

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi toistaiseksi ja väliaikaisesti terveydenhuoltolakia, toistaiseksi ja väliaikaisesti korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annettua lakia, oppilas- ja opiskelijahuoltolakia, vankeuslakia, tutkintavankeuslakia sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia.

Esityksessä ehdotetaan tiukennettavaksi perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn määräaikoja. Potilaan pitäisi saada arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana yhteys perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja saada yksilöllinen arvio hoidon tarpeestaan. Perusterveydenhuoltoon kuuluvassa kiireettömässä sairaanhoidossa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun hoidon ensimmäinen hoitotapahtuma tulisi järjestää seitsemässä vuorokaudessa, jos potilaan hoidon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen. Suun terveydenhuollossa hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu tutkimus tai hoito tulisi järjestää kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun arviointi hoidon tarpeesta on tehty. Laissa olisi lisäksi säännöksiä niistä tilanteista, joissa potilas on ensin ohjattu muun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin tai hammaslääkärin vastaanotolle.

Seitsemän vuorokauden määräaika ei koskisi hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanottoja eikä hoitotapahtumia, jotka tehdään yksinomaan terveydenhuollossa laadittavan todistuksen tai lausunnon saamiseksi. Määräaika ei myöskään koskisi terveyttä ja hyvinvointia edistäviä palveluja kuten terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia eikä muita ennaltaehkäisevää terveydenhuollon palveluita. Niiden palveluiden, joita ei koske seitsemän vuorokauden määräaika, ensimmäinen hoitotapahtuma tulisi järjestää potilaan terveydentila, työ- opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja ennakoitavissa oleva sairauden tai vamman kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden sisällä hoidon tarvetta koskevasta arviosta taikka hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Suun terveydenhuollossa kolmen kuukauden määräaika ei koskisi tilanteita, joissa hoitosuunnitelmaan on kirjattu potilaan yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli, jollei ilmene tarvetta poiketa siitä.

Hoitoon pääsyä koskevien määräaikojen tiukentaminen ehdotetaan tehtäväksi vaiheittain siten, että lain voimaantuloa seuraavien 14 kuukauden ajan perusterveydenhuollon kiireettömään sairaanhoitoon tulisi päästä 14 vuorokauden ja suun terveydenhuollossa neljän kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnin tekemisestä. Seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika perusterveydenhuollon sairaanhoidossa ja kolmen kuukauden määräaika suun terveydenhuollossa tulisivat voimaan 1.11.2024.

Sääntely koskisi hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevaa perusterveydenhuoltoa ja Kansaneläkelaitoksen järjestämisvastuulla olevaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön pääosin tuottamaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa. Lisäksi hoitoon pääsyn määräaikoja koskeva sääntely, mukaan lukien erikoissairaanhoitoon pääsyn sääntely koskisi jatkossa nimenomaisesti myös Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisen Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämää vankiterveydenhuoltoa.

Hyvinvointialueen, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön ja Vankiterveydenhuollon yksikön tulisi julkaista tiedot hoitoon pääsyn toteutumisesta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tuottaisi julkaistavat tiedot.

Oppilas- ja opiskelijahuoltolakiin sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annettuun lakiin tehtävät muutokset olisivat luonteeltaan teknisiä.

Ehdotetut lait on tarkoitettu tulemaan voimaan pääsääntöisesti 1.9.2023. Laki terveydenhuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta ja laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain väliaikaisesta muuttamisesta on tarkoitettu olevan voimassa 1.9.2023 –31.10.2024.

Esitys liittyy valtion vuoden 2023 talousarvioon.

SISÄLLYS

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ.....	1
PERUSTELUT	5
1 Asian tausta ja valmistelu	5
1.1 Tausta	5
1.2 Valmistelu	5
2 Nykytila ja sen arviointi.....	7
2.1 Nykyinen lainsäädäntö	7
2.1.1 Oikeus hoitoon	7
2.1.2 Hoitoon pääsyä koskeva sääntely kunnan ja kuntayhtymän, jatkossa hyvinvointialueen järjestämässä terveydenhuollossa	9
2.1.3 Perusterveydenhuollon asiakasmaksut	12
2.1.4 Opiskeluterveydenhuolto	13
2.1.5 Vankiterveydenhuolto	15
2.1.6 Puolustusvoimien järjestämä terveydenhuolto	18
2.1.7 Hoitoon pääsyn valvonta	20
2.2 Toimintaympäristö ja sen muutokset	22
2.2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva uudistus	22
2.2.2 Covid-19-pandemia ja sen vaikutukset terveydenhuoltojärjestelmään	31
2.2.3 Työn organisoinnin mallit	35
2.3 Terveydenhuollon sairaanhoidon ja suun terveydenhuollon toiminta ja talous	36
2.3.1 Johdanto	36
2.3.2 Tilastotietoa kiireettömästä hoidosta	37
2.3.3 Hoidon tarpeen arvio, hoitoon pääsy ja hoidon syyt	41
2.3.4 Väestön kokemus hoidon tarpeeseen vastaamisesta ja hoitoonpääsystä	46
2.3.5 Terveydenhuollon henkilöstö	49
2.3.6 Perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset	54
2.3.7 Erikoissairaanhoito	55
2.3.8 Työterveyshuolto	57
2.3.9 Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto	58
2.3.10 Vankiterveydenhuolto	59
2.4 Nykytilan arvioinnin yhteenvedo	61
3 Tavoitteet	65
4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset	66
4.1 Keskeiset ehdotukset	66
4.2 Pääasialliset vaikutukset	69
4.2.1 Taloudelliset vaikutukset	69
4.2.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan	80
4.2.3 Muut yhteiskunnalliset vaikutukset	91
5 Muut toteuttamisvaihtoehdot	100
5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset	100
5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailta käytetyt keinot	103
6 Lausuntopalaute	107
7 Säännöskohtaiset perustelut	111

7.1	Terveysthuoltolaki	111
7.2	Laki terveydenhuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta	130
7.3	Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta	131
7.4	Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain väliaikaisesta muuttamisesta	137
7.5	Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki	138
7.6	Vankeuslaki	138
7.7	Tutkintavankeuslaki	139
7.8	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	140
8	Lakia alemman asteinen sääntely	140
9	Voimaantulo	140
10	Toimeenpano ja seuranta	141
11	Suhde muihin esityksiin	141
11.1	Esityksen riippuvuus muista esityksistä	141
11.2	Suhde talousarvioesitykseen	142
12	Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys	142
	LAKIEHDOTUKSET	151
1.	Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta	151
2.	Laki terveydenhuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta	154
3.	Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta	156
4.	Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain väliaikaisesta muuttamisesta	159
5.	Laki oppilas- ja opiskelijahuoltolain 17 §:n muuttamisesta	161
6.	Laki vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta	162
7.	Laki tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta	163
8.	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 4 §:n muuttamisesta	165
	LIITTEET	166
	RINNAKKAISTEKSTIT	166
1.	Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta	166
2.	Laki terveydenhuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta	172
3.	Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta	175
4.	Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain väliaikaisesta muuttamisesta	180
5.	Laki oppilas- ja opiskelijahuoltolain 17 §:n muuttamisesta	183
6.	Laki vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta	184
7.	Laki tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta	186
8.	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 4 §:n muuttamisesta	188

PERUSTELUT

1 Asian tausta ja valmistelu

1.1 Tausta

Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelman mukaan varmistetaan, että perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut ovat jokaisen saavutettavissa oikea-aikaisesti ja laadukkaasti. Hallitusohjelman mukaisesti on käynnistetty tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusten kehittämisohjelma, joka nivoutuu yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen valmistelun ja toimenpanon kanssa. Kehittämisohjelman tarkoituksena on myös vahvistaa kansalaisten luottamusta julkisesti järjestettyihin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin.

Hallitusohjelman mukaan tiukennetaan hoitotakuuta perusterveydenhuollossa niin, että jatkossa kiireettömässä tapauksessa hoitoon pääsee 7 vuorokauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista.

Hallitusohjelmaan on kirjattu, että kehittämällä moniammatillisia sosiaali- ja terveyskeskuksia, joissa hyödynnetään digitalisointia ja etäpalveluja sekä tuodaan vastaanottotoimintaan uudella työnjaolla eri ammattilaisten työpanosta ja erityistason konsultaatioita, voidaan tavoite nopeammasta hoitoon pääsystä saavuttaa noin 1 000 yleislääkärin työpanoksen lisäyksellä. Näistä noin 300 lääkärin lisäys on saatavissa pitkään täyttämättöminä olevien virkojen täyttämällä ja tilapäisten vuokralääkäriostojen korvaamisella vakinaisilla lääkäreillä. Tämä edellyttää, että sote-keskukset ovat nykyistä houkuttelevampia työpaikkoja koko maassa. Suun terveydenhuollon sekä mielenterveyspalvelujen saatavuuden parantaminen ja laadun kehittäminen ovat osa sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistusta. Terveydenhuollon painopistettä siirretään näillä keinoilla erikoissairaanhoidosta perustasolle.

1.2 Valmistelu

Vuosina 2014 ja 2017 sosiaali- ja terveysministeriö toteutti kaksi laaja selvitystä hoitoonpääsystä. Ne eivät kuitenkaan sisältäneet täsmällisiä ehdotuksia perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentamisesta tai toimenpide-ehdotuksia, koska sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistus oli keskeneräinen.

Vuonna 2014 tehdyssä selvityksessä *Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys - Nykytila ja toimenpide-ehdotuksia. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja ja muistioita 2014:27* tarkasteltiin kiireettömään hoitoon pääsyn silloisia ongelmakohtia. Selvityksessä arvioitiin muutostarpeita perusterveydenhuollossa, suun terveydenhuollossa, mielenterveyspalveluissa ja päihdehuollossa. Selvityshenkilöt ehdottivat määriteltäväksi, mitä saatavuus ja hoitoonpääsy tarkoittavat sellaisessa suomalaisessa järjestelmässä, jossa sosiaalipalvelut, julkisesti rahoitetut perusterveydenhuollon palvelut ja erikoissairaanhoidon palvelut ovat samassa organisaatiossa. Toimenpide-ehdotuksessa he pohtivat, tulisiko hoidon kokonaisuudelle määritellä määräajat – esimerkiksi potilas otti yhteyden, aloitti hoidon, kävi toimenpiteessä, ja milloin hän on kuntoutunut, terveysongelma on ratkaistu tai ainakin hallinnassa.

Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä työskenteli vuosina 2015–2018. Tämän työryhmän alatyöryhmä julkaisi raportin *Hoidon saatavuuden määräajat ja muutostarpeet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja ja muistioita 2017:3*.

Alatyöryhmä ehdotti terveydenhuoltolain 51 §:ään muutoksia, jotka koskevat välitöntä yhteydentsaantia ja välitöntä hoidontarpeen arviointia ja neuvontaa perusterveydenhuollossa. Ehdotuksen mukaan nämä voitaisiin toteuttaa eri kanavien kautta. Se ehdotti myös, että mikäli potilaan hoidon tarvetta ei voida arvioida yhteydenoton aikana, potilaalla olisi oikeus saada lääkärin tai muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön arvio tilanteen kiireellisyyden mukaisesti, kuitenkin viimeistään kolmen vuorokauden kuluessa ensimmäisestä yhteydenotosta. Lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito olisi järjestettävä tai hoito- ja palvelusuunnitelma laadittava potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden viikon kuluessa ensimmäisestä yhteydenotosta.

Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä ei kuitenkaan vienyt alatyöryhmän muutosehdotuksia loppuraporttiinsa. Se totesi, että muutosten valmistelu-työ jatkuu osana terveydenhuoltolain uudistamista. Hoitoon pääsyn määräaikaisten ja menettelyjen sääntely on sidoksissa palvelujärjestelmän rakenteeseen.

Työryhmä ehdotti, että ensivaiheessa säännöksiä tarkistetaan siten, että potilaiden monikanavainen yhteydentsaanti tulee mahdolliseksi ja hoitoon pääsy nopeutuu. Sen näkemys oli, että potilas tulisi ohjata jo hoidon arvioinnin yhteydessä suoraan sellaiseen palveluun, jossa häntä voidaan mahdollisuuksien mukaan auttaa kertakontaktilla. Säädöstasolla tulee mahdollistaa erilaiset menetelmät hoidon tarpeen arvioinnille. Keskeistä perustasolla on riittävän nopea diagnostinen arvio ja muu tilannearvio sekä tarvittaessa samanaikainen psykososiaalisen tuen järjestäminen. Lisäksi työryhmä totesi, että kannattaa kehittää sellaisia palvelutuotannon ratkaisuja, jotka mahdollistavat samanaikaisen yhteydentsaannin, hoidon tarpeen arvion ja hoidon aloittamisen; esimerkkeinä walk-in-vastaanotot ja matalan kynnyksen palvelut.

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuonna 2019 Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman, joka toteuttaa pääministeri Sanna Marinin hallituksen hallitusohjelman tavoitteita perustason palvelujen vahvistamisesta. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman eräänä tavoitteena on palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen. Tähän tavoitteeseen pyritään muun ohella varmistamalla asiakkaan pääsy kiireettömään hoitoon seitsemän vuorokauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Sosiaali- ja terveysministeriö myöntää valtionavustusta ohjelman tavoitteita tukeville kehittämishankkeille (*Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022. Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:3*).

Säädösvalmistelu on tehty virkатыönä sosiaali- ja terveysministeriössä. Valmistelussa on tehty yhteistyötä puolustusministeriön, Puolustusvoimien, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen, Vankiterveydenhuollon yksikön, Kansaneläkelaitoksen ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön kanssa. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö järjesti kaksi kokousta aluehallintovirastojen ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston kanssa, jossa käsiteltiin esityksen vaikutuksia niiden toimintaan. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö ovat käsitelleet yhdessä ehdotusluonnoksen taloudellisten vaikutusten arviointeja vuoden 2021 syksynä ja alkuvuonna 2022.

Esitysluonnoksesta pyydettiin lausunnot kunnilta, kuntayhtymiltä, hyvinvointialueilta, edellisessä kappaleessa mainituilta tahoilta sekä keskeisiltä muilta viranomaisilta ja sidosryhmiltä. Lausuntokierros pidettiin ajalla 17.11.2021–4.1.2022. 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 sosiaali- ja terveysministeriön kirjaamoon. Lausunnoissa

pyydettiin tuomaan esiin näkemyksiä ehdotettujen säädösten sisältöön, toimeenpanoon ja vaikutuksiin. Hallituksen esityksen perusteluja ja vaikutusten arviointia täydennettiin ja tarkennettiin saadun lausuntopalautteen perusteella. Lausunnot on luettavissa hankkeen (hanketunnus STM074:00/2019) sivuilta <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM074:00/2019>, jossa on myös linkki lausuntopalvelut-sivuston kyselyyn. Lausuntopalautetta on kuvattu jaksossa 6.

Lainsäädännön arviointineuvosto on antanut esityksestä lausunnon (arviointineuvoston lausunto 22.2.2022, VN/2411/2022)¹. Lausuntoa ja sen johdosta tehtyjä tarkennuksia on kuvattu tarkemmin luvussa 6.

Esitys on käsitelty Kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunnassa 5.5.2022.

2 Nykytila ja sen arviointi

2.1 Nykyinen lainsäädäntö

2.1.1 Oikeus hoitoon

Perustuslain 19 §:n 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.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa lain (785/1992, *potilaslaki*) 2 luvussa säädetään potilaan oikeuksista. Lain 3 §:n mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.

Terveydenhuollon palveluiden pääasiallinen järjestämisvastuu on 1.1.2023 asti kansanterveyslain (66/1972) ja erikoissairaanhoitolain (1062/1989) nojalla kunnilla ja kuntayhtymillä. Vuoden 2023 alusta sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu siirtyy 21 hyvinvointialueelle sekä Helsingin kaupungille ja HUS-yhtymälle. Keskeisiä uudistukseen liittyviä lakeja ovat hyvinvointialueista annettu laki (611/2021), sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettu laki (612/2021, *sote-järjestämislaki*) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla annettu laki (615/2021, *Uusimaa-laki*), joissa säädetään jatkossa terveyspalveluiden järjestämisestä. Sote-uudistuksen myötä kansanterveyslaki kumotaan ja erikoissairaanhoitolaki kumotaan pääosin. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään nyt ja

¹ <https://vnk.fi/-/arviointineuvosto-pystyvatko-hyvinvointialueet-noudattamaan-hoitotakuun-velvoitteita->

jatkossa tarkemmin muun muassa kunnallisen terveydenhuollon järjestämisvastuun piiriin kuuluvista palveluista. Terveydenhuoltolain 6 luvussa on säännökset hoitoon pääsystä (ks. jakso 2.1.2). Myös valtio järjestää eräitä terveydenhuollon palveluja.

Potilaslain 4 §:n 1 momentin mukaan potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy ilmoitettava potilaalle välittömästi. Momentissa on lisäksi informatiivinen viittaus, jonka mukaan hoitoon pääsystä ja hoidon järjestämisestä kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yksiköissä säädetään erikseen terveydenhuoltolaissa.

Potilaslain 4 a §:ssä säädetään velvoitteesta laatia tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma. Pykälän mukaan terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa.

Potilaslain 5 §:ssä säädetään potilaan tiedonsaantioikeudesta, 6 §:ssä potilaan itsemääräämisoikeudesta ja 7 §:ssä alaikäisen potilaan asemasta.

Potilaan oikeutta hyvään hoitoon turvaa myös terveydenhuollon lainsäädännön sääntely koskien muun muassa terveydenhuollon laatua, potilasturvallisuutta, terveydenhuoltopalveluiden kieltä, henkilöstön täydennyskoulutusvelvoitetta ja yhteistyövelvoitteita. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden kuten lääkärien, hammaslääkärien, psykologien, fysioterapeuttien, sairaanhoitajien, suuhygienistien ja lähihoitajien velvoitteista säädetään myös terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994, *ammattihenkilölaki*). Lain 15 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksyttyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat. Lain 22 §:n mukaan laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Vastaavasti laillistettu hammaslääkäri päättää potilaan hammaslääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Lain 23 a §:n mukaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö voi koulutuksensa, kokemuksensa ja tehtäväkuvansa mukaisesti aloittaa hoidon potilaan oireiden ja käytettävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella.

Perustuslain 19 §:ssä säädetään oikeudesta riittäviin terveystalouteen. Tämä periaate on kirjattu myös potilaslain 3 §:n 1 momenttiin, jonka mukaan potilaalla on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Terveydenhuoltoa ja potilaan oikeuksia koskeva sääntely ei luo potilaalle oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa. Hoidon tarve arvioidaan terveydenhuollon toimesta, ja kunnallisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluu terveydenhuoltolain 7 a §:n nojalla lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteutumisesta tehtävät tutkimukset sekä taudinmäärittäminen, hoito ja kuntoutus. Terveydenhuoltolain 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Potilaan hoito toteutetaan potilaslaissa säädetyn mukaisesti yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.

2.1.2 Hoitoon pääsyä koskeva sääntely kunnan ja kuntayhtymän, jatkossa hyvinvointialueen järjestämässä terveydenhuollossa

Terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädetään perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä. Terveydenhuoltolain 51 §:n 1 momentissa säädetään yhteyden saamisesta terveyskeskukseen ja hoidon tarpeen arvion tekemisestä. Potilaan tulee saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteys terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön.

Terveydenhuollon ammattihenkilön on 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.

Nykyisen säännöksen mukaan perusterveydenhuollossa hoidon tarpeen arvion voi tehdä joko laillistettu tai nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö. Laillistuksesta ja nimikesuojauksesta säädetään ammattihenkilölaissa. Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arvio tapahtuu lähetteen perusteella ja erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arvioi erikoislääkäri tai erikoishammaslääkäri. Hoidon tarpeen arvion tekemisestä säädetään lisäksi kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä annetussa valtioneuvoston asetuksessa (583/2017). Asetuksen 12 §:ssä säädetään päivystykseen ottamisesta. Sen mukaan hoidon tarpeen arvioinnin ja siihen liittyvän potilaan ohjauksen voi päivystysyksikössä tehdä ainoastaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Terveydenhuoltolain 51 §:n 2 momentin mukaan hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan terveydenhuoltolain 3 §:n mukaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoidoa, kotisairaanhoidoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä. Perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveystyö.

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. Kiireetöntä hoitoa ei ole määritelty lainsäädännössä. Terveydenhuoltolain 24 §:n mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut. Niihin sisältyvät sairauksien tutkimus, lääketieteellinen tai hammaslääketieteellinen taudinmäärittäminen, hoito, hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sekä tarpeellinen lääkinnällinen kuntoutus; sairauksien ehkäiseminen, parantaminen ja kärsimysten lievittäminen; ohjaus, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa; erityistä tukea, tutkimusta ja hoitoa tarvitsevan potilaan terveysongelmien varhainen tunnistaminen ja hoito tai hoitoon ohjaaminen. Sairaanhoidon toteuttaminen potilaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tarpeen ja käytettävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Hoito toteutetaan avohoidossa silloin, kun se on potilasturvallisuus huomioon ottaen mahdollista.

Palveluista säädetään terveydenhuoltolain 2 ja 3 luvussa.

Terveydenhuoltolain 27 §:n mukaan mielenterveystyöhön kuuluu muun ohella mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta. Lisäksi palveluihin kuuluu ennaltaehkäiseviä palveluja sekä palveluihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki. Mielenterveyspalveluista säädetään myös mielenterveyslaissa (1116/1990). Päihdetyöhön kuuluu päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut sekä palveluihin liittyvä ohjaus ja neuvonta. Päihdetyöstä säädetään myös päihdehuoltolaissa (41/1986), jonka 7 §:n mukaan päihdehuollon palveluja tulee antaa päihteiden käyttäjälle sekä hänen perheelleen ja läheisilleen. Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/2017) koskee myös perusterveydenhuollossa annettavaa psykososiaalista hoitoa. Asetuksen mukaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävä sairaanhoitopiiri huolehtii alueellisesti, että perusterveydenhuollon käytössä on vaikuttavaksi osoitettuja psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia menetelmiä.

Terveydenhuoltolain 29 §:n mukaan lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluu toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet, neuvonta ja ohjaus, toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutustutkimus, apuvälinepalvelut ja sopeutumisvalmennus sekä kuntoutusjaksot laitospai- tai avohoidossa. Kunnalla, jatkossa hyvinvointialueella ei ole velvollisuutta järjestää kuntoutusta, jos lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen on Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista annetun lain (566/2005) 9 §:n perusteella Kansaneläkelaitoksen tehtävänä. Kunnan on kuitenkin järjestettävä kuntoutussuunnitelmassa määritelty lääkinnällinen kuntoutus, jos kuntoutuksen järjestämis- ja kustannusvastuu ei selkeästi ole osoitettavissa.

Suun terveydenhuollon palvelut on määritelty terveydenhuoltolain 26 §:ssä. Sen mukaan suun terveydenhuollon palveluihin sisältyvät väestön suun terveyden edistäminen ja seuranta, terveysneuvonta ja terveystarkastukset, suun sairauksien tutkimus ja ehkäisy sekä hoito ja potilaan erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä potilaan hoito ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen.

Edellä mainittu hoitoon pääsyn kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan terveydenhuoltolain 51 §:n 2 momentin mukaan ylittää suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta. Käytännössä suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn määrääjän enimmäisaika on siis kuusi kuukautta.

Terveydenhuoltolaissa säädetään velvoitteesta antaa perusterveydenhuollon palveluja ja erikoissairaanhoidon annettavia palveluja. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan terveydenhuoltolain 3 §:n mukaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja.

Erikoissairaanhoidon 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 lisäksi säädetään erillisestä lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa erikoissairaanhoidossa noudatettavasta hoitoon pääsyn sääntelystä. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava pääsääntöisesti kolmen viikon kuluessa läheteen 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.

Terveystenhuoltolain 53 a §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä arvioitava, onko potilaalla ilmeinen sosiaalihuollon tarve.

Terveystenhuollon hoitoon pääsyn määräaikoja koskevaa sääntelyä kutsutaan yleiskielessä myös ”hoitotakuuksi”, joskaan termiä ei käytetä lainsäädännössä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:n mukaan kunta ja kuntayhtymä voivat järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät muun muassa hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Palvelun käyttäjälle voidaan antaa myös palveluseteli. Mainittu laki kumoutuu 1.1.2023 lähtien. Vuoden 2023 alusta sovellettavaksi tulevan hyvinvointialueista annetun lain 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 sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annettussa laissa (569/2007, *palvelusetelilaki*). Sote-järjestämislain 3 luvussa säädetään voimassa olevaa lainsäädäntöä tarkemmin palveluiden hankkimisesta yksityiseltä palveluntuottajalta.

Hoitoon pääsyä koskee erityinen palveluiden järjestämisestä sääntely, joka varmistaa hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumista. Terveystenhuoltolain 54 §:n mukaan, jos kunta tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ei voi itse antaa hoitoa 51–53 §:n mukaisissa enimmäisajoissa, on sen järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta. Terveystenhuoltolain 54 §:n sääntely tarkoittaa, että hoito on hankittava muulla tavoin potilaalle koituvan asiakasmaksun muuttumatta (HE 90/2010 vp, s. 148). Asiakasmaksuja koskevaa lainsäädäntöä esitellään seuraavassa jaksossa.

Hoitoon pääsyä koskeva sääntely tuli lainsäädäntöön alun perin kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muutoksilla vuonna 2005. Uudistuksen tavoitteena oli hoitoon pääsyn turvaaminen, väestön terveyserojen vähentäminen sekä oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden lisääminen hoitoon pääsyssä (HE 77/2004 vp). Terveystenhuoltolaki säädettäessä (voimaan 1.5.2011) hoitoon pääsyn määräaikoja koskeva sääntely säilyi sisällöllisesti muuttumattomana.

Terveystenhuoltolain voimassa olevassa 51 §:ssä säädetään, että hoito on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Esille tulee aika ajoin kysymyksiä siitä, millainen hoito kuuluu hoitoon pääsyn määräaikojen piiriin. Johdun melko pitkältä hoitoon pääsyn määräajasta ilmaisu ”järjestettävä ...kolmessa kuukaudessa” ei kuitenkaan ole johtanut tarpeeseen tarkasti eritellä määräaikojen piiriin kuuluvia hoitotapahtumia. Hallitusohjelmaan on kirjattu, että jatkossa perusterveydenhuollossa hoitoon on kiireettömässä tapauksessa hoitoon päästävä seitsemän vuorokauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Terveystenhuollon käytössä olevat resurssit eivät mahdollista sitä, että kaikki perusterveydenhuollon hoitotapahtumat toteutuisivat tässä ajassa. Näin ollen lainsäädännössä on tarpeen nykyistä tarkemmin säätää siitä, mitä hoitotapahtumia koskee laissa säädetty hoitoon pääsyn enimmäisaika. Lisäksi jotta voidaan taata asianmukainen hoitoon pääsy myös seitsemän vuorokauden hoitotakuun piiriin kuulumattomissa hoitotapahtumissa, on perusteltua säätää siitä, milloin tällaiset muut hoitotapahtumat on järjestettävä.

Osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista koskevan lainsäädännön muutoksia vuoden 2023 alusta lähtien terveydenhuoltolain sääntelyssä, mukaan lukien edellä kuvatussa hoitoon

pääsyn sääntelyssä, säädetään kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sijasta hyvinvointialueen velvoitteista (HE 56/2021 vp). Sosiaali- ja terveystieteiden järjestämisen uudistamista esitellään tarkemmin jaksossa 2.2.1.

2.1.3 Perusterveydenhuollon asiakasmaksut

Terveystieteidenhuollon asiakasmaksuista kunnan ja kuntayhtymän järjestämissä palveluissa säädetään sosiaali- ja terveystieteidenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992, *asiakasmaksulaki*) ja -asetuksessa (912/1992, *asiakasmaksuasetus*).

Asiakasmaksulain 1 §:n mukaan kunnallisista sosiaali- ja terveystieteidenhuollon palveluista voidaan periä maksu palvelun käyttäjältä, jollei lailla toisin säädetä. Maksu voidaan periä henkilön maksukyvyn mukaan. Asiakasmaksulain 2 §:n mukaan palvelusta perittävä maksu saa olla enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen.

Asiakasmaksulain 5 §:ssä säädetään maksuttomista terveystieteidenhuollon palveluista sekä maksuttomuutta koskevista poikkeuksista. Pykälän 1 kohdan mukaan terveystieteidenhuollon palveluista ovat lähtökohtaisesti maksuttomia terveystieteidenhuollon lain 13—17 §:n, 19 §:n 1 kohdan sekä 24, 27 ja 29 §:n perusteella järjestetyt perusterveydenhuollon palvelut sekä hoitoon kuuluvat aineet ja pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarkoitetut hoitotarvikkeet.

Perusterveydenhuollon palveluista maksun saa kuitenkin periä 18 vuotta täyttäneille annetuista avosairaanhoidon ja suun terveystieteidenhuollon palveluista. Maksua ei kuitenkaan saa periä edes 18 vuotta täyttäneeltä kouluterveydenhuollon palvelusta, mielenterveyshuollon avosairaanhoidon palveluista eikä sairaanhoitajan, terveystieteenhoitajan tai kättilön vastaanotosta.

Perusterveydenhuollon maksuja voidaan periä myös laitoshoidosta ja laitoshoidon annetuista kuntoutuksista sekä niihin liittyvästä osittaisesta ylläpidosta sekä erilaisista terapiapalveluista (terveystieteidenhuollon ammattihenkilön antama fysioterapia, neuropsykologinen kuntoutus, ravitsemusterapia, jalkojenhoito, puheterapia, toimintaterapia ja muu niihin rinnastettavasta toimintakykyä parantava ja ylläpitävä hoito). Maksuja voidaan periä terveystieteidenhuollon ammattihenkilön antamista todistuksista ja lausunnoista lukuun ottamatta sellaisia lääkärintodistusta tai -lausuntoa, joka tarvitaan asiakkaan hoidon tai kuntoutuksen saamiseksi, lääkekorvauksen saamiseksi tai lyhytaikaisen sairausloman tarpeen osoittamiseksi. Maksu voidaan periä myös yksityislääkärin läheteellä tehtävistä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista.

Asiakasmaksuasetuksessa säädetään tarkemmin maksuista ja niiden määristä. Hallituksen esityksen aihe huomioon ottaen näistä voidaan nostaa esiin terveystieteidenkeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalvelujen ja terveystieteidenkeskuksen suun terveystieteidenhuollon palveluiden maksut.

Terveystieteidenkeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalveluista voidaan 18 vuotta täyttäneiltä periä terveystieteidenkeskuksen ylläpitäjän päätöksen mukainen maksu, joka voi olla:

1) enintään 41,80 euron vuosimaksu, joka on voimassa kalenterivuoden siinä terveystieteidenkeskuksessa, johon maksu on suoritettu; jos palvelun käyttäjä ei suorita vuosimaksua, peritään häneltä 20,60 euron käyntimaksu käyntikertojen lukumäärästä riippumatta; tai

2) enintään 20,90 euron käyntimaksu; maksun saa kuitenkin periä ainoastaan kolmelta ensimmäiseltä käynniltä samassa terveystieteidenkeskuksessa kalenterivuoden aikana.

Terveyskeskuksen päivystyksessä voidaan 18 vuotta täyttäneiltä periä arkisin kello 20.00–8.00 sekä lauantaisin, sunnuntaisin ja pyhäpäivinä näiden maksujen sijaan periä enintään 28,70 euroa käynniltä.

Edellä todetun mukaisesti asiakasmaksulaissa säädetään, että sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai kätilön vastaanotot ovat maksuttomia. Tämä hallitusohjelmaan perustuva uudistus tuli voimaan 1.7.2021 (laki 1201/2020, HE 129/2020 vp). Terveyskeskuksessa annetusta yksilökohtaisesta fysioterapiasta voidaan periä asiakasmaksuasetuksen mukaan enintään 11,60 euroa hoitokerralta.

Terveyskeskuksessa annetusta suun ja hampaiden tutkimuksesta ja hoidosta voidaan periä perusmaksuna enintään 10,30 euroa käynniltä, kun hoidon antaa suuhygienisti. Hammaslääkärin antamasta hoidosta voidaan perusmaksuna periä enintään 13,30 euroa ja erikoishammaslääkärin antamasta hoidosta enintään 19,50 euroa käynniltä. Näiden perusmaksujen lisäksi voidaan periä erilaisista toimenpiteistä maksuja, joiden määrä vaihtelee välillä 8,50–225,70 euroa. Lisäksi oikomislaitteista ja hammasproteettisista toimenpiteistä voidaan periä aiheutuvat hammastekniset kulut enintään todellisten kustannusten mukaisina. Maksuja ei saa periä alle 18-vuotiailta, paitsi tietyissä tilanteissa voidaan periä hävinneen tai vahingoittuneen oikomislaitteen tilalle hankittavan laitteen tai vahingoittuneen laitteen korjaamisesta aiheutuneet hammastekniset kulut.

Asiakasmaksulaissa säädetään myös maksukatosta eli asiakasmaksujen enimmäismäärästä asiakkaalle kalenterivuodessa. Maksukatto on vuoden 2022 alusta lähtien 692 euroa. Asiakkaalta perittyjen maksujen yhteismäärää laskettaessa otetaan huomioon kalenterivuodelta laissa määritellyt maksut.

Asiakasmaksujen enimmäiseuromäärät tarkistetaan joka toinen vuosi kansaneläkeindeksin tai työeläkeindeksin muutoksen mukaisesti.

2.1.4 Opiskeluterveydenhuolto

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetussa laissa (695/2019, *YTHS-laki*) säädetään Kansaneläkelaitoksen järjestämästä korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta. Lakisääteinen valtakunnallinen palveluntuottaja on 8 §:n mukaan Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS). Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön on tuotettava opiskeluterveydenhuollon palvelut pääosin omana toimintanaan. Jos tuottamisvelvollisuutta ei voida muuten toteuttaa, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö voi hankkia omaa toimintaansa täydentäviä opiskeluterveydenhuollon palveluja muulta palveluntuottajalta.

YTHS:n on tuotettava terveydenhuoltolain 17 §:ssä tarkoitettu opiskeluterveydenhuolto korkeakouluopiskelijoille. Terveydenhuoltolain 17 §:n 2 momentin mukaan opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvät: 1) oppilaitoksen opiskeluympäristön terveellisuuden ja turvallisuuden sekä opiskeluyhteisön hyvinvoinnin edistäminen sekä seuranta kolmen vuoden välein; 2) opiskelijoiden terveyden ja hyvinvoinnin sekä opiskelukyvyn seuraaminen ja edistäminen, johon sisältyvät lukion ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoille kaksi määräaikaista terveystarkastusta ja kaikille opiskelijoille terveystarkastukset yksilöllisen tarpeen mukaisesti; 3) perusterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelut, mukaan lukien mielenterveys- ja päihdetyö, seksuaaliterveyden edistäminen ja suun terveydenhuolto; 4) opiskelijan erityisen tuen tai tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen, opiskelijan tukeminen ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai hoitoon ohjaaminen sekä psykoterapiaan ohjaamisen edellyttämä hoito ja lausunto. Neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta annetussa valtioneuvoston asetuksen (338/2011) 17 §:ssä säädetään tarkemmin

terveyden- ja sairaanhoitopalveluiden sisällöstä. Samassa asetuksessa säädetään tarkemmin opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvista tarkastuksista.

YTHS-lain 10 §:n mukaan Kansaneläkelaitoksen järjestämään ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tuottamaan opiskeluterveydenhuoltoon sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädetään perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä. YTHS-lain 10 §:n sääntely siten viittaa terveydenhuoltolain sääntelyn noudattamiseen. Mainittu terveydenhuoltolain säännös on kirjoitettu siten, että siinä veloitetaan kuntaa, jolloin se, mikä koskee kuntaa, ymmärretään koskevan myös Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiötä. Kun terveydenhuoltolain hoitoon pääsyn sääntelyä muutetaan, on arvioitava sitä, mikä on tarkoituksenmukainen ja selkeä tapa jatkossa säätää hoitoon pääsyn määräajoista myös korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa.

YTHS-lain 2 luvussa säädetään opiskeluterveydenhuollon rahoituksesta. Sosiaali- ja terveystoiministeriö 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.

Lain 17 §:n mukaan opiskeluterveydenhuollon rahoitus koostuu opiskelijoiden Kansaneläkelaitokselle suorittamista terveydenhoitomaksuista ja valtion Kansaneläkelaitokselle maksamasta rahoituksesta. Valtion varoista rahoitetaan 77 prosenttia opiskeluterveydenhuollon hyväksyttävistä kokonaiskustannuksista. Opiskelijoilta perittävillä terveydenhoitomaksuilla rahoitetaan 23 prosenttia opiskeluterveydenhuollon hyväksyttävistä kokonaiskustannuksista. Terveydenhoitomaksun suuruus määrätään siten, että opiskelijoiden rahoitusosuus jaetaan arvioidulla länän oleviksi ilmoittautuneiden opiskelijoiden määrällä. Terveydenhoitomaksu on saman suuruinen kaikille opiskelijoille. Terveydenhoitomaksun suuruudesta säädetään vuosittain ennen marraskuun 30 päivää annettavalla valtioneuvoston asetuksella. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon maksuista annetun valtioneuvoston asetuksen (835/2020) mukaan terveydenhoitomaksun suuruus vuonna 2021 on 71,60 euroa. On arvioitava, miten lainsäädäntömuutos vaikuttaa terveydenhoitomaksun suuruuteen.

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

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon käytännön toteutusta esitellään tarkemmin jaksossa 2.3.9.

Kunnan perusterveydenhuollon on järjestettävä opiskeluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien lukioiden ja ammatillista koulutusta antavien oppilaitosten opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta. Kunnan järjestämä opiskeluterveydenhuolto on osa oppilas- ja opiskelijahuoltolain (1287/2013, *opiskeluhoitolaki*) mukaista opiskeluhoitoa sekä ammatillisesta koulutuksesta annetun lain (531/2017) 99 §:n 3 momentin mukaista opiskelijahuolto. Opiskeluhoitoaissa säädetään perusopetuslaissa (628/1998) tarkoitetussa opetuksessa olevan oppilaan sekä lukiolaissa (629/1998) ja ammatillisesta koulutuksesta annetussa laissa (630/1998) tarkoitetussa koulutuksessa olevan opiskelijan oikeudesta opiskeluhoitoon. Opiskeluhoitolalla

tarkoitetaan opiskelijan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa oppilaitosyhteisössä. Opiskeluhoitoa toteutetaan yhteisöllisenä ja yksilöllisenä opiskeluhoitona. Yksilökohtaisella opiskeluhoitolla tarkoitetaan yksittäiselle opiskelijalle annettavia koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja sekä opiskeluhoiton psykologi- ja kuraattoripalveluja sekä muita opiskeluhoitolain 5 §:ssä tarkoitettuja yksilökohtaisen opiskeluhoiton palveluja. Kouluterveydenhuollolla tarkoitetaan terveydenhuoltolain 16 §:n mukaista kouluterveydenhuoltoa ja opiskeluterveydenhuollolla terveydenhuoltolain 17 §:n mukaista opiskeluterveydenhuoltoa. Psykologi- ja kuraattoripalveluilla tarkoitetaan opiskeluhoiton psykologin ja kuraattorin antamaa opiskelun ja koulunkäynnin tukea ja ohjausta, joilla edistetään koulu- ja opiskeluyhteisön hyvinvointia sekä yhteistyötä opiskelijoiden perheiden ja muiden läheisten kanssa sekä tuetaan opiskelijoiden oppimista ja hyvinvointia sekä sosiaalisia ja psyykkisiä valmiuksia.

Oppilas- ja opiskelijahuoltolain 9 §:ssä säädetään opiskeluhoiton järjestämisvastuusta. Pykälään on osana sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistamista hyväksytty muutokset. Pykälän 1.1.2023 voimaan tulevan sääntelyn (laki 633/2021) mukaan hyvinvointialue, jonka alueella oppilaitos sijaitsee, vastaa koulu- ja opiskeluterveydenhuollon järjestämisestä terveydenhuoltolaissa säädetyn mukaisesti. Hyvinvointialue, jonka alueella oppilaitos sijaitsee, vastaa myös opiskeluhoiton psykologi- ja kuraattoripalvelujen järjestämisestä alueellaan sijaitsevien oppilaitosten opetuksessa tai koulutuksessa oleville opiskelijoille. Terveydenhuoltolain 1.1.2023 voimaan tulevassa 17 a §:ssä on vastaava säännös. Oppilas- ja opiskeluhoitolain 9 §:n mukaan hyvinvointialueella on velvollisuus järjestää psykologi- ja kuraattoripalvelut opiskelijoille myös silloin, kun koulutuksen järjestäjä on yksityinen tai valtio, jollei koulutuksen järjestäjä päättä järjestää näitä palveluja osittain tai kokonaan omana toimintanaan ja omalla kustannuksellaan. Lain 10 §:ssä mahdollistetaan lisäksi se, että valtio, säätiö, rekisteröity yhteisö ja ammatillisen koulutuksen järjestäjä voivat järjestää terveydenhuollon palveluja erityisoppilaitoksissa, jossa annetaan opetusta vaikeimmin vammaisille lapsille tai vaativaa erityistä tukea vaativille oppilaille.

Lain 3 luvussa säädetään yksilökohtaisen opiskeluhoiton toteuttamisesta. Lain 15 § sisältää lakisääteisen määräajan palveluiden saamiseksi. Pykälän 1 momentin mukaan opiskelijalle on järjestettävä mahdollisuus keskustella henkilökohtaisesti opiskeluhoiton 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 1 momentin mukaan terveydenhoitajan työaika koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa on järjestettävä siten, että opiskelija voi tarvittaessa päästä terveydenhoitajan vastaanotolle myös ilman ajanvarausta. Pykälän 2 momentin mukaan opiskelijalle on järjestettävä mahdollisuus saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteys opiskeluterveydenhuoltoon. Hoidon tarpeen arviointi ja hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä terveydenhuoltolain 51 §:n mukaisesti.

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn määräaikoja koskevan sääntelyn muutokset eivät johda oppilas- ja opiskeluhoitolain sääntelyn sisällöllisiin muutostarpeisiin. Lain 17 §:n 2 momentin viittaus terveydenhuoltolain 51 §:ään on kuitenkin syytä päivittää vastaamaan terveydenhuoltolakiin tehtäviä pykälämuutoksia siten kuin yksityiskohtaisissa perusteluissa jäljempänä ehdotetaan.

2.1.5 Vankiterveydenhuolto

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. Lakien mukaan, jos sairasta tai vammautunutta vankia tai tutkintavankia ei voida asianmukaisesti hoitaa tai tutkia Vankiterveydenhuollon yksikössä, hänet on lähetettävä tarpeellisen valvonnan alaisena tilapäisesti vankilan ulkopuolelle hoitoon tai tutkimukseen. Lakien mukaan vangilla ja tutkintavangilla on oikeus Vankiterveydenhuollon yksikön lääkärin luvalla omalla kustannuksellaan saada lääkitystä, tutkimusta ja muuta terveydenhuoltoa vankilassa. Vankiterveydenhuollon yksiköstä säädetään Vankiterveydenhuollon yksiköstä annetussa laissa (1635/2015).

Vankeinhoidon yhtenä lähtökohtana pidetään niin sanottua normaalisuusperiaatetta. Tämä tarkoittaa sitä, että vankien olosuhteiden tulisi mahdollisimman pitkälle vastata normaalissa yhteiskunnassa vallitsevia olosuhteita, ja vankeuden ainoana rajoituksena tulisi olla vapaudenmenetys. Näistä periaatteista on säädetty vankeuslain 1 luvun 3 §:ssä. Pykälän 1 momentin mukaan vankeuden sisältönä on vapaudenmenetys. Vankeus ei saa aiheuttaa vangin oikeuksiin eikä olosuhteisiin muita rajoituksia kuin niitä, joista säädetään lailla tai jotka välttämättä seuraavat itse rangaistuksesta. Pykälän 2 momentin mukaan vankilan olot on järjestettävä niin pitkälle kuin mahdollista vastaamaan yhteiskunnassa vallitsevia elinoloja. Pykälän 3 momentin mukaan vangin mahdollisuuksia ylläpitää terveyttään ja toimintakykyään on tuettava. Vapaudenmenetyksestä aiheutuvia haittoja on pyrittävä ehkäisemään.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos on 13.2.2017 antanut määräyksen vankien terveydenhuollon järjestämisestä. Määräyksen mukaan vangilla on oikeus hyvään, kaikkien Suomen kansalaisten tasoiseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Vanki voi ilmoittaa kirjallisesti tai suullisesti haluavansa hoitoon. Hoidon tarpeen arvioi sairaanhoitaja. Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste ja kiireellisyys. Hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä myös puhelimella. Vankeuslain ja tutkintavankeuslain mukaan vangin ja tutkintavangin lääkityksestä, lääkkeiden hallussapidosta, tutkimuksesta ja muusta terveydenhuollosta vankilassa päättää Vankiterveydenhuollon yksikön lääkäri. Hammashuollosta päättää hammaslääkäri.

Vankiterveydenhuollon toteutukseen liittyy kansallisten lakien ja sitovien ihmisoikeussopimusmääräysten (ks. esityksen säätämisyjärjestysperustelut) lisäksi suositusluonteisia instrumentteja. Keskeinen on Euroopan neuvoston ministerikomitean suositus Rec (2006) 2 jäsenvaltioille Euroopan vankilasäännöistä. Euroopan neuvoston vankilasääntöjen 1 artiklan mukaan vankeja on kohdeltava heidän ihmisarvoaan kunnioittaen. Sääntöjen 2 artiklan mukaan vapautensa menettäneet henkilöt säilyttävät kaikki ne oikeudet, joita ei lain nojalla poisteta vankeuden tai tutkintavankeuden johdosta. Vankilaolojen tulisi lisäksi vastata mahdollisimman paljon oloja normaalissa yhteiskunnassa ja vankien sopeutumista yhteiskuntaan tulisi edistää. Kyseessä on siis edelläkin kuvattu normaalisuusperiaate.

Euroopan vankilasääntöjen artiklassa 39 todetaan, että vankilaviranomaisten on huolehdittava huostassaan olevien vankien terveydestä. Sääntöjen 40 artiklan mukaan vankilaterveydenhuolto on järjestettävä yhteistyössä paikallisen tai kansallisen yleisen terveydenhuollon kanssa ja sen on oltava yhtenäinen ja yhteensopiva kansallisen terveydenhuollon kanssa. Vangit eivät saa joutua syrjityksi oikeudellisen asemansa vuoksi, vaan heillä on oltava oikeus käyttää maassa tarjolla olevia terveydenhuoltopalveluita. Vangeilla on oltava mahdollisuus käyttää kaikkia tarpeellisia lääketieteellisiä, kirurgisia tai psykiatrisia palveluja, yhteiskunnan tarjoamat palvelut mukaan lukien. Suosituksen 41 artiklan mukaan jokaisessa vankilassa tulisi olla käytettävissä vähintään yksi pätevä yleislääkäri ja asianmukaisesti koulutettua terveydenhoitohenkilökuntaa. Pätevän lääkärin tulisi olla käytettävissä kiireellisissä tapauksissa. Hammaslääkäri- ja optikkopalveluiden tulisi niin ikään olla vankien käytettävissä. Suosituksen 42 artiklan mukaan lääkärin

tai sairaanhoitajan tulisi tavata jokainen vanki mahdollisimman pian saapumisen jälkeen ja tutkia hänet, ellei se ole ilmeisen tarpeetonta. Vankien hoidossa on muuten noudatettavia yleisiä sääntöjä terveydenhoidosta. Terveydenhuoltohenkilöstön on noudatettava vaitiolovelvollisuutta koskevia normeja ja sääntöjä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä muun muassa yksinäisyysrangaistuksen vaikutuksiin ja muihin vankilaolojen terveyttä vaarantaviin erityispiirteisiin. Suosituksen 46 artiklan mukaan erityishoitoa tarvitsevat vangit on siirrettävä ulkopuolisiin laitoksiin tai sairaaloihin, jos hoitoa ei voida antaa vankilassa.

Vankeuslaissa ja tutkintavankeuslaissa on säännös, jonka mukaan terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisessä noudatetaan, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992), terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994), mielenterveyslaissa (1116/1990), tartuntatautilaissa (1227/2016) ja työterveyshuoltolaissa (1383/2001) säädetään. Lainkohdassa ei siis mainita terveydenhuoltolakia. Vankeuslaissa, tutkintavankeuslaissa tai muualla lainsäädännössä ei suoraan säädetä siitä, että Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämissä terveydenhuollossa on noudatettava terveydenhuoltolain mukaisia tai muita hoitoon pääsyn määräaikoja terveydenhuolto järjestäessä.

Edellä kuvatusta normaalisuuspäätöksessä johtuen Vankiterveydenhuollon yksikkö kuitenkin käytännössä kokee velvoittavaksi noudattaa terveydenhuoltolaissa säädettyjä määräaikoja järjestäessään terveydenhuollon palvelut. Yhdenvertaisuuspäätöksen, vankeinhoidon normaalisuuspäätöksen sekä oikeusvarmuuden takia olisi perusteltua säätää lainsäädännössä nimenomaisesti hoitoon pääsyn määräaikojen noudattamisesta vankiterveydenhuollossa.

Vangin ja tutkintavangin lääketieteellisten tarpeiden mukainen terveydenhoito, sairaanhoito ja lääkinnällinen kuntoutus maksetaan vankeuslain ja tutkintavankeuslain mukaan valtion varoista. Valtion maksuvelvollisuus edellyttää, että vankilan ulkopuolella järjestettävä tutkimus tai annettava hoito on Vankiterveydenhuollon yksikön lääkärin osoittamaa tai hyväksymää.

Vankien terveydenhuollon käytännön toteutusta esitellään tarkemmin jaksossa 2.3.10.

Poliisin säilyttämien henkilöiden kohtelusta annetussa laissa (841/2006) säädetään poliisin lain nojalla säilyttämien tutkintavankien, pidätettyjen ja kiinni otettujen kohtelusta. Lain 5 luvun 1 §:n mukaan vapautensa menettäneellä on oikeus hänen lääketieteellisten tarpeidensa mukaiseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Luvun 5 §:n mukaan vapautensa menettäneen terveydenhuollon järjestää se kunta tai sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä, jonka toimintayksikössä hoidon järjestäminen on tarkoituksenmukaista. Myös poliisi voi järjestää terveydenhuoltoa, joskin käytännössä näin on tehty vain Helsingissä. Mainituissa 5 §:ssä säädetään myös kustannusvastuusta.

Poliisin tiloissa tapahtuva säilytys on kestoltaan pääsääntöisesti lyhyttä ja selvästi suurin osa muista poliisin tiloissa säilytettävistä henkilöistä kuin tutkintavangeista vapautetaan viimeistään vuorokauden kuluttua kiinniotosta. Pidätettyjenkin osalta vapauden menetys kestää joitain poikkeuksellisia tilanteita lukuun ottamatta enintään neljä vuorokautta. Kiireettömän hoidon järjestämisessä on kyse hoidosta, jossa voimassa oleva lainsäädäntö mahdollistaa sen järjestämisen kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista, ja määräaika lyhennettäessäkin valtaosa hoidosta toteutuisi vasta poliisin säilyttämisen päättymisen jälkeen. Voidaan olettaa, että pidätetyille ja kiinni otetuille poliisin säilyttämisen aikana annettu hoito on pitkälti luonteeltaan kiireellistä. Kunta tai sairaanhoitopiiri, jatkossa hyvinvointialue, pääsääntöisesti järjestää hoidon riippumatta siitä, onko henkilö poliisin säilyttämä vai onko hän vapautunut. Henkilön vapautuessa järjestämisvastuussa oleva kunta tai sairaanhoitopiiri, jatkossa hyvinvointialue, voi kuitenkin myös vaihtua, jos henkilö on esimerkiksi pidätetty kotikuntansa ulkopuolella, sillä poliisin säilyttämien henkilöiden kohtelusta annetussa lain mukaan terveyspalvelut järjestää se

kunta tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, jonka toimintayksikössä hoidon järjestäminen on tarkoituksenmukaista. Kustannusvastuu kuuluu voimassa olevan lain mukaan pääsääntöisesti kotikunnalle, eräissä tapauksissa valtiolle.

Tutkintavangit ovat lähtökohtaisesti poliisin säilytyksessä yli seitsemän vuorokautta vain erityisten syiden perusteella. Poliisin säilytyksessä kuitenkin voi edelleenkin olla tutkintavankeja viikkoja tai muutaman kuukaudenkin. Tutkintavangit tutkintavankeuden jatkuessa pääsääntöisesti siirtyvät jossain kohtaa vankilaan ja vankiterveydenhuollon piiriin. Jos poliisin säilyttämä henkilö tarvitsee kiireetöntä hoitoa, normaalisuusperiaatteen mukaisesti hoitoon tulee soveltaa hoitoon pääsyn määräaikoja. Asiasta ei säädetä lainsäädännössä.

Hoitoon pääsyn määräaikoista nimenomaisesti säättämisen poliisin säilyttämien henkilöiden osalta arvioidaan toimintaan liittyvien erityispiirteiden takia edellyttävän erillisen valmistelun, joka ei ole tämän hallituksen esityksen valmistelun piirissä. Jos lakimuutos katsotaan tarpeelliseksi ja valmisteluun ryhdytään, tulisi arvioida ainakin hoitoon pääsyn määräaikojen käytännön toteuttaminen, kun poliisin säilytyksessä pääosin lyhyen aikaa olevat tai olleet henkilöt siirtyvät toisen järjestämisvastuullisen palveluista toisen järjestämisvastuullisen palveluiden piiriin. Vaikka hoitoon pääsyn määräaikoista ei säädetä nimenomaisesti, niitä tulee kuitenkin normaalisuusperiaatteen mukaisesti soveltaa myös poliisin säilyttämien henkilöiden osalta. Tämä korostuu tutkintavankien osalta, joiden vapaudenmenetys voi olla luonteeltaan pidempiaikaista.

Sisäministeriössä on valmisteilla poliisin säilyttämiä henkilöitä koskevan lain kokonaisuudistus, jota koskevassa vuonna 2021 lausuntokierroksella olleessa lakiesitysluonnoksessa on ehdotettu säädettäväksi muun muassa hyvinvointialueen terveydenhuollon järjestämisvastuusta sekä kustannusvastuusta. Esitystä ei ole vielä annettu eduskunnalle.

2.1.6 Puolustusvoimien järjestämä terveydenhuolto

Terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetun lain (322/1987) mukaan Puolustusvoimat järjestää terveydenhuoltovastuullaan olevien henkilöiden terveydenhuollon. Täydentäviä säännöksiä on terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetussa asetuksessa (371/1987). Puolustusvoimien terveydenhuoltovastuulla ovat asevelvollisuuslain (1438/2007) ja naisten vapaaehtoisesta asepalveluksesta annetun lain (194/1995) nojalla Puolustusvoimissa ja Rajavartiolaitoksessa palvelevat palvelusaikanaan sekä sotilasvirkaan koulutettavat opiskelijat. Sairaanhoitoa annetaan silloin, kun sairaus, vamma tai vika on ilmennyt, todettu tai pahentunut palveluksen aikana tai kun kyseessä on asianomaisen aloittaessa palveluksen todettu hoitoa vaativa sairaus, vamma tai vika, joka ei ole estänyt palvelukseen hyväksymistä. Terveydenhuoltopalvelut ovat Puolustusvoimien järjestämisvastuun piirissä oleville maksuttomia. Puolustusministeriön päätöksen perusteella terveydenhuoltopalveluja voidaan erityisestä syystä antaa myös muille henkilöille.

Puolustusvoimien terveydenhuolto käsittää lain 2 §:n mukaan terveydenhoidon ja sairaanhoidon. Terveydenhoitoon kuuluu henkilö- ja joukkokohtainen terveydenhoito sekä ympäristöterveydenhuolto. Myös suun terveydenhuolto kuuluu järjestämisvastuun piiriin. Sairaanhoitoon kuuluu ensiapu, sairaankuljetus, avohoito sekä sairaalahoito.

Puolustusvoimien terveydenhuollon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat lain 8 §:n mukaan pääesikunnalle. Terveydenhuollon järjestämisestä Puolustusvoimissa vastaa Puolustusvoimien logistiikkalaitos. Logistiikkalaitoksessa terveydenhuollon järjestämisestä käytännössä vastaa asetuksen 371/1987 3 §:n mukaan Sotilaslääketieteen keskus. Terveysasema on Sotilaslääketieteen keskuksen kuuluva yleislääkärijohtoinen terveydenhuollon toimipaikka varuskunnan paikallista terveydenhuoltoa varten. Terveysasemia on 18 ja ne sijaitsevat varuskunnissa eri

puolilla Suomea. Puolustusvoimissa voi lisäksi olla tilapäisiä hoitopaikkoja. Käytössä on esimerkiksi sotilaallisten harjoitusten yhteyteen perustettuja kenttälääkinnän hoitopaikkoja.

Puolustusvoimien itse terveysasemillaan tuottama terveydenhuolto vastaa luonteeltaan suunnitteen kunnan terveyskeskuksen antamia perusterveydenhuollon palveluja. Kevästä 2020 lähtien hoidon tarpeen arvioinnin osalta mallina kaikilla terveysasemilla on toimintatapa, jossa hoitoa tarvitseva soittaa terveysasemalle, ja sairaanhoitaja arvioi hoidon tarpeen. Virka-aikojen ulkopuolella käytössä on valtakunnallinen palvelunumero, josta annetaan ohjeet hoitoon hakeutumisesta. Terveyden edistämiseen liittyvät palvelut annetaan tyypillisesti ryhmittäin oppitunteina.

Terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetun lain 8 §:n mukaan terveydenhuolto voidaan järjestää hankkimalla palveluja kunnalta, kuntayhtymältä (jatkossa hyvinvointialueelta) tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta siten kuin siitä näiden kanssa erikseen sovitaan. Terveydenhuoltolain 71 §:n mukaan kunta tai sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä voivat sopia puolustusvoimien kanssa terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen antamisesta henkilöille, jotka ovat puolustusvoimien terveydenhuoltovastuulla. Sopimuksen mukaiset tutkimukset ja hoito kiireellistä avosairaanhoitoa tai sairaanhoitoa lukuun ottamatta voidaan antaa eri perustein ja nopeammin kuin terveydenhuoltolain mukaiset palvelut annetaan kunnan tai sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaille. Sopimuksen tekeminen ja sopimukseen perustuvien palvelujen antaminen eivät saa vaarantaa kunnan tai kuntayhtymän lakisääteisten tehtävien hoitamista. Lain 72 §:n 2 momentin mukaan korvaus 71 §:n mukaisista palveluista määräytyy kunnan tai sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän ja puolustusvoimien tekemän sopimuksen perusteella. Jos korvauksesta ei ole sovittu, on puolustusvoimien suoritettava kunnalle tai sairaanhoitopiiriin kuntayhtymälle palvelun tuottamisesta aiheutuneiden kustannusten suuruinen korvaus. Lisäksi puolustusvoimien on suoritettava kunnalle kiireellisestä avosairaanhoidosta tai sairaanhoitopiiriin kuntayhtymälle kiireellisestä sairaanhoidosta palvelun tuottamisesta aiheutuneiden kustannusten suuruinen korvaus, vaikka tällaisen hoidon antamisesta ei ole erikseen sovittu. Lain 72 §:n 1 momentissa säädetään puolustusvoimien korvauksesta kunnalle kutsunanalaisille perusterveydenhuollossa suoritetuista tarkastuksista, tutkimuksista ja toimenpiteistä sekä lääkärin osallistumisesta kutsuntatilaisuuteen.

Puolustusvoimilla on kumppanuussopimuksia sairaanhoitopiirien kanssa erikoissairaanhoitotoisten sairaanhoidon palveluiden hankkimisesta. Puolustusvoimat käyttää jossain määrin myös yksityisiä palveluntuottajia erityisesti, jos terveydenhuoltopalveluiden tarve paikallisesti ylittää tarjonnan. Kaikissa varuskunnissa ei ole suun terveydenhuollon palveluita omana toimintana, joten Puolustusvoimat on tehnyt ostopalvelusopimuksia yksityisten palveluntuottajien kanssa näiden palveluiden hankkimiseksi.

Terveydenhuollon palvelujen järjestäminen ja toteuttaminen Puolustusvoimissa sisältää kunnallisesta julkisesta terveydenhuollosta poikkeavia erityispiirteitä, jotka liittyvät Puolustusvoimien järjestämän terveydenhuollon perimmäiseen tehtävään.

Asevelvollisuuslain 3 luvussa säädetään palveluskelpoisuudesta. Lain mukaan asevelvollisen palveluskelpoisuudella tarkoitetaan sitä, että asevelvollinen suoriutuu mainitussa laissa tarkoitettua palveluksesta eikä vaaranna omaa tai muiden palvelusturvallisuutta. Asevelvollinen vapautetaan palveluksesta rauhan aikana, jos hänellä on vaikea vamma tai sairaus, joka estää palveluksen asevelvollisena, tai jos hänen todetaan terveydentilansa vuoksi olevan kykenemätön palvelukseen niin pitkän ajan, ettei hänen kouluttamisensa myöhemminkään olisi tarkoituksenmukaista, taikka jos hän on vaaraksi palvelusturvallisuudelle. Palveluskelpoisuuden tilapäisen puuttumisen takia asevelvollinen jätetään määräämättä palvelukseen tai vapautetaan palveluksesta toistaiseksi sekä määrätään myöhemmin toimitettavaan tarkastukseen. Puolustusvoimien

järjestämässä terveydenhuollossa arvioidaan palvelukelpoisuutta ja tuetaan sitä, että palvelusta suorittavat ovat palveluskelpoisia koko palveluksen ajan.

Puolustusvoimien terveydenhuoltoa koskevassa lainsäädännössä ei säädetä hoitoon pääsyn määräajoista. Asevelvollisuuslain 105 §:ssä säädetään, että laissa tarkoitettussa palveluksessa olevalla on oikeus päästä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön tarkastukseen ja saada asianmukaista hoitoa viivytyksettä.

Puolustusvoimien antamien tietojen mukaan terveysasemille tyypillisesti pääsee hoitoon 1–7 vuorokaudessa, eli selvästi alle terveydenhuoltolaissa nyt säädetyn kolmen kuukauden enimmäisajan, ja samassa ajassa, kuin terveydenhuoltolakiin ehdotetaan säädettäväksi uudeksi perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn enimmäisajaksi tarkemmin määritellyissä palveluissa. Myös suun terveydenhuollon palveluissa hoitoon pääsee huomattavasti nopeammin kuin terveydenhuoltolaissa säädettyssä kuuden kuukauden tai säädettäväksi ehdotetussa kolmen kuukauden enimmäisajassa.

Erikoissairaanhoidon osalta Puolustusvoimien solmimisissa kumppanuussopimuksissa on sovittu, että palvelusta suorittava pääsee lähetteen perusteella erikoissairaanhoitotaseeseen hoitoon seitsemässä vuorokaudessa. Hoitoon pääsee siis huomattavasti nopeammin kuin terveydenhuoltolaissa säädetään kunnallisen järjestämismääräajan osalta (lähete arvioitava lähtökohtaisesti kolmessa viikossa, ja hoito aloitettava viimeistään kuuden kuukauden kuluessa). Jos palvelusta suorittava tarvitsee erikoissairaanhoidon palvelua, joka vaikuttaa palveluskelpoisuuteen, esimerkiksi leikkauksen, voidaan palvelus edellä kuvatun mukaisesti keskeyttää määräajaksi tai kokonaan. Tällaisessa tilanteessa potilas siirtyy takaisin kunnallisen terveydenhuollon järjestämismääräajan piiriin, jolloin hänen jatkohoitonsa koskee terveydenhuoltolain hoitoon pääsyä koskeva sääntely.

Jos hoitoon pääsyn määräajoista säädettäisiin Puolustusvoimien järjestämän terveydenhuollon osalta, tulisi johdonmukaisuuden vuoksi säätää hoitoon pääsystä niin perusterveydenhuollon, suun terveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon osalta. Yhdenvertaisuusperiaatteen vuoksi looginen lähtökohta sinänsä olisi vastaavanlaisista hoitoon pääsyn määräajoista säätäminen hyvinvointialueiden ja Puolustusvoimien osalta. Varusmiespalvelus kestää joko 165, 255 tai 347 vuorokautta, joten kunnallisen terveydenhuollon suun terveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa koskeva sääntely verrattain pitkine hoitoon pääsyn määräaikoineen ei sovellu Puolustusvoimien järjestämän terveydenhuollon toimintaan ja tarkoitukseen. Puolustusvoimien perusterveydenhuollossa käytännössä jo nyt toteutuu hoitoon pääsy alle seitsemässä vuorokaudessa. Toisaalta on tilanteita, kuten maastossa suoritettavista sotaharjoituksista johtuen, joissa kiireettömään hoitoon pääsy voi perustellusti järjestyä vasta yli seitsemän vuorokauden kuluttua. Jos hoitoon pääsyä halutaan normittaa tarkemmin lainsäädännöllä, vaatisi kokonaisuus erillisvalmistelun Puolustusvoimien toimintaan liittyvät erityispiirteet huomioon ottaen.

Edellä todetuista seikoista johtuen johtopäätös on, että hoitoon pääsyn määräajoista Puolustusvoimien järjestämässä terveydenhuollossa ei ole perusteltua säätää ainakaan osana tätä lakihan-
ketta.

2.1.7 Hoitoon pääsyn valvonta

Terveydenhuoltolain 55 §:ssä säädetään odotusaikojen julkaisemisesta. Kunnan ja sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän on julkaistava internetissä tiedot 51–53 §:n mukaisista odotusajoista neljän kuukauden välein. Jos kunnalla tai sairaanhoitopiirillä on useita toimintayksiköitä, on tiedot julkaistava erikseen kustakin toimintayksiköstä.

Odotusaikojen julkaisemista koskeva säännös tukee toimintayksikön omavalvontaa. Tietojen julkaiseminen antaa potilaalle olennaista tietoa palvelujen toimivuudesta ja hoitoon pääsystä. Tiedot ovat olennaisia potilaalle muun muassa hoitopaikan valintaa koskevan päätöksen tekemisessä.

Tiedot voidaan julkaista internetin lisäksi muulla kunnan tai kuntayhtymän päättämällä tavalla. Käytännössä kuntien julkaisemat tiedot eivät ole keskenään vertailukelpoisia. Terveystietolain 55 § sisältää lisäksi asetuksenantovaltuutuksen säätää valtioneuvoston asetuksella tutkimukseen ja hoitoon pääsystä sekä odotusaikojen julkaisemisesta palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi. Valtuutuksen nojalla ei ole annettu asetusta.

Aluehallintovirastojen ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) tehtävänä on terveydenhuollon toimintayksiköiden laillisuusvalvonta. Valvira ja aluehallintovirastot valvovat hoitoon pääsyn toteutumista suunnitelmaperusteisesti yhdessä laatimansa valvontaohjelman mukaisesti. Aluehallintovirastot valvovat valvontaohjelman mukaisesti kiireettömään hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa sekä Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön palveluissa. Valvira valvoo kiireettömään hoitoon pääsyä erikoissairaanhoidossa. Pohjois-Suomen aluehallintovirasto ja Valvira valvovat Vankiterveydenhuollon yksikköä ja Puolustusvoimien järjestämää terveydenhuoltoa. Valvontaviranomaiset voivat valvoa hoitoon pääsyn toteutumista myös reaktiivisesti niille tulleiden tietojen perusteella. Kantelu on kirjallinen menettely, jossa asiakas tai jokin muu henkilö, jota asia koskee, tuo valvontaviranomaisen tietoon epäilynsä kantelun kohteena olevan organisaation lainvastaisesta, virheellisestä tai epäasianmukaisesta toiminnasta. Valvontatoimet voivat käynnistyä myös epäkohtailmoitusten, Terveystietolain ja hyvinvoinnin laitoksen tiedonkeruuseen perustuvien suunniteltujen organisaatiotarkastusten tai valvontaviranomaisen muun oma-aloitteisen valvonnan käynnistämisen seurauksena.

Hoitoon pääsyn valvonnassa hyödynnetään Terveystietolain ja hyvinvoinnin laitoksen keräämää tietoa. Terveystietolain ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (688/2008) 2 §:n 1–3, 4 ja 4 d kohtien mukaan sen lakisääteisenä tehtävänä on tutkia ja seurata väestön hyvinvointia ja terveyttä, tutkia, seurata, arvioida, kehittää ja ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa, harjoittaa alan tutkimusta, ylläpitää alan tiedostoja ja rekistereitä sekä huolehtia tehtäväalueensa tietoperustasta ja sen hyödyntämisestä, ylläpitää alan laaturekistereitä.

Lain 5 §:n mukaan edellä 2 §:n 1 momentin 1–3, 4 ja 4 d kohdassa Terveystietolain ja hyvinvoinnin laitokselle säädettyjen tehtävien hoitamista varten laitoksella on oikeus saada maksutta sekä salassapitovelvoitteiden ja muiden tietojen käyttöä koskevien rajoitusten rajoittamatta tunnistetietoineen väestöä koskevat välttämättömät tiedot muun muassa julkisilta sosiaali- ja terveydenhuoltoa järjestäviltä viranomaisilta sekä yksityisesti sosiaali- ja terveysalan palveluja järjestäviltä ja tuottavilta tahoilta.

Lain 5 c §:ssä säädetään rekisterinpitäjän velvollisuudesta luovuttaa laitokselle tiedot 5 §:ssä tarkoitetut tiedot laitoksen päätöksen mukaisesti. Tiedonantovelvollisuuden nojalla kerätään tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoidosta ja avopalveluista sekä ensihoitoa koskevia tietoja.

Terveystietolain toiminnassa on keskeisessä roolissa myös omavalvonta. Potilaslaissa säädetään terveyden- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömän potilaan oikeudesta tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Tällainen muistutus voi koskea myös hoitoon pääsyä. Sote-järjestämislain 40 §:ssä säädetään hyvinvointialueen ja hyvinvointialueelle palveluita tuottavan palveluntuottajan velvoitteesta suorittaa omavalvontaa. Pykälän mukaan hyvinvointialueen ja yksityisen palvelun-

tuottajan on omavalvonnassaan erityisesti varmistettava palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus ja laatu sekä asiakkaiden yhdenvertaisuus. Niiden on laadittava omavalvontaohjelma, ja tämä ohjelma sekä omavalvontaohjelman toteutumisen seurantaan perustuvat havainnot ja niiden perusteella tehtävät toimenpiteet on julkaistava julkisessa tietoverkossa ja muilla niiden julkisuutta edistävillä tavoilla.

2.2 Toimintaympäristö ja sen muutokset

2.2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva uudistus

Järjestämistä koskeva lainsäädäntö

Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisen rakenneuudistuksessa (*sote-uudistus*) sosiaali- ja terveydenhuollon, pelastustoimen sekä muiden erikseen säädettävien palvelujen ja tehtävien järjestämisvastuu siirretään kunnilta uusille hyvinvointialueille, Helsingin kaupungille ja HUS-yhtymälle vuoden 2023 alusta. Sairaanhoidopiirien kuntayhtymien ja erityishuoltopiirien toiminta siirtyy myös hyvinvointialueille. Lisäksi hyvinvointialueiden järjestämän sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä varten muodostetaan viisi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöaluetta. Julkisessa hallinnossa on jatkossa kolme organisatorisesti itsenäistä toimijaa: valtio, hyvinvointialueet ja kunnat.

Sosiaali- ja terveystalveluiden rakenneuudistuksen tavoitteena on, että palvelut ovat yhteen sovitettuja, hoitoketjut sujuvia ja ihmiset saavat tarpeenmukaiset ja vaikuttavat palvelut oikea-aikaisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä siirretään edelleen perustason palveluihin ja ennaltaehkäisevään toimintaan. Uudistuksella pyritään parantamaan sosiaali- ja terveystalveluiden vaikuttavuutta ja tuottavuutta, hillitsemään palveluiden kustannusten nousua sekä lisäämään niiden läpinäkyvyyttä ja avoimuutta.

Sote-uudistuksella pyritään vastaamaan niihin haasteisiin, joita muun muassa Suomen pirstaleinen kunta- ja palvelurakenne, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta koskeva hajainen lainsäädäntö, kuntien heikko taloudellinen tilanne ja väestön ikärakenteen muutos aiheuttavat. Uudistuksen tavoitteena on turvata pitkällä aikavälillä sosiaali- ja terveydenhuollon saatavuus ja laatu yhdenmukaisesti ja yhdenvertaisesti koko maassa.

Uudistuksessa Suomeen muodostetaan 21 hyvinvointialuetta pääosin nykyisen maakuntajaon pohjalta. Uudellamaalla sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisvastuu poikkeaa muun maan ratkaisusta siten, että Helsingin kaupungille jää edelleen niiden järjestämisvastuu. Lisäksi palvelujen järjestämisestä vastaa Uudellamaalla neljä hyvinvointialuetta. Uudenmaalla toimii jatkossa myös HUS-yhtymä, joka vastaa sille laissa säädetyistä sekä HUS-järjestämissopimuksessa sovitusta erikoissairaanhoidon toiminnoista ja tehtävistä. Terveydenhuollon järjestämisvastuu jakautuu laissa ja järjestämissopimuksessa määriteltävällä tavalla hyvinvointialueiden, Helsingin sekä HUS-yhtymän välillä. Uudenmaan hyvinvointialueisiin ja Helsingin kaupunkiin sovelletaan Uusimaa-lain lisäksi, mitä hyvinvointialueista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä säädetään sote-järjestämislaissa tai muualla laissa, jollei Uusimaa-laissa toisin säädetä.

Hyvinvointialueet ovat julkisoikeudellisia yhteisöjä, joilla on alueellaan itsehallinto ja aluevalleilla valittava aluevaltuusto. Hyvinvointialueet perustettiin uudella sosiaali- ja terveydenhuolto- ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voima-panosta annettavalla lailla (616/2021, *voima-panolaki*), joka tuli pääosin voimaan 1.7.2021.

Hyvinvointialueen toiminnasta, taloudesta ja hallinnosta sekä talouden ja hallinnon tarkastamisesta säädetään hyvinvointialueesta annetussa laissa, joka tuli voimaan 1.7.2021. Osaa säännöksistä sovelletaan vasta myöhemmästä ajankohdasta lukien. Aluevaltuustot aloittivat toimintansa maaliskuussa 2022. HUS-yhtymä perustetaan Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin valtuustojen hyväksymällä perussopimuksella.

Hyvinvointialueesta annetun lain 7 §:n mukaan hyvinvointialue vastaa sille lailla säädettyjen tehtävien hoitamisesta, hyvinvointialueen asukkaan laissa säädettyjen oikeuksien toteutumisesta ja palvelukokonaisuuksien yhteensovittamisesta sekä järjestettävien palvelujen ja muiden toimenpiteiden yhdenvertaisesta saatavuudesta; tarpeen, määrän ja laadun määrittelemisestä; tuottamistavan valinnasta; tuottamisen ohjauksesta ja valvonnasta; ja viranomaiselle kuuluvan toimivallan käyttämisestä.

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

Sote-järjestämislain 8 §:n mukaan hyvinvointialue vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueellaan ja on järjestämisvastuussa asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollosta. Hyvinvointialueella on oltava riittävä osaaminen, toimintakyky ja valmius vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja sen on huolehdittava asukkaidensa palvelutarpeen mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuudesta kaikissa tilanteissa. Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi hyvinvointialueella on oltava palveluksessaan toiminnan edellyttämä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö sekä hallinnollinen ja muu henkilöstö, hallinnassaan asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet sekä muut tarvittavat toimintaedellytykset. Lisäksi hyvinvointialueella on oltava järjestämisvastuunsa toteuttamisen edellyttämä riittävä oma palvelutuotanto. Lain 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 6 § ja 7 §:n mukaan hyvinvointialueen ja kunnan on molempien edistettävä asukkaidensa hyvinvointia ja terveyttä. Hyvinvointialueella ja kunnalla on ensisijainen vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä siltä osin kuin tämä tehtävä kytkeytyy niiden muihin lakisääteisiin tehtäviin. Kuntien ja hyvinvointialueen on toimittava yhteistyössä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä.

Palveluiden hankkimisesta yksityiseltä säädetään sote-järjestämislain 3 luvussa. Hyvinvointialue voi lain 12 §:n mukaan hankkia asiakkaalle annettavia sosiaali- ja terveystalvetajta yksityiseltä palveluntuottajalta sopimukseen perustuen, jos palvelujen hankkiminen olisi tarpeen tehtävien tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi. Yksityiseltä palveluntuottajalta voidaan hankkia kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden hankkimista ei olisi erikseen kielletty laissa. Ostopalveluna ei saa muun muassa hankkia julkisen vallan käyttöä sisältäviä palveluja, jollei muussa laissa erikseen toisin säädetä, terveydenhuollon ympärivuorokautista päivystystä

eikä ensihoitopalveluun kuuluvia järjestämistehtäviä. 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.

Hyvinvointialueen on huolehdittava palvelutarpeen arvioinnista ja muista järjestämisvastuuseen kuuluvista tehtävistä myös ostopalvelujen osalta. Yksityisen palveluntuottajan tehtäväksi voidaan kuitenkin antaa, osana asiakkaalle annettavaa hoitoa, hoidon tarpeen arviointi ja siihen liittyvät hoitoratkaisut perusterveydenhuollon palveluissa sekä niiden yhteydessä toteutettavissa olevissa ja niihin kiinteästi liittyvissä erikoissairaanhoidon palveluissa, joissa asiakkaan hoitovastuu säilyy perusterveydenhuollossa ja jotka eivät vaadi erikoissairaanhoidon sairaala- tai poliklinikkaolosuhteita.

Hyvinvointialue voi lain 13 §:n mukaan vastaavin ostopalveluja koskevin edellytyksin myös hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimaa ja vuokrata sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstöä vuokratyövoimaksi itse tuottamiinsa palveluihin. Hankittuna tai vuokrattuna työvoimana toimiva lääkäri tai hammaslääkäri voi tehdä hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoratkaisuja myös ympärivuorokautisessa päivystyksessä ja erikoissairaanhoidon otetun potilaan osalta.

Yksityisen palveluntuottajan ja tämän alihankkijan on sote-järjestämislain mukaisessa toiminnassaan lain 18 §:n mukaan muun ohella noudatettava julkisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskevia lakisääteisiä sisältö- ja laatuvaatimuksia sekä hyvinvointialueen määrittelemiä palvelukokonaisuuksia ja palveluketjuja ja toimittava integraation toteutumisen edellyttämässä yhteistyössä hyvinvointialueen ja muiden palveluntuottajien kanssa. Hyvinvointialueen ja yksityisen palveluntuottajan välisessä sopimuksessa on lain 15 §:n mukaan muun ohella sovitettava hankittavien palvelujen sisällön, määrän ja laadun toteuttamisesta.

Palvelusetelistä säädetään erikseen palvelusetelilaissa. Sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen uudistamista koskevassa hallituksen esityksessä ei esitetty muutettavaksi palvelusetelitä koskevaa lainsäädäntöä. Esityksen perusteluissa (HE 241/2021 vp, s. 307) palvelusetelien arvioidaan olevan toimiva tapa saada mukaan pieniä alueellisia palveluntuottajia hyvinvointialueen palveluntuottajaksi.

Hallituksen esityksessä HE 56/2021 vp palvelusetelilakiin ehdotetaan tehtäväksi sosiaali- ja terveystalouden uudistuksesta johtuvat teknisluonteiset muutokset. Näiden muutosten toteutuksessa palvelusetelilain 4 §:ssä säädettäisiin, että hyvinvointialue päättää ne sosiaali- ja terveystalouden palvelut, joiden järjestämisessä se käyttää palveluseteliä hyvinvointialueesta annetun lain 9 §:n 1 momentin mukaisesti. Hyvinvointialueen tulee hyväksyä ne yksityiset palvelujen tuottajat, joiden palvelujen maksamiseen asiakas voi käyttää hyvinvointialueen myöntämää palveluseteliä. Asiakkaan mielipide palvelusetelin saamisesta tulee ottaa mahdollisuuksien mukaan huomioon silloin, kun hyvinvointialueella käytetään palveluseteliä asiakkaan tarvitseman palvelun järjestämiseen. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta palvelusetelistä, jolloin hyvinvointialueen tulee ohjata hänet hyvinvointialueen muilla tavoin järjestämien palvelujen piiriin. Hyvinvointialueen on selvitettävä asiakkaalle tämän asema palveluseteliä käytettäessä, palvelusetelin arvo, palvelujen tuottajien hinnat, omavastuusuuden määräytymisen perusteet ja arvioitu suuruus sekä vastaavasta palvelusta asiakasmaksulain mukaan määräytyvä asiakasmaksu. Palvelusetelin saanut asiakas tekee palvelujen tuottajan kanssa sopimuksen palvelun antamisesta.

Hyvinvointialueen tulee määrätä palvelusetelin arvo niin, että se on asiakkaan kannalta kohtuullinen. Asiakasmaksulain 5 §:ssä asiakkaalle maksuttomiksi säädettyjen terveyspalvelujen hankkimiseksi annettavan palvelusetelin arvo tulee määrätä niin, että asiakkaalle ei jää maksettavaksi omavastuusuutta.

Hyvinvointialueen mahdollisuuksia tuottaa palveluja toisen hyvinvointialueen alueella rajataan sote-järjestämislaissa ja hyvinvointialueesta annetussa laissa. Sote-järjestämislain 8 §:n mukaan hyvinvointialue saa järjestää ja tuottaa itse sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja toisen hyvinvointialueen alueella vain toimiessaan yhteistyössä tai yhteistoiminnassa kyseisen hyvinvointialueen kanssa siten kuin hyvinvointialueesta annetun lain 6 tai 9 §:ssä tai 8 luvussa taikka sote-järjestämislain 9 §:ssä tai 5 luvussa säädetään. Muiden kuin hyvinvointialueen asukkaiden oikeudesta saada hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja säädetään erikseen.

Sote-uudistuksen myötä siirrytään uudenlaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ohjaukseen. Ohjauksesta säädetään sote-järjestämislain 4 luvussa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen ohjaus, suunnittelu, kehittäminen ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi valtakunnalliset strategiset tavoitteet yhdenvertaisen, laadukkaan ja kustannusvaikuttavan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle. Tavoitteet perustuvat sosiaali- ja terveysministeriön selvitykseen sekä mahdollisiin muihin seurantatietoihin. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta, jonka tehtävänä on muun muassa ennakoida, seurata ja arvioida sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja kustannuksia sekä väestön hyvinvoinnin ja terveyden väestöryhmittäistä kehitystä, tehdä ehdotuksia valtakunnallisiksi sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiksi ja edistää niiden toteutumista.

Sosiaali- ja terveysministeriö neuvottelee erikseen kunkin hyvinvointialueen kanssa vuosittain hyvinvointialueen järjestämisvastuuseen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien toteuttamisesta. Valtiovarainministeriö osallistuu neuvotteluihin. Neuvottelujen tarkoituksena on yhteisen tilannekuvan tarkastelu ja hyvinvointialueen järjestämistehtävän strategisen tason ohjaus erityisesti valtakunnalliset tavoitteet huomioiden sekä ministeriöiden ja hyvinvointialueen välisen yhteistyön edistäminen. Neuvotteluissa seurataan ja arvioidaan hyvinvointialueen järjestämisvastuun toteutumista. Neuvotteluissa käsitellään muun muassa palvelujen ja muiden toimenpiteiden tarpeen ja määrän arviointia ja ennakkointia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisuutta, tarpeenmukaisuutta ja riittävyyttä.

Hyvinvointialueen on seurattava alueensa väestön hyvinvointia ja terveyttä väestöryhmittäin, järjestämänsä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, saatavuutta, laatua, vaikuttavuutta ja yhdenvertaisuutta, asiakkaiden palvelujen yhteensovittamista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia ja tuottavuutta ja laadittava vuosittain selvitys hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon ja hyvinvointialueen talouden tilasta.

THL laatii vuosittain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan asiantuntija-arvion valtakunnallisesti, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueittain ja hyvinvointialueittain. Arvioissa tarkastellaan muun muassa väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilaa väestöryhmittäin, sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeen, saatavuuden, laadun, vaikuttavuuden ja yhdenvertaisuuden toteutunutta ja arvioitua tulevaa kehitystä, asiakkaiden palvelujen yhteensovittamisen toteutumista, sosiaali- ja terveydenhuollon investointien tarvetta ja vaikutuksia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia, niiden kehitystä ja tuottavuutta. Sosiaali- ja terveysministeriö laatii vuosittain valtakunnallisen selvityksen, jossa arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaista toteutumista ja rahoituksen tason riittävyyttä.

Sote-järjestämislaissa säädetään lisäksi muun muassa kielellisten oikeuksien turvaamisesta, hyvinvointialueiden yhteistyöstä, asiakas- ja potilastietojen rekisterinpidosta, henkilöstön täydennyskoulutuksesta, valmiudesta ja varautumisesta sekä valvonnasta. Sote-järjestämislaki tulee pääosin voimaan 1.1.2023. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun tarkemmasta sisällöstä eri tehtävien osalta säädetään jatkossakin sosiaali- ja terveydenhuollon muussa lainsäädännössä. Keskeiset lait ovat terveydenhuoltolaki ja sosiaalihuoltolaki. Sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteilla laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta, jossa säädettäisiin valtion ja hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen valvonnasta, julkisesti ja yksityisoikeudellisessa muodossa tuotettujen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen valvonnasta sekä palveluntuottajan toimintaedellytyksistä, rekisteröinnistä ja valvonnasta.

Sote-uudistus ja muutokset järjestämisvastuussa eivät koske Ahvenanmaata, koska sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Ahvenanmaalla kuuluu Ahvenanmaan itsehallintolain (1144/1991) mukaan Ahvenanmaan omaan toimivaltaan. Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaa Ahvenanmaan maakunnan hallituksen alainen Ahvenanmaan maakunnan terveys- ja sairaanhoitoviranomainen (Ålands hälso- och sjukvård, ÅHS).

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen vaikutukset palveluketjuihin

Järjestämisen integraatio toteutuu, kun kaikki sosiaali- ja terveysterveystoimet kootaan yhden hallintorakenteen, hyvinvointialueen, alle. Myös Uudellamaalla integraatio etenee järjestämisvastuussa olevien organisaatioiden koon kasvaessa ja määrän selvästi vähetessä verrattuna aiempaan, vaikka HUS-yhtymän erikoissairaanhoidon ei integroidukaan hyvinvointialueiden organisaatioon. Laaja integraatio turvaa sen, että hyvinvointialueilla on edellytykset ja työkalut kantaa vastuu palveluiden kokonaisuudesta ja myös niiden kustannuksista.

Hyvinvointialueen on varmistettava, että palvelu toteutuu oikeaan aikaan, oikealla tasolla ja oikeassa muodossa, jotta palvelun vaikuttavuus on paras mahdollinen ja jotta päällekkäistä tai tehotonta toimintaa ei ole missään osassa palveluketjua. Yhteen toimivat ja saumattomat palvelut edellyttävät asiakastason palveluintegraatiota sekä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon että perustason ja erikoistason, kuten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Palveluiden kysynnän hillintä, ennalta ehkäisy ja varhainen tarttuminen väestön tarpeiden mukaisesti ehkäisevät raskaampien ja hinnakkaampien erityispalveluiden tarvetta. Yhä enemmän palveluita on tarkoituksenmukaista toteuttaa avohoidossa ja -palvelussa sairaala- ja laitoshoidon sijaan kehittämällä avopalveluiden ja kotiin vietävien palveluiden monimuotoisuutta. Erityisosaamista kannattaa eri tavoin tuoda perustason tueksi, jolloin asiakasta ei tarvitse siirtää palvelutasolta toiselle. Oleellista on myös hillitä päiivystysaikaisia, epäelektiivisiä ja voimavaroja vievän valmiuden ylläpitämistä edellyttäviä palveluita.

Hyvinvointialueella on useita työkaluja varmistaa toiminnan vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Hyvinvointialue pystyy määrittelemään palvelukokonaisuudet aiempaa selkeämmin ja yhtenäisemmin koko väestönsä ja alueensa osalta. Hyvinvointialue voi ohjata omaa ja hankittua palvelutuotantoa vaikuttavuuden ja hoito- ja palveluketjujen kokonaishallinnan suuntaan. Hyvinvointialue määrittelee palveluketjussa palvelujen yhteensovittamisen periaatteet sekä palveluntuottajien työnjaon ja vastuut perustason palveluissa ja erityistason palveluissa. Hyvinvointialue allokoii osaamisen ja taloudelliset resurssit siten, että muodostuva palvelukokonaisuus vastaa väestön tarpeisiin mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja vaikuttavasti. Uudistuksen myötä myös tiedon integraatio helpottuu, kun hyvinvointialue toimii rekisterinpitäjänä koko alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon osalta.

Kun järjestämisvastuu ja palveluiden rahoittaminen ovat samassa organisaatiossa, ei enää ole nykyiseen tapaan kannustetta tai mahdollisuutta asiakkaiden siirtämiseen vastuutaholta toiselle, esimerkiksi kunnilta sairaanhoitopiirille tai päinvastoin. Aiemmin kunnat ovat rahoittaneet omat sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelunsa osana raamibudjettiaan. Sairaanhoitopiirien tuloista pääosa on perustunut suoritteiden perusteella tehtyyn kuntalaskutukseen. Erikoissairaanhoiton rahoittaminen on koettu kunnissa vaikeaksi ennakoida ja hallita suoritteiden määrän tai kustannusten ylittäessä arvioidun. Uudistuksen myötä myös erikoissairaanhoito siirtyy hyvinvointialueen niin sanotun kokonaisbudjetin piiriin. Näin sekä peruspalveluiden että erikoissairaanhoiton kustannukset tulee kattaa saman, yhteisen käytettävissä olevan rahoituksen sisältä. Uudellamaalla viisi hyvinvointialuetta ja HUS-yhtymä määrittelevät sopimusperusteisesti erikoissairaanhoiton kohdennettavan resurssin.

Hyvinvointialueiden rahoitus

Hyvinvointialueiden rahoituksesta annetussa laissa (617/2021, *rahoituslaki*) säädetään valtion rahoituksen myöntämisestä hyvinvointialueesta annetussa laissa tarkoitettujen hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle kuuluvien tehtävien kustannusten kattamiseen.

Hyvinvointialueiden valtion rahoituksen tarkoituksena on varmistaa, että kaikilla hyvinvointialueilla on olosuhteista ja hyvinvointialueen asukkaiden palvelutarpeiden eroista huolimatta edellytykset toteuttaa lakisääteiset tehtävänsä. Hyvinvointialueiden rahoitus perustuu kattavaan valtion rahoitukseen ja maksu- ja myyntituottoihin. Hyvinvointialueilla ei ole verotusoikeutta. Rahoituslain mukainen valtion rahoitus on hyvinvointialueelle yleiskatteellista, joten hyvinvointialue päättää rahoituksen käytöstä ja kohdentamisesta itsehallintonsa ja toimivaltansa rajoissa.

Valtionrahoituksen koko maan tason määräytymisestä vuoden 2023 lähtötilanteessa säädetään rahoituslain 34 §:ssä. Hyvinvointialueiden valtion rahoituksen taso perustuu kuntien Valtiokonttorille toimittamiin vuoden 2022 talousarviotietoihin kunnilta hyvinvointialueille siirtyvien sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen tehtävien kustannusten yhteismäärästä. Lisäksi otetaan huomioon palvelutarpeen, kustannustason ja tehtävien muutokset. Edelleen lähtötilanteen rahoitus tarkistetaan kuntien Valtiokonttorille toimittamien palvelukohtaisten tilinpäätöstietojen perusteella siten, että vuoden 2024 rahoituksen perusteena on tarkistettu rahoituksen taso. Lisäksi hyvinvointialueiden rahoituksessa otetaan huomioon siirtymätasauksena laskennallisten kustannusten mukaisen rahoituksen ja hyvinvointialueen alueen kuntien toteutuneiden kustannusten erotus rahoituslain 35 §:ssä tarkemmin säädetyin perustein.

Yleiskatteellinen rahoitus myönnetään hyvinvointialueille vuodesta 2023 lukien laskennallisin perustein. Pääosa rahoituksesta kohdentuu hyvinvointialueille sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvetta kuvaaviin tekijöihin perustuen. Lisäksi rahoitusta kohdennetaan hyvinvointialueen asukasmäärän, asukastiheyden, vieraskielisyyden, kaksikielisyyden, saaristoisuuden, saamenkielisyyden sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimien ja pelastustoimen riskitekijöiden perusteella.

Vuosille 2023—2029 säädettyinä siirtymäaikana hyvinvointialueiden tulee sopeuttaa toimintaansa uuden järjestelmän mukaiseen laskennalliseen rahoitukseen. Voimaantulovuonna 2023 hyvinvointialuekohtaisten siirtyvien kustannusten ja laskennallisen rahoituksen erotus tasataan täysimääräisesti hyvinvointialueiden välillä siirtymätasauksella. Siirtymätasauksella maksetaan portaittain aleneva määrä vuodesta 2023 vuoteen 2029, jonka jälkeen -100/+200 euroa asukasta kohden ylittävä erotus tasataan toistaiseksi pysyvällä siirtymätasauksella.

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 7 ja 36 §:n perusteella palvelutarpeen muutos otetaan ennakkollisesti huomioon sosiaalimenojen kehityksen pitkän aikavälin analyysimallin² osoittaman muutoksen mukaisesti täysimääräisesti vuosina 2023 ja 2024 ja sen jälkeen 80 prosentin osalta. Edelleen siirtymäsäännöksiin perustuen palvelutarpeen arvioitua vuosittaista kasvua korotetaan 0,2 prosenttiyksiköllä vuosina 2023–2029 (7 §, 36 §).

Rajatun ennakkollisen väestön palvelutarpeen muutoksen huomioon ottaen tavoitteena on pyrkiä luomaan hyvinvointialueilla kannusteita kustannusten kasvun hillintään sekä kannustaa alueita toteuttamaan palvelujen vaikuttavuutta ja palvelujärjestelmän tehokkuutta edistäviä toimenpiteitä. Toisaalta pääsäännöstä poikkeavan siirtymäajan tarkistamisen tarkoituksena on huomioida siirtymävaiheesta aiheutuvia kustannuksia.

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. Eduskunnan keväällä 2022 hyväksymän lakimuutoksen myötä tehtävämuutokset otetaan huomioon 5 §:ssä tarkoitetulla tavalla eli nettomenoperusteisesti (HE 10/2022 vp). Valtion rahoitusta voidaan korottaa tai alentaa tehtävien laajuuden tai laadun muutoksen perusteella. Valtion rahoituksen tason muutos toteutetaan kohdentamalla muutoksen kohteena olevan tehtävän arvioitu kustannus- ja siten rahoitustason muutos tehtävään kytkeytyvän perushinnan tai -hintojen perusteena oleviin laskennallisiin kustannuksiin. Pykälän perustelujen mukaan tehtävämuutoksen aiheuttamat kustannukset tulisi pyrkiä arvioimaan perusteellisesti, että hyvinvointialueilla olisi muutoksiin esitettävän rahoituksen turvin tosiasialliset mahdollisuudet suoriutua niille osoitetuista tehtävistä ja velvoitteista, eivätkä hyvinvointialueiden kustannukset nousisi muutoksen johdosta sitä koskevan rahoituksen lisäyksen tasoa enemmän. Rahoituksen on myös kohdennettava hyvinvointialueille ajallisesti vastaavasti kuin velvoite toimeenpanna laajenevat tehtävät.

Edelleen rahoituslain 10 §:ään perustuen otetaan vuosittain jälkikäteen huomioon toteutuneet kustannukset varainhoitovuotta 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.

Rahoituslain 5 §:n mukaan valtion rahoituksen perusteena käytetään hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen käyttökustannuksia, rahoituskustannuksia sekä taloussuunnitelman mukaisia poistoja ja arvonalentumisia. Asiakasmaksut, kuten myös hyvinvointialueiden käyttömaksut sekä muut toiminta- ja rahoitustuotot, otetaan vähennyksenä huomioon tarkasteltaessa sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia käyttökustannuksia.

² Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kehittämä sosiaalimenojen analyysimalli (niin kutsuttu some-malli).

Some-malli on kehitetty sosiaali- ja terveysministeriössä, mutta vuonna 2019 sen kehitys ja ylläpito siirrettiin THL:lle. Mallin käyttäjiä ovat THL:n lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö.

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. Lisärahoitusta myönnetään valtion talousarvioon otettavasta erillisestä määrärahasta alueen hakemuksesta tai ministeriön aloitteesta valtioneuvoston päätöksellä. Päätökseen voidaan ottaa palvelujen vaikuttavuutta, laatua, määrää tai järjestämisen tehokkuutta koskevia ehtoja. Lisärahoituksen saamiseen on laissa säädettyjen edellytysten täyttyessä oikeus, eikä myöntäminen riipu tältä osin päätöksentekijän harkinnasta. Lisärahoitusta tulisi myöntää määrä, jolla edellä mainitut perustuslaissa turvatut lakisääteiset, yksilötasolla tarveperusteella määräytyvät palvelut pystytään toteuttamaan. Arviointi perustuu hyvinvointialueesta ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettujen lakien palvelujen saatavuuden ja rahoituksen riittävyyden arviointiprosessin yhteydessä saatuihin tietoihin sekä muihin valmisteltaessa käytettävissä oleviin hyvinvointialueiden talouden tai palvelujärjestelmän tilaa koskeviin selvityksiin ja tietoihin. Jos on arvioitavissa, että ongelmat eivät johdu siitä, että hyvinvointialueen rahoituksen taso on lähtökohtaisesti liian alhainen, vaan hyvinvointialue pystyisi omilla päätöksillään turvaamaan palvelujen järjestämisen, hyvinvointialuetta ohjataan toteuttamaan valtion ja hyvinvointialueiden ohjaus- ja neuvotteluprosessissa todettuja hyvinvointialueilla toteutettavissa olevia kustannusten hallinnan kannalta välttämättömiä toimenpiteitä ja muita mahdollisia toimenpiteitä.

Rahoituslain nojalla määräytyvän laskennallinen vuotuisen rahoituksen taso yhdessä hyvinvointialueiden asiakas- ja käyttömaksujen kanssa on tarkoitettu sen tasoiseksi, että hyvinvointialueiden lakisääteisten tehtävien järjestäminen on mahdollista. Lisärahoituksessa kyse on yksittäistä hyvinvointialuetta koskevasta ajallisesti rajallisesta rahoituksen poikkeusmekanismista, jonka toistuva käyttö voi johtaa myös hyvinvointialueesta annetun lain 123 §:n nojalla 122 §:ssä säädettyyn hyvinvointialueen arviointimenettelyyn.

Yhdelle hyvinvointialueelle varainhoitovuonna myönnetyn lisärahoituksen määrä huomioitaisiin hyvinvointialueiden toteutuneissa kustannuksissa, kun tarkistetaan jälkikäteen rahoituslain 10 §:n mukaisesti hyvinvointialueiden rahoitusta koko maan tasolla. Lisärahoitus ei kuitenkaan korota automattisesti sitä saaneen hyvinvointialueen seuraavan vuoden rahoituksen tasoa, vaan hyvinvointialueen vuotuinen valtion rahoitus määräytyy edellä kuvatun rahoituslain 6 §:n perusteella.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeet

Hallitusohjelmaan sisältyvässä Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa kehitetään perustason sosiaali- ja terveyspalveluja parantamalla saatavuutta ja yhteen sovittamalla ne ihmisten tarpeita vastaavaksi. Ohjelma ja sen tavoitteet on nivottu yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen kansallisen ja alueellisen toimeenpanon kanssa. Ohjelma toimeenpannaan hyvinvointialueiden hankekokonaisuuksissa, joiden toteuttamista tuetaan valtionavustuksilla vuosina 2020–2023. Hankkeissa on tarkoitus hyödyntää olemassa olevia toimivia toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä. Valtionavustukset suunnataan kunkin hyvinvointialueen kuntien ja kuntayhtymien yhteiseen perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kehittämisen hankekokonaisuuteen. Valtionavustusten määrä on mittava. Kahdessa eri haussa on alueille myönnetty yhteensä yli 200 miljoonan euron valtionavustukset kehittämisen tueksi.

Ohjelmalla on viisi tavoitetta:

1. Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen
2. Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoiwaan työhön
3. Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen
4. Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen
5. Kustannusten nousun hillitseminen

Tarkoituksena on luoda laaja-alainen sosiaali- ja terveyskeskus, jossa hyödynnetään uudenlaista työnjakoa, tarjotaan eri ammattilaisten ja erityistason konsultaatioita sekä hyödynnetään digitalisointia. Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelmassa painotetaan erityisesti palveluiden saatavuutta edistäviä toimia perusterveydenhuollossa, sosiaalihuollossa, mielenterveyspalveluissa ja monialaisessa kuntoutuksessa. Hoitoon pääsyn parantaminen ja psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto kaikille ikäryhmille on ollut sisällytettävä kaikkiin kehittämishankkeisiin. Psykososiaalisilla menetelmillä tarkoitetaan tässä yhteydessä lyhyitä psykoterapioita tai muita mielenterveyden häiriöiden ehkäisyyn tai hoitoon tarkoitettuja perusterveydenhuollon käyttöön soveltuvia hoidollisia interventioita. Yhteistyöalueille suunnattu valtionavustushaku psykososiaalisten menetelmien alueellisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista varten tukee hyvinvointialueiden kehittämistyötä menetelmien käyttöönottamiseksi. Palvelujen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantamiseen pyritään hyvinvointialueilla eri toimintamallien kehittämisen ja jalkauttamisen kautta alueiden tarpeiden mukaisesti.

Vuosina 2020–2023 sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämis- ja kokeiluhankkeille ja toiminnan käynnistämishankkeille myönnettävistä valtionavustuksista säädetään asetuksella. Asetuksen nimi on sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmien valtionavustuksista vuosina 2020–2023 annettu valtioneuvoston asetus (13/2020). Valtionavustuksen myöntämisen edellytyksenä asetuksen 2 §:n mukaan muun muassa on, että hanke on tarpeellinen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi ja se tukee palveluiden kehittämistä ja tehostamista, hyvien käytäntöjen leviämistä sekä toimintatapojen uudistamista ja hankkeen voidaan arvioida olevan tuloksellinen ja laaja-alaisesti hyödynnettävä. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut ohjelmasta kuvauksen ja hankeoppaan Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023: Ohjelma ja hankeopas (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:27³)

Kiireettömän hoidon saatavuuden parantamiseen tähtääviä kokeilu- ja kehittämistoimia osana Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa voivat hankeoppaan perusteella olla muun muassa:

- sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattiryhmien osaamisen ja työpanoksen yhdistäminen uudella tavalla sekä ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen,
- sosiaalihuollon ohjauksen ja neuvonnan ja asiakaslähtöisen palveluohjauksen saavutettavuuden parantaminen terveyspalvelujen yhteydessä vahvistamaan asiakkaiden palvelutarpeiden integraatiota,

³ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163349>

- toimintamallit erityistason konsultaatioiden lisäämiseen perustasolla,
- toimet yleislääkäreiden ja hammaslääkäreiden työpanoksen suuntaamiseksi nimenomaan lääketieteellistä ja hammaslääketieteellistä osaamista vaativiin tehtäviin,
- omahoidon vahvistaminen sekä sähköisten palveluiden käyttöönottoon liittyvä toiminnan muutos ja osaamisen varmistaminen,
- muutokset ammattilaisten ja moniammatillisen tiimin työn suunnitteluun ja työtapoihin,
- kysynnän vähentäminen esimerkiksi ottamalla käyttöön ja hyödyntämällä pitkäaikaissairaiden hoitosuunnitelmia sekä yksilöllisiä hoito- ja seurantavälejä,
- uudenlaisten varasuunnitelmien luominen poissaoloja ja kysyntäpiikkejä varten,
- hukkatyön vähentäminen ja
- vapaan hoitoon pääsyn toimintamallien kehittäminen, josta esimerkkinä kaikille käyttäjille avoimen ajanvarausjärjestelmän kokeileminen.

Osassa alueita voidaan myös hankkeistaa jonojen purkua osana kehittämistoimia, mikä edellyttää hetkellisesti tavallista enemmän kapasiteettia.

Kansallisella ohjauksella halutaan varmistaa, että tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksissa on käytössä kansallisesti yhtenäisiä ja asukkaiden tarpeisiin vastaavia, hyväksi todettuja ja integroituneita toimintamalleja. Hankesuunnitelmissa alueiden on tullut esittää kansallisesti yhteisellä tavalla hoitoon pääsyn lähtötilanne ja mitattavat tavoitteet sen vaiheittaiselle parantumiselle. Samoin on tullut kuvata toiminnallisten ja taloudellisten hyötyjen saavuttamisen mekanismia sekä kehittämisen ja ylläpidon jatkuvuus ja rahoitus hankekauden jälkeen. Hoitoon pääsyn paranemista seurataan ja raportoidaan hankeaikana osana ohjelman ja hankkeiden säännöllistä seurantaa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi -raportin 23.8.2021⁴.

2.2.2 Covid-19-pandemia ja sen vaikutukset terveydenhuoltojärjestelmään

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöön vaikuttaa merkittävästi myös Covid-19-pandemia ja sen aiheuttama kuormitus palvelujärjestelmälle. WHO julisti uuden koronaviruksen kansainväliseksi kansanterveysuhaksi 30.1.2020, ja viruksen aiheuttaman epidemian pandemiaksi 11.3.2020. Julistus edellytti kaikilta mailta uuden koronaviruksen aiheuttamien infektioiden aktiivista seurantaa, tautitapausten varhaista tunnistamista ja tapausten eristämistä sekä altistuneiden jäljittämistä jatkotartuntojen estämiseksi.

Suomessa Covid-19-epidemia alkoi maaliskuussa 2020. Suomi otti tuolloin nopeasti käyttöön suosituksiin, normaaliolojen lainsäädäntöön sekä valmiuslakiin ja perustuslain 23 §:n nojalla annettujen epidemian hillintään tähtäävien toimenpiteiden kokonaisuuden. Maailmanlaajuisen covid-19-taudin vuoksi valtioneuvosto totesi 16.3.2020 Suomessa vallitsevan valmiuslain

⁴ <https://www.julkari.fi/handle/10024/140996>

(1552/2011) 3 §:n 5 kohdan mukaiset poikkeusolot. Tuolloin annettiin valtioneuvoston asetukset valmiuslain 86, 88, 93 ja 94 §:ssä tarkoitettujen toimivaltuuksien käyttöön otosta. Käyttöön otettiin valmiuslain toimivaltuudet muun muassa kunnan oikeudesta poiketa terveydenhuollon kiireettömän hoidon määräaikojen noudattamisesta, oikeudesta poiketa palvelussuhteen ehtoista sekä irtisanomisoikeuden rajoittamisesta. Käyttöönottoasetukset olivat voimassa 16.6.2020 saakka. Koronaepidemiatilanne alkoi jälleen Suomessa heiketä loppuvuodesta 2020, ja valmiuslain toimivaltuuksia muun muassa kiireettömän hoidon määräaikojen noudattamisesta poikkeamisesta otettiin uudelleen käyttöön 1.3.–27.4.2021. Keväällä 2021 mahdollisuus poiketa kiireettömän hoidon määräajoista koski vain erikoissairaanhoidtoa ja vain Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä.

Covid-19-epidemia on edennyt aaltoillen, ja Suomessa on maaliskuun 2020 jälkeen todettu neljä tautihuippua. Taudin ilmaantuvuudessa on ollut alueellisia eroja siten, että korkeimpia ilmaantuvuuslukuja on pääsääntöisesti raportoitu eteläisestä ja lounaisesta Suomesta. Tautiryppäitä ja niiden vuoksi tapahtuvia suuria ja nopeita vaihteluita tautitilanteessa on kuitenkin todettu epidemian aikana myös muilla alueilla. Epidemiatilanne alkoi merkittävästi ja nopeasti jälleen heikentyä lokakuun 2021 puolivälistä lähtien ollen erityisen voimakasta vuodenvaihteessa 2021–2022. Tämän taustalla oli erityisesti uuden virusvariantin leviämisherkkyys. Sairaalahoidon tarve ja epidemian torjuntatoimien perusterveydenhuollolle aiheuttama kuormitus lisääntyi merkittävästi. Epidemia alkoi tasaantua helmikuun 2022 puolivälissä, mutta peruspalveluiden tarve on edelleen suuri ja myös sairaalahoidon tarve on pysynyt korkealla tasolla.

Covid-19-rokotukset käynnistyivät Suomessa 27.12.2020 alkaen ikääntyneistä ja muista vakavalle koronavirustaudille alttiista ryhmistä. Rokotukset 12-15-vuotiaille alkoivat 9.8.2021 ja vuoden 2022 alussa ryhdyttiin tarjoamaan myös 5-11-vuotiaille lapsille mahdollisuutta ottaa koronarokotus. Rokotukset antavat hyvän suojan vakavaa tautia vastaan. Suomessa 18 vuotta täyttäneistä yli 87 % oli 20.4.2022 mennessä saanut kaksi rokoteannosta, ja 60 vuotta täyttäneistä lähes 86 % oli saanut kolme rokoteannosta.

Epidemiolla ja sen pitkittymisellä sekä siihen liittyvillä rajoitustoimilla ja suosituksilla on ollut merkittäviä väestön hyvinvointiin, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään sekä palvelujen käyttöön liittyviä vaikutuksia, joita Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on arvioinut asiantuntija-arvioissaan (Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen raportti 3/2021⁵, raportti 14/2020⁶). Palvelujärjestelmään kohdistuvat vaikutukset ovat kohdistuneet niin perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidtoon kuin sosiaalipalveluihinkin. Epidemia on lisännyt merkittävästi palvelujärjestelmän kuormitusta epidemian edellyttämien testaus- ja jäljitystoiminnan, koronapotilaiden vastaanottotoiminnan ja vuodeosastohoidon, rokottamisen sekä valtakunnan rajoilla tehtävien tartuntataudin ehkäisytöimien organisoimiseksi. Koronaepidemian hallintaan ja koronapotilaiden hoitoon kohdennetut voimavarat ovat olleet pois muusta, tavanomaisesta sairauksien hoidosta ja palveluista. Koronaepidemia on muuttanut sosiaali- ja terveystalouden tuotantoa ja saatavuutta sekä väestön palvelujen käyttöä. Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa palvelujen tarjontaa väestölle vähennettiin perumalla sovittuja aikoja ja varaamalla vähemmän käyntiaikoja epidemiaan varautumisen vuoksi erityisesti keväällä 2020. Myös väestö hakeutui etenkin epidemian alkuvaiheessa hoitoon vähemmän ja perui varaamia aikoja niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Elektiiiviset läheteet erikoissairaanhoidtoon ovat vähentyneet useilla erikoissaloilla, ja erikoissairaanhoidossa on vuoden 2020 aikana annettu hoitoa selvästi vähemmän kuin aiempina vuosina keskimäärin. Myös elektiiivistä leikkaustoimintaa on epidemiatilanteesta

⁵ <https://www.julkari.fi/handle/10024/142536>

⁶ <https://www.julkari.fi/handle/10024/140661>

riippuen jouduttu välillä supistamaan sairaala- ja tehohoitokapasiteetin kuormittuessa. Vaikka tilanne on palautunut palvelutuotannon osalta kohti tavanomaisia volyyymejä syksystä 2020 alkaen, ovat kuitenkin hoitoa odottavien potilaiden määrä ja odotusajat jääneet koholle aiempaan verrattuna. Yli puoli vuotta erikoissairaanhoidon hoitoa odottaneiden osuus oli koko maan tasolla ennen epidemiaa 2,5 % ja marraskuussa 2021 6,3 %. Osa hoitoa tarvitsevista potilaista on jäänyt ilman heille suunniteltua hoitoa ja he joutuvat jonottamaan hoitoa pidempään kuin olisi tarkoituksenmukaista.

Hoitoa yli puoli vuotta odottaneita on ollut erityisesti operatiivisilla erikoisaloilla sekä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Psykiatrian erikoisaloilla on merkittäviä vaikeuksia selvittää palvelujen lisääntyneestä kysynnästä. Psykiatrian (aikuispsykiatrian) erikoissairaanhoidon jonottaneita on vuonna 2021 ollut huomattavasti aikaisempia vuosia enemmän. Kasvu alkoi loppuvuodesta 2020. Nuoriso- ja lastenpsykiatrian kohdalla on nähtävissä tilanteen vaikeutuminen loppukesästä 2021. Myöskään perusterveydenhuollossa kiireettömiä palveluita ei ole pystytty epidemian aikana järjestämään samalla tavalla kuin ennen epidemiaa, eikä palvelujen kysyntä ole myöskään noussut samalle tasolle kuin vuosina ennen koronapandemiaa. Tutkimuksissa on havaittu, että epidemian aikana muun muassa pitkäaikaissairauksia on todettu noin 15 prosenttia vähemmän kuin tavanomaisena aikana. Lisäksi Syöpärekisterin ennakkotietojen mukaan vuonna 2020 uusia syöpiä diagnosoitiin noin 1400 syöpätapausta vähemmän kuin olisi normaalitylanteessa odotettu. Myös suun terveydenhuollossa toteutui vuonna 2020 lähes miljoona ja vuonna 2021 lähes puoli miljoonaa käyntiä vähemmän kuin vuonna 2019. Lasten ja nuorten perusterveydenhuollon palvelujen toimintaedellytykset ovat heikentyneet neuvolassa, kouluterveydenhuollossa ja opiskeluterveydenhuollossa, kun koronaepidemian aikana on tehty näissä palveluissa runsaasti henkilöstösiirtoja ja terveystarkastuksia on vähennetty. Lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon laajat terveystarkastukset toteutuivat vuonna 2020 vain 48 %:lle kohde-ryhmästä. Kuitenkin samaan aikaan lasten, nuorten ja lapsiperheiden tuen tarpeet ovat kasvaneet epidemian aikana. Lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa yksilöllisiin tarpeisiin perustuvat erityisen tuen käynnit lisääntyivät. Perheiden elintavat ovat heikentyneet ja stressi, yksinäisyys, mielenterveysongelmat sekä vanhemmuuden ja parisuhteen ongelmat ovat lisääntyneet. Lisäksi useat toimintakykyä ylläpitävät palvelut ovat olleet keskeytettynä epidemian aikana. Tämän vaikutukset korostuvat erityisesti toimintarajoitteisilla, vammaisilla ja ikääntyneillä henkilöillä.

Koronaepidemia onkin aiheuttanut merkittävän hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelan. Käsitteellä tarkoitetaan väestön todettua hoidon, palveluiden tai kuntoutuksen tarvetta, johon palvelujärjestelmä ei ole kyennyt vastaamaan ja lisäksi piiloon jäänyttä kysyntää. Hoito- ja palveluvelka koskee ilmiönä koko palvelujärjestelmää, mutta alueelliset ja palvelukohtaiset erot ovat suuria. Hoito- ja palveluvelalla on merkittävä vaikutus väestön terveydentilaan, toimintakykyyn ja hyvinvointiin, mikä voi näkyä tulevaisuudessa kasvavina kustannuksina. Toisaalta tilanteen korjaaminen tukee merkittävästi yhteiskunnan elpymistä koronaepidemiasta. Koko ilmiö on erittäin monimutkainen ja kompleksinen. Syy-seuraussuhteet ovat moninaisia ja osin omanlaisiaan palvelujärjestelmän eri osissa. Tietopohja on vajavainen, eikä varsinkaan vielä piilossa olevasta kysynnästä ole luotettavaa tietoa saatavilla. Sekoittavia tekijöitä on paljon. Osa vaikutuksista terveydentilaan ja hyvinvointiin tulee ilmi vasta pidemmällä aikavälillä.

Palvelujärjestelmän käytännön toiminnassa on tapahtunut muutoksia erityisesti digitaalisten palveluiden huomattavan nopean ja isovolymisen käyttöönoton myötä. Fyysisiä vastaanotto-ikäntejä on korvattu ottamalla nopeasti käyttöön etäpalveluja ja sähköisiä asiointitapoja laajalti eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ja eri asiakasryhmille. Tämä toiminnan muutos on aiheuttanut joillekin asiakasryhmille vaikeuksia saada palveluja. On todennäköistä, että koronapandemian aikaansaama muutos digitaalisissa palveluissa jää pysyväksi ja edelleen vauhdittuu. Tätä voidaan pitää pääosin myönteisenä kehityksenä.

Epidemian aikana sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön jaksaminen on ollut koetuksella, ja henkilöstön riittävyys on asettanut merkittäviä haasteita. Työvoiman saatavuudessa on ollut haasteita jo ennen epidemiaa, ja se on korostunut epidemian aikana. Henkilöstöä on epidemian aikana siirretty perustehtävistä ja rekrytoitu infektiövastaanotoille, näytteenottoon, jäljittämiseen ja rokottamiseen. Terveystenhuollon toimintayksiköt joutuivat järjestämään palveluiden saatavuuden turvaamiseksi myös henkilöstön koulutusta, kun erityisesti tehohoidon osaajiksi on jouduttu kouluttamaan lisähenkilökuntaa. Koronarokotusten toteuttaminen on ollut suuri panostus terveydenhuollolle ja se on vienyt resursseja ja voimavaroja merkittävästi. Rokotustyöhön on pääsääntöisesti jouduttu irrottamaan henkilöstöä perusterveydenhuollon muista tehtävistä, kuten neuvolapalveluista ja kouluterveydenhuollosta. Henkilöstön rekrytoiminen ja sijaisien saaminen on ollut vaikeaa, koska hoitohenkilöstön saatavuus on ollut valtakunnallisesti epidemian aikana huono. Käytännössä monet uudet toiminnat on jouduttu järjestämään olemassa olevalla resurssilla muuta toimintaa supistaen. Myös henkilöstön sairastumiset ja karanteenit ovat lisänneet henkilöstön riittävyyden haasteita, ja näitä on pyritty paikkaamaan mm. työvuorjärjestelyin ja sisäisin siirtein. Epidemia-aika on vaatinut sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöltä merkittävää joustoa ja aiheuttanut uupumista sekä työhyvinvoinnin heikentymistä. Pitkäaikaisia koronaepidemian vaikutuksia henkilöstön työhyvinvointiin ja saatavuuteen voidaan mahdollisesti nähdä myöhemmin.

Suomen kestävä kasvun ohjelma ja EU:n elpymis- ja palautumistukiväline (RRF)

Suomen kestävä kasvun ohjelmalla tuetaan hallitusohjelman tavoitteiden mukaisesti ekologisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä kasvua. Ohjelman rahoitus tulee EU:n kertaluonteisesta elpymis- ja palautumisvälineestä (The Recovery and Resilience Facility). Sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla olevan Pilarin 4:n päätavoitteena on purkaa covid-19-pandemian aiheuttamaa sosiaali- ja terveydenhuollon hoito-, kuntoutus- ja palveluvelkaa, nopeuttaa hoitoon pääsyä pysyvästi koko maassa ottamalla käyttöön uusia toimintatapoja sekä edistää sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen toteutumista.

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 terveystalvetut yhdenvertaisesti, helposti ja kynnyskettömästi sekä monikanavaisesti. Tavoitteena on lisätä myös uusien digitaalisten ratkaisujen käyttöönottoa mahdollisimman laajana alueiden välisenä ja kansallisena yhteistyönä.

Suomen kestävä kasvun ohjelma on rakennettu siten, että pilari 4:lle kohdennettaisiin noin 400 miljoonaa euroa. Suurin osa, 230 miljoonaa euroa kohdennettaisiin hoitoonpääsyn parantamiseen ja hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelan purkuun. Lisäksi 100 miljoonaa euroa kohdennettaisiin palveluiden digitalisaatioon, 30 miljoonaa euroa monialaisia palveluita tarvitsevien asiakkaiden palveluihin ja 40 miljoonaa euroa tietopohjan ja vaikuttavuusperusteisen ohjauksen kehittämiseen. Lopullinen Suomen saaman rahoituksen suuruus on vielä huhtikuussa 2022 avoin. Suomen kestävä kasvun ohjelmaan liittyvä palvelujärjestelmän kehittäminen toteutetaan jakamalla alueille valtionavustukset kehittämistoimintaa varten. Valtionavustuskokonaisuus perustuu valtionavustuslakiin ja sitä varten on annettu sosiaali- ja terveysministeriön asetus syksyllä 2021. Alkuvuonna 2022 on toteutettu ensimmäinen valtionavustushaku, jossa hyvinvointialueet ovat hakeneet avustusta tarkemman toimeenpanosuunnitelman tekemiseksi vuosille 2023-2025.

Valtionavustusta saavalta kehittämishankkeelta edellytetään, että kehitettävät toimintamallit sovitetaan yhteen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman ja EU:n elpymis- ja palautumistukivälineen mukaisten kehittämishankkeiden välillä.

2.2.3 Työn organisoinnin mallit

Terveyskeskuksessa on perinteisesti totuttu asioimaan lääkärin vastaanotolla. Toimintamalli elää vahvaa murrosvaihetta, ja hoitajien rooli on vahvistunut potilaiden hoidossa ja lääkärin työajasta yhä suurempi osuus kuluu muuhun kuin perinteiseen kasvokkain tapahtuvaan potilaiden vastaanottoon. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjakoa ja toimintatapoja ja jaetaan tehtäviä yhä laajemmin eri ammattiryhmien välillä. Moniammatillisten tiimien käyttö ja työnjaon kehittäminen takaavat hoidon jatkuvuuden ja vaikuttavuuden, palvelujen sujuvuuden ja kustannusten hallinnan.

THL:n vuoden 2019 kyselytutkimuksen⁷ mukaan lääkäri-hoitaja -työparimalli eri variaatioineen oli yleisin työn organisoinnin malli terveysasemilla (noin 45 prosenttia terveysasemista). Myös tiimityömalli ja pienaluemalli olivat yleisesti käytössä. Muita käytössä olevia työmalleja olivat esimerkiksi klinisiin vastuualueisiin ja asiakkaiden segmentointiin perustuvat mallit. Kyselytutkimusten mukaan neuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluissa lääkärin osalta on käytössä sektorimalli.

Terveysasemilla on tunnistettu hoidon jatkuvuuden merkitys etenkin pitkäaikais- ja monisairaiden hoidossa, mutta henkilökunnan ja erityisesti lääkäreiden vaihtuvuuden vuoksi sitä ei usein pystytä toteuttamaan. Lääkärin vaihtuvuus saattaa vaikeuttaa myös opiskelijoiden terveysongelmien tunnistamista opiskeluterveydenhuollossa. Lääkäriresurssin vaihtuvuuteen vaikuttaa esimerkiksi koulutusvaiheessa olevien lääkärin suuri määrä terveysasemilla. Hieman alle 60 prosenttia terveysasemista oli nimennyt osalle väestöstään omalääkärin. Vastaavasti noin 75 prosenttia terveysasemista oli nimennyt osalle väestöstään omahoitajan. Käytössä olevia tapoja ammattihenkilön nimeämiseen väestölle ovat asiakkaan palvelutarpeen, asiakkaan oman valinnan sekä asiakkaan osoitteen tai sukunimen mukaisen nimeämisen mallit. On huomattava, että omalääkärin tai -hoitajan nimeämiskäytäntö ei välttämättä kata koko terveysaseman asiakaskuntaa. Tyypillisimmin omalääkäri tai -hoitaja määräytyy asiakkaan palvelutarpeen perusteella eli pitkäaikaissairaille, tietyille sairausryhmille tai paljon palveluja käyttäville on nimetty oma ammattihenkilö. Erityisesti tätä hyödynnetään merkittäviä kansantauteja sairastavien potilaiden kuten diabetes-, astma-, reuma- ja sydänpotilaiden hoidossa. On yleisempää, että näillä asiakasryhmillä on omahoitaja kuin -lääkäri: hieman yli neljännes terveysasemista oli nimennyt omalääkärin näille asiakasryhmille, omahoitaja sen sijaan oli nimetty hieman alle 60 prosentilla asemista.

Koko maassa 40,2 prosenttia asiakkaista kertoi vuonna 2018 asioivansa aina tai usein saman lääkärin kanssa, vuonna 2020 jonkin verran harvempi, 36,8 prosenttia asiakkaista. Vuonna 2018 32,1 prosenttia asiakkaista kertoi asioivansa aina tai usein saman hoitajan kanssa, vuonna 2020 29,6 prosenttia. Kummankin ulottuvuuden osalta hoidon jatkuvuus on siis hieman heikompina vuonna 2020 kuin vuonna 2018. Hoidon jatkuvuuden on todettu vähentävän merkittävästi kuolleisuutta ja akuutin sairaalahoidon tarvetta.⁸

⁷ Syrjä V, Parviainen L & Niemi, A. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2019 – Vastaanotto toiminnan käytännöt. Tutkimuksesta tiiviisti 4, 2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://www.julkari.fi/handle/10024/139274>

⁸ Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S: Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. British Journal of General Practice 4 October 2021, <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

Suun terveydenhuollossa työnjakoa eri ammattiryhmien välillä on kehitetty viime vuosina aktiivisesti. Esimerkiksi vuonna 2019 suun terveydenhuollon yksiköihin aluehallintovirastojen kautta tehdyn kyselytutkimuksen mukaan suuhygienisti tai hammashoitaja teki peräti 87 prosenttia alle kouluikäisten ja 34 prosenttia kouluikäisten lasten tarkastuksista. Tämä vapauttaa hammaslääkärien työpanosta vaativampiin toimenpiteisiin ja esimerkiksi monisairaiden potilaiden hoitamiseen. Uudet toimintamallit, kuten monihuone- ja niin sanotut kerralla kuntoon -mallit ovat yleistymässä. Esimerkiksi Kainuun sotessa pilotoidaan osana Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelmaa Joustava vastaanotto - Kerralla kuntoon -mallia, jossa tavoitteena on edistää suun terveydenhuollon palvelujen saatavuutta, ennaltaehkäisevyyttä, laatua ja kustannustehokkuutta. Hyväksi havaittuja toimintamalleja levitetään kansallisesti, missä erinomaisena alustana toimii THL:n alaisuuteen helmikuussa 2021 perustettu valtakunnallinen Suun terveydenhuollon kehittämisverkosto. Kehittämisverkoston tavoitteena on edistää suun terveydenhuollon asiakaslähstöisten, laadukkaiden, vaikuttavien ja kustannustehokkaiden palvelujen kehittämistä henkilöstön työhyvinvointi huomioiden. Alatavoitteina ovat suun terveydenhuollon toiminnasta kerättävän tiedon laadun kehittäminen, benchmarking-työn laajentaminen koko maata koskevaksi, alustan tarjoaminen verkostoitumiselle sekä hyvien käytäntöjen kehittämiseksi ja levittämiseksi. Lisäksi Suun ja hampaiden hoidon laaturekisteri on valittu yhdeksi THL:n niin sanotuista kumppanuusrekistereistä, joille eduskunta on myöntänyt määräaikaisen rahoituksen vuosille 2021–2022.

2.3 Terveydenhuollon sairaanhoidon ja suun terveydenhuollon toiminta ja talous

2.3.1 Johdanto

Kuntien järjestämän perusterveydenhuollon avosairanhoidon ja suun terveydenhuollon toiminnan ja talouden kuvauksessa on tässä esityksessä käytetty lähtökohtaisesti ensin vuoden 2019 tietoja silloin, kun Covid-19-pandemia on vaikuttanut merkittävästi vuosien 2020 ja 2021 toimintaan ja talouteen. Kuvauksessa esitetyt vuosien 2020 ja 2021 tiedot arvioitaessa Covid-19-pandemian vaikutus on tärkeä pitää mielessä.

Julkisesti rahoitettuja perusterveydenhuollon palveluja annetaan terveystieteissä, kunnan järjestämän opiskeluterveydenhuollon osalta myös oppilaitoksissa sekä osin työterveyshuollossa. Lisäksi valtion järjestämisvastuun piiriin kuuluvia perusterveydenhuollon palveluita annetaan Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä, Puolustusvoimien terveysasemilla ja vankiloiden tiloissa osana vankiterveydenhuoltoa. Valtio järjestää lisäksi eräitä erityispalveluita, kuten erikoissairaanhoitoa valtion mielisairaaloissa. Kuntaliiton tietojen mukaan vuonna 2021 Suomessa oli 134 terveystieteskusta, joista 75 oli kuntien, 33 kuntayhtymien ja 26 vastuukuntien terveystieteskusta. Alle 20 000 asukkaan terveystieteskusta oli 69 ja yli 20 000 asukkaan terveystieteskusta oli 65.

Kunnat ostavat osan järjestämisvastuunsa piiriin kuuluvista sosiaali- ja terveystietepalveluista yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Ostopalvelusopimukset kattavat kokonaisulkoistussopimukset, osaulkoistussopimukset sekä muut kuntien ja kuntayhtymien ostopalvelut. Vuonna 2021 Manner-Suomessa järjestämisvastuussa olevista kunnista tai yhteistoiminta-alueista yhteensä noin 15 prosenttia oli ulkoistanut terveystietesematoiminnan joko kokonaan tai osittain. Palveluseteli on yksi kuntien käytettävissä olevista palvelujen järjestämistavoista. Kuntaliiton vuonna 2018 tekemän kyselyn mukaan suurin osa kunnista tarjosi tuolloin kuntalaisille palveluseteliä. Terveydenhuollon palvelusetelistä suuntautui erikoissairaanhoitoon 57 prosenttia, perusterveydenhuoltoon 34 prosenttia ja suun terveydenhuoltoon 9 prosenttia. Perusterveydenhuollossa palveluseteliä käytettiin yleisimmin kotisairanhoidon palveluissa.

Valtiovarainministeriön Kunnat käännekohdassa – kuntien tilannekuva 2020 -julkaisun (2020:13⁹) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon menot muodostavat noin puolet kuntien käyttömenoista. Tässä on kuitenkin suuria eroja kuntien välillä. Sosiaali- ja terveystenöjen osuus vaihtelee yli 100 000 asukkaan kuntien noin 45 prosentista alle 2 000 asukkaan kuntien 55 prosenttiin. Pienemmissä kuntakokoluokissa perusterveydenhuollon menöjen osuus on korkeampi. Kuntien välisiä eroja sosiaali- ja terveyspalvelujen menoissa selittävät muun muassa väestön ikärakenne ja sairastavuus, palvelutarjonta, pitkät etäisyydet tai saaristoisuus. Myös asukkaiden tapa käyttää palveluja ja palvelujen järjestämistapa tuottaa eroja.

Vuonna 2019 kuntien ja kuntayhtymien järjestämän terveydenhuollon nettokäyttökustannukset olivat 10 985 miljoonaa euroa (11 401 miljoonaa euroa vuonna 2020). Näistä nettokäyttökustannuksista lähes kaksi kolmasosaa eli 7 230 miljoonaa euroa (7 342 miljoonaa euroa vuonna 2020) aiheutui erikoissairaanhoidosta, ja perusterveydenhuollosta (mukaan lukien suun terveydenhuolto) aiheutui noin kolmasosa eli 3 447 miljoonaa euroa (3 697 miljoonaa euroa vuonna 2020). Suun terveydenhuollon palvelujen nettokäyttökustannukset olivat 467 miljoonaa euroa (494 miljoonaa euroa vuonna 2020). Pitkän aikavälin tarkastelua on tilastokäytäntöjen muutoksesta johtuen vaikea tehdä Kuntataloustilaston avulla. Terveydenhuollon menot ja rahoitus -tilaston erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon (rajaa pois muun muassa suun terveydenhuollon) menoja tarkasteltaessa vuosien 2000 ja 2019 välillä erikoissairaanhoidon menot ovat kasvaneet 160 prosenttia ja perusterveydenhuollon menot 65 prosenttia. Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon menot ostopalveluineen kasvoivat vastaavana ajanjaksona 119 prosenttia.

Manner-Suomen 295 kunnan sosiaali- ja terveystoiminnan nettokustannukset olivat 3 490 euroa/asukas vuonna 2019. Erikoissairaanhoidon osuus tästä oli 38 prosenttia eli 1 316 euroa/asukas ja perusterveydenhuollon osuus 18 prosenttia eli 627 euroa/asukas. Ikääntyneiden palveluiden (pois lukien kotihoito) osuus sosiaali- ja terveystoiminnan nettokustannuksista oli yhteensä 14 prosenttia eli 472 euroa/asukas. Suun terveydenhuollon nettokustannukset olivat 85 euroa/asukas.

2.3.2 Tilastotietoa kiireettömästä hoidosta

Valtakunnallinen luotettava arviointi perusterveydenhuollon kiireettömän avosairaanhoidon ajantasaisesta hoitoon pääsystä on osoittautunut vaikeaksi. Tietolähteinä on käytetty eri rekisteri- ja tilastotietoja, kustannus- ja tilinpäätöstietoja, terveydenhuoltotutkimuksia sekä lääketieteen ja hoitotyön asiantuntijahavaintoja. Kaikkiin näistä liittyy merkittäviä epävarmuustekijöitä alueellisiin toimintamalleihin, tilastointikäytäntöihin, tietojärjestelmiin ja Covid-19-epidemiaan liittyen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on tukenut yhtenäistä tilastointia ja kirjaamista sekä kehittänyt uusia tilastoinnin ja raportoinnin malleja vuosien 2019–2021 aikana.

Hoitoon pääsyn toteutumista raportoidaan niistä kiireettömistä avosairaanhoidon käynneistä, joita edeltää hoidon tarpeen arviointi ja siihen liittyvä tilastointimerkintä. Näiden käyntien osuus kaikista kiireettömän avosairaanhoidon käynneistä vaihtelee. Hoitoon pääsyn toteutumista seurataan yleensä lääkärin tai hammaslääkärin käynneistä, mutta ei niinkään sairaanhoitajan/terveydenhoitajan tai suuhygienistin käynneistä. Hoitoon pääsyn seuraamiseksi tarvittavat tilastomerkinnot ovat osoittautuneet hankaliksi uusien toimintamallien (tiimimallit, hoitaja-lääkärikonsultaatiot, etävastaanotot) arvioinnissa, kun hoitoon pääsy saattaa tapahtua samanaikaisesti kuin hoidon tarpeen arviointi. Näin ollen erilaisten uusien toimintamallien myötä hoidon tarpeen toteumatiedoissa saattaa näkyä tilastollisesti vähenemistä. Hoidon tarpeen arviointia ei

⁹ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162061>

myöskään tehdä esimerkiksi ennen hoitosuunnitelman mukaisia kontrolli- tai seurantakäyntejä. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen avohoidon hoitoilmoitusrekisteristä (Avohilmo) saatavien hoitoon pääsyn tietojen kattavuus on kaikista sairaanhoidon kiireettömistä käynneistä noin 20 % vuonna 2021 (vaihtelu 100-4 %). Tiedot vaihtelevat eri alueilla johtuen myös erilaisista potilastietojärjestelmistä sekä kirjaamistavoista. Päivystysapu 116117 -palvelun ja osin yksityisten palveluntuottajien tuottamien ostopalveluiden tilastotiedot eivät ole kattavan tiedonkeruun piirissä. Erityisesti Apotti-tietojärjestelmää käyttävien organisaatioiden käyntitiedoissa on syksyllä 2021 ilmennyt merkittäviä virheitä, minkä vuoksi suuren väestöosan palveluiden toteutumista ei pystytä luotettavasti arvioimaan.

Covid-19-epidemia on vaikuttanut erittäin paljon perusterveydenhuollon avosairaanhoidon toimintaan vuosina 2020–2021 ja vaikeuttaa merkittävästi vuosien 2020–2021 rekisteri- ja tilastotietojen käyttöä. Toisaalta käynnit ovat useissa palveluissa vähentyneet, mutta perusterveydenhuollossa on myös toteutettu esimerkiksi Covid-19-testausta ja -rokotuksia, jotka näkyvät tilastoinnissa perusterveydenhuollon käyntisuoritteina. Epidemian vaikutuksesta käynnit terveyskeskuksissa vähenivät. Terveyskeskusten avosairaanhoidon fyysisten käyntien määrä ilman yksityisten palveluntuottajien käyntejä laski vuonna 2020 edellisvuoteen verrattuna noin 17,5 prosenttia. Käyntimäärät ovat lisääntyneet elokuusta 2020 lähtien, mutta ne eivät ole saavuttaneet kuitenkaan edellisten vuosien tasoa. 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. Ikäluokista eniten suun terveydenhuollon käynnit vähenivät 0–6-vuotiailla, joista 56 prosenttia käytti palvelua vuonna 2019, mutta vain 46 prosenttia vuonna 2020.

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 avosairaanhoitoon ja ennalta ehkäisevään terveydenhuoltoon ja vastaavasti Covid-19-tilastoduilla käynneillä on osin voitu hoitaa muitakin asioita. Covid-19-epidemian hallintaan avosairaanhoidossa kohdistuvia henkilöstömääriä ja kustannuksia ei pystytä luotettavasti erottamaan muusta toiminnasta. Avosairaanhoidon kokonaiskustannusten arviointia monimutkaistavat vuosina 2021–2022 kunnille ja sairaanhoitopiireille kohdennetut Covid-19-valtionavustukset, joiden kirjanpidollinen kohdentaminen vaihtelee.

Yllä olevan perusteella on katsottu perustelluksi käyttää nykytilan kuvauksessa vuoden 2019 toiminta- ja kustannustietoja, joiden voidaan arvioida kuvaavan vuosia 2020–2021 luotettavammin tilannetta hoitotakuun tiukentumisen tullessa voimaan keväällä 2023, kun Covid-19-epidemiasta on jo selvitty kohti normaalia. Tämän lisäksi nykytilan kuvauksessa ja vaikutusten arvioinnissa on soveltuen pyritty ajantasaistamaan tiedot siten, että otetaan huomioon loppuvuoden 2021 tilanne sekä ottamaan huomioon covid-19-epidemian pitkäaikaiset vaikutukset palvelujärjestelmään ja syntynyt hoito- ja palveluvelka.

Terveyskeskuskäyntejä oli vuonna 2019 kaikkiaan 22,8 miljoonaa (vuonna 2020 noin 23,7 miljoonaa ja vuonna 2021 noin 30,8 miljoonaa käyntiä). Näistä lääkärikäyntejä oli 5,9 miljoonaa (vuonna 2020 noin 7,0 miljoonaa ja vuonna 2021 noin 4,8 miljoonaa) ja käyntejä muun terveydenhuollon ammattihenkilökunnan luona oli 16,9 miljoonaa (vuonna 2020 noin 16,8 miljoonaa ja vuonna 2021 noin 26,0 miljoonaa). Asiakkaita oli yhteensä 3,7 miljoonaa eli 67 prosenttia väestöstä (vuonna 2020 noin 4,3 miljoonaa eli 77 prosenttia väestöstä ja vuonna 2021 noin 5,2 miljoonaa eli 94 prosenttia väestöstä). Kaikista terveyskeskuskäynneistä suhteellisesti eniten oli

perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käyntejä (44 prosenttia, vuonna 2020 noin 42 prosenttia ja vuonna 2021 noin 32 prosenttia). Yhteensä käyntejä oli 9,9 miljoonaa, ja näistä lääkärikäyntejä oli 4,7 miljoonaa. Vuonna 2020 käyntimäärä pysyi samana lääkärikäyntien määrän ollessa 4,9 miljoonaa. Vuonna 2021 avosairaanhoidon käyntejä oli 9,8 miljoonaa, ja näistä lääkärikäyntejä oli 3,8 miljoonaa. Vuonna 2019 perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käyntejä oli keskimäärin 3,8 käyntiä yhtä asiakasta kohden (vuosina 2020 ja 2021 noin 3,4 käyntiä yhtä asiakasta kohden). Avosairaanhoidon asiakkaita oli vuoden aikana 2,6 miljoonaa eli 44 prosenttia väestöstä, vuosina 2020 ja 2021 avosairaanhoidon asiakkaita oli vuoden aikana 2,9 miljoonaa (53 prosenttia väestöstä). Vuoden 2021 luvuissa pitää huomioida, että Helsinki, Kerava ja Kauniainen muuttuivat Apotin käyttäjiksi 5/2021 ja näiden kuntien käyntitiedot ovat matalampia kuin aiempina vuosina. Lisäksi koronarokotuskäynnit nostivat hoitajien käyntien määriä vuonna 2021.

Terveyskeskusten avohoidon lääkäripalveluja käyttäneiden asukkaiden osuuksissa on eroja maakunnittain. Uudellamaalla perusterveydenhuollon avohoidon lääkärin asiakkaina oli 46 prosenttia asukkaista vuonna 2019 kun taas Etelä-Pohjanmaalla osuus oli 65 prosenttia.

Vuonna 2019 suun terveydenhuoltoon tehtiin 5,3 miljoonaa käyntiä (vuonna 2020 noin 4,3 miljoonaa käyntiä ja vuonna 2021 noin 4,7 miljoonaa käyntiä). Väestöstä 36 prosenttia (vuonna 2020 noin 32 prosenttia) käytti terveyskeskusten suun terveydenhuollon palveluita. Asiakkaita oli 2,0 miljoonaa (vuonna 2020 noin 1,8 miljoonaa). Yhdellä suun terveydenhuollon asiakkaalla oli keskimäärin 2,7 käyntiä (vuonna 2020 keskimäärin 2,4 käyntiä). Käynneistä 70 prosenttia (vuonna 2020 noin 72 prosenttia) tehtiin hammaslääkärille. Terveyskeskusten hammaslääkäripalveluja käyttäneiden asukkaiden osuuksissa on eroja maakunnittain. Uudellamaalla asukkaista 32 prosenttia (vuonna 2020 noin 28 prosenttia) käytti suun terveydenhuollon palveluja, kun taas Etelä-Pohjanmaalla osuus oli 42 prosenttia (vuonna 2020 noin 41 prosenttia). Nordic Healthcare Groupin tekemän selvityksen mukaan suun terveydenhuollon yhden hoitajakson pituus terveyskeskuksissa (väestöpohja noin 3 miljoonaa henkilöä) oli vuonna 2019 keskimäärin 2,5 kuukautta (mediaani 2,6 kuukautta). Hoitajakson eri hoitokäyntien väli oli näin ollen karkeasti arvioiden keskimäärin noin 6 viikkoa, koska yhdellä henkilöllä oli keskimäärin 2,7 käyntiä.

	v. 2019	v. 2020	v. 2021
Terveyskeskuskäynnit yhteensä (milj. käyntiä)	22,8	23,7	30,8
Käyntejä lääkärillä (milj. käyntiä)	5,9	7,0	4,8
Käyntejä muulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä (milj. käyntiä)	16,9	16,8	26,0
Suun terveydenhuollon käynnit yhteensä (milj. käyntiä)	5,3	4,3	4,7

Taulukko 1. Toteutuneet käynnit perusterveydenhuollossa v. 2019–2021.

Vuonna 2019 perusterveydenhuollon mielenterveyshuollon asiakkaita oli 117 436 (116 229 henkilöä vuonna 2020 ja 124 236 henkilöä vuonna 2021) ja käyntejä 827 468 (726 693 vuonna 2020 ja 800 895 vuonna 2021). Perusterveydenhuollon päihdetyön asiakkaita oli vuonna 2019 yhteensä 34 996 (33 191 henkilöä vuonna 2020 ja 32 789 henkilöä vuonna 2021) ja käyntejä 437 655 (373 504 vuonna 2020 ja 431 584 vuonna 2021). Mielenterveyden häiriöiden perusterveydenhuolto toteutuu perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottokäynteinä sekä mielen-

terveystyön käynteinä perusterveydenhuollon avohoidon osana. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden (STM 2019:2) mukaisesti perusterveydenhuollolla tarkoitetaan lisäksi perusterveydenhuollon erillisiä mielenterveystyöryhmiä ja päihdetyöryhmiä sekä A-klinikkatyyppejä yksiköitä silloin, kun niiden toimintaa ei ole järjestetty erikoissairaanhoidon yhteydessä. Erillisten yksiköiden integraatio muuhun perusterveydenhuoltoon on jäänyt niukaksi, ja hoidon kapasiteetti ei vastaa mielenterveyden häiriöiden ja päihde- ja riippuvuushäiriöiden yleisyyttä.

Perusterveydenhuollon osuus mielenterveyshäiriöiden hoidosta on vähäistä verrattuna erikoissairaanhoidon. Tähän saattavat pienessä määrin vaikuttaa myös kirjauskäytännöt. Esimerkiksi perusterveydenhuollon lääkärin mielenterveyskäynnit tai päihdekäynnit eivät kirjaudu mielenterveystyön tai päihdetyön käynneiksi, vaan avosairaanhoidoksi.

Terveyskeskuksista saadut käyntitiedot vuosilta 2019–2020 ovat osin puutteellisia. Terveyskeskuskäyntien ja suun terveydenhuollon käyntien määrää ei siten suoraan voi verrata aikaisempiin vuosiin. Lisäksi toisen asteen opiskelijoiden avosairaanhoidon kirjataan tällä hetkellä terveysasemilla perusterveydenhuollon avosairaanhoidoksi, joten sen määrä sisältyy koko perusterveydenhuollon käyttöön eikä sitä voida tarkastella erillisenä.

Yksityiset palveluntuottajat ovat alkaneet tuottaa perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitustietoja (Avohilmo) vuonna 2020. Avosairaanhoidon ja työterveyshuollon käyntejä ei siten voi verrata täysin aiempiin vuosiin. Avohilmo-rekisteriin toimitettavien työterveyshuollon tietojen määrä kasvoi vuonna 2020 noin kahdella miljoonalla käynnillä edellisvuoteen verrattuna. Kaikista kirjatuista avohoidon terveystieteidenkäynneistä noin 10 prosenttia oli työterveyshuollon käyntejä vuonna 2020.

Tilastoinnissa ”käynti” tarkoittaa konkreettisen vastaanotolla käynnin lisäksi myös muita hoitotapahtumia, esimerkiksi puhelua, jotka korvaavat vastaanottokäynnin. Toisin sanoen ”käynti” sisältää muun muassa puhelua, kirjevastauksia, sähköistä asiointia ja reaaliaikaista etäasiointia. Vuonna 2020 Avohilmo-tietoihin kertyi 10,7 miljoonaa etäasiointikäyntiä. Etäasiointit avosairaanhoidossa kasvoivat sekä lääkäri- että sairaanhoitaja/terveydenhoitajakäynneissä edellisvuoteen verrattuna. Vuonna 2020 avosairaanhoidon etäasiointeja lääkärille oli noin kaksi miljoonaa, 21 prosenttia enemmän kuin vuonna 2019. Etäasiointien määrä sairaanhoitajalle/terveydenhoitajalle kasvoi fyysisten vastaanottokäyntien määrää suuremmaksi vuonna 2020. Avosairaanhoidon etäasiointeja sairaanhoitajalle/terveydenhoitajalle oli noin 5,4 miljoonaa, 24 prosenttia enemmän kuin vuonna 2019. Kaikista etäasiointikäynneistä kiireettömät käynnit muodostavat valtaosan, päivystyskäyntejä näissä yhteystavoissa oli vain 3 prosenttia vuonna 2020.

Suun terveydenhuollossa etäasiointi on vähäistä, mutta se on lisääntynyt huomattavasti kahden viimeisen vuoden aikana. Esimerkiksi syyskuussa 2021 reaaliaikaisia etäasiointikäyntejä kirjattiin noin 6 000, mikä on 69 prosenttia enemmän kuin syyskuussa 2019.

Terveyskeskuksissa on tapahtunut tehtävien uudelleen jakoa ammattiryhmien välillä, esimerkiksi hoitajilla on omia kiirevastaanottoja ja fysioterapeutit tutkivat ja hoitavat sovittuja potilaita suoravastaanotoillaan ilman edeltävää lääkärikäyntiä. Lääkäreiden vastaanottokäyntien kokonaismäärä on vähentynyt viime vuosina, mutta samaan aikaan hoitajien vastaanottomäärät ovat lisääntyneet. Samoin viime vuosina Covid-19-epidemiaa edeltävällä ajalla hammaslääkärikäynnit ovat vähentyneet, mutta suuhygienistikäynnit lisääntyneet.

Eri tutkimusten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista noin 10 prosenttia käyttää paljon ja usein eri palveluja. Heidän käyttämiensä sote-palvelujen kulut ovat arviolta noin 80 prosenttia kaikista kustannuksista. Esimerkiksi Kunnallisanalan kehittämissäätiön rahoittamassa

vuonna 2018 julkaistussa tutkimuksessa (Hujala & Lammintakanen) yhteisasiakkaiden palvelujen nykytilanne koettiin kentällä huonoksi. Valtaosa (80 %) vastaajista koki, että paljon palveluja käyttävän asiakkaan on hankala löytää tarvitsemansa palvelut. Vastaavaa tutkimusnäyttöä on olemassa myös kansainvälisesti. Monialainen yhteistyö on ollut yksi tavoiteltava ja tutkimuksissa korostettu keino vastata paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tarpeisiin.

2.3.3 Hoidon tarpeen arvio, hoitoon pääsy ja hoidon syyt

Hoidon tarpeen arvio tapahtuu perusterveydenhuollossa monin eri tavoin. THL:n vuonna 2019 tehdyn terveystieteiden avosairaanhoidon järjestelyt -kyselyn¹⁰ mukaan kiireettömissä ajanvarauksissa noin 80 prosenttia hoidon tarpeen arvioinneista tehdään puhelimitse. Terveysasemilla on myös walk in -vastaanottoja, joissa potilaat tulevat ilman ajanvarausta hoitajan vastaanotolle ja he ohjautuvat sieltä tilanteen mukaan lääkärin tutkittavaksi. Suun terveydenhuollossa hoidon tarpeen arvio tehdään lähes aina puhelimitse. Yleisimmin hoidon tarpeen arvion tekevät sairaan- tai terveydenhoitajat, suun terveydenhuollossa hammashoitajat.

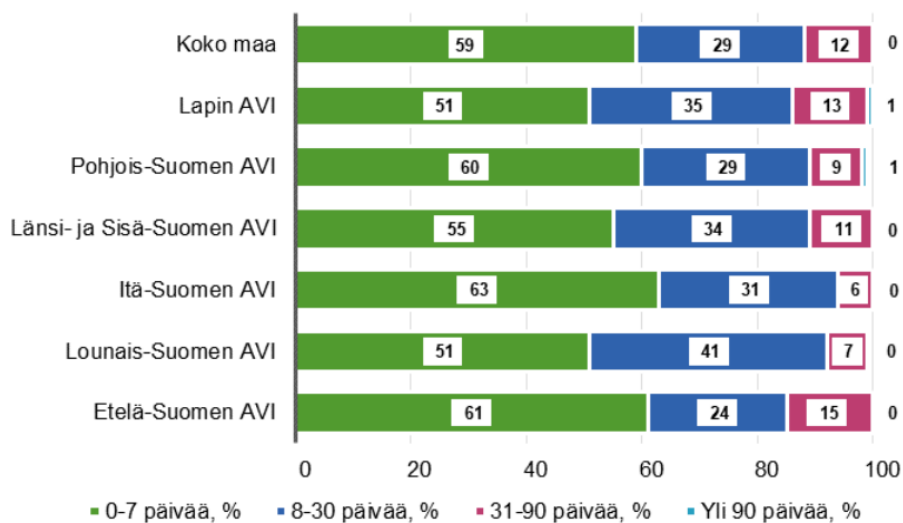
Hoidon tarpeen arvioinnissa sähköiset välineet ovat kehittyneissä nopeasti, esimerkiksi erilaiset viestiyhteydet, chat ja oirearviot. Vuoden 2019 terveystieteiden kyselyn mukaan noin kolmasosa terveystieteiden tarjosi mahdollisuuden sähköiseen oirearviopalveluun. Hieman yli puolet Suomen väestöstä asui alueella, jossa järjestäjä tarjosi mahdollisuuden sähköisen oirearviopalvelun käyttöön ja sen kautta yhteydenottoon terveysasemalle. Lähes 40 prosenttia järjestäjistä tarjosi asiakkailleen mahdollisuuden sähköiseen ajanvaraukseen hoitajalle. Näiden järjestäjien alueella asui lähes 60 prosenttia väestöstä. Sähköinen ajanvarausmahdollisuus oli selvästi harvinaisempaa lääkärin vastaanotolle, sillä vain seitsemän prosenttia järjestäjistä oli mahdollistanut sähköisen ajanvarauksen lääkärille. Lääkärin ja hoitajan työnjako terveysasemilla oli tavallisesti organisoitu niin, että lääkärivastaanotolle saattoi varata ajan vasta hoitajan tekemän hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Tämä voi osin selittää sähköisen ajanvarauksen vähäisyyttä lääkärivastaanotolle. Sähköisten palvelujen osuus on kuitenkin vielä vähäinen.

Terveysasemien aukioloajat vaikuttavat hoidon saatavuuteen ja palvelujen käyttöön. Järjestäjät saavat itse päättää terveysasemiensa virka-ajan ulkopuolisesta aukiolosta eli siitä, tarjotaanko kiireettömän hoidon vastaanottoa tai kiirevastaanottoa aamulla ennen virka-ajan alkua, iltapäivän virka-ajan jälkeen ja viikonloppuisin. THL:n vuoden 2019 kyselytutkimuksen mukaan lähes 30 prosentilla terveysasemista oli jonkinlaista virka-ajan ulkopuolista vastaanottoa vähintään kerran viikossa. Kaksi kolmasosaa järjestäjistä tarjosi virka-ajan ulkopuolista vastaanottoa, mutta monilla järjestäjillä virka-aikaa laajempaa vastaanottoa oli vain yhdellä terveysasemalla. Säännöllistä kiireetöntä virka-ajan ulkopuolista vastaanottoa tarjosi noin 14 prosenttia terveysasemista. Vastaanottojen laajuus vaihteli: sitä saatettiin tarjota esimerkiksi vain yhtenä iltana viikossa tai joka arki-ilta, minkä lisäksi aukioloajat vaihtelivat. Joka arki-ilta kiireetöntä iltavastaanottoa oli vain noin neljällä prosentilla asemista. Terveysasemilla järjestettiin myös satunnaisia iltavastaanottoja jonojen purkamiseksi. Viikonloppuisin kiireettömän hoidon tarjoaminen oli erittäin vähäistä. Kiireellisen hoidon vastaanoton järjestäminen virka-ajan ulkopuolella oli kiireettömän hoidon vastaanottoa yleisempää.

Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2021 -THL:n tilastoraportin 45/2021 mukaan lokakuussa 2021 kiireettömille lääkärin avosairaanhoidon vastaanottokäynneille pääsi noin 60 prosentissa käynneistä viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista kaikkien aluehallintovirastojen (AVI) alueilla. Yli kolme kuukautta lääkärin vastaanottokäyntiä odotettiin Pohjois-Suomen ja

¹⁰ <https://www.julkari.fi/handle/10024/138981>

Lapin aluehallintoviraston alueella yhdessä prosentissa hoitoon pääsyn käynneistä. Mukana tarkastelussa ovat etäasioinnit ja fyysiset käynnit. Aluehallintovirastojen toimialueittain tarkasteltaessa tässä oli eroja Itä-Suomen 63 prosentista Lounais-Suomen ja Lapin 51 prosenttiin. Potilaat pääsevät sairaanhoitajan vastaanotolle yleensä nopeammin kuin lääkärin vastaanotolle. Lokakuussa 2021 88 prosenttia käynneistä kiireettömään hoitoon sairaan- / terveydenhoitajan vastaanotolle toteutui viikon kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista tapauksissa, joissa hoitoon pääsyyn kulunut aika oli tiedossa.



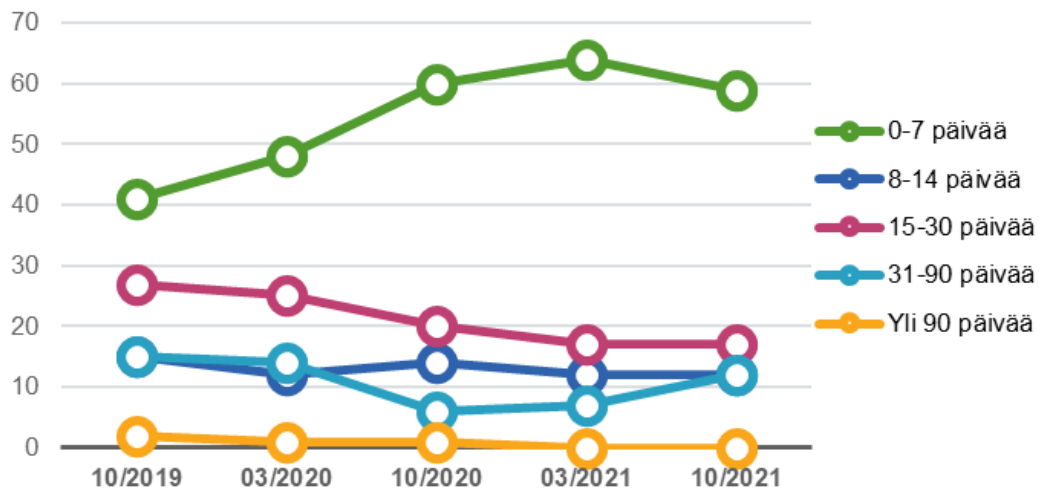
KUVIO 1. Toteutuneiden kiireettömien käyntien odotusajat hoidon tarpeen arvioinnista lääkärin vastaanotolle eri aluehallintovirastojen alueella lokakuussa 2021, osuus käynneistä (%) (Lähde: Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2021. THL:n tilastoraportti 45/2021)

Vuoden 2021 osalta hoidon tarpeen arviointiin perustuvien kiireettömien lääkärikäyntien hoitoon pääsyn tietojen osuus kaikista kiireettömistä lääkärikäynneistä oli koko maassa 15 prosenttia ja kiireettömien sairaan/terveydenhoitajakäyntien hoitoon pääsyn tietojen osuus kaikista toteutuneista kiireettömistä sairaan/terveydenhoitajakäynneistä oli koko maassa kahdeksan prosenttia. Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn tietoja voidaan raportoida myös odotusaikoina varhaisimman aikaleiman (yhteydenotto, hoidon tarpeen arviointi tai ajanvaraus) mukaisista tiedoista. Hoitoon pääsyn tietojen osuus on huomattavasti kattavampi (80 %) kaikista avosairaanhoidon kiireettömistä etäasioinneista tai fyysistä sairaanhoidon käynneistä, kun tiedot poimitaan varhaisimman aikaleiman mukaisista tiedoista. Tarkasteltaessa hoitoon pääsyn käyntejä varhaisimman aikaleiman mukaisista tiedoista koko maan alueella 56 prosenttia käynneistä toteutui viikon sisällä lääkärin kiireettömille sairaanhoidon käynneille.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi –THL:n työpaperin 7/2022 mukaan yli 7 vuorokautta hoidon tarpeen arvioinnista lääkärin vastaanotolle odottaneiden osuus oli lokakuussa 2021 yli puolet kaikista toteutuneista kiireettömistä lääkärin vastaanottokäynneistä Varsinais-Suomen, Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pohjois-Savon, Keski-Suomen, Etelä-Karjalan, Kymenlaakson, Länsi-

Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan tulevien hyvinvointialueiden alueilla. Pienin osuus (neljäsosa tai vähemmän kaikista toteutuneista kiireettömistä lääkärin vastaanottokäynneistä) yli 7 vuorokautta odottaneita oli Keski-Pohjanmaan, Pohjois-Karjalan, Keski-Uudenmaan ja Vantaa-Keravan alueilla. Vuoden 2021 osalta hoidon tarpeen arviointiin perustuvien kiireettömien lääkärikäyntien hoitoon pääsyn tietojen osuus vaihteli 2-39 prosenttiin välillä kaikista lääkärin kiireettömistä käynneistä. Neljän alueen osalta tätä tietoa ei ilmoitettu.

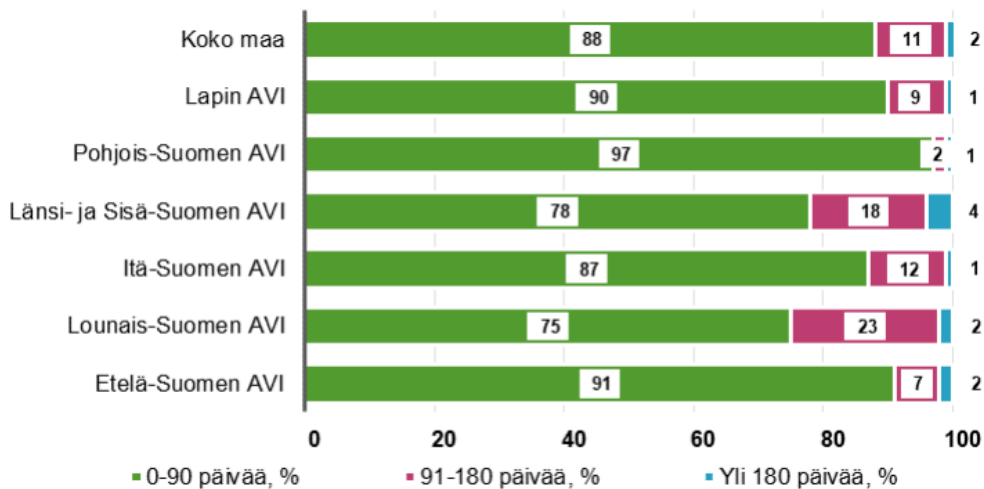
THL:n Avohilmoitilastojen mukaan helmikuussa 2022 kiireettömille lääkärin avosairaanhoidon vastaanottokäynneille pääsi 75 prosentissa käynneistä 14 vuorokauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Maakunnista hoitoon pääsy oli parasta Keski-Pohjanmaalla (97 % vastaanottokäynneistä toteutui 14 vuorokauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista) ja Pohjois-Karjalassa (93 % käynneistä toteutui 14 vuorokauden sisällä). Haasteellisin tilanne oli Pohjois-Savon, Etelä-Savon ja Etelä-Karjalan maakunnissa, käynneistä hoitoon pääsy toteutui 14 vuorokauden sisällä vastaavasti 54 %:ssa, 66 %:ssa ja 69 %:ssa. Kainuun maakunnassa raportoitujen hoitopääsykäyntien määrä oli liian pieni johtopäätösten tekemiseksi.



KUVIO 2. Toteutuneiden kiireettömien käyntien (mukana sekä fyysiset vastaanottokäynnit että etäasioinnit) odotusajat hoidon tarpeen arvioinnista lääkärin avosairaanhoidon vastaanotolle 10/2019 – 10/2021, % (Lähde: Lähde: Hoitopääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2021. THL:n tilastoraportti 45/2021)

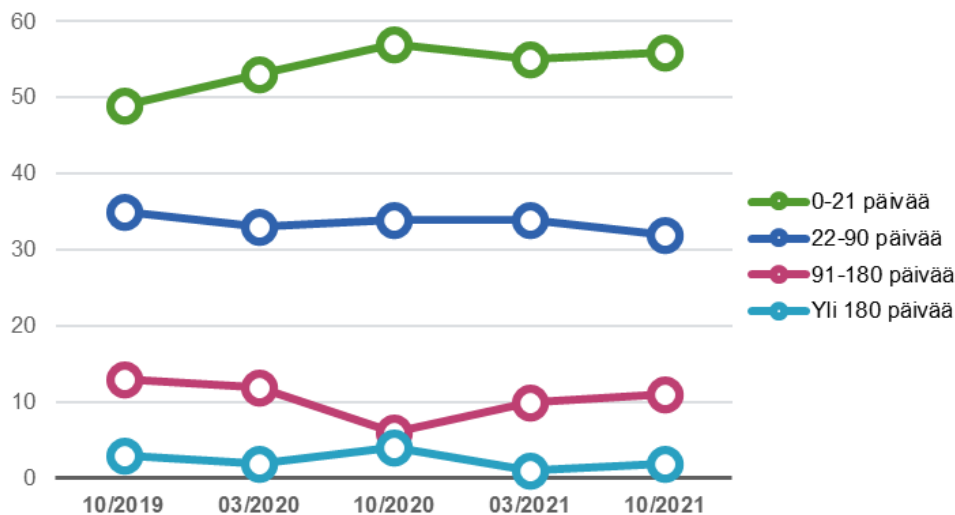
Helmikuussa 2022 kiireettömille sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan avosairaanhoidon vastaanottokäynnille pääsi 95 prosentissa käynneistä 14 vuorokauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Lapin ja Uudenmaan maakunnissa 97 % käynneistä toteutui 14 vuorokauden sisällä. Haasteellisin tilanne oli Keski-Pohjanmaan ja Etelä-Savon maakunnissa, joissa käynneistä toteutui 14 vuorokauden sisällä 79 % ja 83 % vastaavasti.

Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2021 -THL:n tilastoraportin 45/2021 mukaan lokakuussa 2021 kiireettömille hammaslääkärin vastaanottokäynneille pääsi noin 90 prosentissa käynneistä kolmen kuukauden sisällä ja noin 2 prosentissa käynneistä yli kuuden kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista kaikkien aluehallintovirastojen alueilla. Aluehallintovirastokohtaiset prosenttiosuudet olivat: Pohjois-Suomi 97 (1), Etelä-Suomi 91 (2), Lappi 90 (1), Itä-Suomi 87 (1), Länsi- ja Sisä-Suomi 78 (4) ja Lounais-Suomi 75 (2). (Kuvio 3) Vuoden 2021 osalta hoidon tarpeen arviointiin perustuvien kiireettömien suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn tietojen osuus kaikista kiireettömistä suun terveydenhuollon käynneistä oli koko maassa 20 prosenttia.



KUVIO 3. Toteutuneiden kiireettömien käyntien odotusajat hoidon tarpeen arvioinnista hammaslääkärille eri aluehallintovirastojen alueella lokakuussa 2021, osuus (%) (Lähde: Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2021. THL:n tilastoraportti 45/2021)

THL:n Avohilmo-rekisteritietojen mukaan vastaavasti hyvinvointialuekohtaiset osuudet koko vuoden 2021 osalta hammaslääkärin vastaanotolle kolmen kuukauden ja (yli kuuden kuukauden) sisällä hoitoon päässeistä olivat seuraavat: Etelä-Karjala 88 (0,2), Etelä-Pohjanmaa 93 (1), Etelä-Savo 85 (1), Helsinki 99 (0,1), Itä-Uusimaa 95 (0,1), Kainuu 37 (2), Kanta-Häme 94 (0,2), Keski-Pohjanmaa 80 (18), Keski-Suomi 91 (2), Keski-Uusimaa 99 (0,2), Kymenlaakso 79 (5), Lappi 93 (2), Länsi-Uusimaa 89 (1), Pirkanmaa 70 (2), Pohjanmaa 95 (0,2), Pohjois-Karjala 81 (0,5), Pohjois-Pohjanmaa 97 (1), Pohjois-Savo 91 (3), Päijät-Häme 90 (0,2), Satakunta 74 (3), Vantaa-Kerava 88 (2) ja Varsinais-Suomi 73 (2).



KUVIO 4. Toteutuneiden kiireettömien käyntien odotusajat hoidon tarpeen arvioinnista hammaslääkärille 10/2019 – 10/2021, % (Lähde: Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2021. THL:n tilastoraportti 45/2021)

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden hankkeissa puolet hyvinvointialueista on kirjannut tavoitteeksi suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn parantamisen. Tämä tavoite on kirjattu seuraavilla alueilla: Etelä-Karjala, Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Keski-Pohjanmaa, Pirkanmaa, Pohjanmaa, Pohjois-Karjala, Päijät-Häme, Itä-Uusimaa, Vantaa-Kerava ja Varsinais-Suomi.

Covid-19-epidemian vauhdittamana etäasiointi ja erilaiset uudet toimintamallit terveyskeskuksissa ovat lisääntyneet, mikä näkyy lisääntyneinä etäasiointeina myös hoitoon pääsyn tiedoissa. Siksi myös perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn raportointia on laajennettu etäasiointitiedoilla. Niiden etäasiointikäyntien, joista hoitoon pääsyn tiedot olivat käytettävissä, osuus kaikista avosairaanhoidon kiireettömistä käynneistä lääkärin vastaanotolle oli noin 7 prosenttia maaliskuussa 2021.

Käyntisyiden kirjaamisessa on puutteita sekä alueellista vaihtelua, riippumatta kirjaajan ammattiryhmästä. Tämä vaikeuttaa sen arvioimista, miten käyntisyys todellisuudessa jakautuvat. Kaikkien terveyskeskusten avosairaanhoidon lääkärin fyysisten vastaanottokäyntien diagnoosien kirjausaste vuonna 2020 oli 65,9 prosenttia (64,8 % vuonna 2019) ICD-10-luokituksella ja 6,5 prosenttia (8,1 % vuonna 2019) ICPC-2-luokituksella. Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien avosairaanhoidon vastaanottokäyntien käyntisyiden kirjausaste laski hieman vuoteen 2019 nähden, ja se oli ICD-10-luokituksella 7,9 prosenttia (8,0 % vuonna 2019) ICD-10- ja ICPC-2-luokituksella 58,8 prosenttia (63,2 % vuonna 2019). Lääkärin avosairaanhoidon vastaanotolla 11 terveyskeskuksessa (17 terveyskeskuksessa vuonna 2019) diagnoosi oli kirjattu harvemmin kuin joka neljännellä käynnillä.

Vuonna 2019 ruuansulatuselinten sairaudet (22,1 % kaikista ICDC 10-koodeilla kirjatuista käyntisyistä), verenkiertoelinten sairaudet (11,1 % käyntisyistä), mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (8,2 % käyntisyistä), tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairaudet (7,5 % käyntisyistä), hermoston sairaudet (7,1 % käyntisyistä), umpierityssairaudet, ravitsemussairaudet ja aineenvaihduntasairaudet (5,6 % käyntisyistä) ja muualla luokittamattomat oireet, sairaudenmerkit sekä poikkeavat kliiniset ja laboratoriolöydökset (5,0 % käyntisyistä) kattoivat noin kaksi kolmasosaa kaikista ICDC10-koodeilla kirjatuista käyntisyistä. Lisäksi perusterveydenhuollossa on suuri määrä käyntejä, joiden koodi ei ilmaise sairautta tai oiretta vaan se liittyy muihin tekijöihin jotka vaikuttavat terveydentilaan tai yhteydenottoihin terveystalvelujen tuotajiin. Näitä ovat esimerkiksi syntyvyyden säännöstely tai terveystarkastus. Mielenterveyden häiriöitä kirjattaneen vähemmän kuin mitä potilailla niitä on. Somaattisesti sairailia henkilöillä on merkitsevästi enemmän mielenterveyden häiriöitä kuin yleisväestössä, ja on arvioitu, että perusterveydenhuollon potilaista mielenterveyshäiriötä esiintyy 25–35 prosentilla.

Suun terveydenhuollossa käyntisyiden kirjaamisaste joko ICD-10- tai ICPC2-luokituksella oli 68 prosenttia vuonna 2019, 71 prosenttia vuonna 2020 ja 72 prosenttia vuonna 2021. Valtaosa (77 % vuonna 2021) ICDC-10-koodeilla kirjatuista käyntisyistä oli ruuansulatuselinten sairauksia.

Pitkät odotusajat terveystakeskuksen palveluihin heijastuvat yhteispäivystyksiin, jonne osa potilaista hakeutuu ei-päivystyksellisen vaivan vuoksi. Yhä useampi päivystyksen käyttäjä on monisairas iäkäs henkilö. Hänelle päivystys on usein epätarkoituksenmukainen hoitopaikka, koska tilanteen laaja-alainen selvittely tai arkipäivän hoidon jatkuvuus eivät toteudu päivystyksessä hänen kohdallaan. Avohilmo- ja TerveystHilmo-rekisteritietojen perusteella perustasolla toteutuu noin kaksi miljoonaa päivystyskäyntiä vuodessa. Päivystyskäyntien lukumäärä kasvoi 6,6 prosenttia vuodesta 2017 vuoteen 2018, mikä tarkoittaa noin 130 000 käynnin kasvua. Vuosina 2019 ja 2020 päivystyskäyntien määrä väheni. Kuitenkin yhteispäivystysten käyntimäärä kasvoi myös vuodesta 2018 vuoteen 2019 vähentyen reilusti Covid-19-epidemian takia vuonna 2020. Yhteispäivystysten käyntimäärien tarkkaa arviointia vaikeuttaa se, että osa yhteispäivystyksyksiköistä ei erittele toimintaansa perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon, eikä niiden toiminnasta näin ollen ole saatavilla erikseen yleislääketieteen käyntejä. Käynneistä noin 60 prosenttia on lääkärikäyntejä ja 40 prosenttia muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden toteuttamia.

2.3.4 Väestön kokemus hoidon tarpeeseen vastaamisesta ja hoitopääsystä

Koska tilastotieto hoitoon pääsystä on puutteellista, hoitoon pääsyn nykytilaa on tarkoituksenmukaista arvioida myös väestön kokemuksen perusteella. THL toteuttaa yhdessä terveystakeskusten kanssa lääkärin ja hoitajien vastaanottojen asiakaspalautekyselyn¹¹ joka toinen vuosi. Viimeisimmässä asiakaspalautekyselyssä syksyllä 2020 asiakkaat kokivat saavansa pääsääntöisesti ammattitaitoista palvelua (4,7/5) ja hoidon/palvelun tarve koettiin arvioidun ammattitaitoisesti (4,7/5). Palautetta annettiin kuitenkin hoidon saatavuudesta ja palaute oli valtaosin negatiivista. Erityisesti yhteydenotossa ja vastaanottoajan saamisessa koettiin olevan vaikeutta ja ruuhkaisuutta. Osassa suuria kaupunkeja yhteydenaanti oli pieniä kuntia hankalampaa. Palautteiden mukaan lääkärille ei saanut aikaa, vaan asiakkaita ohjattiin hoitajalle ja vasta hoitajan

¹¹ <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus/asiakaspalaute/terveysasemien-asiakaspalaute> , viitattu 11.4.2022

arvioon perustuen mahdollisesti lisäksi lääkärille. Vastauksissa oli eroja maakuntien sisällä. Covid-19-epidemian ei havaittu vaikuttaneen terveysasemilla asiointien tyytyväisyyteen, vaan tulokset olivat samansuuntaiset kuin vuonna 2018.

Suun terveydenhuollossa toteutettiin vastaavanlainen asiakastyytyväisyyskysely hammaslääkäreiden ja suuhygienistien vastaanotoista viimeksi vuonna 2018¹². Tuolloin asiakkaat olivat hyvin tyytyväisiä julkisten hammashoitoloiden palveluihin; kokonaisarvosana palveluista oli 4,8/5. Alueelliset erot olivat vähäisiä, asiakastyytyväisyys vaihteli Keski-Pohjanmaan 4,6:sta Päijät-Hämeen 4,9:ään. Erityisen tyytyväisiä oltiin henkilökunnan osaamiseen ja ammattitaitoon, asiakkaiden kohtaamiseen, palvelun hyödyllisyyteen ja yksityisyyden suojaan (4,8). Vähiten tyytyväisiä oltiin hinnoista kertomiseen (3,6), hinta-laatusuhteeseen (4,2) ja yhteydenaamisen helpouteen (4,4). Tyytyväisyys palvelujen toteutumiseen kohtuujassa oli parantunut vuodesta 2014 (4,2) vuoteen 2018 (4,6), mikä liittyy siihen, että kunnissa oli purettu pitkiä hoitojonoja ja entistä suurempi osa vastaanottokäynneistä toteutui alle kolmessa kuukaudessa hoidon tarpeen arvioinnista. Alueelliset erot olivat tässäkin pieniä, vuonna 2018 arvostamat vaihtelivat 4,4:stä 4,8:aan. Kysely toteutettiin jälleen marraskuussa 2021, ja sen tulokset ovat käytettävissä keväällä 2022.

Finsote-tutkimuksessa vuonna 2020¹³ selvitettiin otostutkimuksella 20 vuotta täyttäneiltä, kuinka suuri osa vastanneista olisi tarvinnut lääkärin tai hoitajan taikka hammaslääkärin vastaanottopalvelua, mutta palvelua ei saatu tai se ei ollut riittävää. Koko maassa lääkärin vastaanottopalveluita koki saaneensa riittämättömästi 19,8 prosenttia ja hoitajan vastaanottopalveluita 13,7 prosenttia vastanneista. Kun vastauksia tarkastellaan hyvinvointialueittain, havaitaan alueellisia eroja vastaanottopalveluita riittämättömästi saaneiden osuudessa. Lääkärin vastaanottopalvelujen saatavuus koettiin riittämättömäksi Vantaa-Keravan (25,1 %), Helsingin (24,1 %), Päijät-Hämeen (23,3 %), Kainuun (23,1 %) ja Pohjois-Karjalan (23 %) hyvinvointialueiden alueilla. Vähiten lääkärin vastaanottopalvelujen saatavuuden riittämättömyyttä raportoitiin Pohjois-Savon (13,9 %) ja Keski-Pohjanmaan (14,5 %) hyvinvointialueiden alueilta. Hoitajan vastaanottopalvelut koettiin olevan lääkäripalveluja paremmin saatavilla, mutta näidenkin saatavuuden riittämättömyyttä raportoitiin eniten Vantaa-Keravan (20,2 %) hyvinvointialueelta. Etelä-Pohjanmaan (8,8 %) ja Pohjois-Savon (9,8 %) alueilta vastaajat ilmoittivat vähiten ongelmia hoitajan vastaanottopalvelun saatavuuden riittävydessä.

Hammaslääkärin palveluja riittämättömästi koki saaneensa 23,3 prosenttia niitä tarvinneista. Tulevin hyvinvointialueittain tarkasteltuna, eniten hammaslääkäripalvelujen riittämättömyyttä koettiin Helsingissä (33,3 %), Kainuussa (31,7 %), Länsi-Uudellamaalla (27,8 %) ja Itä-Uudellamaalla (27,2 %). Vähiten hammaslääkäripalvelujen riittämättömyyttä puolestaan koettiin Etelä-Pohjanmaalla (13,5 %), Kanta-Hämeessä (18,8 %), Lapissa (18,9 %) ja Etelä-Savossa (19,0 %).

Noin 1,2 miljoonalla suomalaisella on yksityinen sairauskuluvakuutus, ja lisäksi yksityisiä palveluja käytetään myös omalla kustannuksella. Yksityisten sairauskuluvakuutusten suosio ja suosion lisääntyminen vuodesta 2000 lähtien saattavat osaltaan ilmentää tyytymättömyyttä julkisen terveydenhuollon kykyyn vastata väestön palvelutarpeisiin sekä myös kokemusta hoitoon

¹² <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus/asiakaspalaute/ham-mashoitoloiden-asiakaspalaute>, viitattu 11.4.2022

¹³ <https://www.julkari.fi/handle/10024/142634>

pääsyn hitaudesta¹⁴. Hammashoidon sairauskuluvakuutukset ovat harvinaisia, mutta yhteiskunnan tukemista aikuisten hammashoidon käynneistä noin 43 prosenttia toteutui yksityissektorilla vuonna 2019. Odotusajat yksityisvastaanotoille ovat lyhyitä, usein kiireettömän ajan saa jo samaksi tai seuraavaksi päiväksi, kun julkisella sektorilla kiireetön käynti toteutuu tavallisimmin kolmen kuukauden kuluessa.

Vuoden 2021 kouluterveyskyselyn mukaan 4,7 % niistä ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista, joilla on ollut tarve päästä lukuvuoden aikana oppilaitoksen terveydenhoitajan luo muuten kuin terveystarkastuksessa, ei ole päässyt tämän vastaanotolle yrityksistä huolimatta. Lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoiden osalta vastaava osuus on 4,4 %. Kouluterveyskyselyn mukaan 6 % niistä ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista, joilla on ollut tarve päästä lukuvuoden aikana oppilaitoksen lääkärin luo muuten kuin terveystarkastuksessa, ei ole päässyt tämän vastaanotolle yrityksistä huolimatta. Lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoiden osalta vastaava osuus on 3,9 %.

Covid-19-epidemian aikana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä pystyi edelleen hyvin vastaamaan väestön kiireellisiin palvelutarpeisiin, mutta kiireettömiä palveluja ei täysin pystytty toteuttamaan normaalioloja vastaavalla tavalla. Epidemiasta johtuneet fyysisten vastaanottoaikojen peruminen sekä paikoin tapahtunut yhteydensaannin ruuhkautuminen terveysasemille ovat vaikuttaneet negatiivisesti väestön kokemukseen hoidon tarpeeseen vastaamisesta. Suun terveydenhuollossa kiireetön hoito ajettiin monin paikoin alas epidemian alkuvaiheessa, koska koronaviruksen ajateltiin mahdollisesti leviävän hammashoidossa. Myös neuvoloissa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluissa epidemiauhkaan ja mahdolliseen hoidontarpeen kasvuun varauduttiin siirtämällä henkilöstöä koronatehtäviin tai muihin työtehtäviin. Varautuminen johti kiireettömien palvelujen supistamiseen alueen epidemiatilanteesta riippumatta. Palvelujärjestelmä ei myöskään ole täysin kyennyt vastaamaan epidemian aikana lisääntyneeseen palvelujen kysyntään ja tarpeeseen esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluissa ja päihdepalveluissa. Myös esimerkiksi valtioneuvoston kanslian toteuttamassa Kansalaispulssi-kyselyssä¹⁵ noin 17 prosenttia vastaajista raportoi epidemian aikana vuonna 2020 ja vuoden 2021 alkupuolella huolestuneisuutta siitä, saako hän tarvitsemansa hoidon sairauteen, joka ei liity koronaan. Kyselyn tulosten perusteella huolestuneisuus on lisääntynyt jonkin verran epidemian aikana, mutta huolestuneisuutta kokevien osuus on syksyn 2021 ja alkuvuoden 2022 aikana pysynyt melko vakaana. Tammikuussa 2022 julkaistussa kyselyssä huolestuneisuutta raportoi 25 prosenttia vastaajista.

Covid-19-epidemian aikana omaksuttuun etäpalvelujen lisääntyneeseen käyttöön on liittynyt niin positiivisia kuin negatiivisia näkökohtia. Väestö on ottanut epidemian aikana etäasiointipalveluja laajasti käyttöön ja niillä on pystytty vastaamaan useisiin palvelutarpeisiin. Esimerkiksi kansallisen digipalvelu Omaolon koronavirustaudin oirearvio sekä sähköinen ajanvaraus koronatestiin ja -rokotuksiin ovat edesauttaneet nopeaa pääsyä näihin palveluihin. Kaikkien henkilöiden palveluntarpeeseen ei ole kuitenkaan voitu vastata etäpalveluin. Vaikka sähköisiä mielenterveyspalveluja on laajasti saatavilla ja Covid-19-epidemian aikana siirryttiin joustavasti tarjoamaan etäpalveluina hoitoa ja kuntoutusta, havaittiin, etteivät ne ole kaikille riittäviä. Varsinkin osa potilaiden tarvitsemista tutkimuksista, ryhmämuotoinen kuntoutus ja sosiaalisten kontaktien ylläpitäminen ovat heikosti korvattavissa etäpalveluilla.

¹⁴ Tynkkynen, L-K. Alexandersen, N. Kaarboe, O. Anell, A. Lehto, J. & Vrangbaek, K. 2018. Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country-specific contextual factors. Health policy 2018:122. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.008>

¹⁵ <https://valtioneuvosto.fi/tietoa-koronaviruksesta/kansalaispulssi>, viitattu 17.2.2022

Muutokset väestössä ja lainsäädännössä vaikuttavat olennaisesti perusterveydenhuollon palveluiden tarpeeseen. Tilastokeskuksen väestöennusteen 2021–2070¹⁶ mukaan työikäisten osuus väestöstä on tällä hetkellä 62 prosenttia. Osuus pienenee ennusteen mukaan 60 prosenttiin vuoteen 2040 ja 57 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Vuoden 2021 ennusteessa alle 15-vuotiaiden määrä vuonna 2050 olisi 712 000, mikä on 152 000 vähemmän kuin 2015 ennusteessa ja 56 000 enemmän kuin 2019 ennusteessa. Odotetaan, että 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa merkittävästi. Nykyisin 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä on 23 prosenttia, mutta 2040-luvun puoliväliin mennessä osuuden ennustetaan nousevan noin 5 prosenttiyksiköllä ylittäen 30 prosenttia jo 2050-luvun puolivälissä. Terveyskeskuksissa ikääntyneiden palvelujen tarve kasvaa voimakkaasti samaan aikaan, kun lasten ja nuorten palveluiden tarve vähenee. Muutokset näkyvät erityisen voimakkaina osassa maakuntia. Suurissa kasvukeskuksissa muutokset tapahtuvat hitaammin. Suun terveydenhuollossa kalliit oikomishoidot vähenevät lasten määrän vähentyessä, toisaalta resursseja tarvitaan lisää väestön ikääntyessä hampaallisenä.

Lähi vuosina palvelutarpeeseen vaikuttaa myös sairausvakuutuslain säädösmuutos, joka tuli voimaan 1.1.2020. Muutos siirsi työterveyshuollon korvauksien painopistettä ennaltaehkäisevään toimintaan. Tämä saattaa johtaa siihen, että osa työnantajista ei enää rahoita työntekijöidensä sairauksien hoitoa, jolloin todennäköisesti osa tästä hoidosta siirtyy toteutettavaksi julkisessa terveydenhuollossa (katso tarkemmin jakso 2.3.8). Tällä hetkellä yksityinen sairauskuluvakuutus on puolella lapsiperheistä. Julkisen perusterveydenhuollon saatavuuden parantuessa ei todennäköisesti tapahdu kovin suurta siirtymää julkisiin palveluihin, koska yksityiselle vastaanotolle pääsee usein samana päivänä tai parin päivän odotusajalla ja lisäksi ajan saa suoraan erikoislääkärille. Suun terveydenhuollon palvelut kuuluvat vain harvoin työterveyshuollon piiriin, eikä yksityisiä vakuutuksia yleensä oteta suun sairauksien hoitoon.

2.3.5 Terveysdenhuollon henkilöstö

Terveysdenhuollon ammattihenkilöiden määrä ja saatavuus

Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveysten palvelujen toimialalla työskenteli vuonna 2020 yhteensä noin 411 000 henkilöä. Heistä 276 000 työskenteli julkisella sektorilla ja 134 000 yksityisellä sektorilla. Koko toimialan työllisten määrää tarkasteltaessa on huomioitava, että alalla voi työskennellä myös tehtävissä, jotka eivät edellytä sosiaali- ja terveysalan koulutusta. Lisäksi tilastoinnissa sosiaali- ja terveysalan palveluihin lukeutuu mukaan myös lasten päivähoito. Kun sosiaali- ja terveysalan työvoimaa tarkastellaan alan ammattiryhmien valossa, todetaan, että suurin osa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöistä on lähihoitajia (n. 75 500 työllistä) ja lähes yhtä paljon on sairaanhoitajia (n. 71 200 työllistä). Yleislääkäreitä oli 7 430 ja hammaslääkäreitä 4 239 työllistä. Fysioterapeutteja oli 9 600 ja suuhygienistejä 1 886. Suurin osa koulutetuista sote-alan ammattihenkilöistä työskentelee julkisella sektorilla. Ammattiryhmittäin tässä on kuitenkin jonkin verran eroja, ja esimerkiksi fysioterapeuttien kohdalla yksityinen sektori työllistää julkista sektoria enemmän. Henkilöstön jakautuminen sektoreittain ei myöskään välttämättä ole tarkkarajaista, sillä esimerkiksi lääkärit voivat toimia samanaikaisesti sekä yksityisellä että julkisella sektorilla.

Lääkäriliiton vuoden 2019 vuositilaston mukaan Suomessa oli vuoden 2018 lopussa yhteensä 21 148 työikäistä laillistettua lääkäriä. Heistä 3 982 lääkäriä oli yleislääketieteen erikoislääkä-

¹⁶ https://www.stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn_2021_2021-09-30_fi.pdf

rin oikeudet. Tuhatta asukasta kohden Suomessa on 3,8 lääkäriä. Noin puolet lääkäreistä työskenteli päätoimisesti sairaaloissa ja noin neljäsosa terveyskeskuksissa. Yksityisillä lääkäriase-milla toimivia oli 16 prosenttia.

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

Lääkäriliitto on vuosittain selvittänyt kyselytutkimuksella terveyskeskusten johtavilta lääkäreiltä terveyskeskusten lääkärin virkojen, toimien ja tehtävien lukumäärää ja täyttötilannetta¹⁷. Kyselyssä, jossa kartoitettiin 6.10.2021 ollutta tilannetta, terveyskeskuksissa oli yhteensä 4 047 lääkärintehtävää, joista 297,5 oli täyttämättä. Lääkäritilanteen arvioi kokonaisuudessaan erittäin tai melko hyväksi 66 prosenttia vastaajista ja erittäin tai melko huonoksi 17 prosenttia vastaajista. Ei hyväksi, eikä huonoksi tilanteen arvioi 17 prosenttia vastaajista (n=133). Arviot lääkäritilanteesta olivat muuttuneet hieman negatiivisemmaksi verrattuna edelliseen vuoteen, ja kokonaistilanteen katsottiin hieman heikentyneen. Lääkäritilanteessa oli alueellisia eroja, ja lääkärivaje arvioitiin suurimmaksi Itä-Savossa (30,5 %), Pohjois-Karjalassa (25,4 %) ja Kainuussa (24,0 %). Pienin lääkärivaje oli Pohjois-Pohjanmaalla (2,0 %), Lapissa (1,8 %) ja Pirkanmaalla (1,3 %). Kyselyssä kysyttiin myös lisävakanssien tarvetta, ja reilu kolmannes (38 %) terveyskeskuksista ilmoitti tarpeen lisävakansseille. Lisävakanssien tarve oli yhteensä 203,5 kappaletta eli 5 % nykyisten vakanssien kokonaismäärästä.

Lääkäriliiton terveyskeskusten lääkäritilanne 2021 –tutkimuksen perusteella terveyskeskusten lääkärin tehtävien määrät (sisältäen ulkoistuksin ja ostopalveluin hoidetut tehtävät) hyvinvointialueilla vaihtelevat niin, että asukasmäärä terveyskeskuslääkärin tehtävää kohden oli suurin Uudellamaalla ja Etelä-Karjalan, Päijät-Hämeen ja Kymenlaakson tulevilla hyvinvointialueilla (noin 1550–1700 asukasta/ lääkärin tehtävä). Pienimmät asukasmäärät terveyskeskuslääkärin tehtävää kohden olivat tulevilla Keski-Suomen, Lapin, Etelä-Savon, Pohjois-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueilla (noin 1150–1200 asukasta/ lääkärin tehtävä).

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

Suomen Hammaslääkäriliiton, sosiaali- ja terveysministeriön, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja KT Kuntatyönantajien yhteistyönä toteutetun työvoimaselvityksen mukaan 6.10.2021 terveyskeskuksissa oli 1 966 hammaslääkäriavakanssia, joista 141 oli tyhjänä. Hammaslääkäriavaje oli noussut edellisen vuoden 5,1 prosentista 7,1 prosenttiin. Vaje vaihteli huomattavasti sairaanhoitopiireittäin, vakanssit olivat täynnä ainoastaan Pohjois-Savossa. Hammaslääkäriavajetta ilmoittaneista sairaanhoitopiireistä vaje oli vähäisintä Satakunnan (1,6 %), Päijät-Hämeen (2,5 %), Pohjois-Pohjanmaan (2,7 %) ja HUS:n (4,0 %) alueilla. Eniten vajetta oli Länsi-Pohjan

¹⁷ Lääkäriliitto. Terveyskeskusten lääkäritilanne 2021. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/terveyskeskusten_laakaritilanne_2021_final.pdf

(28 %), Kainuun (19,7 %), Etelä-Karjalan (18,2 %) ja Vaasan (17,0 %) alueilla. Kunnissa, joissa ei ollut terveystieteidenhammaslääkäriavajaksia tyhjänä, oli yhteensä noin 1,6 miljoonaa asukasta, 1–9 prosentin hammaslääkäriavajaksien kunnissa oli noin 2,0 miljoonaa asukasta ja vähintään 10 prosentin vajeen kunnissa noin 1,6 miljoonaa asukasta. Kyselyssä yli puolet (51 %) terveystieteidenhammaslääkäriavajaksien tarpeen lisäavajaksille. Lisäavajaksien tarve oli yhteensä 164 kappaletta eli noin 8 prosenttia nykyisten avajaksien kokonaismäärästä. Erikoishammaslääkäriavajaksia oli 247, mikä on 10 prosenttia enemmän kuin edellisessä vuonna. Ostopalveluina erikoishammaslääkäripalveluja osti 68 prosenttia, säännöllisen työajan ulkopuolisia päivystyspalveluja 39 prosenttia ja tavanomaisia hammaslääkäripalveluja 32 prosenttia terveystieteidenhammaslääkäriavajaksien kunnissa. Ostettavien hammaslääkäripalvelujen määrä lisääntyi edellisestä vuodesta yli 40 prosentilla.

Selvityksen mukaan yksityishammaslääkärien vapaa kapasiteetti vaihteli sairaanhoitopiireittäin suuresti. Yksityishammaslääkäreillä ei ollut lainkaan vapaata kapasiteettia Etelä-Karjalan, Etelä-Savon, Itä-Savon, Kainuun ja Vaasan alueilla. Yksityissektorin vapaa kapasiteetti ylitti terveystieteidenhammaslääkäriavajaksien vajeen Pohjois-Savon, Päijät-Hämeen, Satakunnan, Pohjois-Pohjanmaan, Helsingin ja Uudenmaan, Varsinais-Suomen ja Pirkanmaan alueilla. Kyselyssä pyydettiin myös arviota suuhygienisti- ja hammashoitajatyövoiman saatavuudesta. Suuhygienistien saatavuuden huonoksi tai erittäin huonoksi arvioi lähes 60 prosenttia terveystieteidenhammaslääkäriavajaksien kunnissa ja vastaavan arvion hammashoitajien saatavuudesta antoi yli 70 prosenttia terveystieteidenhammaslääkäriavajaksien kunnissa. Monissa kunnissa on käynnistetty hammashoitajien oppisopimuskoulutus työvoiman saannin varmistamiseksi.

Kunnallinen työmarkkinalaitos KT on seurannut joka toinen vuosi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työvoimatilannetta. KT:n marraskuussa 2019 tekemän selvityksen mukaan työvoimavaje sosiaali- ja terveydenhuollon sekä varhaiskasvatuksen ammattiryhmissä oli keskimäärin 2,2 prosenttia. Yhteensä kunnissa ja kuntayhtymissä näissä avajaksissa oli 2 800 avajaksien vaje. Terveydenhuollossa työvoimavajetta oli lukumäärällisesti eniten terveyspalveluissa työskentelevien lähihoitajien ja perushoitajien (2,5 %, 441 henkilöä) sekä sairaanhoitajien ja erikoissairaanhoitajien parissa (1,2 %, 411 henkilöä). Suhteellisesti eniten työvoimavajetta oli puheterapeuteista, joiden vaje oli 11 prosenttia (54 henkilöä). Työvoimatiedustelun mukaan avoinna olevista avajaksista noin 52 prosenttia oli avoinna, koska tehtävään ei hausta huolimatta ollut saatu sopivaa henkilöä. Vastaajien arvion mukaan kunta-alan työvoimavaje pysyy huonona tai erittäin huonona niissä ammattiryhmissä, joissa vaje on jo nyt suurinta. Sosiaali- ja terveydenhuollon työmarkkinanäkymiä tarkastellaan myös kahdesti vuodessa julkaistavassa ammattibarometrissä, joka kertoo työ- ja elinkeinotoimistojen näkemyksen keskeisten ammattien kehitysnäkymistä lähitulevaisuudessa. Viimeisimmän ammattibarometrin (1/2022) arvion mukaan 15 yleisimmän työvoimapula-ammattien joukosta suurin osa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammatteja. Eniten pulaa on lähihoitajista, sairaan- ja terveydenhoitajista, sosiaalitoimen erityisasiantuntijoista sekä yleis-, erikois- ja ylilääkäreistä. Lähihoitajien ja sairaanhoitajien pula on suurta ja työvoiman tarve on koko maan laajuista. Vastaavasti niihin ammatteihin, joissa on hakijoita eniten ylitarjontaa, ei lukeudu yhtään sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattia.

Rekrytointiongelmien ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa yleisempiä kuin muilla toimialoilla keskimäärin. Työ- ja elinkeinoministeriön toimialaraportin (2022:2) mukaan vuonna 2020 yli puolella (54 %) sote-alan toimipaikoista oli vaikeuksia löytää työvoimaa, kun työvoimaa haki 76 % toimipaikoista. Työvoimapula on koronaepidemian myötä edelleen kärjistynyt, ja myös ammattibarometrin tulosten valossa sote-alan työvoiman saatavuudessa näkyy heikkenemistä. Rekrytointiongelmien vuoksi sote-alalla jäi vuonna 2020 saamatta lähes 32 000 työntekijää, ja määrä oli kasvanut selvästi edellisestä vuodesta. Erityisesti saamatta jäi määräaikaissa työsuhhteissa työskenteleviä työntekijöitä, mutta myös vakituisten henkilöstön palkkaaminen on vaikeutunut. Alueellisesti tarkasteltuna erityisen paljon työntekijöitä jäi palkkaamatta Uudellamaalla, Hämeessä ja Pohjois-Savossa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tulevaisuuden näkymät näyttäytyvät selvitysten valossa haasteellisina, ja työvoiman saatavuutta turvaaviin toimenpiteisiin ja alan veto- ja pitovoimaan on kiinnitettävä huomiota. Tulevina vuosina kunta-alalla henkilöstömäärään vaikuttaa myös voimakas eläköityminen, mikä näkyy myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrässä. VM:n arvion mukaan (2020:13) tulevina vuosina kuntien henkilöstötilanne tulee olemaan vaikein pienissä kunnissa, joissa henkilöstö on keskimäärin vanhempaa ja näin ollen eläköityminen vilkkaampaa.

Osaamis- ja koulutustarpeiden ennakointi

Opetus- ja kulttuuriministeriö (OKM) ja Opetushallitus (OPH) toteuttavat valtakunnallista pitkän aikavälin työvoimatarpeiden määrällistä ja laadullista osaamistarpeiden ennakointia kaikille toimi- ja koulutusaloille. Ennakoinnin taustaksi teetetään kansalliset arviot muiden ohella toimialan kasvuedellytyksistä sekä työvoiman poistumasta ja tulevista tarpeista. OPH tekee työvoimatarpeiden perusteella arviot tutkintotarpeista kaikille koulutusaloille ja -asteille. OPH on tehnyt arviot työvoiman poistumasta vuosille 2017–2035 vuoden 2016 työllisestä työvoimasta Tilastokeskuksen työssäkäyntitilaston tietojen perusteella. Työvoimatarpeiden ennakoinnin yhtenä tietolähteenä olivat Teknologian tutkimuskeskus VTT Oy:n (2018) kolme skenaariota toimialojen pitkän aikavälin kasvuedellytyksistä ja työvoimatarpeista. Terveydenhuoltohenkilöstön poistuman korvaamiseen ja työllisten määrän kasvuun arvioitiin tarvittavan terveystalveissa yhteensä 105 000 uutta työntekijää vuosina 2017–2035.

Osaavan työvoiman riittävyys ja työmarkkinoiden kohtaannon tehostaminen ovat hallituksen keskeinen tavoite. OKM on neuvotellut korkeakoulujen kanssa tutkintotavoitteista korkeakoulujen sopimuskaudelle 2021–2024. Tutkintotavoitteiden mitoituksessa on otettu huomioon hallitusohjelman ja korkeakoulutuksen ja tutkimuksen vision 2030 tavoitteet korkeakoulutettujen määrän kasvattamisesta, ennakointitieto koulutustarpeesta sekä alueelliset ja valtakunnalliset koulutus- ja osaamistarpeet. OKM teki vuonna 2020 päätöksiä vuoden 2020 neljännen lisätlousarvion ja sopimuskauden 2021–2024 korkeakoulujen strategiarahan kohdennuksesta aloituspaikkojen lisäämiseen yhteensä noin 10 000 paikalla, jotka täytetään vuosina 2020, 2021 ja 2022. Ammattikorkeakoulujen aloituspaikkoja lisätään runsaat 3 900 ja yliopistojen aloituspaikkoja runsaat 6 300. Merkittävä osa aloituspaikkojen lisäyksestä vuosina 2020–2022 on kohdistettu sosiaali- ja terveysalalle. Suurin lisäys kohdentuu sairaanhoitajakoulutukseen, yli 1 000 paikkaa. Sairaanhoitajien koulutusmääriä lisättiin jo vuonna 2019 valtion erityisavustuksella.

OPH:n mukaan terveys- ja sosiaalipalveluista on 2010-luvun alkupuoliskolla siirtynyt merkittävä määrä työntekijöitä muille toimialoille. Heidän korvaamiseen on kuitenkin saatu muilta toimialoilta uusia työntekijöitä suurempi määrä kuin lähteneitä on ollut: terveystalveihin siirtyi muilta toimialoilta 5 400 ja sosiaalipalveluihin 8 400 työntekijää enemmän kuin mitä terveys- ja sosiaalipalveluista siirtyi muille toimialoille.

Hallituksen toimenpiteitä sosiaali- ja terveydenhuollon osaavan henkilöstön saatavuuden ja pysyvyyden turvaamiseksi

Osana hallituksen kasvupaketin valmistelua käynnistettiin vuonna 2020 TEM:n vetovastuulla yhteistyössä STM:n ja OKM:n kanssa valmistelu Sote-pilottia varten. Tarkoitus on etsiä ratkaisuja osaavan työvoiman saatavuuden ja kohtaanto-ongelman helpottamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valmistelussa tehdään yhteistyötä työllisyyden ministerityöryhmän alatyöryhmän 4 ”Osaaminen ja työmarkkinoiden kohtaanto” sekä alatyöryhmän 5 ”Työperäinen maahanmuutto ja kotouttaminen” kanssa sekä huomioidaan ennakointiin ja jatkuvaan oppimiseen liittyvä valmistelutyö. Sote-pilotissa on määritelty sekä lyhyen että pitkän aikavälin toimenpiteitä

kohtaannon parantamiseksi samoin kuin jatkotoimenpiteitä, jotka liittyvät muiden ohella tietotuotannon kehittämiseen henkilöstöstä, koulutusten ja koulutuspolkujen kehittämiseen, työhyvinvoinnin ja osaamisen johtamisen malleihin, henkilöstön uramaleihin sekä työperäisen maahanmuuton lisäämiseen.

OKM ja STM ovat keväällä 2021 käynnistäneet yhteistyössä SOTEKO-hankkeen (5/2021–2/2023), jossa kehitetään sosiaali- ja terveysalan korkeakoulutuksen koulutuspolkuja sekä tutkintorakenteiden ja tutkintoa täydentävän koulutuksen toimivuutta. Näillä toimenpiteillä varmistetaan osaltaan osaavan työvoiman riittävyyttä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tavoitteena on alempiin ja ylempiin korkeakoulututkintoihin johtavan koulutuksen ja niitä täydentävän korkeakoulutuksen kehittäminen, sote-uudistuksen tavoitteiden tukeminen osaamista vahvistamalla sekä sote-alan koulutuksen vetovoiman ja harjoittelun kehittäminen. Hanke tekee esitykset koulutukseen liittyvän lainsäädännön, rahoituksen ja ohjauksen kehittämiseksi.

STM:n Terveysdenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan hoitotyön jaosto on elokuussa 2021 laatinut ehdotuksen kliinisen hoitotyön erikoisaloista, erikoisosaamisen kehittämisestä ja varmistamisesta, erikoisosaamisen hyödyntämisestä työelämässä sekä erikoisosaamistarpeiden ennakoinnista ja osaamisen kehittymisen seurannasta. Ehdotusten tarkoituksena on osaltaan tukea sote-palvelujärjestelmän ja korkeakoulujen yhteistyötä väestön palvelutarpeeseen ja sote-uudistuksen tavoitteisiin vastaamisessa kehittämällä kliinisen hoitotyön erikoisosaamista osaamisen johtamisen ja ammatillisen osaamisen jatkuvan kehittämisen periaatteiden mukaisesti. Sote-uudistuksen tavoitteet ja Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman mukaiset toimintamallit edellyttävät kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämistä osana moniammatillisten tiimien ja verkostojen toimintaa. Myös covid-19-pandemia on myös tuonut esiin hoitotyön erikoisosaamistarpeita.

Lisäksi hallitus päätti budjettiriihessä syksyllä 2021 käynnistää STM:n johdolla poikkihallinnollisen ohjelman sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan saatavuuden turvaamiseksi sekä lyhyellä että pidemmällä aikavälillä. Tarkoituksena on löytää kestäviä ratkaisuja sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen kattamiseen niin, että alueelliset erot on otettu huomioon. Poikkihallinnollisen työryhmän ensimmäiset kannanotot ja ehdotukset valmistuivat 14.1.2022. Keskeisinä ehdotuksina olivat henkilöstön riittävyyttä ja saatavuutta koskevan tietopohjan parantaminen, henkilöstön motivointi ja työhyvinvoinnin parantaminen, työnjaon sujuvuuden tarkastelu sekä digitalisaation vahvistaminen.

Työryhmä painotti henkilöstön riittävyyttä ja saatavuutta koskevan tietopohjan parantamista. Tiedon hajanaisuus ja vaikea saatavuus korjataan niin, että käytettävissä on yhdenmukainen ja ajantasainen tietopohja tiedolla johtamisen välineeksi. Uuteen tietopohjaan perustuen lisätään myös koulutusmääriä tarvittaessa ja kestäväällä tavalla. Lisäksi koulutuksen rakenteita kehitetään ja koulutuspolkuja nopeutetaan. Työryhmä näki myös keskeisenä motivaatiotekijänä, että henkilöstöllä on mahdollisuus jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen ja uralla etenemiseen. Erikoistumiskoulutusten vastaavuutta työelämän ja henkilöstön tarpeisiin arvioidaan ja parannetaan tukemalla tätä tarvittaessa säädösmuutoksia. Työryhmä korosti myös työhyvinvoinnin parantamista sekä hyvän työn tekemisen edellytysten ja sitä tukevan johtamisen mahdollistamista. Jatkossa kaikissa kansallisissa ja alueellisissa palvelu-uudistuksissa painotetaan ja tuetaan hyvän työn edellytyksiä. Tämän tueksi työryhmä ehdotti käynnistettävän valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan hyvän työn edellytysten ohjelman. Työryhmä korosti myös alan tehtävärakenteen tarkastelua. On tärkeää myös motivaation kannalta, että työnjako on sujuvaa ja kukin ammattiryhmä voi keskittyä niihin tehtäviin, jotka vastaavat ydinosaamista. Ohjauksella ja säädöksillä luodaan tälle edellytyksiä ja kannusteita sekä poistetaan tarpeettomia esteitä kehitystyöltä. Työryhmä totesi myös, että henkilöstön riittävyyden varmistamiseksi on tärkeää tun-

nistaa vaikuttavia keinoja hillitä työvoimatarpeen kasvua vaarantamatta asiakas- ja potilasturvallisuutta ja työntekijöiden hyvinvointia. Tämä tehdään muun muassa vahvistamalla henkilöstön digitaalista kompetenssia ja parantamalla digitaalisten palveluiden hyödyntämistä.

2.3.6 Perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset

Perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan kuluja tarkastellaan seuraavassa perustuen kuntien ja kuntayhtymien Tilastokeskukselle toimittamiin tietoihin vuoden 2019 Kuntataloustilastoon liittyen sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Terveidenhuollon menot ja rahoitus 2019 -tilastoraporttiin. Niiden sekä sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntija-arvioiden, Avohilmo-rekisterin tietojen sekä järjestäjätahoilta saatujen tietojen ja arvioiden perusteella on arvioitu perusterveydenhuollon avohoidon kustannuksia. Ensin käsitellyt kustannusarviot eivät sisällä suun terveydenhuollon kustannuksia, jota käsitellään erikseen tämän kappaleen lopussa.

Perusterveydenhuollon avohoito -tehtäväluokan nettokäyttökustannukset olivat koko maan tasolla vuonna 2019 noin 2,09 miljardia euroa ja asiakasmaksuja kerättiin noin 94 miljoonaa euroa. Näin ollen tämän tehtäväluokan lakisääteiseen palvelujen järjestämistä vastuuseen liittyvät kustannukset olivat noin 2,18 miljardia euroa. Kyseinen tehtäväluokka sisältää hoitotakuun kohteena olevien vastaanottopalvelujen lisäksi muun muassa neuvolatoiminnan, koulu- sekä opiskeluterveydenhuollon. Perusterveydenhuollon avohoidon vastaanotto toiminnan kustannukset olivat arviolta noin 1,264 miljardia euroa (eli 58 prosenttia tehtäväluokan kokonaiskustannuksista). Vastaanottopalvelut sisältävät mm. asiakkaiden käynnit vastaanotolla, puhelinyhteydet ja sähköisen asioinnin, ostopalvelut sekä kuntien järjestämän opiskeluterveydenhuollon sairaanhoidollisten palvelujen osuuden.

Kaikista avohoidon vastaanottopalveluista lääkäreiden tuottamien palvelujen kustannukset olivat noin 711 miljoonaa euroa. Kun näistä poistetaan terveydenhoidolliset käynnit (noin 2 prosenttia; Avohilmo-rekisteri), lääkäreiden tuottamien palvelujen avosairaanhoidon osuus oli arviolta 696 miljoonaa euroa. Kiirevastaanottojen kustannusten osuus (noin 15 prosenttia) lääkäreiden avosairaanhoidon käynneistä oli arviolta 102 miljoonaa euroa ja kiireettömän hoidon kustannukset 595 miljoonaa euroa. Kiireettömästä hoidosta noin 40 prosenttia on arvioitu olevan ensikäyntejä ja 60 prosenttia suunniteltuja käyntejä. Näin ollen lääkäreiden suunniteltujen käyntien kustannukset olivat noin 357 miljoonaa euroa ja ensikäyntien menot noin 238 miljoonaa euroa. Ensikäynneillä tässä tarkoitetaan sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen vuoksi tarpeellista oireiden, toimintakyvyn ja sairauksien tutkimusta ja toteamista sekä niiden perusteella annettavaa hoitoa ja ohjausta. Suunnitelluilla käynneillä tässä tarkoitetaan hoitosuunnitelman mukaisia ennalta sovittuja hoitotapahetkimiä.

Muiden kuin lääkäreiden eli esimerkiksi sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tuottamien perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottopalvelujen kustannukset olivat vuonna 2019 noin 553 miljoonaa euroa. Kun tästä poistetaan terveydenhoidolliset käynnit (noin 5 prosenttia), hoitajien avosairaanhoidon käyntien kustannukset olivat noin 525 miljoonaa euroa. Käynneistä noin 9 prosenttia oli kiirevastaanottoja (49 miljoonaa euroa) ja noin 91 prosenttia kiireettömiä (476 miljoonaa euroa). Viimeksi mainituista kiireettömistä sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanottopalveluista arviolta noin puolet on ensikäyntejä ja puolet on suunniteltuja käyntejä. Näin ollen, euromääräisesti tarkasteltuna kummankin osuus on noin 238 miljoonaa euroa.

Kiireettömien ensikäyntien menot ovat olleet siis arviolta 476 miljoonaa euroa vuonna 2019. Tämän lisäksi ensikäynteihin on huomioitava osa päihdehuollon erityispalveluista, arviolta noin 6–7 miljoonaa euroa.

Muita hoitotakuun kiristämisen kannalta merkityksellisiä perusterveydenhuollon avohoidon menoja ovat terveystieteissä toteutetun fysioterapian kustannukset noin 140 miljoonaa euroa, laboratoriotutkimukset noin 59 miljoonaa euroa sekä kuvantaminen noin 35 miljoonaa euroa.

Vuonna 2019 terveystieteiden suun terveydenhuollon palvelujen nettokustannusten ja kerättyjen asiakasmaksujen summa oli noin 638 miljoonaa euroa. Tästä asiakasmaksuja, joita peritään 18 vuotta täyttäneiltä asiakkailta, oli noin 172 miljoonaa euroa.

Kunnat ja kuntayhtymät ostivat vuonna 2019 yrityksiltä ja järjestöiltä perusterveydenhuollon avohoidon palveluja noin 193 miljoonalla eurolla ja suun terveydenhuollon palveluja noin 45 miljoonalla eurolla. Palvelusetelien, joilla hankittiin perusterveydenhuollon avohoidon palveluita, maksuosuuksiin kunnat ja kuntayhtymät käyttivät noin 8 miljoonaa euroa ja suun terveydenhuollon palveluseteliin 2 miljoonaa euroa. Palvelusetelien kustannukset kunnille ja kuntayhtymille eivät sisällä asiakkaiden maksuosuuksia, jotka voivat olla huomattavia.

Toukokuussa 2019 perusterveydenhuollon palvelujen järjestäjistä 19 oli ulkoistanut palvelut kokonaan ja 11 osittain. Kaikista 510:stä Suomen terveystieteistä oli ulkoistettu 58 eli 11 prosenttia. Ulkoistettujen terveystieteen palvelujen piirissä oli 7,8 prosenttia väestöstä. Hammaslääkäriliiton työvoimaselvityksen 2021 mukaan ulkoistettujen suun terveydenhuollon yksiköiden piirissä oli tuolloin 6,3 prosenttia väestöstä.

Kela korvasi yksityisiä lääkärikäyntejä vuonna 2019 noin 1,5 miljoonalle asiakkaalle. Näiden aiheuttamat kustannukset olivat noin 368 miljoonaa euroa ja korvauksia maksettiin noin 55 miljoonaa euroa (14,9 prosenttia). Kustannuksista ja korvauksista valtaosa (318 miljoonaa euroa) syntyi erikoislääkärikäyntien korvauksista.

Kelan työnantajille korvaaman työterveyshuollon korvausluokka II käsittää sairaanhoidollisia palveluja. Korvausluokkaan II luettavia kustannuksia koitui työnantajille yhteensä 454 miljoonaa euroa vuonna 2019. Lääkärin vastaanottopalvelut aiheuttivat työnantajille 205 miljoonan euron kustannukset.

Kela korvasi vuonna 2019 yksityisiä suun terveydenhuollon palveluja noin miljoonalle asiakkaalle. Yksityissektorin asiakkailta perimät kela-korvattavat maksut olivat noin 345 miljoonaa euroa ja korvauksia asiakkaille maksettiin noin 48 miljoonaa euroa (14,0 prosenttia).

2.3.7 Erikoissairaanhoito

Erikoissairaanhoidon avohoidossa oli vuonna 2019 yhteensä 2,1 miljoonaa potilasta ja 10,8 miljoonaa käyntiä. Vuodeosastohoidossa oli vuoden aikana lähes 487 000 potilasta, 767 000 hoitojaksoa ja 3,4 miljoonaa hoitopäivää.

Erikoissairaanhoidossa on vuosina 2009–2019 ollut selvä trendi siihen, että avohoitokäyntien määrä ja hoidossa olleiden potilaiden määrä kasvaa, mutta vuodeosastohoitopäivien määrä laskee.

Avohoidon potilaiden määrä kasvoi kolme prosenttia ja käyntien määrä 1,9 prosenttia vuodesta 2018 vuoteen 2019. Vuodeosastohoidon potilaiden määrä kasvoi 2,8 prosenttia ja hoitojaksojen 3,1 prosenttia. Sen sijaan hoitopäivien määrä väheni 2,8 prosenttia, ja hoitojakson kesto lyheni 4,7:stä päivästä 4,4 päivään. Avohoidon käyntien määrä potilasta kohti väheni 5,2:sta 5,1:een vuodesta 2018 vuoteen 2019, mutta hoitojaksojen määrä potilasta kohti pysyi samana (1,6 hoitojaksoa potilasta kohti).

Vuonna 2020 somaattisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin yli kaksi miljoonaa potilasta ja vuodeosastolla noin 426 000 potilasta. Erityisesti vuodeosastohoidon määrä väheni Covid-19-epidemian vuoksi.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen hoitoilmoitusrekisterin (Hilmo) perusteella somaattisessa erikoissairaanhoidossa toteutui vuonna 2019 yhteensä 7,5 miljoonaa avohoitokäyntiä ja 685 000 vuodeosastojaksoa. Julkaistujen ennakkotietojen (15.10.2021) mukaan vuonna 2020 toteutui 6,7 miljoonaa avohoitokäyntiä ja 635 000 vuodeosastojaksoa sekä vuoden 2021 tammi-syyskuussa 5,0 miljoonaa avohoitokäyntiä ja 445 000 vuodeosastohoitajaksoa. Etäkontaktien määrä on selvästi kasvanut viime vuosina. Vuonna 2020 toteutui yli 1,6 miljoonaa etäkontaktoa ja 1,4 miljoonaa tammi-syyskuussa 2021. Vuoden 2019 tilastoluku ei ole vertailukelpoinen, koska useat sairaanhoitopiirit eivät tuolloin ilmoittaneet etäkontakteja.

Hoitoilmoitusrekisterin mukaan vuonna 2019 toteutui aikuispsykiatriassa 935 000 avohoitokäyntiä ja alle lasten- ja nuorisopsykiatriassa 660 000. Aikuispsykiatriassa toteutui 23 000 vuodeosastojaksoa ja lasten- ja nuorisopsykiatriassa 9500. Ennakkotiedon mukaan toteutui vuonna 2020 aikuispsykiatriassa 830 000 avohoitokäyntiä ja lasten- ja nuorisopsykiatriassa 580 000. Vuodeosastojaksoja toteutui 23 000 ja 9500 vastaavasti. Tammi-syyskuussa 2021 573 000 ja 444 000 avohoitokäyntiä sekä 15 000 ja 7000 vuodeosastojaksoa vastaavasti. Etäkontaktien määrä nousi myös psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa.

Sotkanetin mukaan vuonna 2019 erikoissairaanhoidon päivystyksessä toteutui 1,2 miljoonaa käyntiä, joista 260 000 toteutui yli 75-vuotiailla. Päivystyksessä hoidetuista potilaista 25,9 prosenttia otettiin sairaalahoitoon. Perusterveydenhuollon päivystyksessä (mukaan lukien yhteispäivystys) toteutui 2,1 milj. käyntiä, joista 330 000 yli 75-vuotiailla. Päivystyksessä hoidetuista ja kotiutetuista potilaista 15,3 prosenttia palasi päivystykseen 48 tunnin kuluttua uudelleen.

Kuntaliiton tekemien sairaanhoitopiirien osavuosi- ja vuosikatsauksiin perustuvien erikoissairaanhoidon tilastojen mukaan vuonna 2019 erikoissairaanhoitoon tehtiin yli 1,9 miljoonaa lähetettä. Lähetteen määrä kasvoi 3 prosenttia edellisestä vuodesta. Terveyskeskuksista tehtiin yli 908 000 lähetettä erikoissairaanhoitoon. Lähettävä taho oli terveyskeskus 48 prosentissa lähetteistä, yksityissektori 21 prosentissa, oman sairaalan sisäisiä lähetteitä oli 21 prosenttia ja muita lähetteitä 10 prosenttia. Lähettävien tahojen keskinäinen jakauma on pysynyt vuodesta toiseen varsin tasaisena.

Vuoden 2020 tilastojen mukaan lähetteitä tuli erikoissairaanhoitoon 1,77 miljoonaa, eli määrä väheni 7,2 prosenttia pääsääntöisesti covid-19-epidemian vuoksi. Vuonna 2021 erikoissairaanhoidon palvelutuotannon määrä kasvoi taas selvästi, sillä koronaepidemiasta huolimatta ei palvelutoimintaa jouduttu supistamaan vuoden 2020 tapaan. Sairaanhoitopiirit saivat lähetteitä yhteensä 1,95 miljoonaa, mikä on 5,8 % edellisvuotta enemmän. Sairaanhoidon päivystyskäyntien määrä kasvoi 7,0 % ja päivystyssisäännotot 2,1 %. Sairaaloiden palveluja käyttäneiden eri henkilöiden kokonaismäärä kasvoi ajanjaksolla 3,4 %. Hoitojaksoja kertyi 1,2 % enemmän ja hoitopäiviä 3,1 %.

Vuonna 2019 Kuntaliiton tilaston mukaan erikoissairaanhoidon sairaaloiden henkilöstömäärä oli lähes 88 716 henkilöä, joista lääkäreitä oli 10 716, hammaslääkäreitä 240, sairaanhoitajia 44 079, muuta hoitohenkilökuntaa 9 482 ja loput muita tutkimus- ja hoito-, avustavaa, huolto- ja talous- ja hallintohenkilökuntaa.

2.3.8 Työterveyshuolto

Työterveyshuoltolaissa (1383/2001) veloitetaan työnantajaa järjestämään työntekijöilleen ehkäisevä työterveyshuolto. Työnantajan on kustannuksellaan järjestettävä työterveyshuolto työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi. Työterveyshuoltoa toteutetaan muun muassa terveystarkastusten ja työpaikkaselvitysten avulla. Työnantajan tulee järjestää ja toteuttaa työterveyshuolto siinä laajuudessa kuin työstä, työjärjestelystä, henkilöstöstä, työpaikan olosuhteista ja niiden muutoksista johtuva tarve edellyttää. Ehkäisevän toiminnan lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöilleen sairaanhoitoa ja muita terveydenhuollon palveluja. Tällaisten palveluiden järjestäminen on vapaaehtoista. Yrittäjälle ja muulle omaa työtään tekeville työterveyshuollon järjestäminen on vapaaehtoista. Heidän osaltaan työterveyshuoltolakea noudatetaan soveltuvin osin.

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 2019 mukaan vuonna 2019 työnantajan järjestämänä työterveyshuollon piirissä oli 1 936 900 työntekijää, mikä on 87,3 prosenttia palkansaajista. Työnantaja voi järjestää työterveyshuoltopalvelut itse tai ostaa ne terveyskeskuksesta, yksityiseltä lääkäriasemalta tai muulta palveluntuottajalta. Yksityiset lääkärikeskukset ovat selvästi merkittävien työterveyshuoltopalveluiden tuottajia. Vuonna 2019 ne tarjosivat työterveyshuoltopalvelut 1,7 miljoonalle henkilölle eli 85 prosentille työterveyshuollon piiriin kuuluvista.

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. Säännökset ovat sairausvakuutuslain 13 luvussa. Työterveyshuollon korvausjärjestelmällä kannustetaan ja edistetään hyvän työterveyshuoltokäytännön toteutumista työpaikoilla. 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. Ennen lakiuudistusta niin pakollisesta ennaltaehkäisevästä työterveyshuollosta kuin vapaaehtoisen sairaanhoidon kustannuksista korvattiin lähtökohtaisesti 50 prosenttia hyväksyttävistä, enintään laskennallisen enimmäismäärän suuruisista kustannuksista, eräissä tilanteissa pakollisesta ennaltaehkäisevä työterveyshuollosta korvattiin 60 prosenttia. Uudistuksen myötä ennaltaehkäisevästä työterveyshuollosta korvataan 60 prosenttia ja vapaaehtoisista kustannuksista 50 prosenttia hyväksyttävistä, enintään laskennallisen enimmäismäärän mukaisista kustannuksista. Korvausjärjestelmää uudistettiin myös siten, että työnantajan järjestämälle työterveyshuoltotoiminnalle määriteltiin yksi yhteinen enimmäismäärä ja määriteltiin, että sairaanhoidon enimmäismäärä olisi enintään 40 prosenttia työterveyshuoltotoiminnan yhteisestä enimmäismäärästä. Aiemmasta poiketen koko yhteinen korvausten enimmäismäärä on mahdollista käyttää ennaltaehkäisevään toimintaan. Esityksen vaikutusarvioinneissa todetaan, että nykyisiä työterveyshuollon sairaanhoidon asiakkaita saattaa siirtyä julkisen terveydenhuollon piiriin, mutta siirtyvien asiakkaiden lukumäärän arviointi on vaikeaa.

Vuonna 2019 työnantajien järjestämän työterveyshuollon hyväksytyt kustannukset olivat 875 miljoonaa euroa. Kustannuksista 424 miljoonaa aiheutui ehkäisevän työterveyshuollon palve-

luista ja 451 miljoonaa euroa sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palveluista. Kelan työnantajille työterveyshuollosta maksamat korvaukset olivat 367 miljoonaa euroa. Sairaanhoidokäyntejä tehtiin 4,3 miljoonaa. Näistä käynneistä 3 miljoonaa toteutui lääkärille, 860 000 terveydenhoitajalle, 200 000 fysioterapeutille ja 200 000 muulle asiantuntijalle. Sairaanhoidokäyntejä tehtiin keskimäärin kaksi työntekijää kohti. Laboratoriotutkimuksia tehtiin sairaanhoidoon liittyen 4,3 miljoonaa ja kuvantamistutkimuksia 400 000. Työterveyshuollon sairaanhoidon käytännöt vastaanotolle pääsyssä, ammattiryhmien työnjaossa (lääkäripainotteisuus) ja tutkimuskäytännöissä poikkeavat jonkin verran julkisen perusterveydenhuollon käytännöistä. Kansaneläkelaitos ei ole vielä julkaissut vuotta 2020 koskevia tietoja.

Kotikunnan ja tulevan hyvinvointialueen järjestämät perusterveydenhuollon palvelut kuuluvat koko väestölle. Suurin osa tvössäkävivistä työikäisistä voi niiden lisäksi käyttää työnantajan järjestämää sairaanhoidoa, joka on työntekijälle maksutonta. Julkisen perusterveydenhuollon käytöstä peritään asiakasmaksulain ja -asetuksen mukainen asiakasmaksu.

2.3.9 Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto

YTHS:n yleisterveyden- ja mielenterveyden palveluissa oli vuonna 2019 yhteensä noin 324 000 käyntiä. YTHS antoi lisäksi noin 117 000 suun terveydenhuollon käyntiä. Palveluiden piirissä oli noin 126 000 opiskelijaa vuonna 2019. Säätiön kustannukset vuonna 2019 olivat 37,6 miljoonaa euroa, ja henkilötöyvuosimäärä vuonna 2019 jakautui siten, että yleisterveydessä toteutettiin 182, mielenterveydessä 61, suunterveydessä 137 sekä säätiön hallinnossa 53 henkilötöyvuotta. Palvelut toteutettiin YTHS:n 12 omassa toimipisteessä. YTHS tuotti opiskeluterveydenhuollon palvelut pääsääntöisesti hoitoon pääsyn määräajoissa vuonna 2019.

Kun YTHS-laki tuli voimaan 1.1.2021 ja sen myötä ammattikorkeakouluopiskelijat tulivat YTHS:n palvelujen piiriin, YTHS:n tuottamien palvelujen piiriin kuuluvien opiskelijoiden määrä kaksinkertaistui ollen nyt noin 270 000 opiskelijaa. YTHS-lain mukaan valtio kattaa YTHS:n vuosittaisista toimintakustannuksista 77 prosenttia ja korkeakouluopiskelijat lukukausimaksuina 23 prosenttia. Mainittua lakia koskevan hallituksen esityksen vaikutusarvioiden mukaan YTHS:n toimintakulut olisivat vuoden 2021 tasossa noin 85,5 miljoonaa euroa.

YTHS:n palveluverkkosuunnitelman mukaan palveluja toteutetaan vuonna 2021 niin, että 22 paikkakunnalla on YTHS:n omia toimipisteitä ja 30 paikkakunnalla YTHS:n yhteistyökumppaneiden toimipisteitä. YTHS:n suun terveydenhuollon palveluja tuottavia omia palvelupisteitä on 15 ja alihankintapalvelupisteitä 15. YTHS:n palveluverkko jakautuu viiteen palvelualueeseen. Näistä suurin on YTHS eteläinen (noin 94 000 opiskelijaa), muiden (läntinen, itäinen, keskinen, pohjoinen) piiriin kuuluu kuhunkin noin 32 000-46 000 opiskelijaa. Oppilaitospaikkakuntien määrän kasvu ja sijoittuminen entistä laajemmalle alueelle vuonna 2021 voimaan tulleen lakimuutoksen myötä on lisännyt alihankintapalvelujen määrää YTHS:n omien palvelujen rinnalla. Alihankintakumppanipalveluiden avulla tarjotaan YTHS:n palvelut noin kuudelle prosentille opiskelijoista.

YTHS:n henkilöstöpanokset vuonna 2021 olivat yhteensä 753 henkilötöyvuotta, joista oli yleisterveydessä 300 henkilötöyvuotta, mielenterveydessä 158 henkilötöyvuotta, suunterveydessä 260 henkilötöyvuotta sekä hallinnossa 36 henkilötöyvuotta. YTHS tuottaa terveydenhuoltolain 17 §:ssä säädetty palvelut, jotka ovat perusterveydenhuoltoon kuuluvia palveluja. YTHS on uudistanut palvelumalliaan, jonka osana valtakunnalliset digitaaliset asiointi- ja etäpalvelut ovat opiskelijan käytössä paikkakunnasta riippumatta.

Vuonna 2021 YTHS:n yleis- ja mielenterveyspalveluissa oli 549 694 käyntiä ja suun terveydenhuollon omassa tuotannossa 165 047 käyntiä. Samalla ajanjaksolla yleis- ja mielenterveyspalveluja käytti 99 978 opiskelijaa ja suun terveydenhuollon omana tuotantona tuotettuja palveluja 64 237 opiskelijaa.

Covid 19-pandemia on vaikuttanut maaliskuusta 2020 lähtien sekä palvelukysyntään että tarjontaan. Koronaviruspandemiasta huolimatta YTHS:n opiskeluterveydenhuollon suunterveyden kiireettömät palvelut on pyritty hoitamaan entiseen tapaan, joten varsinaista koronasta johtuvaa hoitovelkaa ei ole syntynyt. Toisaalta suun terveydenhuollon koronatartunnantorjuntaan liittyvien ohjeiden mukaiset toimintakäytännöt ovat vaikeuttaneet ja hidastaneet vastaanotto-työtä koko pandemian ajan ja edelleen. Yleis- ja mielenterveyden palveluissa koronapandemia vaikutti kysyntään kahtalaisesti. Hengitystieinfektiopotilaat ohjautuivat koronavastanotoille muualle terveydenhuoltoon, mutta mielenterveyspalveluiden kysyntä kasvoi. Etävastaanottoja hyödynnettiin yleis- ja mielenterveyspalveluissa runsaasti, joten varsinaista hoitovelkaa ei syntynyt.

YTHS noudattaa hoitoon pääsyä koskevaa lainsäädäntöä ja sen mukaisia hoidontarpeen arvioinnin ja hoitoon pääsyn määräaikoja, ja raportoi näiden toteutumisesta. YTHS on tuottanut opiskeluterveydenhuollon palvelut pääsääntöisesti hoitotakuun määräajoissa vuonna 2021. Käytännössä tämä on tarkoittanut asiakkaan yhteydensoittamista saman arkipäivän aikana, hoidontarpeen arviointia kolmen arkipäivän sisällä yhteydenotosta sekä hoitoon pääsyä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun kiireettömään tutkimukseen tai hoitoon yleis- ja mielenterveyspalveluissa kolmen kuukauden kuluessa ja suunterveydessä kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidontarve on todettu.

YTHS:n toiminnan laajentuminen ruuhkautti hoidontarpeen arvioinnin alkuvuonna 2021 eikä kaikkiin yhteydenottoihin pystytty vastaamaan saman päivän aikana. Tilanne kuitenkin saatiin lainsäädännön edellyttämälle tasolle kaikissa palveluissa vaiheittain helmi-maaliskuussa. Suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn määräajoissa on ollut kevään 2021 aikana yksittäisiä aikojen ylityksiä eri palvelupisteissä johtuen pääasiassa rekrytointiviiveistä.

2.3.10 Vankiterveydenhuolto

Suomessa on 26 vankilaa, joista suljettuja laitoksia on 15 ja avovankiloita 11. Vankiterveydenhuollon yksikkö vastaa vankien terveyspalvelujen järjestämisestä 28 toimipisteessä. 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. Vankiterveydenhuollon poliklinikoita on jokaisessa Suomen vankilassa. 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 kolmena päivänä viikossa. Pienemmillä poliklinikoilla, kuten Mikkelissä tai Kylmäkoskella, lääkäri on paikalla kahtena – kolmena päivänä viikossa. Pienimmissä vankiloissa sairaanhoitaja käy kerran viikossa ja lääkäri yhdestä kahteen kertaa kuukaudessa.

Vankiterveydenhuollon yksikkö ylläpitää kahta sairaalaa. Hämeenlinnassa sijaitseva Vankisairaala on valtakunnallinen vankipotilaita hoitava yleislääkärijohtoinen somaattinen sairaala. Toimintaan kuuluu monialainen somaattisten sairauksien hoito ja kuntoutus. Osastoilla hoidetaan

lisäksi sairaalahoitoa vaativia vieroitusoireisia potilaita ja päihderiippuvaisia raskaana olevia naisvankeja. Naispotilaille järjestetään myös päiväsairala- ja jälkipolikliniista toimintaa. Vankisairaалassa on mahdollisuus neurologin ja gynekologin konsultaatioihin. Neurologi konsultoi myös kroonisten kipupotilaiden hoitoja. Psykiatrinen vankisairaala erikoissairaanhoidon yksikkö, jolla on 40 vuodepaikkaa Turun vankilan ja 14 vuodepaikkaa Vantaan vankilan yhteydessä. Yksiköissä tutkitaan ja hoidetaan psykiatrasta sairaalahoitoa vaativia moniongelmaisia potilaita. Vankiterveydenhuollon yksikkö ostaa kaikki somaattisen erikoissairaanhoidon palvelut sairaanhoitopiireiltä.

Vuonna 2019 vankiterveydenhuollon avohoidon potilastyösuoritteiden määrä poliklinikoilla oli 189 777 (207 420 vuonna 2021). Ulkopuolisten poliklinikkakäyntien määrä on vähentynyt vuodesta 2017 lähtien ollen 3746 vuonna 2019 (3444 vuonna 2021). Hoitovuorokausia ulkopuolisissa sairaaloissa oli 380 vuonna 2019 (354 vuonna 2021). Suun terveydenhuollossa hoitoa vuonna 2019 sai 2 785 potilasta (2230 vuonna 2021), potilaskäyntejä hammashuollossa oli 7 793 (6249 vuonna 2021) ja lisäksi ulkopuolisia hammashuoltokäyntejä oli 308 (321 vuonna 2021). Suun terveydenhuollossa ei ole eritelty ulkopuolisissa käynneissä kiireellisiä ja suunniteltuja hoitoja. Käyntimäärä sisältää akuuttikäyntien lisäksi erikoissairaanhoidon käynnit ja muun muassa ulkopuolelta ostetut kirurgiset toimenpiteet.

Vankisairaalan suoritteissa vuonna 2020 oli ulkopuolisia poliklinikkakäyntejä 104 (68 vuonna 2019), röntgentutkimuksia 49 (46 vuonna 2019), neuvolakäyntejä 6 (14 vuonna 2019), muita ulkopuolisia käyntejä 13 (12 vuonna 2019). Ulkopuolisia sairaalahoitojaksoja oli 17 (11 vuonna 2019), ulkopuolisia hoitopäiviä oli 67 (95 vuonna 2019). Ulkopuoliset hoidot olivat erikoissairaanhoidon hoitoa.

Vankiterveydenhuollon yksikön menot vuonna 2019 olivat 18,8 miljoonaa euroa ja tuotot olivat 140 000 euroa, henkilötövuosia kertyi 202. Avohoidon menot vähennettynä tuotoilla olivat 4,7 miljoonaa euroa. Suun terveydenhuollon menot olivat 725 000 euroa ja psykiatrisen vankisairaalan menot olivat 4,1 miljoonaa euroa ja tuotot 127 000 euroa. Vankisairaalan menot vähennettynä tuotoilla olivat 2,3 miljoonaa euroa ja lääkekeskuksen menot 2,4 miljoonaa euroa. Muut kuin psykiatrian alan erikoissairaanhoidon palvelut sekä päivystyspalvelut hankitaan pääosin ostopalveluina. Näiden palveluiden kustannukset ilman henkilöstövuokrausta olivat 3,1 miljoonaa euroa vuonna 2019. Kustannukset vaihtelevat vuosittain suurestikin vankien määrän, sairastavuuden ja hoidontarpeen mukaan.

Syksyllä 2021 sairaanhoitajan vastaanotolle pääsy pienellä poliklinikalla oli noin 4 päivää ja lääkärin vastaanotolle noin 9 päivää. Suurilla poliklinikoilla odotusaika sairaanhoitajalle vaihteli 1–6 päivän välillä, ja lääkärille pääsi keskimäärin kuudessa päivässä. Yhteydenotto tapahtuu pääasiassa vankien asiointilomakkeen tai valvontahenkilökunnan yhteydenoton perusteella. Osassa toimipisteitä lääkäri käy harvemmin kuin kerran viikossa.

Vankiterveydenhuollolla on suun terveydenhuollon toimipisteitä yhteensä 11. Lisäksi Vaasan vankilan suun terveydenhuollon palvelut järjestetään Vaasan terveystieteiden keskukselta vuokratuissa tiloissa. Yksi toimipiste palvelee useamman vankilan vankipotilaita. Syksyllä 2021 keskimääräinen tarkastukseen pääsyn odotusaika on 40 päivää, muuhun hoitoon pääsy on nopeampaa riippuen hoidon kiireellisyydestä. Odotusaika ei selity pelkästään vankiterveydenhuollon henkilökunnan määrällä, vaan on riippuvainen myös Rikosseuraamuslaitoksen kuljetuskapasiteetista, jota tarvitaan vankipotilaiden kuljettamiseen.

Vankisairaalaan ja Psykiatriseen vankisairaalaan hoitoonohjaus tapahtuu lääkärin läheteellä. Lähete käsitellään 1–7 päivän kuluessa sen saapumisesta. Psykiatrisessa vankisairaалassa hoi-

toon pääsy toteutuu 1–3 viikon kuluessa kiireellisyys huomioon ottaen. Hoitotakuu on toteutunut lain edellyttämässä ajassa eikä jonoja ole ollut. Vankisairaalassa hoitoon pääsy toteutuu kiireellisyys huomioon ottaen enintään kolmen kuukauden kuluessa. Hoitotakuu on toteutunut lain edellyttämässä ajassa.

2.4 Nykytilan arvioinnin yhteenvedoa

Sisällöllisten muutostarpeiden yhteenvedoa

Perusterveydenhuollon palvelujen saatavuudessa on ilmeisiä haasteita. Nykyiset kiireettömään hoitoon pääsyn määräajat perusterveydenhuollossa ovat pitkät. Kolmen kuukauden määräaika avosairaanhoidon ja kuuden kuukauden määräaika suun terveydenhuoltoon on pitkä oikea-aikaisen tutkimuksen, ennaltaehkäisevän ja varhaishoidon sekä kuntoutuksen toteutumisen kannalta. Palvelun viivästyminen saattaa johtaa oikea-aikaista hoitoa ja kuntoutusta laajempaan palvelutarpeeseen. Myös väestö kokee odotusajat hoitoon liian pitkinä; asiakastyytyväisyyskyselyissä hoidon saatavuudesta ja odotusajoista hoitoon on saatu valtaosin negatiivista palautetta sekä terveyskeskusten avosairaanhoidon että suun terveydenhuollon palveluissa. Pitkät odotusajat lisäävät myös epätarkoituksenmukaista päivystyksen käyttöä ja jononhallintaan liittyviä kustannuksia.

Seitsemännessä Suomea koskevassa määräaikaistarkastelussa (30.3.2021) Yhdistyneiden kansakuntien taloudellisten sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitea (TSS-komitea) suosittelee, että Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevassa uudistuksessa valtio tarkkailee uudistuksen vaikutuksia sosiaali- ja terveyspalveluiden saavutettavuuteen, yhdenvertaiseen saatavuuteen, kohtuuhintaisuuteen ja saatavuuteen maan kaikissa osissa. Komitea suosittelee myös, että sen lisäksi, että otetaan huomioon alueelliset ominaispiirteet, uudistuksessa olisi puututtava esteisiin, jotka haittaavat sellaisten ryhmien kuten työttömien, vanhusten ja perittömien henkilöiden hoidon saatavuutta. Komitea panee huolestuneena merkille mielenterveyspalveluiden saatavuuden vajeen, johtuen muun muassa palvelujen epätasaisen maantieteellisen kattavuudesta ja epäedullisesta asemasta olevien ryhmien hoidon epätasa-arvoisesta saatavuudesta. Komitea suosittelee mielenterveyslain uudistusta ja kansallisen mielenterveysstrategian toimeenpanoa sekä kehottaa Suomea lisäämään mielenterveyspalvelujen, erityisesti yhteisöllisen hoidon, saatavuutta alipalveluilla alueilla ja laitoksissa, kuten kouluissa ja vankiloissa; parantamaan ennaltaehkäisevien ja varhaisten toimien palveluja; sekä lisäämään kohtuuhintaisten mielenterveyspalveluiden saatavuutta.¹⁸

Pääministeri Sanna Marinin hallitusohjelman mukaisesti on perusteltua parantaa hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa hoitoon pääsyn määräaika on perusteltua kiristää huomattavasti. Hallitusohjelman mukaan hoitoon tulee päästä seitsemässä vuorokaudessa hoidon tarpeen arvioinnista. Tämän lisäksi on perusteltua parantaa suun terveydenhuollon palvelujen saatavuutta tiukentamalla hoitoon pääsyn määräaika. Hoitoon pääsyn määräajan tiukentaminen kuudesta kuukaudesta kolmeen kuukauteen puolitaisi lakisääteisen hoitoon pääsyn määräajan.

Suurin osa kiireettömän perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä toteutuu jo seitsemässä vuorokaudessa ja suun terveydenhuollossa jo kolmessa kuukaudesta. Alueelliset erot

¹⁸ Concluding observations on the 7th periodic report of Finland: Committee on Economic, Social and Cultural Rights, kohdat 42 ja 43.

ovat kuitenkin suuria. Väestön yhdenvertaisuuden lisäämiseksi on tarpeen säätää nykyistä tiukemmista kiireettömään hoitoon pääsyn määräajoista. Hoitoon pääsyn parantamiseen tähtäävää kehittämistyötä tehdään jo kaikilla tulevilla hyvinvointialueilla muun muassa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden -hankkeissa.

Ennen hoitotakuun tiukentamisen säädösmuutosten voimaantuloa on tarpeen jatkaa kuntien ja kuntayhtymien (1.1.2023 alkaen hyvinvointialueiden) vastuulla olevaa perusterveydenhuollon toiminnan kehittämistä siten, että hoitoon pääsy paranee. Myös covid-19-epidemian aiheuttama hoito- ja palveluvelkaa on kurottava umpeen ennen hoitotakuun muutosten voimaantuloa. Vaikka kertynyt hoito- ja palveluvelkaa saataisiin purettua, tulee määräajoissa pysyminen edellyttämään pysyvää lisäresursointia palvelujärjestelmään. Tämän lisäresurssin tarvetta voidaan vähentää, kun uusia toimintatapoja ja digitaalisia palveluita saadaan kehitettyä tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden -ohjelman ja kestävä kasvun ohjelman ja EU:n elpymis- ja palautumistukivälineen (RRF) valtionavustushankkeiden ja niiden vahvistuvan ohjauksen avulla.

Uudistuksen toimeenpanon kannalta toiminnan kehittäminen on oleellista, koska toimintaan vain lisäresursseja ohjattaessa on vaarana, että hoitojonot kasvavat uudelleen, jos ne vain puretaan lisärahoituksella. Ei ole olemassa vain yhtä toimintamallia, joka ratkaisisi hoitoon pääsyn ongelmia ja jota sellaisenaan voisi levittää koko maahan. Vaikuttavia ja kustannusvaikuttavia toimintamalleja on useita ja niitä tulee hyödyntää monipuolisesti alueellisen tilanteen ja tarpeen perusteella. Eniten kokemuksia on seuraavista elementeistä

- segmentointi (palvelutarpeen mukaan paljon ja pitkäaikaisesti eri palveluita tarvitsevat vs. lyhytaikainen, rajattu palvelutarve)
- monialainen tai moniammatillinen tiimityö
- yhteinen asiakassuunnitelma (sisältäen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman)
- keskitetty asiakas- ja palveluohjaus
- palveluprosessien virtaviivaistaminen ja pullonkaulojen poistaminen
- etävastaanotot, erityistason etäkonsultaatiot, etäkuntoutus ja muut digitaaliset työvälineet
- sähköiset asiointi- ja omahoitopalvelut
- ns. walk in -/ open access -ratkaisut, joissa asiakkaan ottaessa yhteyttä aloitetaan hoito tai hoidon suunnittelu samalla käynnillä ilman erillistä ajanvarausta. Mallia voidaan käyttää sekä kiireellisissä että kiireettömissä asioissa.
- liikkuvat ja lähiympäristöihin vietävät palvelut (esim. suun terveydenhuollon salkkumallit, neuvolan vieminen päiväkotiin)
- kuljetusten järjestämisen varmistaminen hoitoon pääsemiseksi haavoittuvassa asemassa oleville ryhmille alueilla, joilla julkinen liikenne ei mahdollista palvelujen tavoittamista

Covid-19-epidemia on nopeuttanut erityisesti etäpalveluiden ja digitaalisten työvälineiden käyttöönottoa.

Toimintaympäristön laaja muuttuminen on otettava tarkastelussa huomioon. Keskeistä on, miten nopeasti palvelujärjestelmä pystyy vastaamaan tähän muutokseen ja realisoimaan sote-uudistukseen ja kehittämishankkeisiin liittyvät mahdollisuudet toiminnan ja talouden tasolla. Osaavan työvoiman saatavuus ja riittävyys sekä työmarkkinoiden kohtaannon tehostaminen ovat myös tärkeitä arvioinnin kohteita kuten myös väestön ikääntymiseen liittyvät palvelutarpeen muutokset. Kaikissa näissä kriittisissä kohdissa alueet ovat erilaisia.

Palvelujärjestelmään kohdistuu yhtä aikaa useita siihen paineita aiheuttavia tekijöitä, eli järjestämisvastuun siirtyminen hyvinvointialueille 1.1.2023, Covid-19 -pandemian aikaansaama palveluvelka ja henkilöstön saatavuuteen liittyvät haasteet. Vielä ei tiedetä, miten kevään 2022 terveydenhuoltoalan henkilöstön lakot vaikuttavat palvelujärjestelmään pidemmällä tähtäimellä, eli esimerkiksi kertykö niiden seurauksena lisää palveluvelkaa. Ukrainan sodan seurauksena Suomeen ennakoidaan saapuvan kymmeniä tuhansia ihmisiä, ja kunnat ja sairaanhoitopiirit, jatkossa hyvinvointialueet tulevat tuottamaan myös heille palveluita, vaikka voimassa olevan lainsäädännön mukaan järjestämisvastuu terveystalouksista on vastaanottokeskuksilla. Vaikka hoitoon pääsyä koskevien tietojen perusteella valtaosa perusterveydenhuollon käynneistä toteutuu seitsemässä vuorokaudessa ja suun terveydenhuollossa kolmessa kuukaudessa, ovat määräjän tiukennukset lainsäädännössä silti merkittävä velvoitteiden kiristyminen nykytilanteeseen nähden. Jotta muutos on hallittu, on perusteltua toteuttaa hoitoon pääsyn määrärajojen tiukentaminen vaiheittain eli siten, että alkuun säädetään perusterveydenhuollon kiireettömän avosairaanhoidon seitsemää vuorokautta ja suun terveydenhuollon kolmea kuukautta pidempi hoitoon pääsyn määräaika.

Lainsäädäntömuutostarpeiden arviointia

Terveydenhuoltolain voimassa olevassa 51 §:ssä säädetään perusterveydenhuollon hoidon tarpeen arvioinnista, pääsystä perusterveydenhuollon palveluihin, perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon palveluihin ja pääsystä perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavaan erikoissairaanhoitoon. Pykälän hoitoon pääsyä koskeva sääntely on melko yksinkertaista, koska siinä säädetään hoitoon pääsystä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa tai kuudessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Uudistuksen tavoitteena on turvata perusterveydenhuollon hoitoon pääsy seitsemässä vuorokaudessa siitä, kun on tehty yksilöllinen arvio hoidon tarpeesta. Käytännössä palvelujärjestelmän resurssit eivät riitä siihen, että kaikkiin perusterveydenhuollon hoitokäynteihin sovellettaisiin seitsemän vuorokauden määräaika, vaan lainsäädännöllä on kohdennettava tällainen määräaika koskeva velvoite sellaisiin palveluihin, joissa hoitoon pääsy erityisesti on toteutettava ripeästi. Edellä todettu huomioon ottaen on tarve säätää voimassa olevaa sääntelyä huomattavasti tarkemmin siitä, minkälaiset hoitotapahtumat ovat seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräjän piirissä, ja myös siitä, millaiset säännökset koskevat niitä hoitotapahtumia, joihin ei sovelleta seitsemän vuorokauden määräaika.

Suun terveydenhuollossa hoitoon pääsyn määräaika on jatkossakin resurssisyydestä muuta perusterveydenhuoltoa pidempi, vaikka sitä edellä todetun mukaisesti onkin syytä lyhentää. Säännökset tulee laatia ottaen huomioon alan erityispiirteet ja pidemmästä hoitoon pääsyn määräjasta seuraavat vaikutukset sääntelytapaan. Koska perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa noudatetaan erilaista lähetteen perustuvaa sääntelyä ja pidempää hoitoon pääsyn määräaika, on siitäkin perusteltua säätää erikseen.

Edellä todetusta johtuen on perusteltua erottaa jatkossa omiksi pykälikseen hoidon tarpeen arviota sekä perusterveydenhuoltoa, suun terveydenhuoltoa ja perusterveydenhuollon yhteydessä annettavaa erikoissairaanhoitoa koskeva hoitoon pääsyn sääntely. Koska lainsäädäntöhanke

koskee perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn parantamista, ei tässä yhteydessä ole sisällöllisesti tarkasteltu perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavan erikoissairaanhoidon sääntelyä. Tämä hoitoon pääsyä koskeva sääntely vastaa periaatteiltaan erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn sääntelyä (terveydenhuoltolaki 52 §).

YTHS-lain 10 §:n mukaan Kansaneläkelaitoksen järjestämään ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tuottamaan opiskeluterveydenhuoltoon sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädetään perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä. Mainittu terveydenhuoltolain säännös on kirjoitettu siten, että siinä veloitetaan kuntaa, jolloin se, mikä koskee kuntaa, ymmärretään lakia sovellettaessa koskevan myös Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiötä. Kyseessä ei voimassa olevassa laissa ole siis vain informatiivinen viittaussäännös, koska terveydenhuoltolain 51 §:ssä ei säädetä mitään Kansaneläkelaitoksesta tai Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiöstä.

Vankiterveydenhuoltoa koskien ei ole tällä hetkellä lainkaan säännöksiä hoitoon pääsystä. Jaksossa 2.15 on tuotu esiin, että vankeinhoidon normaalisuusperiaatteen ja yhdenvertaisuusperiaatteen takia on perusteltua säätää nimenomaisesti hoitoon pääsyn määräajoista vankiterveydenhuoltoa koskien. Jaksossa 2.1.6 on selostettu syitä, miksi Puolustusvoimien järjestämän terveydenhuollon osalta hoitoon pääsyn määräajoista ei kuitenkaan ole perusteltua säätää ainakaan osana tätä lakihanketta.

Edellä todetun mukaisesti hyvinvointialueen perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä olisi perusteltua jatkossa säätää terveydenhuoltolaissa tarkemmin kuin voimassa olevassa lainsäädännössä, minkä seurauksena sääntely tulee jakautumaan useaan pykälään. On arvioitava myös sitä, mikä on tarkoituksenmukainen ja selkeä tapa jatkossa säätää hoitoon pääsystä korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa ja vankiterveydenhuollossa.

Vaihtoehtoina on 1) tehdä YTHS-lain 10 §:ään vain välttämättömät tekniset pykäläviittaussmuutokset terveydenhuoltolain uudistuviin säännöksiin, ja säätää vastaavat viittaussäännökset terveydenhuoltolakiin vankeuslain ja tutkintavankeuslain sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaan lukuun; 2) säätää terveydenhuoltolain hoitoon pääsyä koskevassa sääntelyssä nimenomaisesti myös Kansaneläkelaitoksen ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön velvoitteista ja mahdollisesti myös Vankiterveydenhuollon yksikön velvoitteista 3) säätää hoitoon pääsystä erikseen YTHS-laissa sekä vankeuslaissa ja tutkintavankeuslaissa.

Vaihtoehto 1 on lakiteknisesti melko yksinkertainen ratkaisu. Sen heikkous kuitenkin on, että sääntely voi olla vaikeasti tulkittavaa, koska kunkin säännöksen osalta on tulkittava, millä laissa hyvinvointialueen velvoitteita koskevaa sääntelyä sovelletaan Kansaneläkelaitokseen, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiöön ja Vankiterveydenhuollon yksikköön. Epäselvyyttä voi syntyä esimerkiksi sen takia, että YTHS:n palveluvalikoima ei kata esimerkiksi lääkinnällistä kuntoutusta, jolloin viittaukset terveydenhuoltolain kuntoutuksen järjestämistä koskeviin säännöksiin voisivat tehdä oikeustilan epäselväksi. Vaihtoehdossa 2 on tietynlainen lakisystemaattinen heikkous, koska terveydenhuoltolain soveltamisala pääosin koskee nimenomaan kuntien ja kuntayhtymien, jatkossa hyvinvointialueiden järjestämää terveydenhuoltoa, joskin terveydenhuoltolain 17 §:ssä säädetään jo nyt myös korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta. Jos säännöksissä säädettäisiin myös Vankiterveydenhuollon yksiköstä, laajenisi terveydenhuoltolain soveltamisala toimintaan, johon sitä ei ole aiemmin sovellettu. Vaihtoehdon 3 etuna on, että YTHS-laissa sekä vankeuslaissa ja tutkintavankeuslaissa asiasta säädettäessä on selkeää, mikä velvoite koskee Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiötä tai Vankiterveydenhuollon yksikköä. Lisäksi asiasta erikseen omissa erityislaeissa säädettäessä on mahdollista tarvittaessa tehdä lakiteknisesti selkeästi korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa ja vankiterveydenhuoltoa koskevia mukautuksia sääntelyyn. Eräänlaisena huonona puolenä on, että pääosin toisiaan vastaavat pykälät toistuvat useassa laissa. Vankeuslain ja tutkintavankeuslain osalta tämä

sinänsä osin perustuu mainittujen lakien valittuun sääntelytapaan, jossa toistetaan identtinen sääntely esimerkiksi juuri sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa luvuissa.

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa kokonaisuutena arvioiden vaihtoehtoon 3 arvioidaan olevan tarkoituksenmukaisin sääntelytapa. Sääntelytapa on selkein ja mahdollistaa ottamaan huomioon opiskeluterveydenhuollon erityispiirteet. Vankiterveydenhuollossa tarkoituksenmukaisimmaksi sääntelytavaksi arvioidaan vaihtoehto 1. Tämä johtuu siitä, että toisin kuin opiskeluterveydenhuollossa, vankiterveydenhuollossa terveyden- ja sairaanhoidon palveluvalikoimaa ei ole lakisääteisesti määritelty, ja asiaa ei ole tarkoituksenmukaista lähteä määrittelemään hoitoon pääsyä koskeva sääntelyn kautta tässä lakihankkeessa. Vaihtoehto 1 on tässä tilanteessa toimivin vaihtoehto.

Vankiterveydenhuollon osalta johdonmukaisuuden vuoksi on säädettävä myös erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä, koska Vankiterveydenhuollon yksikkö järjestää myös vankien erikoissairaanhoidon. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa järjestetään vain perusterveydenhuoltoon kuuluvia palveluja.

Potilaslain 4 §:n 1 momentissa on viittaussäännös, jonka mukaan hoitoon pääsystä ja hoidon järjestämisestä kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yksiköissä säädetään erikseen terveydenhuoltolaissa. Koska jatkossa hoitoon pääsystä edellä todetun mukaisesti olisi perusteltua säätää useassa laissa, on potilaslain säännöstä muutettava. Eräs sääntelytapa olisi lisätä säännökseen viittaukset myös YTHS-lakiin, vankeuslakiin ja tutkintavankeuslakiin. Koska ”hoitoon pääsystä ja hoidon järjestämisestä” säädetään myös muissa laeissa (vaikkakaan ei siis hoitoon pääsyn määräaajoista), vain tiettyjen lakien listaaminen säännökseen ei välttämättä palvele informatiivisuutta ja voi olla jopa harhaanjohtavaa. Täten perustellumpaa on muuttaa säännösviitasta yleisemmäksi tai poistaa informatiivinen viittaus pykälästä kokonaan. Myös opiskeluhuoltolaissa oleva säännösviittaus terveydenhuoltolakiin on tarkistettava.

3 Tavoitteet

Esityksen tavoitteena on vahvistaa terveydenhuollon peruspalveluja ja parantaa palvelujen saatavuutta. Peruspalvelujen vahvistaminen kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja ja parantaa kansalaisten yhdenvertaisuutta. Pääministeri Marinin hallitusohjelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen saatavuutta parannetaan tiukentamalla hoitotakuuta niin, että jatkossa kiireettömässä tapauksessa hoitoon pääsee viikon (seitsemän vuorokauden) sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Hallitusohjelman mukaan suun terveydenhuollon ja mielenterveyspalvelujen saatavuutta parannetaan. Uudistus liittyy Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaan ja se kytkeytyy myös sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen.

Esityksen tavoitteena on parantaa kiirettömään hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa siten, että perusterveydenhuollossa kiireettömässä sairaanhoidossa hoitoon pääsee seitsemän vuorokauden sisällä, kun on tehty yksilöllinen arvio hoidon tarpeesta. Lisäksi esityksen tavoitteena on parantaa hoitoon pääsyä suun terveydenhuollossa siten, että hoitoon pääsyn määräaika lyhennettäisiin kolmeen kuukauteen. Jotta hyvinvointialueet, YTHS ja Vankiterveydenhuollon yksikkö pystyvät siirtymään uusiin voimassa olevia hoitoon pääsyn määräaikoja selvästi tiukempiin määräaikoihin, on syytä vaiheistaa esitystä siten, että ensimmäisen reilun vuoden voimassa on pidemmät hoitoon pääsyn määräajat.

Hoitoon pääsyä koskeva sääntely koskisi hyvinvointialueiden järjestämän terveydenhuollon lisäksi Kansaneläkelaitoksen järjestämää ja YTHS:n tuottamaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisen Vankiterveydenhuollon

yksikön järjestämää vankiterveydenhuoltoa. Hoitoon pääsyn määräajoista nimenomaisesti säättämällä vankiterveydenhuoltoa koskien tavoitellaan vankeinhoidon normaalisuusperiaatteen ja yhdenvertaisuuden toteutumisen turvaamista.

Nykyisen lainsäädännön mukaan hoidon tarpeen arvioinnissa tarpeelliseksi todettu kiireetön hoito perusterveydenhuollon sairaanhoidossa on järjestettävä kolmen kuukauden sisällä ja suun terveydenhuollossa kuuden kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Näistä pitkistä määräajoista johtuen hoitoon pääsyssä on melko suuria alueellisia vaiheluita. Nyt esitettävien tiukempien hoitoon pääsyn määräaikojen tavoitteena on parantaa asukkaiden alueellisen yhdenvertaisuuden toteutumista palvelujen saatavuudessa.

Lakiesityksen tavoitteena on väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen parantamalla hoitoon pääsyä. Nopeammalla palveluihin pääsyllä voidaan ehkäistä ongelmien kasautumista ja pitkittymistä ja vähentää erityistason palveluiden tarvetta. Hoitoon pääsyn viivästyminen voi pahentaa asiakkaan tilannetta ja monimutkaistaa monien terveysongelmien hoitoa ja näin lisätä kustannuksia.

Nopeampi pääsy kiireettömään hoitoon perusterveydenhuollossa vähentää potilaiden tarvetta hakeutua päivystyspalveluihin. Tällöin potilaat ohjautuvat palveluihin, joilla voidaan vastata paremmin heidän tarpeisiinsa.

4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset

4.1 Keskeiset ehdotukset

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi perusterveydenhuollon kiireettömään sairaanhoitoon pääsyn järjestämisestä seitsemän vuorokauden sisällä siitä, kun potilaalle on tehty yksilöllinen arvio hoidon tarpeesta. Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollossa kiireettömään hoitoon pääsy tulisi järjestää kolmen kuukauden sisällä arviosta. Tiukentuva hoitoon pääsyn sääntely koskisi hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevaa perusterveydenhuoltoa ja Kansaneläkelaitoksen järjestämisvastuulla olevaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa. Lisäksi ehdotetaan, että hoitoon pääsyn määräaikoja koskeva sääntely, mukaan lukien erikoissairanhoidon hoitoon pääsyä sääntely, nimenomaisesti koskisi myös THL:n alaisen Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämää vankiterveydenhuoltoa.

Toiminta tulisi järjestää siten, että potilas voi arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana saada yhteyden perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja saada saman päivän aikana yksilöllisen arvion tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttamaa hoitoa tai tutkimuksia potilas tarvitsee. Tämän arvion hoidon tarpeesta tekisi laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, suun terveydenhuollossa arvion voisi tehdä muukin terveydenhuollon ammattihenkilö. Kun tutkimuksen tai hoidon tarve on todettu, tulee ensimmäinen hoitotapahtuma järjestää siitä seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä, suun terveydenhuollossa kolmen kuukauden sisällä.

Seitsemän vuorokauden määräajassa tulisi järjestää ensimmäinen hoitotapahtuma, kun potilaan hoidon hakeutumisen syynä perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja todetaan lääketieteellisesti tarpeelliseksi antaa hoitoa. Suun terveydenhuollossa hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu tutkimus tai hoito tulisi järjestää kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun arviointi hoidon tarpeesta on

tehty. Hoidon voisi toteuttaa lääkärin tai hammaslääkärin lisäksi myös muu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö ja suun terveydenhuollossa myös nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Palvelun järjestäjällä olisi velvoite tarjota määräaikaan sisältyvä hoitoaika potilaalle. Potilaan kanssa tulee neuvotella sopivasta ajasta ja hoitoaika tarjotessa on pyrittävä ottamaan huomioon potilaan toivomukset. Hoitoaikoja tarjotessa on pyrittävä löytämään potilaalle sopiva aika, tarvittaessa ostopalveluja käyttämällä. Potilaalla ei kuitenkaan olisi ehdotonta oikeutta vaatia, että hänen hoitokäyntinsä toteutetaan juuri tiettyinä hyvin tarkkana ajankohtana. Hyvinvointialueen on hankittava palveluita muilta palveluntuottajilta, jos se ei kykene antamaan hoitoa laissa säädettyissä enimmäisajoissa. Tätä sääntelyä myös täsmennettäisiin säännöksellä, jonka mukaan hyvinvointialueen on hoidon tarvetta arvioidessaan arvioitava sitä, pystyykö se tuottamaan tutkimukset ja hoidon määräajassa. Käytännössä toimintaa ei saa järjestää niin tiukaksi, että potilaille rutiininomaisesti tarjotaan vain paria mahdollista aikaa, tai tietoisesti potilaalle tarjotaan epäsoivia vastaanottoaikoja, vaikka enemmänkin aikoja olisi vapaana, ja tähän vedoten kieläydytään ohjaamasta potilasta muun palveluntuottajan palveluihin. Hyvinvointialueella on velvoite järjestää toimintansa siten, että joko sen omana tuotantona tai ostopalveluna on saatavilla tutkimus- ja hoitoaikoja siten, että potilailla on tosiasiallinen mahdollisuus päästä palveluiden piiriin säädettyissä määräajoissa. Arvioinnissa tulisi myös arvioida sitä, tarvitseeko potilas tutkimusta tai hoitoa nopeammin kuin seitsemässä vuorokaudessa tai suun terveydenhuollossa kolmessa kuukaudessa. Sama koskisi korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa ja vanhaterveydenhuoltoa.

Lisäksi säädettäisiin, että jos tutkimuksen tai hoidon tarpeesta tehdyn arvion perusteella potilas on ohjattu muun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin tai hammaslääkärin vastaanotolle, ja ammattihenkilö toteaa lääkärin tai hammaslääkärin tutkimuksen tai hoidon tarpeen, tämä lääkäriin pääsy on toteutettava perusterveydenhuollon sairaanhoidossa seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä sekä hammaslääkäriin pääsy joko seuraavan neljän viikon sisällä tai vaihtoehtoisesti kolmen kuukauden kuluessa alkuperäisestä tutkimuksen tai hoidon tarpeen arviosta. Sääntelyn tarkoitus on turvata potilaan oikeuksia, jotta hoidon pääsyn määräaikoja ei voi kiertää lähettämällä potilas muun terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle, kun hänellä on tarve lääkäri- tai hammaslääkäripalveluille. Suun terveydenhuollossa säädettäisiin myös velvoitteesta järjestää pääsy perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin vastaanotolle enimmillään kolmessa kuukaudessa, jos hammaslääkäri toteaa tarpeen erikoishammaslääkäripalveluille.

Seitsemän vuorokauden määräaika perusterveydenhuollossa ei koskisi hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanottokäyntejä eikä hoitotapahtumia, jotka tehdään yksinomaan 22 §:ssä tarkoitettun tai muuten terveydenhuollossa laadittavan todistuksen tai lausunnon saamiseksi. Määräaika ei myöskään koskisi terveyttä ja hyvinvointia edistäviä palveluja kuten terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia eikä muita ennaltaehkäisevän terveydenhuollon palveluita.

Perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon, kuntoutuksen sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävien palveluiden, joita ei koske seitsemän vuorokauden määräaika, ensimmäinen hoitotapahtuma tulisi järjestää potilaan terveydentila, työ- opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja ennakoitavissa oleva sairauden tai vamman kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa yhteydenotosta ja hoidon tarvetta koskevasta arviosta taikka hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Kolme kuukautta olisi enimmäisaika, ja sääntely suoraan velvoittaa ottamaan huomioon seikat, joiden perusteella hoito tulee tarvittaessa järjestää nopeammin, joissain tilanteissa huomattavastikin nopeammin. Eräitä palveluita eli seulontoja,

tiettyjä määräaikaistarkastuksia sekä osaa rokotuksista ei koskisi myöskään kolmen kuukauden hoitoon pääsyn määräaika, koska tällaisten palveluiden antamisesta säädetään erikseen.

Suun terveydenhuollossa kolmen kuukauden määräaika ei koskisi tilanteita, joissa hoitosuunnitelmaan on kirjattu potilaan yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli, jollei hoidon tarvetta koskevassa arvioinnissa ilmene tarvetta poiketa tutkimus- tai hoitovälin määrittämästä ajankohdasta. Määräaika ei koskisi myöskään neuvolapalveluihin tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun määräaikaisen terveystarkastuksen suorittamista, koska niiden antamisesta säädetään erikseen. Jos kuitenkin tällaisen terveystarkastuksen suorittaja on muu ammattihenkilö kuin hammaslääkäri, ja todetaan tarve hammaslääkäripalveluille, pääsy hammaslääkärille olisi järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteutamisesta.

Hoitoon pääsyä koskevaa sääntelyä tarkennettaisiin myös siten, että hoitojakso tulee saattaa valmiiksi kohtuullisessa ajassa ilman tarpeetonta viivytystä hoitokäyntien välillä. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hammaslääketieteellinen perustelu hoidon jaksottamiselle.

Hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentuminen ehdotetaan toteutettavaksi muutos vaiheistaen siten, että 1.9.2023–31.10.2024 perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa olisi voimassa 14 vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika seitsemän vuorokauden sijaan, ja suun terveydenhuollossa neljän kuukauden hoitoon pääsyn määräaika kolmen kuukauden määräajan sisäin. Tämä mahdollistaisi sen, että palvelunjärjestäjät voivat siirtyä tiukentuviin hoitoon pääsyn määräaikoihin hallitummin, ja muutos ei olisi kerralla niin suuri. Tällaisen toteuttamistavan arvioidaan tekevän hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentamisen palvelunjärjestäjille helpommaksi toteuttaa, kun niillä on aikaa muuttaa ja kehittää toimintaansa pidemmän siirtymäajan puitteissa. Perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa kuitenkin jos potilas on ensin lähetetty muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja havaitaan tarve lääkäripalvelulle, hoitoon tulisi päästä seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä, eli tältä osin määräaika ei olisi pidempi. Suun terveydenhuollossa hammaslääkärille tulisi päästä neljän viikon kuluessa siitä, kun tarve hammaslääkärin vastaanotolle on havaittu tai neljän kuukauden kuluessa siitä hoidon tarpeen arvioinnista, jonka perusteella potilas lähetettiin muun ammattihenkilön vastaanotolle. Muilta osin määräaikaisesti 14 kuukautta voimassa olevat säännökset vastaisivat toistaiseksi voimassa oleviksi ehdotettuja säännöksiä.

Jatkossa korkeakouluopiskelijoiden hoitoon pääsystä säädettäisiin erikseen YTHS-laissa. Hoitoon pääsystä vankiterveydenhuollossa säädettäisiin vankeuslaissa ja tutkintavankeuslaissa viittaussäännöksiin terveydenhuoltolakiin. Vankiterveydenhuollon osalta säädettäisiin myös erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn määräaikojen noudattamisesta. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa ei järjestetä erikoissairaanhoidon palveluja. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon ja vankiterveydenhuollon hoitoon pääsyä koskeva sääntely vastaisi hyvinvointialueita koskevaa sääntelyä. Sääntelyyn ehdotetaan kuitenkin eräitä mukautuksia, joissa otettaisiin huomioon toiminnan erityispiirteet.

Hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä koskevaa sääntelyä ei muutettaisi. Hoitoon pääsystä perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa säädettäisiin jatkossa omassa pykälässään, mutta sääntelyn sisältöä ei muutettaisi.

Hyvinvointialueen, YTHS:n ja Vankiterveydenhuollon yksikön tulisi julkaista internetissä, Vankiterveydenhuollon yksikön myös vankilassa, tietoa hoitoon pääsystä. Hoitoon pääsyä koskevat tiedot tuottaisi THL, jolloin tieto olisi vertailukelpoista eri järjestäjien välillä. Perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon toimintayksiköiden ja suun terveydenhuollon osalta sään-

nöstä muutettaisiin siten, että jatkossa tiedot hoitoon pääsystä tulisi julkaista kalenterikuukausittain. Erikoissairaanhoidosta tiedot toteutuneesta hoitoon pääsystä tulisi julkaista neljän kuukauden välein, kuten nykyisinkin.

4.2 Pääasialliset vaikutukset

4.2.1 Taloudelliset vaikutukset

Yleistä

Lakiesitys aiheuttaisi hyvinvointialueille tarpeen lisätä perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kapasiteettia pysyvästi. Vaikka kapasiteetin lisäys on osin mahdollista tehdä nykyisiä toimintatapoja kehittämällä, on hyvinvointialueiden kuitenkin osoitettava nykyistä suurempia määrärahoja perusterveydenhuollon avosairaanhoitoon ja lisärahoituksen turvin esimerkiksi lisäättävä henkilöstöä, hankittava palveluja asiakkaille, luotava uusia palvelusetelijärjestelyjä sekä investoitava uusiin digitaalisiin ratkaisuihin. Hyvinvointialueiden kasvavat kustannukset tulisivat valtion sekä vähäisessä määrin palveluja käyttävien asiakkaiden rahoitettavaksi. Jo ennen lain voimaantuloa hyvinvointialueiden tulisi lisätä kapasiteettia jonojen purkamiseksi.

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon saatavuuden parantuminen todennäköisesti lisäisi palvelujen kysyntää. Potilaiden käyttäytymistä on etukäteen vaikea arvioida, koska Suomessa perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn määrääjat ovat poikkeuksellisen pitkiä verrattuna esimerkiksi valtaosaan muihin Euroopan maihin. Lisäksi Suomen perusterveydenhuolto on monikanavaisuudessaan verrattain poikkeuksellinen suhteessa eurooppalaisiin verrokkimaihin.

Hyvinvointialueiden suun terveydenhuollon palveluiden kysynnän ei arvioida lisääntyvän, koska lakiesityksen mukainen kolmen kuukauden odotusaika kiireettömään hoitoon on edelleen pitkä. Kertaluontoisesti jonojen purkuun suunnattavan kapasiteetin lisäksi tarvitaan jonkin verran pysyvää rahoitusta, jotta hoitajaksot saadaan toteutettua kohtuujassa ja perusterveydenhuoltotasoisten erikoishammaslääkäripalvelujen saanti turvataan.

Esityksellä on heijastusvaikutuksia moneen perusterveydenhuollon avosairaanhoitoon liittyvään palvelusektoriin. Erikoissairaanhoidon palveluihin kohdistuisi niin kustannuksia lisääviä kuin kustannusten kasvua hillitseviä vaikutuksia. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitajaksojen arvioidaan osin vähenevän. Arvion mukaan esityksen johdosta osa nykyisin päivystyksessä hoidettavista potilaista hoidetaan jatkossa perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa. Sairausvakuutuksen avulla rahoitetusta ja työnantajien työterveyshuollon kautta hankkimasta terveyskeskusten palveluvalikoimaa vastaavasta palvelutuotannosta arvioidaan kohdentuvan vähitellen enenevässä määrin kysyntää hyvinvointialueen perusterveydenhuollon palveluihin. Esitys koskisi myös korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa ja vankiterveydenhuoltoa.

Tämän hallituksen esityksen arvioinnissa keskitytään ensisijaisesti ehdotetuista laeista seuraaviin keskeisiin vaikutuksiin ja arviointi on tehty suhteessa nykytilaan. Rahamääräiset arviot on kirjattu vuoden 2019 kustannustasossa, jos toisin ei ole mainittu

Esityksen vaikutusten arviointi on osoittautunut poikkeuksellisen monimutkaiseksi ja haasteelliseksi. Taustalla tähän ovat useat, yhtäaikaisten vaikeasti ennakoitavat ja keskinäisriippuvaiset muutostekijät ja niiden yhteisvaikutukset, jotka voivat vaikuttaa ajallisesti ja alueellisesti eri tavoin ja eri suuntiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus tulee muuttamaan koko terveydenhuollon toimintaympäristön ja todennäköisesti myös tiettyjä totuttuja lainalaisuuksia esimerkiksi hoitoketjujen ja kustannusten jakautumisen osalta. Kaikkia näitä muutoksia ja niiden aikatauluja on vaikea ennakoida. Niiden toteutuminen riippuu myös muutoksen johtamisesta ja toimeenpanossa onnistumisesta ja alueellisista ratkaisuista, mitkä voivat vaihdella.

Covid-19-pandemia on muuttanut yhteiskunnan kaikkia toimintoja vaikeasti ennakoitavasti. Terveystieteiltä vaadittavat toimenpiteet ovat yllättäneet palvelujärjestelmän ja ovat vaihdelleet epidemian eri vaiheiden välillä. Pandemian jälkihoito ja erityisesti hoito- ja palveluvelan korjaantuminen vie vuosia ja tapahtuu eri osissa maata eri tavoin ja aikataulussa. Osin hoitotakuun tiukentamisen vaikutukset riippuvat myös yksittäisten kansalaisten ja työnantajien käytäytymisestä, mikä on todettu vaikeaksi ennakoida.

Vaikutusten arvioinnin pohjaksi ei ole mahdollista tuottaa sellaista luotettavaa, ajantasaista ja toimintaympäristön muutosten mukana pysyvää tietopohjaa, jonka pohjalta osattaisiin tarkasti ennustaa vaikutuksia vuonna 2023 ja 2024 hoitotakuun tiukennusten voimaantullessa ja sen jälkeen. Tätä ongelmaa on kuvattu nykytilan kuvauksen kohdalla. Vaikutusten arviointia on jouduttu päivittämään useaan otteeseen tietojen muuttuessa ja tietopohjan karttuessa jo esityksen lausuntokierroksen ja jatkovalmistelun aikana.

Vaikutusten sanallinen ja laskennallinen arviointi sisältääkin huomattavia oletuksia, suoraviivaistuksia, valintoja ja epävarmuutta. Virkatyönä tehdyssä asiantuntija-arvioinnissa on jouduttu tekemään valintoja esimerkiksi monilta osin nykytilan kiinnittämiseksi vuoteen 2019, eli viimeiseen tavanomaiseen toimintavuoteen ennen Covid-19 -pandemiaa, jotta arviointia sekoittavia tekijöitä saadaan vähennettyä. Huomioon ei toisaalta ole siten pystytty ottamaan esimerkiksi juuri voimakkaasti yleistyneiden digitaalisten ja muiden uusien toimintamallien mahdollista vaikutusta tuottavuuden paranemiseen ja yksikkökustannusten laskuun.

Hoidon saatavuuden lähtötason määrittely on osoittautunut erittäin vaikeaksi hoitoon pääsyä koskevan tiedon laadun valtavien puutteiden takia, hoitoon pääsyn tilanteen eläessä koko ajan. Hoitoon pääsy saattaa alueittain näyttäytyä liian hyvänä tai liian huonona riippuen analysointihetkestä ja esimerkiksi tietojärjestelmäpäivityksistä. Saatavuus vaihtelee eri puolilla Suomea ja muuttuu hyvinkin nopeasti kullakin alueella muun muassa Covid-19-epidemian aaltojen hankaloituessa tai hellittäessä ja toisaalta hoitojonojen purkautuessa. Piilossa olevan tarpeen määrää ei tiedetä eikä ole pystytty ennustamaan. Saatavuuden kehittymisen ennustaminen tuleville vuosille on hyvin vaikeaa. Myös kustannusten muutoksia, tarvittavaa lisäkapasiteettia ja ketjuvaikutuksia on jouduttu peilaamaan usean vuoden aikajaksolle, jolloin myös väestöprofiilin muuttuminen, esimerkiksi ikääntyminen, voi nousta sekoittavaksi tekijäksi ja vaikuttaa kokonaiskustannuksiin.

Vaikutusten arvioinnissa on pyritty kuvaamaan parantuvan hoitoon pääsyn vaikutuksia – suuntaa, suuruutta ja aikataulua – myös muihin palveluihin. Taustalla on osin tieteellisiä tutkimuksia ja rekisteriaineistosta saatavaa tietopohjaa. Suurelta osin on kuitenkin jouduttu perustamaan päätelmät sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijoiden tekemään kokonaisarvioon. Esimerkiksi kontrolloiduissa olosuhteissa tehdyn yksittäisen tutkimuksen toimintamalli ei välttämättä ole sovellettavissa monimutkaiseen toimintaympäristöön arkimaailmassa.

Hoitotakuun tiukentamisen toiminnalliset ja taloudelliset vaikutukset ovat asian monimutkaisuuden ja yhtäaikaisten sekoittavien tekijöiden vuoksi todennäköisesti todennettavissa luotettavasti vasta vuosia jälkikäteen esimerkiksi terveystaloustieteellisen ja tuotantotaloudellisen tutkimuksen avulla. Mitä luultavimmin esityksen taloudellisten vaikutusten jälkikäteenkin todentaminen luotettavalla tavalla tulee olemaan erittäin haastavaa.

Vaikutukset hyvinvointialueiden talouteen

Esitys aiheuttaisi hyvinvointialueille tarpeen lisätä perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kapasiteettia. Tarve aiheutuu siitä, että asiakkaat ylipäättään saattavat hakeutua aikaisempaa enemmän hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon palveluihin sekä siitä, että parempi palvelutaso hoitoon pääsyn osalta voi aiheuttaa jonkin verran hukkaa ja varautumistarvetta. Hyvinvointialueiden palveluiden kanssa rinnakkaisten palvelujen, eli lähinnä työterveyshuollon sairaanhoidollisten palvelujen ja sairaanhoitovakuutuksen korvaamien yksityisten palvelujen, sijaan asiakkaat saattavat hakeutua aikaisempaa enemmän hyvinvointialueiden palveluihin. Työterveyshuollon palveluita ostavat työnantajat saattavat myös vähitellen hankkia vähemmän työterveyshuollon sairaanhoidollisia palveluita. Tiukentuvat hoitoon pääsyn edellytykset saattavat aiheuttaa myös jonkin verran tehottomuutta, kun ajanvarauskalenterissa täytyy olla aikaisempaa enemmän vapaita aikoja. Erinäisiin satunnais- ja kausivaihteluihin on varauduttava ja vastattava aikaisempaa laajemmin. On myös arvioitu, että esityksen voimaantultua kapasiteettia tulisi lisätä niin kutsuttuun patoutuneeseen kysyntään vastaamiseksi. Kapasiteetin lisäys voisi tapahtua toimintatapojen kehittämisen lisäksi esimerkiksi lisäämällä kyseisessä toiminnassa työskentelevän ammatti- ja tukihenkilöstön määrää, digitalisaatiota hyödyntävää teknologiaa tai hankkimalla perusterveydenhuollon palveluita ostopalveluina muilta palveluntuottajilta ja palvelusetelijärjestelyjen kautta.

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon nykyisten asiakkaiden palvelemiseen tarkoitetun kapasiteetin tarpeen arvioidaan kasvavan siten, että toimintaa tulisi laajentaa seitsemän vuorokauden määräajan voimassaolosta alkaen yhdeksän prosenttia suhteessa nykytilan kustannuksiin eli kustannuspaine on tältä osin noin 160 miljoonaa euroa. Esityksen siirtymäaikana, hoitoon pääsyn määräajan ollessa 14 vuorokautta, tämän nykyisten asiakkaiden palvelutason nostamiseen tarvittavan lisäkapasiteetin on arvioitu olevan seitsemän prosenttia suhteessa nykytilan kapasiteettiin, mikä tarkoittaa vuositasolla noin 120 miljoonan euron kustannuspainetta. Kyseiset arviot ovat sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntija-arvioita, joita tehtäessä on pyritty huomioimaan perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ja siihen liittyvien palvelusektorien nykytila sekä esityksen vaikutukset palvelujen kysynnän lisääntymiseen ja palvelutason nostamisesta aiheutuviin palvelutuotannon toiminnan ja kapasiteetin muutostarpeisiin. Näiden parametrien merkitys taloudellisten vaikutusten kokonaisuudelle on erittäin suuri, mutta siitä huolimatta sen pohjaksi ei ole pystytty muodostamaan yhtä, luotettavaa saatavilla oleviin rekisteritietoihin ja tieteelliseen tutkimukseen pohjaavaa laskennallista perustelua. Terveystieteiden tutkimuksen hoitoon pääsyn arviointia koskeva tieteellinen kirjallisuus on nojannut jonoteoreettiseen mallinnukseen yksittäisten erikoissairaanhoidon toimenpiteiden hoitoon pääsyn mallinnuksessa (esimerkiksi Yaduvanshi, D., & Sharma, A., & More, P. (2019). Application of Queuing Theory to Optimize Waiting-Time in Hospital Operations. *Operations and Supply Chain Management: An International Journal*, 12(3), 165–174.). Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon odotusaikoja käsittelevässä tieteellisessä kirjallisuudessa on viime vuosina hyödynnetty agenttipohjaista simulointia (Comis, M., Cleophas, C., & Büsing, C. (2021). Patients, primary care, and policy: Agent-based simulation modeling for health care decision support. *Health Care Management Science*, 1–28.), jota soveltamalla päästäisiin luultavasti luotettavimpiin mahdollisiin ennakkoarvioihin kapasiteetin lisäyksen tarpeesta. Tämä edellyttäisi kuitenkin suuren määrän olemassa olevien rekisterien ulkopuolista tietoa palvelujen tarjonnasta ja kysynnästä sekä Suomen perusterveydenhuollon monikanavaisen palvelujärjestelmän ja muut erityispiirteet huomioiden erittäin mittavaa mallinnustyötä.

Pysyvän kapasiteettilisäyksen lisäksi patoutuneen kysynnän, jonojen purun ja muiden muutostokustannusten arvioidaan asiantuntija-arvioon perustuen aiheuttavan hyvinvointialueille kus-

tannuspaineen, joka vastaa kolmea prosenttia perusterveydenhuollon avosairaanhoidon nykytilan vuositason kustannuksista eli euromääräisesti noin 52 miljoonaa euroa. Hyvinvointialueiden on aloitettava varautuminen patoutuneen kysynnän purkuun ja tiukentuvien määräaikojen voimaantumoon hyvissä ajoin, jolloin muutuskustannusten painottuminen jo vuodelle 2023 on todennäköistä. Näiden muutuskustannusten on täten arvioitu jakautuvan niin, että 60 prosenttia muutuskustannuksista kohdentuu vuodelle 2023, jolloin hyvinvointialueiden on syyskuusta alkaen suoriuduttava 14 vuorokauden hoitoon pääsystä perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa. Edelleen, vuosille 2024 ja 2025 kohdentuisi näistä muutuskustannuksista 20 prosenttia kumpanakin vuonna.

Työterveyshuollon sairaanhoidollisista, terveyskeskusten avosairaanhoidon palveluja vastaavista palveluista siirtyvän kysynnän aiheuttaman kustannuspaineen on asiantuntija-arvion perusteella arvioitu olevan 5 prosenttia työterveyshuollon sairaanhoidollisten palvelujen kustannuksista toisena vuotena esityksen voimaantulosta ja 10 prosenttia esityksen voimaantulon kolmannesta vuodesta lukien. Vastaavasti sairausvakuutuksen korvaamista, terveyskeskusten avosairaanhoidon palveluja vastaavista palveluista siirtyvän kysynnän aiheuttaman kustannuspaineen on asiantuntija-arvioon perustuen arvioitu olevan ensimmäisenä vuotena esityksen voimaantulosta 2 prosenttia sairausvakuutuksen korvaamista palveluista, toisena vuotena 5 prosenttia ja kolmannesta vuodesta lukien 10 prosenttia. Kysynnän siirtymiseen liittyen on kuitenkin arvioitu, että vain kolmasosa työterveyshuollon sairaanhoidollisten palveluiden ja sairausvakuutuksen korvaamien palveluiden yhteydessä toteutettavista tutkimuksista toteutettaisiin jatkossa terveyskeskuksissa.

Kaiken kaikkiaan hyvinvointialueiden terveyskeskuksiin kohdistuva kustannuspaineen arvioidaan olevan koko Manner-Suomessa nykytilaan verrattuna 73 miljoonaa euroa vuonna 2023, 147 miljoonaa euroa vuonna 2024, 195 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 198 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien. Suhteessa toiminnan nykykustannuksiin laajennus on 4,1 prosenttia vuonna 2023, 8,4 prosenttia vuonna 2024, 11,1 prosenttia vuonna 2025 ja 11,3 prosenttia vuodesta 2026 lukien. Kustannusten kohdentuminen tulee eroamaan hyvinvointialueittain, riippuen alueiden valinnoista ja painotuksista tarvittavan lisähenkilöstön ja sen eri ammattiryhmien, digitalisaation ja muiden uusien toimintamallien sekä ostopalveluiden ja palvelusetelien osalta. Laskennallisesti koko maan tasolla kyseisen kustannuspaineen arvioidaan taloudellisesti merkittävimpien henkilöstöresurssien osalta 226 lääkärin ja 208 sairaanhoitajan henkilötyövuoden panosta vuonna 2023, 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. Tämä laskennallinen arvio perustuu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Terveidenhuollon menot ja rahoitus -tilaston ammattiryhmittäisiin kustannustietoihin, oletukseen, että lääkäri toteuttaa päivittäin seitsemän potilaskäyntiä ja sairaanhoitaja kymmenen, sekä oletukseen 86 euron lääkärikäynnin ja 50 euron sairaanhoitajakäynnin yksikkökustannuksesta. Vuodesta 2026 lukien edellä mainittu tarkoittaisi laskennallisesti noin 1 035 000 lääkärikäynnin ja 1 045 000 sairaanhoitajakäynnin lisäystä hyvinvointialueiden terveyskeskuksissa verrattuna vuoteen 2019.

Esityksen toimeenpano edellyttää perusterveydenhuollon suun terveydenhuollossa yli kolme kuukautta kiireetöntä tutkimusta tai hoitoa odottaneiden jonon purkamista. Jonon puron laskennallinen arvo voidaan arvioida koronaepidemiaa edeltävän vuoden 2019 vastaanottokäynti- ja talous- ja hoitoon pääsyn tietojen perusteella sekä syksyn 2021 hoitoon pääsyn tietojen perusteella. Vuonna 2019 noin 84 prosenttia ja syyskuussa 2021 noin 87 prosenttia suun terveydenhuollon käynneistä toteutui nyt esitetyn hoitotakuun mukaisesti kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arviosta. Suun terveydenhuollon kiireetöntä hoitoa hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen yli kolme kuukautta odottaneita oli lokakuussa 2019 noin 6 900 henkilöä ja vuonna 2021 syyskuussa noin 7 900 henkilöä. Näiden ja aiempien vuosien odotustietojen perusteella sekä

huomioiden mahdollisia puutteita Avohilmo-rekisterin tiedoissa voidaan arvioida, että yli kolme kuukautta hoitoon pääsyä odottaneita voisi olla vuonna 2023 poikkileikkauksen ajankohdalla ennen hoitotakuun ensi vaiheen muutosta yhteensä enimmillään noin 10 000 henkilöä. Heistä yli neljä kuukautta hoitoa odottaneita olisi arviolta enintään 6 000 henkilöä.

Suun terveydenhuollon bruttokustannukset vuonna 2019 olivat 326 euroa/asiakas ja nettokustannukset (asiakasmaksutuotot huomioitu) 238 euroa/asiakas. Näin ollen yllä mainitun noin 10 000 henkilön jonon purkamisen bruttokustannukset olisivat noin 3,3 miljoonaa euroa ja nettokustannukset noin 2,4 miljoonaa euroa. Tämän lisäksi tulee huomioida jonojen purkamiseen liittyvät kustannukset, jotka syntyvät esimerkiksi lisätöistä, ostopalveluista ja palvelusetelistä sekä niiden hallinnointikuluista. Arvio edellä mainituista kustannuksista on enimmillään yhteensä 1,7 miljoonaa euroa. Suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn määrärajan tiukentaminen kuudesta kolmeen kuukauteen edellyttää yhteensä noin 5 miljoonan euron kertaluontoisen rahoituksen. Asiakasmaksutulojen arvioidaan kasvavan tämän jonojen purun johdosta 0,9 miljoonaa euroa. Asiakasmaksutuottoja vähentää tästä arviosta jonkin verran se, että suun terveydenhuollon asiakasmaksut sisältyvät maksukattoon vuoden 2022 alusta alkaen. Esityksen hoitoonpääsyajkojen vaiheistuksen vuoksi tarvittavan jononpurun kustannuksista arvioidaan kohdentuvan 60 prosenttia eli noin kolme miljoonaa euroa vuodelle 2023 ja 40 prosenttia eli noin kaksi miljoonaa euroa vuodelle 2024.

Suun terveydenhuollon jononpurun lisäksi kiireettömään hoitoon pääsyn aikarajojen ylläpitämisen arvioidaan edellyttävän jonkin verran lisäkapasiteettia terveyskeskusten suun terveydenhuoltoon. Esityksen vaiheistuksen ensimmäisessä vaiheessa, kun hoitoon pääsyn määräaika olisi suun terveydenhuollossa neljä kuukautta, terveyskeskusten täysi-ikäisten suunterveydenhuoltoon arvioidaan tarvittavan noin puolen prosentin kapasiteetin lisäys tilanteen ylläpitoon. Kun lopullinen kolmen kuukauden hoitoon pääsyn määräaika astuu voimaan, tarvittavan kapasiteetin lisäyksen arvioidaan olevan prosentti terveyskeskusten täysi-ikäisten suun terveydenhuollosta. Näin ollen tilanteen ylläpidon aiheuttama kustannuspaine terveyskeskusten suun terveydenhuollossa on noin 0,6 miljoonaa euroa vuonna 2023, noin 2 miljoonaa euroa vuonna 2024 ja 3,5 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien.

Esityksellä olisi taloudellisia heijastusvaikutuksia muihin hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla oleviin palveluihin. Pohjaten Kuntaliiton julkaisemiin erikoissairaanhoitoon saapuneita läheteitä koskeviin tietoihin, Kuntataloustilaston kustannustietoihin ja THL:n hoitoilmoitusrekisterin toimenpidetietoihin perusterveydenhuollon palveluiden käytön lisääntymisen arvioidaan johtavan läheteiden määrän kasvamiseen niin, että 10 prosenttia nykytilaan verrattuna uusista käynneistä johtaisi erikoissairaanhoidossa hoidollisia toimia aiheuttaviin läheteisiin ja hoidollisen toimen keskimääräinen kustannus olisi 500 euroa. Huomioiden työterveyshuollon sairaanhoidollisten ja sairausvakuutuksen korvaamien käyntien väheneminen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäyntien lisääntymisen kautta tapahtuvan läheteiden lisääntymisen arvioidaan aiheuttavan noin 17 miljoonan euron kustannuspaineen hyvinvointialueille vuonna 2023, noin 33 miljoonan euron kustannuspaineen vuonna 2024, noin 40 miljoonan euron kustannuspaineen vuonna 2025 ja noin 37 miljoonan euron kustannuspaineen vuodesta 2026 lukien.

Ympärivuorokautisen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisesti toteuttaman perusterveydenhuoltotasaisen päivystyksen kysyntäpaineen arvioidaan asiantuntija-arvioon perustuen vähenevän virka-aikaisten perusterveydenhuollon palveluiden saatavuuden parantuessa siten, että tämän toiminnan volyymi suhteessa nykytilaan pienenesi 5 prosenttia ensimmäisenä vuotena esityksen voimaantulosta, 10 prosenttia vuonna toisena vuotena ja 15 prosenttia kolmannesta vuodesta lukien. Hyödyntäen THL:n hoitoilmoitusrekisterien toimintatie-

toja ja olettaen tämän toiminnan lääkärikäynnin yksikkökustannuksen olevan 240 euroa ja muiden ammattilaisten käynnin yksikkökustannuksen olevan 120 euroa, tämä vähentäisi hyvinvointialueiden kustannuspainetta noin 3 miljoonaa euroa vuonna 2023, noin 10 miljoonaa euroa vuonna 2024, noin 17 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja noin 23 miljoonaa vuodesta 2026 lukien. Perusterveydenhuollon palveluiden käytön lisääntymisen ja hoitoon pääsyn nopeutumisen arvioidaan asiantuntija-arvioon perustuen myös korvaavan erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöä niin, että terveyskeskusten nykytilaan nähden uusista lääkärikäynneistä 10 prosenttia korvaisi erikoissairaanhoidon avosairaanhoidokäynnin esityksen voimaantulon jälkeisenä ensimmäisenä vuotena ja vastaavasti 15 prosenttia esityksen voimaantulon toisesta vuodesta lukien. Lisäksi perusterveydenhuollon palveluiden käytön lisääntymisen ja hoitoon pääsyn nopeutumisen arvioidaan ehkäisevän vaivojen ja tarpeiden pahenemista niin, että erikoissairaanhoidon sairaalajaksoista puoli prosenttia voitaisiin välttää esityksen voimaantulosta ensimmäisenä vuotena sekä yksi prosentti esityksen voimaantulon toisesta vuodesta lukien. Erikoissairaanhoidon sairaalajaksojen väheneminen vähentäisi näin arvioiden Kuntatalous-tilaston kustannustietoja ja Terveyskeskusten menot ja rahoitus -tilaston kustannusjakaumatietoja hyödyntäen vähentäisi hyvinvointialueiden kustannuspainetta noin 6 miljoonaa euroa vuonna 2023, noin 24 miljoonaa euroa vuonna 2024 ja noin 36 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäyntien lisääntyminen, huomioiden työterveyshuollon sairaanhoidollisten ja sairausvakuutuksen korvaamien lääkärikäyntien väheneminen, vähentäisi erikoissairaanhoidon avosairaanhoidonkäyntejä niin, että hyvinvointialueiden kustannuspaine vähenisi noin 11 miljoonaa euroa vuonna 2023, noin 25 miljoonaa euroa vuonna 2024 ja noin 36 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien.

Kokonaisuudessaan hyvinvointialueiden erikoissairaanhoidon palveluiden kustannuspaineen arvioidaan vähenevän suhteessa nykytilaan (vuoden 2019 tilanne) 3 miljoonaa euroa vuonna 2023, 26 miljoonaa euroa vuonna 2024, 53 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 58 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien. Kustannuspaineen pieneneminen jää alle prosenttiin erikoissairaanhoidon kustannuksista, joten vaikutuksia voidaan pitää enemmänkin kustannusten kasvua hillitsevinä kuin varsinaisina säästöinä.

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon vuodeosastojaksojen arvioidaan vähenevän perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käytön lisääntymisen sekä hoitoon pääsyn parantumisen ansiosta asiantuntija-arvioon perustuen yhdellä prosentilla esityksen voimaantulon ensimmäisenä vuotena ja kahdella prosentilla esityksen voimaantulon toisesta vuodesta lukien, joka Kuntatalous-tilaston kustannustietoihin pohjaten pienentäisi hyvinvointialueiden kustannuspainetta nykytilaan verrattuna noin kolme miljoonaa euroa vuonna 2023, noin 13 miljoonaa euroa vuonna 2024 ja 20 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien. Yllä kuvattuja heijastusvaikutuksia on kuvattu tarkemmin jakson 4.2.2. kohdassa Vaikutukset hyvinvointialueisiin.

Yllä olevat osatekijät huomioiden, esityksen aiheuttama kustannuspaine hyvinvointialuetaloudelle olisi arvion mukaan kokonaisuudessaan suhteessa nykytilaan 71 miljoonaa euroa vuonna 2023, 112 miljoonaa euroa vuonna 2024, 126 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 124 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien. Toiminnan volyymin muutokset johtaisivat kokonaisuudessaan asiakasmaksutulojen kasvamiseen noin kolmella miljoonalla eurolla vuosina 2023, noin neljällä miljoonalla eurolla 2024 ja noin viidellä miljoonalla eurolla vuodesta 2025 lukien. Valtion rahoitus kohdennetaan hyvinvointialueille hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain mukaisesti.

Esityksen valmistelussa on tehty taloudellisten vaikutusten ja toteuttamisedellytysten hyvinvointialueitaista tarkastelua hyödyntäen erityisesti Tilastokeskuksen Kuntatalous-tilaston yhteydessä keräämiä taloustietoja, THL:n Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö -tilaston,

THL:n hoitoilmoitusrekisterien ja Kelan Työterveyshuoltotilaston tietoja, Kelalta saatuja sairausvakuutuksella korvattuja palveluja koskevia tietoja sekä Lääkäriliiton Lääkärityövoima-tutkimuksen tietoja. Tehty alueittainen tarkastelu sisältää huomattavaa epävarmuutta. Lähdetiedot esimerkiksi pääsääntöisesti koskevat laajempia kokonaisuuksia niiden nimenomaisten palvelujen sijaan, joita esitetty sääntely koskee. Lisäksi on esimerkiksi hyvä huomata, että Työssäkäyntitilaston, johon Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö -tilasto pohjaa, perusteella tehtävässä tarkastelussa julkista sektoria koskeva tieto ei sisällä työvoimavuokrauksen tai asiakaspalveluostojen kautta toimivia työntekijöitä, ja lisäksi erinäiset liikelaitosjärjestelyt saattavat aiheuttaa sen, että julkisenkaan sektorin työntekijät eivät kohdennu tilastossa niille toimialoille, joille työpanos viime kädessä annetaan. Tarkastelun perusteella tehtäviin johtopäätöksiin tulee siis suhtautua huomattavan suurella varauksella. Hyvinvointialueittaista tarkastelua vaikeuttaa lisäksi se, että hoitoon pääsy, odotusajat ja henkilöstön saatavuus vaihtelevat alueittain nopeasti niin perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa kuin suun terveydenhuollossa. Esimerkiksi onnistuneet uusien toimintamallien käyttöönotot voivat nopeasti vaikuttaa saatavuutta parantuvasti. Toisaalta eri henkilöryhmissä voi tilanne nopeasti huonontua tai parantua alueilla. Tätä problematiikkaa on kuvattu hallituksen esityksen muissa osioissa.

Hyvinvointialueittainen tarkastelu antaa viitteitä siitä, että esityksen toimeenpano perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa tulee olemaan haastavaa erityisesti Etelä- ja Kaakkois-Suomessa sijaitseville hyvinvointialueille. Erityisesti Etelä-Suomessa sijaitsevien hyvinvointialueiden nykyisillä palvelunjärjestäjillä on 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 on havaittu olleen pääsääntöisesti verrattain suuri julkisille terveyskeskuksille rinnakkaisten sairaanhoidollisten palvelujen kulutus, joka voi kohdentua suhteessa suurempana kysyntänä hyvinvointialueiden palvelutuotantoon, kun hoitoon pääsyn tilanetta parannetaan terveyskeskuksissa. Toisaalta suurempi rinnakkaisten palvelusektoreiden kulutus voi mahdollistaa näille hyvinvointialueille ostopalvelujen ja palvelusetelien hyödyntämisen helpommin verrattuna niihin hyvinvointialueisiin, joissa yksityisen sektorin rooli ei nykyisin ole vastaavanlainen. Haastavassa tilanteessa olevaksi tunnistettujen hyvinvointialueiden nykyisillä palvelunjärjestäjillä vaikuttaa olleen käytössään keskimääräistä vähemmän lääkärin työpanosta terveyskeskuksissaan, ja valtaosalla näistä alueista vaikuttaa olleen myös keskimääräistä vähemmän joko sairaanhoitaja- tai muuta kuin terveydenhoidon ammattipätevyyttä edellyttävää tukihenkilöstöä terveyskeskuksissaan.

Vaikutukset muiden viranomaisten talouteen

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö

Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö YTHS ei ole varsinainen viranomainen vaan kolmannen sektorin toimija, mutta koska se on Kansaneläkelaitoksen järjestämän korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon lakisääteinen palveluntuottaja, käsitellään sille aiheutuvat kustannukset tässä osiossa. YTHS:lle arvioidaan aiheutuvan esityksen johdosta muutuskustannuksia sekä tarve pysyvälle kapasiteetin kasvattamiselle yleislääketieteen alan ja mielenterveydenhoidon palveluissa sekä suun terveydenhuollon palveluissa. YTHS:n osalta kustannuspainearvioon sisältyy jopa muita arvioita enemmän epävarmuutta, koska säätiön palvelut ovat keskellä koronapandemiaa laajentuneet koskemaan ammattikorkeakouluopiskelijoita. YTHS:lle arvioidaan aiheutuvan noin 0,9 miljoonan euron kustannuspaine vuonna 2023, noin 1,3 miljoonan euron kustannuspaine vuonna 2024 ja noin 1,7 miljoonan euron kustannuspaine euroa vuodesta 2025 lukien. YTHS:n kustannusten rahoitus jakautuu toimintaa koskevan lain mukaan niin, että

valtio rahoittaa 77 prosenttia kustannuksista ja opiskelijat vuosimaksuilla 23 prosenttia kustannuksista.

Vankiterveydenhuollon yksikkö

Esityksen arvioidaan aiheuttavan vankiterveydenhuollossa tarpeen Vankiterveydenhuollon yksikön kapasiteetin pysyvälle kasvattamiselle. Vankiterveydenhuollon yksikölle aiheutuisi muita järjestäjiä suurempia tarpeita johtuen velvoitteesta järjestää välitön hoidon tarpeen arvio. Arvion mukaan esityksen johdosta sairaanhoitopalveluiden kapasiteettia tulisi esityksen voimaantulosta lukien kasvattaa vuoteen 2019 verrattuna 20 prosenttia, joka tarkoittaa Vankiterveydenhuollon yksikölle 16,9 sairaanhoitajan ja 3,2 lääkärin henkilötyövuoden työpanoksia. Tämä tarkoittaa euromääräisesti vuoden 2023 tasossa noin 1,1 miljoonan euron kustannuspainetta vuositasolla, eli vuonna 2023 noin 380 000 euroa. Suun terveydenhuollon osalta esityksellä ei olisi merkittävää vaikutusta vankiterveydenhuollossa.

Rikosseuraamuslaitos

Rikosseuraamuslaitoksen vankien terveydenhuollon valvontaan tarvittavien resurssien arvioidaan kasvavan samassa suhteessa vankiterveydenhuollon sairaanhoidon menoihin. Vangin saapuminen vastaanotolle suljetuissa vankiloissa edellyttää aina valvontahenkilökunnalta siirtymisten sekä poliklinikkatoiminnan valvontaa. Korkean turvallisuusasteen vankiloissa asiointi voi edellyttää erityisjärjestelyjä ja useampaa vartijaa. Vankisairaalan ulkopuoliset käynnit ja sairaalapäivät edellyttävät kuljetusta ja vartiointia. 20 prosentin lisäys vankiterveydenhuollon kapasiteettiin aiheuttaisi arvion mukaan Rikosseuraamuslaitokselle yhteensä 15 henkilötyövuoden lisäystarpeen, joka jakaantuu 15 suljettuun vankilaan. Rikosseuraamuslaitoksen arvion mukaan hoitotakuun aiheuttama vankien kuljettamisen lisääntyminen poliklinikoille edellyttää jatkaiseen 15 suljettuun vankilaan yhden henkilötyövuoden lisäämistä, jotta toiminnan lisääntyminen voidaan toteuttaa turvallisuutta vaarantamatta. Mainittu 15 henkilötyövuotta tarkoittaa Rikosseuraamuslaitokselle euromääräisesti vuoden 2023 tasossa noin 770 000 euron kustannusta vuositasolla.

Aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto

Aluehallintovirastojen arvioidaan tarvitsevan valvontaan vuositasolla noin kuuden henkilötyövuoden verran (600 000 euroa) lisäresursseja ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston noin yhden henkilötyövuoden verran (100 000 euroa). Esityksen voimaantulosta johtuen vuonna 2023 tarve koskee neljää kuukautta eli arvioidun tarpeen kustannukset ovat noin kolmasosa vuositason kustannuksista.

Maahanmuuttovirasto

Kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta sekä ihmiskaupan uhrin tunnistamisesta ja auttamisesta annetun lain (746/2011, *vastaanottolaki*) 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. Lain 26 §:n 1 momentin mukaan kansainvälistä suojelua hakevalla ja ihmiskaupan uhrilla, jolla ei ole kotikuntalaissa tarkoitettua kotikuntaa Suomessa, on oikeus saada terveydenhuoltopalveluja siten kuin terveydenhuoltolain 50 §:ssä ja erikoissairaanhoitolain 3 §:n 2 momentissa säädetään sekä oikeus saada terveydenhuollon ammattihenkilön välttämättömiksi arvioimia muita terveyspalveluja. Pykälän 2 momentin mukaan tilapäistä suojelua saavalle sekä kansainvälistä suojelua hakevalle lapselle

ja ihmiskaupan uhrille, joka on lapsi ja jolla ei ole kotikuntalaissa tarkoitettua kotikuntaa Suomessa, annetaan terveydenhuoltopalvelut samoin perustein kuin henkilölle, jolla on kotikuntalaissa tarkoitettu kotikunta Suomessa.

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 määräaikojen puitteissa. Näin ollen hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentamista koskevalla lakimuutoksella olisi välillisiä vaikutuksia myös Maahanmuuttoviraston (Migri) toimintaan.

Vastaanottokeskukset järjestävät osan terveystalouksistaan itse, erityisesti hoitajapalvelut. Hoitajat ovat vastaanottokeskuksissa paikalla arkisin virka-aikaan. Lääkäripalvelut ostetaan pääosin yksityisiltä palveluntuottajilta. Migri voi hankkia palveluita myös kunnilta ja sairaanhoitopiireiltä. Vastaanottolain 7 §:n mukaan valtio korvaa laissa tarkoitettuun toimintaan aiheutuvat kustannukset valtion talousarvion rajoissa. Maahanmuuttovirasto maksaa palvelujen tuottajalle korvauksen vastaanottopalveluiden järjestämisestä.

Aiemmin valtaosa vuotuisista terveydenhuoltoon koskevista kuluista on muodostunut sairaanhoitopiireiltä hankitusta erikoissairaanhoidosta ja se on koskenut suhteellisen pientä osaa asiakkaista. Venäjän sotilaallinen hyökkäys Ukrainaan ja siitä seurannut pakolaisuus muuttanee tätä tilannetta. Ukrainalaiset sotaa pakenevat saavat tilapäistä suojelua saavan statuksen, mikä oikeuttaa heidät 26 §:n 2 momentin mukaisiin palveluihin heidän iästään riippumatta. Ukrainalaisten määrä sekä terveystalouksien laajuus tulee aiheuttamaan merkittävää painetta Migrin järjestämisvastuulla oleviin palveluihin. Paineeseen voi myös vaikuttaa 1.9.2023 alkaen tiukentuva hoitoon pääsyn määräaika koskeva sääntely.

Julkisen talouden suunnitelmassa 2023–2026 päätettiin, että maahanmuuton lisämenoihin varataan kehyskaudelle noin 0,8–0,3 miljardia euroa vuodessa muun muassa vastaanoton menoihin ja asiakkaille maksettaviin tukiin sekä Maahanmuuttoviraston toimintamenoihin, perusopetukseen valmistavaan opetukseen ja etuusmenoihin. Menoihin liittyy suurta epävarmuutta. Määräraharave on riippuvainen muun muassa tulijoiden toteutuvasta lukumäärästä ja heidän työllistymisestään. Määräraharave perustuu arvioon, jonka mukaan vuonna 2022 jätettäisiin 60 000 tilapäisen suojelun hakemusta ja 6 000 turvapaikkahakemusta. Vuosina 2023–2026 turvapaikkahakemusten lukumääräksi arvioidaan 5 000–5 500 vuodessa.

Hoitoon pääsyn määräaikojen kiristymisen lainsäädännön vaikutusta osana Migrin järjestämisvastuulla olevaan terveydenhuoltoon muuten kohdistuvaa painetta on erittäin vaikea arvioida, ottaen huomioon, ettei tiedetä, missä määrin Suomessa ehdotetun lainsäädännön voimaan tullessa on tilapäistä suojelua saavia. Vielä epävarmempaa on ennustaa kustannuksia tuleville vuosille. Jo nyt tiedetään, etteivät kaikki ukrainalaiset rekisteröidy tilapäistä suojelua saaviksi. Julkisen talouden suunnitelman julkistamisen yhteydessä hallitus ilmoitti kesäkuun 2022 loppuun mennessä arvioivansa tarvittavat lisäpäädotukset ja lakimuutokset varmistaakseen tilapäisen suojelun piirissä olevien palvelut sekä edellytykset kotikuntaoikeuteen. Jos oikeus kotikuntaan toteutuu, terveydenhuoltopalveluiden järjestämisvastuu siirtyisi kuntien, jatkossa hyvinvointialueiden vastuulle, eivätkä kustannukset kohdistuisi Migrin myöskään hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentumisen osalta.

Vaikutukset valtion talouteen

Hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain mukaisesti valtion hyvinvointialueille osoittaman rahoituksen tasoa muutettaisiin ottamaan huomioon laajeneva tehtävä. Hyvinvointialueiden rahoituslain mukaisesti asiakasmaksujen laskennallinen kasvu huomioidaan rahoituksen tasoa kasvatettaessa. Näin ollen lain edellyttämä hyvinvointialueiden rahoituksen tason kasvu kasvattaisi valtion menoja 68 miljoonaa euroa vuonna 2023, 108 miljoonaa euroa vuonna 2024, 121 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 119 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien. Nämä tasomuutokset ovat tässä kohtaa vuoden 2019 tasossa.

Arvion mukaan valtion talouteen vaikuttaisivat lisäksi edellä esitetyt määräraharatpeet korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palveluihin, vankiterveydenhuoltoon ja valvontaviranomaisille. Toisaalta valtion sairaanhoitovakuutuksen menojen arvioidaan pienenevän. Nämä kaikki tarkoittavat arvion mukaan sitä, että valtion menot kasvavat suhteessa nykytilaan 73 miljoonaa euroa vuonna 2023, 117 miljoonaa euroa vuonna 2024, 130 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 128 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien. Valtion talouteen vaikuttavia eriä on koottu alla olevaan taulukkoon.

Valtion talouteen vaikuttava tekijä, miljoonaa euroa vuoden 2019 tasossa	2023	2024	2025	2026
Hyvinvointialueet (kustannuspaine asiakasmaksujen kasvu huomioiden), josta	68,0	108,2	121,1	119,0
Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käyttökustannukset	73,2	147,4	194,8	197,9
Suun terveydenhuollon käyttökustannukset	3,6	4,0	3,5	3,5
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttökustannukset	-3,3	-13,3	-19,9	-19,9
Erikoissairaanhoidon käyttökustannukset	-2,5	-26,1	-52,6	-57,6
Asiakasmaksutulojen kasvu (vastaluku)	-3,0	-3,9	-4,7	-4,8
Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö	0,7	1,0	1,3	1,3
Vankiterveydenhuollon yksikkö	0,4	1,1	1,1	1,1
Rikosseuraamuslaitos	0,3	0,8	0,8	0,8
Aluehallintovirastot	0,2	0,6	0,6	0,6
Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto	0,03	0,1	0,1	0,1
Sairaanhoitovakuutuksen menot	-0,1	-0,3	-0,7	-1,0
Yhteensä (vuoden 2019 tasossa)	69,5	111,57	124,4	122,0
Yhteensä (vuoden 2023 tasossa)	72,7	116,8	130,2	127,6

Taulukko 2. Vaikutukset valtion talouteen.

Yritysvaikutukset

Esityksellä olisi useita eri suuntaisia vaikutuksia terveydenhuollon palveluntuottajina toimiville sekä tukipalveluja ja välituotteita tarjoaville yrityksille. Työnantajan ominaisuudessa yrityksille koituu arvion mukaan säästöjä työterveyshuollon sairaanhoidollisten palvelujen tarpeen vähenemistä.

Hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon kapasiteetin laajeneminen arvioidaan johtavan hankintalain puitteissa niin nykyisten asiakkaille tarjottavia palveluja (ns. lopputuoteostoja) koskevien sopimusten laajenemiseen sekä uusien syntymiseen kuin myös palvelusetelien kautta tapahtuvan palvelutuotannon lisääntymiseen. Terveyskeskusten toiminnan laajeneminen johtaisi vuoden 2019 lopputuoteostojen osuuden, jonka käyttäminen todennäköisesti aliarvioi tulevaa, perusteella arvioituna noin 16,0 miljoonan euron kasvuun muilta kuin hyvinvointialueilta tapahtuvissa lopputuoteostoissa vuodesta 2026 lukien. Toisaalta sairausvakuutuksen korvaamana tapahtuvan palvelutuotannon arvioidaan supistuvan noin 13,6 miljoonaa euroa ja työterveyshuollon sairaanhoidollisten palveluiden kautta muodostuvan liikevaihdon arvioidaan supistuvan noin 22,4 miljoonaa euroa. Lisäksi hyvinvointialueiden muilta kuin hyvinvointialueilta tapahtuvien lopputuoteostojen erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa arvioidaan supistuvan noin 3,8 miljoonaa euroa. Jäljempänä mainitut arvioidut työterveyshuolto- ja yksityisen palvelutuotantosektorin tulonmenetykset osaltaan korostavat kuitenkin perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan lopputuoteostojen kasvuarvion varovaisuutta. Lisäksi hyvinvointialueet tulevat arvion mukaan tarvitsemaan nykyistä suuremmassa määrin uusia, puitejärjestelyjä muistuttavia, asiakkaille tarjottavia palveluja koskevia sopimuksia ja palvelusetelijärjestelyjä, joilla hoitoon pääsyn varmistamiseksi tasataan kysynnän vaihtelua läpi vuoden sekä vuosittaisissa kausivaihteluissa.

Tilastokeskuksen toimialakohtaisten yritystietojen mukaan luokkaan 86 Terveyspalvelut lueteltavien yritysten liikevaihto oli vuonna 2019 noin 5,4 miljardia euroa. Toimialaluokka 86 Terveyspalveluiden yrityksiä oli vuonna 2019 15 060 yritystä, joista 14 442 yritystä oli henkilöstöltään alle 5 hengen yrityksiä ja 20 yritystä työllisti yli 250 henkeä. Jaksossa 2.3.6. on kuvattu terveyskeskustoiminnan asiakkaille tarjottavien palvelujen hankintoja eli niin sanottuja lopputuoteostoja.

Esityksen myötä työnantajayrityksille koituu säästöjä, kun työterveyshuollon sairaanhoidollisten palvelujen tarjoamisen tarve vähenee terveyskeskusten hoitoon pääsyn tilanteen parantumisessa. Työnantajat ottavat myös sairauskuluvakuutuksia työntekijöilleen. Kesäkuussa 2021 näitä sairauskuluvakuutuksia oli otettu 260 745 kappaletta, joka on noin 21 prosenttia kaikista Suomessa otetuista vapaaehtoisista sairauskuluvakuutuksista. Työnantajien ottamalla sairauskuluvakuutuksilla korvattujen terveyspalvelujen arvioidaan kuitenkin olevan valtaosin muita palveluita, kuin terveyskeskusten vastaanottopalveluja, joten näiden vakuutusten ottamiseen esityksellä ei arvioida olevan merkittävää vaikutusta. Työterveyshuollon sairaanhoidollisten palvelujen hankkimisen arvioidaan supistuvan vähitellen niin, että vuonna 2025 työterveyshuollon palveluja ostettaisiin noin 25 miljoonaa euroa vähemmän, joka on noin 10 prosenttia työterveyshuollon terveyskeskusten vastaanottopalveluita vastaavista palveluista. Työnantajien omarahotusosuus sairaanhoidollisista palveluista ennen Kansaneläkelaitoksen maksamia korvauksia on ollut noin 58 prosenttia työnantajien työterveyshuollon sairaanhoidollisten palvelujen kustannuksista vuonna 2019, mutta työnantajien maksuosuuden on arvioitu nousevan työterveyshuollosta maksettavien korvausten rakenteen muututtua vuonna 2020.

Vaikutukset kotitalouksiin

Hyvinvointialueiden järjestämien perusterveydenhuollon palvelujen käytön on arvioitu kasvavan esityksen myötä. Erikoissairaanhoidon palvelujen käytön ja vuodeosastohoitojaksojen kasvun arvioidaan vähenevän. Kokonaisuudessaan asiakkaiden hyvinvointialueille maksamien asiakasmaksujen arvioidaan kasvavan noin kolmella miljoonalla eurolla vuodesta 2023 lukien.

Yksityisten, sairausvakuutuksen korvaamien terveyspalvelujen käytön arvioivan vähenevän esityksen myötä niin, että vuonna 2025 kotitaloudet käyttävät palveluihin joko omarahoitteisesti tai vapaaehtoisten vakuutusten kautta sairausvakuutuskorvauksen rahoitusosuus huomioiden noin 12 miljoonaa euroa vähemmän vuoteen 2019 verrattuna.

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön palveluiden piirissä olevat yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijat opiskelijamaksut kasvaisivat arvion mukaan yhteensä noin 0,2 miljoonaa euroa vuonna 2023, 0,3 miljoonaa euroa vuonna 2024 ja 0,4 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien. Vuoden 2025 opiskelijakohtainen lisäkustannus olisi noin 1,44 euroa.

Hoitoon pääsyn nopeutumisella voisi olla positiivinen vaikutus väestön työkykyyn ja sairauslomien tarpeeseen. Arvion mukaan näin olisi muun muassa mielenterveyden häiriöitä sairastavien osalta. Näitä on nykyisin noin 25–35 prosentilla perusterveydenhoidossa hoidettavista potilaista. Kun työkyky paranisi, myös henkilöiden taloudellinen tilanne todennäköisesti vahvistuisi.

4.2.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan

Vaikutukset hyvinvointialueisiin

Vaikutukset perusterveydenhuollon avohoitoon

Perusterveydenhuollon kiristytvä hoitotakuu ei sinänsä tuo järjestämisvastuussa olevalle hyvinvointialueelle kokonaan uutta toimintoa tai tehtävää. Kyseessä on aiemmin säädetyn tehtävän laajennus. Kun hoitoon pääsyn määräajat kiristyvät, edellyttää toimeenpano kuitenkin toimintojen tehokasta uudistamista ja osin myös pysyvästi sekä osaajien että taloudellisten resurssien lisäämistä perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottotoimintaan. Toisaalta paraneva perusterveydenhuollon saatavuus vähentää painetta raskaampiin erityispalveluihin, päivystykseen ja erikoissairaanhoidon.

Tiukentuvan perusterveydenhuollon hoitotakuun tullessa voimaan, on järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollosta juuri siirtynyt hyvinvointialueille. Alueilla on kuitenkin pystytty valmistautumaan kiristyyviin määräaikoihin useamman vuoden ajan. Erittäin merkittäville valtionavustuksilla ja kehittämisen ohjauksella Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelman ja Suomen kestävän kasvun -ohjelman avulla on vuodesta 2020 alkaen tuettu perustason avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon vastaanottojen toimintamallien kehittämistä ja hyvien käytäntöjen jalauttamista sekä hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelan purkamista. Kaikki kehittämishankkeet on toteutettu alueellisina hankkeina tulevien hyvinvointialueiden mukaisesti. Tämä on edesauttanut toimintojen harmonisointia ja patoutuneen palvelutarpeen ja kysynnän purkamista jo ennakoon kaikilla alueilla. Kiristyvän hoitotakuun toimeenpanoa tukevia toimenpiteitä on siis tehty jo useampia vuosia ennen järjestämisvastuun siirtymistä hyvinvointialueille ja ennen varsinaisten lakimuutosten voimaantuloa. Lisäksi ensin tulisi voimaan 14 vuorokauden ja suun terveydenhuollossa neljän kuukauden hoitotakuu, jota sovellettaisiin 14 kuukauden ajan. Varsinainen seitsemän vuorokauden hoitotakuu ja suun terveydenhuollossa kolmen kuukauden hoitotakuu

tulisi voimaan vasta loppuvuonna 2024. Myös tämä antaa alueille lisää aikaa varautua hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentumiseen.

Osana kaikkien hyvinvointialueiden kehittämishankkeita parannetaan mielenterveyshäiriöiden ehkäisyä ja hoitoa ottamalla käyttöön kaikille ikäryhmille perusterveydenhuollossa varhaisessa vaiheessa annettavia psykososiaalisia hoitomuotoja. Hoitomuotojen toteuttaminen edellyttää, että perusterveydenhuollossa on mielenterveystyöhön ja päihdetyöhön koulutettua henkilöstöä, joka työskentelee lääkärin työpareina. Lisäksi siihen tarvitaan erikoissairaanhoidon kanssa määritelty yhteistyö ja konsultaatiotuki. Mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä käyntisyitä perusterveydenhuollossa, ja muutos tuo perusterveydenhuollolle tarpeellisen erikoissairaanhoidon tuen niiden hoitoon. Pitkällä aikavälillä, kun perusterveydenhuollon psykososiaalisia hoitomuotoja on laajasti saatavilla yleisimpiin mielenterveyden häiriöihin, paine erikoissairaanhoidon lähettämiseen vähenee, ja psykiatristen erikoisalojen kuormitus vähenee.

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

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

Kiristyvän hoitotakuun vaikutukset ja toimeenpanon edellytykset vaihtelevat tämän vuoksi hyvinvointialueittain. Osassa alueista hoitoon pääsy lähes toteutuu jo uusien kiristyvien määräaikojen puitteissa avosairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa. Näillä alueilla määräaikojen tiukentaminen ei käytännössä edellytä isoja toimenpiteitä. Osan hyvinvointialueista on edelleen jatkettava kysynnän hillintää, toimintamallien kehittämistä ja hoito- ja palvelupolkujen selkeyttämistä. Lisäksi on varmistettava riittävä osaajaresurssi ja taloudelliset voimavarat avosairaanhoidon ja suun terveydenhuoltoon. Myös palveluiden hankintaan on varauduttava.

Lausuntokierroksella esityksen toimeenpanon kannalta keskeisimmäksi riskiksi nähtiin osaavan ja riittävän henkilöstön saatavuus. Jos hyvinvointialue ei onnistu rekrytoimaan tarvittavaa henkilökuntaa, vaarantuu esityksellä tavoiteltavien vaikutusten toteutuminen. Käytettävissä oleva tietopohja ei pääsääntöisesti mahdollista hyvinvointialuekohtaista arviointia yksittäisten vaikutusten tasolla.

Kiristytävä hoitotakuu painottaa yhteyden saamista, hoidon tarpeen nopeaa arviointia ja hoidon nopeaa aloittamista. Vaarana voi olla, että panostus hoitoon pääsyyn tapahtuu hoidon jatkuvuuden kustannuksella. Lausuntokierroksella noin kolme neljästä hyvinvointialueiden (sisältäen hyvinvointialueet, kunnat ja kuntayhtymät) vastaajasta katsoi, että hoitotakuun tiukentamisesta

ehdotetussa muodossa todennäköisesti seuraisi hoidon jatkuvuuden ja vaikuttavuuden vaarantuminen. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -kehittämisohjelman ensimmäisenä päätaavoitteena on palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen. Parempaan hoitoon pääsyn rinnalla kehitetään myös hoidon jatkuvuutta. Ei voi olla hoidon jatkuvuutta, jos hoitoon ei pääse. Lisäksi jatkuvuuden varmistaminen on yksi tapa parantaa saatavuutta. Kun potilas kohtaa tutun tiimin, ei hoidon tarpeen arvioiminen ja uusien terveysongelmien tai muiden tarpeiden hallinta edellytä aina uutta kontaktia tai lisätutkimuksia ja -selvityksiä.

Vaikutukset yhteispäivystykseen, sairaalahoitoon ja erikoissairaanhoidon

Paraneva perusterveydenhuollon avohoidon saatavuus vähentää painetta yhteispäivystyksissä. Yhteispäivystysten haasteena on ollut päivystyspalvelun epätarkoituksenmukainen kysyntä ja sen kasvu. Yhtenä merkittävänä syynä ovat olleet perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn 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 kiireettömillä asioilla ruuhkauttaa osaltaan päivystystä, aiheuttaa tarpeettomia tutkimuksia ja edellyttää merkittävää valmiuden ylläpitoa. Päivystysvalmiuden ylläpito sitoo henkilökuntaa ja on taloudellisesti kallista. Kun hoidon saatavuus virka-aikaan paranee, ei väestö samoissa asioissa pyri enää yhteispäivystykseen. Oletettavaa on, että esityksen myötä osa nykyisin päivystyksessä hoidettavista potilaista siirtyisi perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotoilla hoidettaviksi. Yhteispäivystyksen perusterveydenhuollon käyntien arvioidaan vähenevän asteittain, kun perustason avohoitoon pääsee seitsemän päivän kuluessa. Arviossa on lähdetty oletuksesta, että käynnit vähenevät yhteispäivystyksessä 5 prosenttia esityksen voimaantulon ensimmäisenä vuotena, 10 prosenttia toisena vuotena ja 15 prosenttia esityksen voimaantulon kolmannelta vuodelta lukien verrattuna lähtötilanteeseