien edellyttämällä tavalla. Perustuslakivaliokunta on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan uudistuksen käsittelyn yhteydessä todennut pitävänsä mahdollisena, että valtion hyvinvointialueille osoittama rahoitus erkaantuu vähitellen palvelujen todellisista järjestämiskustannuksista erityisesti sellaisilla alueilla, joissa kustannustaso on korkea (PeVL 17/2021 vp, kappale 99–102). Perustuslakivaliokunta on myös edellä todetun mukaisesti hoitotakuulainsäädäntöä arvioidessaan velvoittanut valtioneuvostoa korjaustoimiin perusoikeuksien toteutumisen ja rahoituksen sitä edellyttäessä (PeVL 38/2022 vp, kappale 8).

Kuten edellä on todettu, terveydenhuollon järjestäjät eivät vielä täysimääräisesti ole päässeet 1.9.2023 voimaantulleisiin hoitotakuuajkoihin, jotka suun terveydenhuollon osalta lisäksi tulevat edelleen kiristymään 1.11.2024. Toisaalta tähän liittyvä kehittämistyö on vielä kesken ja työhön on myönnetty mittavia valtionavustuksia vuoden 2025 loppuun asti. Kuitenkin vaikka esityksen lausuntokierroksella suurin osa lausujista ennakoi positiivisen kehityssuunnan hoitoon pääsyssä jatkuvan, jos sääntelyä ei muutettaisi, useampi terveydenhuollon järjestäjä myös arvioi voimassaoleviin hoitoon pääsyn enimmäisaikoihin pääsemisen olevan epävarmaa pidemmälläkään tähtäimellä. Myöskään valtiotalouden vaikean tilan ei voida ennakoida korjaantuvan vielä lähivuosina siinä määrin, että hallituksen kestävyysvajeen kuromiseksi päättämistä vero- ja säästötoimista voitaisiin määrääjän kuluttua luopua.

Edellä esitetyn perusteella perusoikeuksien tason heikentämiselle on nyt kyseessä olevassa tapauksessa erityisesti julkisen talouden tilanteesta sekä toisaalta myös henkilöstön riittävyyden turvaamisesta johtuvat valtiosääntöoikeudellisesti sekä kansainvälisten ihmisoikeussopimusten näkökulmasta hyväksyttävät yhteiskunnalliset perusteet. Vaikka perustuslakivaliokunta on

aiemmassa tulkintakäytännössään antanut valtiosääntöisesti painoarvoa perusoikeuden heikennyksen keston rajaukselle, nyt kyseessä olevassa tapauksessa on valtiosääntöoikeudellisesti hyväksyttävää säätää heikennys toistaiseksi voimassa olevaksi. Esitettäviä heikennyksiä ei voida pitää niiden tavoitteisiin nähden suhteettomina. Huomioiden, ettei hoidosta tai muista terveydenhuollon velvoitteista ole toiminnan luonteen vuoksi tarkoituksenmukaista tai edes mahdollista säätää yhtä eksaktisti kuin monen muun hallinnonalan velvoitteista, ehdotettava lakitasoinen sääntely on riittävän täsmällistä. Sääntely on myös normaalien terveydenhuollolle säädettyjen oikeusturvajärjestelyjen piirissä. Heikennyksillä ei myöskään kajota perustuslain 19 §:n ja kansanvälisten ihmisoikeussopimusten turvaamien terveystalveluihin kohdistuvien oikeuksien ydinalueeseen. Ehdotettava sääntely täyttää siten perusoikeuksien tason heikentämiselle yleisesti asetettavat valtiosääntöoikeudelliset edellytykset.

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. Perustuslakivaliokunta (PeVL 26/2017 vp, s. 33) on sote-uudistuksia koskevissa lausunnoissaan korostanut vaatimusta terveydenhuollon palvelujen riittävästä tarjonnasta maan eri osissa asuville. Käytännössä esityksen vaikutukset kohdistuvat 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. Lisäksi pidempi hoitoon pääsyn lakisääteinen enimmäisaika mahdollistaisi suuremmat alueelliset erot sekä erot hyvinvointialueiden terveydenhuollon, korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon ja vankiterveydenhuollon välillä palveluihin pääsyssä. Ottaen kuitenkin huomioon edellä kuvatut seikat, jotka edelleen turvaavat kaikille hoitoon pääsyn lääketieteelliset seikat ja potilaan yksilöllinen tilanne huomioiden kohtuullisessa ajassa, asia ei muodostu perustuslailliselta kannalta ongelmalliseksi.

11.3 Lasten ja nuorten positiivinen erityiskohtelu

Esityksestä seuraava terveydenhuollon saatavuuden heikentyminen koskisi vain 23 vuotta täyttäneitä sääntelyn jäädessä lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten osalta nykyiselleen. Esityksestä johtuvaa lasten ja alle 23-vuotiaitten nuorten positiivista erityiskohtelua hoitopääsyssä tulee tarkastella perustuslain 6 §:ssä säädetyn yhdenvertaisuuden näkökulmasta.

Perustuslain lähtökohtana on, että ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Yhdenvertaisuussäännös kohdistuu myös lainsäätäjään, eikä lailla voida mielivaltaisesti asettaa ihmisiä tai ihmisryhmiä toisia edullisempaan tai epäedullisempaan asemaan. Yhdenvertaisuussäännös ei kuitenkaan edellytä kaikkien ihmisten kaikissa suhteissa samanlaista kohtelua, elleivät asiaan vaikuttavat olosuhteet ole samanlaisia. Lainsäädännölle onkin ominaista, että se voi kohdella tietyn hyväksyttävän yhteiskunnallisen intressin vuoksi ihmisiä eri tavoin edistääkseen muun muassa tosiasiallista tasa-arvoa. Ihmisten tai ihmisryhmien erottelu ei kuitenkaan saa muodostua kohtuuttomaksi. Yhdenvertaisuusperiaatteesta poikkeamista perustelevan yhteiskunnallisen intressin ja poikkeamisen merkittävyyden on oltava keskenään oikeasuhtaisia. (HE 309/1993 vp, s. 42—43; ks. myös esim. PeVL 18/2006 vp, s. 2/II; PeVL 38/2006 vp, s. 3/II; PeVL 31/2014 vp, s. 3/I.)

Hallituksen esityksessä 200/2005 vp ehdotettiin säädettäväksi, että vielä tuolloin kunnallisen terveydenhuollon järjestämisestä vastaavat kunnat ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymät voisivat sopia Puolustusvoimien kanssa, että kunta tai sairaanhoitopiiri antaisi perus- tai

erikoissairanhoidon palveluja Puolustusvoimien terveydenhuoltovastuulla oleville henkilöille. Esityksen mukaan tarkoitettujen sopimusten mukaiset tutkimukset ja hoidot voitaisiin antaa eri perustein ja nopeammin kuin palvelut lain mukaan tuli antaa kunnan tai kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaille. Mahdollisuutta antaa palvelut eri perustein ja nopeammin perusteltiin esityksessä Puolustusvoimien terveydenhuoltovastuulla olevien henkilöiden palveluskelpoisuuden turvaamisella. Perustuslakivaliokunta (PeVL 1/2006 vp, s. 2–3) piti esitystä arvioidessaan tätä hyväksyttävänä perusteena erityiskohtelulle etenkin huomioiden palveluksen yhteys perustuslain 127 §:ssä säädettyyn maanpuolustusvelvollisuuteen ja palveluksen luonteesta johtuviin erityisiin terveysriskeihin. Perustuslakivaliokunta totesi jonkin potilasryhmän asettamisen terveydenhoitopalvelujen saamisen nopeuden osalta etusijalle muihin potilaisiin verrattuna kuitenkin olevan lähtökohtaisesti ongelmallista perustuslain 6.1 §:n yhdenvertaisuusperiaatteen kannalta hyväksyttävän perusteen käsillä olosta huolimatta. Perustuslakivaliokunta totesi ongelmaa kuitenkin lieventävän sen, että sopimuksen tekeminen Puolustusvoimien kanssa olisi kunnille ja sairaanhoitopiireille vapaaehtoista, millä oli esityksen palvelujen mukaan tarkoitus varmistua siitä, että asianomaiset kunnat ja sairaanhoitopiirit voisivat huolehtia niille lakisääteisesti kuuluvien tehtävien hoitamisesta. Täten sääntely ei valiokunnan mielestä muodostunut perustuslain yhdenvertaisuussääntelyn vastaiseksi. Perustuslakivaliokunta totesi kuitenkin, että lakiehdotuksia oli tärkeää täydentää esityksen edellä mainittua tarkoitusta vastaavalla säännöksellä, jonka mukaan sopimuksen tekemisellä tai sopimukseen perustuvien palvelujen antamisella ei saa vaarantaa kunnan tai kuntayhtymän lakisääteisten tehtävien hoitamista. Lisäksi ehdotettavaa sääntelyä oli perustuslakivaliokunnan mukaan selvyiden vuoksi syytä täydentää erityisellä maininnalla siitä, ettei sääntely Puolustusvoimien terveydenhuoltovastuulla olevien erityiskohtelusta syrjäytä säännöksiä kiireellisen hoidon tarpeessa olevan potilaan hoitamisesta välittömästi. Kyseinen sääntely löytyy nykyisin kokonaisuudessa terveydenhuoltolain 71 §:stä.

Perustuslain 6 §:n 2 momentissa lueteltuja erotteluperusteita ja siten muun muassa ikää voidaan pitää syrjintäkiellon ydinalueena. Syrjintäkieltosäännöksellä ei kuitenkaan ole kielletty kaikenlaista erontekoa ihmisten välillä, vaikka erottelu perustuisi säännöksessä nimenomaan mainittuun syyhyn. Olennaista on, voidaanko erottelu perustella perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävällä tavalla. (HE 309/1993 vp, s. 44/I; ks. myös esim. PeVL 1/2006 vp, s. 2/I; PeVL 59/2002 vp, s. 2–3.) Perustuslakivaliokunta on kuitenkin pitänyt ikärajaan perustuvaa sääntelyä perusoikeusherkkänä perustuslain 6 §:n 2 momentin syrjintäkielto huomioon ottaen, ja erilaisen kohtelun mahdollistavalle hyväksyttävälle perusteelle asetettavat vaatimukset ovat valiokunnan vakiintuneen käytännön mukaan erityisesti säännöksessä lueteltujen kiellettyjen erotteluperusteiden kohdalla korkeat. Hyväksyttävän perusteen on valiokunnan käytännössä edellytetty olevan asiallisessa ja kiinteässä yhteydessä lain tarkoitukseen (ks. esim. PeVL 44/2010 vp, s. 5–6). Perustuslakivaliokunta on kuitenkin esimerkiksi sosiaali oikeudellista sääntelyä arvioidessaan pitänyt etuuksien määräytymistä eri tavoin eri-ikäisille henkilöille perustuslain kannalta ongelmattomana, jos erottelut eivät ole mielivaltaisia eivätkä erot muodostu kohtuuttomiksi (ks. esim. PeVL 34/2005 vp, s. 2/I, PeVL 60/2002 vp, s. 4–5; PeVL 46/2002). Perustuslain yhdenvertaisuussääntely ei siis estä tosiasiallisen tasa-arvon turvaamiseksi tarpeellista positiivista erityiskohtelua eli jonkin ryhmän asemaa ja olosuhteita parantavia toimia (HE 309/1993 vp, s. 44; ks. myös esim. PeVL 34/2005 vp, s. 2/I; PeVL 40/2004 vp, s. 2/I; PeVL 4/2016 vp, s. 3).

Lasten positiivista erityiskohtelua arvioidessa on sitä puoltavana seikkana syytä kiinnittää huomiota lasten muita heikompaan ja alisteiseen asemaan ja siitä johtuvaan erityisen suojelun tarpeeseen. Lisäksi tulee huomioida lapsen oikeuksien sopimuksen mukainen lapsen edun ensisijaisuuden periaate, jonka voidaan tulkita tarkoittavan, että tilanteissa, joissa kaikkien ikäryhmien etujen yhteensovittaminen ei ole mahdollista, lasten edulle on annettava etusija. Merkitystä on myös perustuslain 19.3 §:n julkiselle vallalle asettamalla velvoitteella tukea

perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.

Ensikertaa terveydenhuollon hoitotakuuajoista säädettäessä vuonna 2004 säädettiin hoitoon pääsyn enimmäisaika lasten ja nuorten erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluissa lyhyemmäksi (kolme kuukautta) kuin aikuisten vastaavissa palveluissa (kuusi kuukautta) (HE 77/2004 vp). Perustuslakivaliokunta ei tuolloin esitystä käsitellessään ottanut kantaa asiaan, mutta se ei siis täten myöskään esittänyt valtiosääntöoikeudellisia huomautuksia mainituista lasten ja nuorten positiivisesta erityiskohtelusta (PeVL 20/2004 vp). Siirrettäessä sääntelyä vuonna 2011 erikoissairaanhoidolaista valmisteltavaan terveydenhuoltolakiin sääntelyä tarkennettiin siten, että lyhyempää enimmäisaikaa sovelletaan alle 23-vuotiaisiin (HE 90/2010 vp). Esitystä arvioidessaan perustuslakivaliokunta kiinnitti huomiota siihen, että hallituksen esityksessä ehdotettu terveydenhuoltolain 53 §:n sääntely asetti alle 23-vuotiaat mielenterveyspalveluiden saamisen nopeuden osalta erikoissairaanhoidossa parempaan asemaan tätä vanhempiin verrattuna. Perustuslakivaliokunta arvio ehdotusta juuri perustuslain 6 §:n 2 momentin näkökulmasta. (PeVL 41/2010, s. 3–4.)

Perustuslakivaliokunta totesi, että mahdollisimman varhainen pääsy psykiatrisen hoidon ja palvelujen piiriin on lasten ja nuorten psyykinen kehitys huomioon ottaen erityisen tärkeää. Velvoite järjestää hoito kolmen kuukauden kuluessa myös jo täysi-ikäisille mutta alle 23-vuotiaille nuorille on perusteltua sen vuoksi, että tässä iässä monet nuoret ovat muun muassa useisiin elämäntilanteen muutoksiin liittyen psyykkisessä kehityksessään edelleen herkässä vaiheessa. Edelleen perustuslakivaliokunta viittasi siihen, että erityiskohtelun ulottaminen juuri alle 23-vuotiaisiin nojautui esityksen perustelujen mukaan sairaanhoitopiirien nuorisopsykiatriasta vastaavien ylilääkärien yksimieliseen suositukseen. Sääntelylle oli valiokunnan mielestä perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävät perusteet. Valiokunta totesi yhtenäisen ikärajan määrittelyn laissa olevan sinänsä perusteltua myös sen vuoksi, että psykiatrista hoitoa tarvitsevat nuoret saatettiin tältä osin samaan asemaan asuinpaikasta riippumatta. (PeVL 41/2010, s. 3–4.)

Lapset, eli alle 18-vuotiaat, ovat ikänsä ja kehitystasonsa puolesta erityisen haavoittuvassa asemassa ja oikeutettuja erityiseen huolenpitoon ja apuun. Edellä luvussa 4.1 on esitetty merkitykselliset lääketieteelliset sekä yhteiskunnalliset perusteet sille, että lasten ohella myös 18–22 -vuotiaiden kohdalla nopea hoitopaikantaminen sekä psyykkisissä että somaattisissa terveysongelmissa on tätä vanhempiin nähden erityisen tärkeää. Kuten edellä on todettu, alle 23-vuotiaiden positiivinen erityiskohtelu on jo voimassa olevassa lainsäädännössä perustuslakivaliokunnan myötävaikutuksella tunnistettu hoitoon pääsyn enimmäisajoista säädettäessä perustelluksi ja hyväksyttäväksi erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluissa. Perustuslakivaliokunta onkin aiemmassa käytännössään antanut ikärajan hyväksyttävyyttä perustuslain 6 §:n kannalta arvioidessaan merkitystä sille, että lainsäätäjä on jo aiemmin pitänyt samaa ikärajaa samassa mielessä merkityksellisenä (PeVL 44/2010 vp, s. 7/I).

Kuten edellä luvussa 11.1 on todettu, YK:n lapsen oikeuksien komitea on nimenomaisesti kehottanut Suomea vahvistamaan toimia, joilla turvataan lasten pääsy korkealaatuisiin terveyspalveluihin nopeasti ja tehokkaasti koko maassa, kiinnittäen erityistä huomiota marginalisoidussa asemassa oleviin lapsiin. Yksityisessä terveydenhuollossa hoitoon pääsee tyypillisesti jo samana päivänä. Yksityisten terveyspalvelujen käyttö on mahdollista vain niille lapsille, joiden perheillä on siihen joko yksityisen sairausvakuutuksen kautta tai muutoin varaa, ja lapsen omat mahdollisuudet vaikuttaa tähän ovat olemattomat. Kuten edellä luvussa 2.2.2 ja 2.4 on tuotu esiin, komitean esiin nostamiin seikkoihin, on vastattu erityisesti perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitotakuun kiristyksellä, jonka on arvioitu parantavan erityisesti heikoimmassa asemassa olevien lasten, kuten vähävaraisten perheiden

lasten, vammaisten, mielenterveysongelmista kärsivien ja sijaishuollossa asuvien lasten sekä alaikäisten turvapaikanhakijoiden asemaa. Nopeampi hoitopääsy julkisessa perusterveydenhuollossa parantaa siis myös eri lasten välistä yhdenvertaisuutta.

Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee parhaillaan lasten ja nuorten terapiatakuuta koskevaa hallituksen esitystä (STM083:00/2023), joka on tarkoitus antaa eduskunnalle syyskuussa 2024. Terapiatakuuta koskevassa hallituksen esityksessä lainsäädännöllä turvattaisiin nimenomaan lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille toisiinsa nähden yhdenvertainen pääsy perustasolla lyhytpsykoterapiaan tai muihin vaikuttaviin psykososiaalisiin hoitoihin. Koska kaikkeen lasten ja nuorten mielenterveyden oireiluun tai muuhun hoidon tarpeeseen ei voida vastata psykoterapioista johdetulla määrämuotoisella ja aikarajoitteisella psykososiaalisella hoidolla tai psykoterapialla, turvaisi perusterveydenhuollon kiireettömän avosairaanhoidon hoitotakuun pysyttäminen voimassa olevassa 14 vuorokaudessa myös niiden lasten ja alle 23-vuotiaitten nuorten nopean hoitoon pääsyn, jotka eivät terapiatakuusta hyödy.

Kuten luvussa 4.1 on todettu, terveysongelmien varhainen tunnistaminen ja hoito lapsuudessa ja nuoruudessa on tärkeää, jotta nuoruusiän kehitysmahdollisuutta ei hukata. Samalla se on aikuisuudessa ilmenevien häiriöiden tehokkainta ennaltaehkäisyä. Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten hoitotakuun säilyttäminen ennallaan huomioi lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten kehitykselliset tarpeet ja tukee heidän hoitoon pääsyään ikävaiheissa, joissa kehityksen ja hyvinvoinnin tukeminen on heidän tasapainoisen kehityksensä, tulevaisuutensa ja aikuisuutensa näkökulmasta erityisen tärkeää. Erityinen huolenpito lapsista ja nuorista on myös hyvinvointivaltion kantokyvyn turvaamiseksi keskeistä siitäkin syystä, että syntyvyys on Suomessa historiallisen matalalla tasolla. Lasten ja nuorten nopea hoitoon pääsy hyödyttäisi siten pidemmällä tähtäimellä myös vanhempia ikäryhmiä ja koko yhteiskuntaa.

Esityksen lausuntokierroksella enemmistö vastaajista piti esityksen mukaista lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten positiivista erityiskohtelua hyvin perusteltuna ja kannatettavana. Toisaalta myös tätä kritisoivissa lausunnoissa esitettiin vartenotettavia vasta-argumentteja. (Ks. luku 6.) Hallitus yhtyy kuitenkin lausujien enemmistön näkemykseen ja pitää esitettävän lasten ja alle 23-vuotiaiden erityiskohtelun puolesta esitettyjä perusteluja painavampana. On myös syytä huomioida, että alle 23-vuotiaiden hoitoon pääsyn lyhyemmät enimmäisajat eivät tarkoita, että he pääsisivät kaikissa tilanteissa tätä vanhempia nopeammin hoitoon. Käsillä voisi olla esimerkiksi tilanne, jossa arvio lapsen tai nuoren hoidon tarpeesta päättyisi kahden viikon odotusaikaan samalla, kun kohtuullista hoitoon pääsyaikaa koskeva sääntely edellyttäisi, että tätä vanhempi henkilö pääsee terveydentilansa ja sairautensa ennakoitavissa olevan kehityksen vuoksi hoitoon viikossa.

Koska kaikkien ryhmien hoitotakuuta ei julkisen talouden tilan vuoksi ole mahdollista pitää nykyisellä tasolla, on edellä esitetyin perustein syytä suosia tältä osin nimenomaan lapsia ja nuoria. Huomioiden lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten erityiskohtelulle esitetyt valtiosääntöoikeudellisesti hyväksytyt perusteet sekä toisaalta se, että myös tätä vanhempien ikäryhmien, mukaan lukien muut heikommassa asemassa olevat ryhmät, hoitopääsy turvattaisiin edelleen kohtuullisessa ajassa, voidaan esitettävää lasten ja nuorten positiivista erityiskohtelua pitää kohtuullisena ja oikeasuhtaisena.

11.4 Johtopäätökset

Kaikki edellä esitetty huomioiden ehdotettava 23 vuotta täyttäneitä koskeva perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisaikojen palauttaminen vielä vuosi sitten voimassa olleelle ja nykyisen perustuslain voimassa ollessa perustuslakivaliokunnan myötävaikutuksella säädetylle tasolle täyttää perusoikeuksien tason

heikentämiselle yleisesti asetettavat valtiosääntöoikeudelliset edellytykset. Esitykseen sisältyvä lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten positiivinen erityiskohtelu ei ole perustuslain 6 §:n yhdenvertaisuussääntelyn vastaista eikä esitys muutoinkaan ole ristiriidassa kyseisen säännöksen kanssa. Esitys ei myöskään ole ristiriidassa kansainvälisten ihmisoikeussopimusten kanssa.

Edellä todettuun viitaten hallituksen käsityksen mukaan ehdotukset ovat perustuslain mukaisia ja ne voidaan siten säätää tavallisen lain säätämisjärjestyksessä. Koska esityksellä kuitenkin voisi edellä tässä luvussa esitetysti olla vaikutuksia perustuslain 19 §:n 3 momentin sekä 6 §:n 1 ja 2 momentin turvaamien oikeuksien toteutumiseen, hallitus pitää suotavana, että esityksestä kuitenkin pyydetään perustuslakivaliokunnan lausunto.

Ponsi:

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäväksi seuraavat lakiehdotukset:

1.

Laki

terveydenhuoltolain 51 a ja 51 b §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 51 a ja 51 b §,
sellaisina kuin ne ovat 51 a §, laeissa 116/2023 ja 1139/2023 sekä 51 b § laissa 116/2023,
seuraavasti:

51 a §

Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan hoitoon

Edellä 51 §:ssä tarkoitetussa arviossa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon, kuntoutuksen sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun 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 arviointia seuraavien kolmen kuukauden aikana.

Ensimmäisessä hoito- ja kuntoutustapahtumassa hoidon, kuntoutuksen tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Hyvinvointialueen on lisäksi järjestettävä toimintansa siten, että jos potilas on 51 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle ja ammattihenkilö toteaa, että potilas tarvitsee kyseisen terveysongelmansa hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, myös pääsy lääkärin vastaanotolle järjestyy 1 momentissa säädetyn ajan kuluessa 51 §:ssä tarkoitetusta arviosta.

Poiketen siitä, mitä 1 ja 2 momentissa säädetään, jos lapsen tai 51 §:ssä tarkoitetun yhteydenoton ajankohtana alle 23-vuotiaan nuoren hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan, 1 momentissa tarkoitettu ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä potilaan terveydentila ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin 51 §:n mukaista arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana. Jos potilas on tällaisessa tilanteessa 51 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle ja ammattihenkilö toteaa, että potilas tarvitsee kyseisen terveysongelmansa hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana.

Edellä 1–3 momentissa säädetyt enimmäisajat eivät koske hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia. Hoito- tai kuntoutussuunnitelmaan sisältyvä hoito ja kuntoutus on järjestettävä hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti.

Jos potilasta hoidettaessa taikka hänelle terveyttä tai hyvinvointia edistävää palvelua annettaessa havaitaan, että hän tarvitsee muuta terveysongelmaansa koskevan perusterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömän sairaanhoidon tutkimuksen tai hoidon, kuntoutuksen tai terveyttä ja hyvinvointia edistävää 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 momentin mukaisesti.

51 b §

Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan suun terveydenhuoltoon

Poiketen siitä, mitä 51 a §:ssä säädetään, 51 §:ssä tarkoitettussa arviossa, joka koskee perusterveydenhuoltoon kuuluvaa suun terveydenhuoltoa, 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 kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun 51 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty.

Hyvinvointialueen on lisäksi järjestettävä toimintansa siten, että jos potilas on 51 §:ssä tarkoitettun arvion perusteella ohjattu muulle suun terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, myös pääsy hammaslääkärille järjestyy 1 momentissa säädetyn ajan kuluessa 51 §:ssä tarkoitettusta arviosta.

Jos suun terveydenhuollon ammattihenkilö toteaa tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun kyseinen ammattihenkilö on todennut palvelun tarpeen.

Poiketen siitä, mitä 1–3 momentissa säädetään, 1 momentissa tarkoitettu tutkimus taikka ensimmäinen tutkimus- tai hoitotapahtuma on järjestettävä lapsille ja 51 §:ssä tarkoitettun yhteydenoton ajankohtana alle 23-vuotiaille nuorille potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun 51 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty. Jos potilas on tällaisessa tilanteessa 51 §:ssä tarkoitettun 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 kolmen kuukauden kuluessa 51 §:ssä tarkoitettusta arviosta. Jos suun terveydenhuollon ammattihenkilö toteaa lapsella tai alle 23-vuotiaalla nuorella tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun kyseinen ammattihenkilö on todennut palvelun tarpeen.

Hoitojakso tulee saattaa valmiiksi kohtuullisessa ajassa ilman tarpeetonta viivytystä hoitokäyntien välillä. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hammaslääketieteellinen perustelu hoidon jaksottamiselle.

Edellä 1 ja 4 momentissa säädettyä ei sovelleta tilanteessa, jossa potilaalle on määriteltä yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli. Tutkimus tai hoito tulee järjestää hoitosuunnitelmaan kirjatun tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti, jollei 51 §:ssä tarkoitettussa arviossa tule esille seikkoja, joiden perusteella yksilöllisestä tutkimus- tai hoitovälistä tulee tai voidaan poiketa.

Jos neuvolapalveluihin tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun määrääkaisen 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 5 momenttia sekä erikoishammaslääkärille pääsyn osalta 4 momenttia.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

2.

Laki

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

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019) 10 a ja 10 b §,
sellaisina kuin ne ovat, 10 a § laeissa 118/2023 ja 1140/2023 sekä 10 b § laissa 118/2023, seuraavasti:

10 a §

Kiireettömään hoitoon pääsy

Edellä 10 §:ssä tarkoitetussa arviossa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömän hoidon sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä opiskelijan terveydentila, opiskelu-, työ- ja toimintakyky, palveluiden tarve sekä hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin arviointia seuraavien kolmen kuukauden aikana.

Ensimmäisessä hoitotapahtumassa hoidon tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Toiminta on lisäksi järjestettävä siten, että jos opiskelija on 10 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja ammattihenkilö toteaa, että opiskelija tarvitsee kyseisen terveysongelmansa hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, myös pääsy lääkärin vastaanotolle järjestyy 1 momentissa säädetyn ajan kuluessa 10 §:ssä tarkoitetusta arviosta.

Poiketen siitä, mitä 1 ja 2 momentissa säädetään, jos 10 §:ssä tarkoitetun yhteydenoton ajankohtana alle 23-vuotiaan opiskelijan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan, 1 momentissa tarkoitettu ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä opiskelijan terveydentila ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin 10 §:n mukaista arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana. Jos opiskelija on tällaisessa tilanteessa 10 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle ja ammattihenkilö toteaa, että opiskelija tarvitsee kyseisen terveysongelmansa hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana. Jos ensimmäinen hoitotapahtuma on psykologin vastaanottokäynti, sovelletaan kuitenkin 1 ja 2 momentin säännöksiä hoitoon pääsystä.

Edellä 1–3 momentissa säädetyt enimmäisajat eivät koske hoitosuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia. Hoitosuunnitelmaan sisältyvä hoito on järjestettävä hoitosuunnitelman mukaisesti.

Jos opiskelijaa hoidettaessa taikka hänelle terveyttä tai hyvinvointia edistävää palvelua annettaessa havaitaan, että hän tarvitsee muuta terveysongelmaansa koskevan opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömään sairaanhoidon tutkimuksen tai hoidon tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun kuin sen, mitä hoitotapahtuma tai muu palvelu koskee, taikka muuten palveluja annettaessa esiin tulee, että opiskelija tarvitsee

opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömän sairaanhoidon tutkimuksen tai hoidon tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun, se on toteutettava 1–4 momentin mukaisesti.

10 b §

Hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa

Poiketen siitä, mitä 10 a §:ssä säädetään, 10 §:ssä tarkoitettussa arviossa, joka koskee suun terveydenhuoltoa, hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu tutkimus tai tarpeelliseksi todetun hoidon ensimmäinen tutkimus- tai hoitotapahtuma on järjestettävä opiskelijan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun 10 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty.

Toiminta on lisäksi järjestettävä siten, että jos opiskelija on 10 §:ssä tarkoitettun arvion perusteella ohjattu muulle suun terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, myös pääsy hammaslääkärille järjestyy 1 momentissa säädetyn ajan kuluessa 10 §:ssä tarkoitettusta arviosta.

Jos suun terveydenhuollon ammattihenkilö toteaa tarpeen opiskeluterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun kyseinen ammattihenkilö on todennut palvelun tarpeen.

Poiketen siitä, mitä 1–3 momentissa säädetään, 1 momentissa tarkoitettu tutkimus taikka ensimmäinen tutkimus- tai hoitotapahtuma on järjestettävä 10 §:ssä tarkoitetun yhteydenoton ajankohtana alle 23-vuotiaille opiskelijoille potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun 10 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty. Jos opiskelija on tällaisessa tilanteessa 10 §: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 kolmen kuukauden kuluessa 10 §:ssä tarkoitettusta arviosta. Jos suun terveydenhuollon ammattihenkilö toteaa alle 23-vuotiaalla opiskelijalla tarpeen opiskeluterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun kyseinen ammattihenkilö on todennut palvelun tarpeen.

Hoitojakso tulee saattaa valmiiksi kohtuullisessa ajassa ilman tarpeetonta viivytystä hoitokäyntien välillä. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hammaslääketieteellinen perustelu hoidon jaksottamiselle.

Edellä 1 ja 4 momentissa säädettyä ei sovelleta tilanteessa, jossa opiskelijalle on määriteltä yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli. Tutkimus tai hoito tulee järjestää hoitosuunnitelmaan kirjatun tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti, jollei 10 §:ssä tarkoitettussa arvioinnissa tule esille seikkoja, joiden perusteella yksilöllisestä tutkimus- tai hoitovälistä tulee tai voidaan poiketa.

Jos opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun määrääikäisen 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 5 momenttia sekä erikoishammaslääkärille pääsyn osalta 4 momenttia.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Helsingissä 23.9.2024

Pääministeri

Petteri Orpo

Sosiaali- ja terveysministeri Kaisa Juuso

1.

Laki

terveydenhuoltolain 51 a ja 51 b §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 51 a ja 51 b §,
sellaisina kuin ne ovat, 51 a § laeissa 116/2023 ja 1139/2023 sekä 51 b § laissa 116/2023,
seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

51 a §

51 a §

*Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan
hoitoon*

*Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan
hoitoon*

Edellä 51 §:ssä tarkoitetussa 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.

Jos potilas on 51 §:ssä tarkoitetun 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.

Edellä 51 §:ssä tarkoitetussa arvioissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon, kuntoutuksen sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun 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 arviointia seuraavien kolmen kuukauden aikana.

Ensimmäisessä hoito- ja kuntoutustapahtumassa hoidon, kuntoutuksen tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Hyvinvointialueen on lisäksi järjestettävä toimintansa siten, että jos potilas on 51 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle ja ammattihenkilö toteaa, että potilas tarvitsee kyseisen terveysongelmansa hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, myös pääsy lääkärin vastaanotolle järjestyy 1 momentissa säädetyn ajan kuluessa 51 §:ssä tarkoitetusta arviosta.

Poiketen siitä, mitä 1 ja 2 momentissa säädetään, jos lapsen tai 51 §:ssä tarkoitetun yhteydenoton ajankohtana alle 23-vuotiaan nuoren hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan, 1 momentissa tarkoitettu ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä potilaan terveydentila ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin 51 §:n mukaista arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana. Jos potilas on tällaisessa tilanteessa 51 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle ja ammattihenkilö toteaa, että potilas tarvitsee kyseisen terveysongelmansa hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana.

Edellä 1 ja 2 momentissa säädettyt 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.

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.

Edellä 1–3 momentissa säädettyt enimmäisajat eivät koske hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia. Hoito- tai kuntoutussuunnitelmaan sisältyvä hoito ja kuntoutus on järjestettävä hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti.

(kumotaan)

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 säädettyjä enimmäisaikoja noudattaen.

Jos potilasta hoidettaessa taikka hänelle terveyttä tai hyvinvointia edistävää palvelua annettaessa havaitaan, että hän tarvitsee muuta terveysongelmaansa koskevan perusterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömän sairaanhoidon 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 momentin mukaisesti.

51 b §

Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan suun terveydenhuoltoon

Poiketen siitä, mitä 51 a §:ssä säädetään, 51 §:ssä tarkoitettussa arviossa, joka koskee perusterveydenhuoltoon kuuluvaa suun terveydenhuoltoa, 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 kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun 51 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty.

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 kolmen kuukauden kuluessa 51 §:ssä tarkoitettusta arviosta.

Jos hammaslääkäri toteaa tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan

51 b §

Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan suun terveydenhuoltoon

Poiketen siitä, mitä 51 a §:ssä säädetään, 51 §:ssä tarkoitettussa arviossa, joka koskee perusterveydenhuoltoon kuuluvaa suun terveydenhuoltoa, 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 kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun 51 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty.

Hyvinvointialueen on lisäksi järjestettävä toimintansa siten, että jos potilas on 51 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muulle suun terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, myös pääsy hammaslääkärille järjestyy 1 momentissa säädetyn ajan kuluessa 51 §:ssä tarkoitettusta arviosta.

Jos suun terveydenhuollon ammattihenkilö toteaa tarpeen perusterveydenhuollossa

erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hammaslääkäri on todennut palvelun tarpeen.

toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun kyseinen ammattihenkilö on todennut palvelun tarpeen.

Poiketen siitä, mitä 1–3 momentissa säädetään, 1 momentissa tarkoitettu tutkimus taikka ensimmäinen tutkimus- tai hoitotapahtuma on järjestettävä lapsille ja 51 §:ssä tarkoitetun yhteydenoton ajankohtana alle 23-vuotiaille nuorille potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun 51 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty. Jos potilas on tällaisessa tilanteessa 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 kolmen kuukauden kuluessa 51 §:ssä tarkoitetusta arviosta. Jos suun terveydenhuollon ammattihenkilö toteaa lapsella tai alle 23-vuotiaalla nuorella tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun kyseinen ammattihenkilö on todennut palvelun tarpeen.

Hoitojakso tulee saattaa valmiiksi kohtuullisessa ajassa ilman tarpeetonta viivytystä hoitokäyntien välillä. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hammaslääketieteellinen perustelu hoidon jaksottamiselle.

Edellä 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 tarkoitetussa arviossa tule esille seikkoja, joiden perusteella yksilöllisestä tutkimus- tai hoitovälistä tulee tai voidaan poiketa.

Hoitojakso tulee saattaa valmiiksi kohtuullisessa ajassa ilman tarpeetonta viivytystä hoitokäyntien välillä. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hammaslääketieteellinen perustelu hoidon jaksottamiselle.

Edellä 1 ja 4 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 tarkoitetussa arviossa tule esille seikkoja, joiden perusteella yksilöllisestä tutkimus- tai hoitovälistä tulee tai voidaan poiketa.

Voimassa oleva laki

Jos neuvolapalveluihin tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun määrääikäisen terveystarkastuksen suorittaa muu suun terveydenhuollon ammattihenkilö kuin hammaslääkäri, ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkäriin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille on järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta. Hoitoon sovelletaan lisäksi 3 ja 4 momenttia.

Ehdotus

Jos neuvolapalveluihin tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun määrääikäisen terveystarkastuksen suorittaa muu suun terveydenhuollon ammattihenkilö kuin hammaslääkäri ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkäriin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille on järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta. Hoitoon sovelletaan lisäksi 3 ja 5 momenttia sekä erikoishammaslääkärille pääsyn osalta 4 momenttia.

*Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta
20 .*

2.

Laki

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

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019) 10 a ja 10 b §,
sellaisina kuin ne ovat, 10 a § laeissa 118/2023 ja 1140/2023 sekä 10 b § laissa 118/2023, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

10 a §

10 a §

Kiireettömään hoitoon pääsy

Kiireettömään hoitoon pääsy

Edellä 10 §:ssä tarkoitetussa 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.

Jos opiskelija on 10 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja ammattihenkilö toteaa, että opiskelija tarvitsee 1 momentissa tarkoitetun terveysongelman hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana.

Edellä 10 §:ssä tarkoitetussa arvioissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömän hoidon sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä opiskelijan terveydentila, opiskelu-, työ- ja toimintakyky, palveluiden tarve sekä hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin arviointia seuraavien kolmen kuukauden aikana.

Ensimmäisessä hoitotapahtumassa hoidon tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Toiminta on lisäksi järjestettävä siten, että jos opiskelija on 10 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle ja ammattihenkilö toteaa, että opiskelija tarvitsee kyseisen terveysongelmansa hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, myös pääsy lääkärin vastaanotolle järjestyy 1 momentissa säädetyn ajan kuluessa 10 §:ssä tarkoitetusta arviosta.

Poiketen siitä, mitä 1 ja 2 momentissa säädetään, jos 10 §:ssä tarkoitetun

yhteydenoton ajankohtana alle 23-vuotiaan opiskelijan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan, 1 momentissa tarkoitettu ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä opiskelijan terveydentila ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin 10 §:n mukaista arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana. Jos opiskelija on tällaisessa tilanteessa 10 §:ssä tarkoitettun arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle ja ammattihenkilö toteaa, että opiskelija tarvitsee kyseisen terveysongelmansa hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana. Jos ensimmäinen hoitotapahtuma on psykologin vastaanottokäynti, sovelletaan kuitenkin 1 ja 2 momentin säännöksiä hoitoon pääsystä.

Edellä 1 ja 2 momentissa säädettyt enimmäisajat eivät koske hoitosuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, käyntejä opiskeluterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanotolla, psykologin vastaanottokäyntejä eikä hoitotapahtumia, jotka tehdään yksinomaan terveydenhuollossa laadittavan todistuksen tai lausunnon saamiseksi.

Muiden kuin 1 ja 2 momentissa tarkoitettujen opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömän hoidon sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävien palveluiden ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä opiskelijan terveydentila, opiskelu-, työ- ja toimintakyky, palveluiden tarve sekä hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa 10 §:n mukaisesta arviosta taikka hänelle tehdyn hoitosuunnitelman mukaisesti.

Edellä 1–3 momentissa säädettyt enimmäisajat eivät koske hoitosuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia. Hoitosuunnitelmaan sisältyvä hoito on järjestettävä hoitosuunnitelman mukaisesti.

(kumotaan)

Jos opiskelijaa hoidettaessa taikka hänelle terveyttä tai hyvinvointia edistävää palvelua annettaessa havaitaan, että hän tarvitsee muuta terveysongelmaansa koskevan opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömään sairaanhoidon tutkimuksen tai hoidon tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun kuin sen, mitä hoitotapahtuma tai muu palvelu koskee, taikka muuten palveluja annettaessa tulee esiin tulee, että opiskelija tarvitsee opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömän sairaanhoidon tutkimuksen tai hoidon tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun, se on toteutettava 1–4 momentissa säädettyjä enimmäisaikoja noudattaen.

Jos opiskelijaa hoidettaessa taikka hänelle terveyttä tai hyvinvointia edistävää palvelua annettaessa havaitaan, että hän tarvitsee muuta terveysongelmaansa koskevan opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömään sairaanhoidon tutkimuksen tai hoidon tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun kuin sen, mitä hoitotapahtuma tai muu palvelu koskee, taikka muuten palveluja annettaessa esiin tulee, että opiskelija tarvitsee opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömän sairaanhoidon tutkimuksen tai hoidon tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun, se on toteutettava 1–4 *momentin mukaisesti*.

10 b §

Hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa

Poiketen siitä, mitä 10 a §:ssä säädetään, 10 §:ssä tarkoitetussa arvioissa, joka koskee suun terveydenhuoltoa, hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu tutkimus tai tarpeelliseksi todetun hoidon ensimmäinen tutkimus- tai hoitotapahtuma on järjestettävä opiskelijan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun 10 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty.

Jos opiskelija on 10 §: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 kolmen kuukauden kuluessa 10 §:ssä tarkoitetusta arviosta.

Jos hammaslääkäri toteaa tarpeen opiskeluterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hammaslääkäri on todennut palvelun tarpeen.

10 b §

Hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa

Poiketen siitä, mitä 10 a §:ssä säädetään, 10 §:ssä tarkoitetussa arvioissa, joka koskee suun terveydenhuoltoa, hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu tutkimus tai tarpeelliseksi todetun hoidon ensimmäinen tutkimus- tai hoitotapahtuma on järjestettävä opiskelijan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin *kuuden* kuukauden kuluessa siitä, kun 10 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty.

Toiminta on lisäksi järjestettävä siten, että jos opiskelija on 10 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muulle suun terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, *myös* pääsy hammaslääkärille *järjestyy 1 momentissa säädetyn ajan kuluessa 10 §:ssä tarkoitetusta arviosta.*

Jos suun terveydenhuollon ammattihenkilö toteaa tarpeen opiskeluterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin *kuuden*

kuukauden kuluessa siitä, kun kyseinen ammattihenkilö on todennut palvelun tarpeen.

Poiketen siitä, mitä 1–3 momentissa säädetään, 1 momentissa tarkoitettu tutkimus taikka ensimmäinen tutkimus- tai hoitotapahtuma on järjestettävä 10 §:ssä tarkoitettun yhteydenoton ajankohtana alle 23-vuotiaille opiskelijoille potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun 10 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty. Jos opiskelija on tällaisessa tilanteessa 10 §:ssä tarkoitettun 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 kolmen kuukauden kuluessa 10 §:ssä tarkoitettusta arviosta. Jos suun terveydenhuollon ammattihenkilö toteaa alle 23-vuotiaalla opiskelijalla tarpeen opiskeluterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun kyseinen ammattihenkilö on todennut palvelun tarpeen.

Hoitojakso tulee saattaa valmiiksi kohtuullisessa ajassa ilman tarpeetonta viivytystä hoitokäyntien välillä. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hammaslääketieteellinen perustelu hoidon jaksottamiselle.

Edellä 1 momentissa säädettyä ei sovelleta tilanteessa, jossa opiskelijalle on määriteltä yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli. Tutkimus tai hoito tulee järjestää hoitosuunnitelmaan kirjatun tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti, jollei 10 §:ssä tarkoitettussa arvioinnissa tule esille seikkoja, joiden perusteella yksilöllisestä tutkimus- tai hoitovälistä tulee tai voidaan poiketa.

Jos opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun määräaikaisen terveystarkastuksen suorittaa muu suun terveydenhuollon ammattihenkilö kuin hammaslääkäri, ja

Hoitojakso tulee saattaa valmiiksi kohtuullisessa ajassa ilman tarpeetonta viivytystä hoitokäyntien välillä. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hammaslääketieteellinen perustelu hoidon jaksottamiselle.

Edellä 1 ja 4 momentissa säädettyä ei sovelleta tilanteessa, jossa opiskelijalle on määriteltä yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli. Tutkimus tai hoito tulee järjestää hoitosuunnitelmaan kirjatun tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti, jollei 10 §:ssä tarkoitettussa arvioinnissa tule esille seikkoja, joiden perusteella yksilöllisestä tutkimus- tai hoitovälistä tulee tai voidaan poiketa.

Jos opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun määräaikaisen terveystarkastuksen suorittaa muu suun terveydenhuollon ammattihenkilö kuin hammaslääkäri ja

Voimassa oleva laki

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

Ehdotus

ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille on järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta. Hoitoon sovelletaan lisäksi 3 ja 5 momenttia sekä erikoishammaslääkärille pääsyn osalta 4 momenttia.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .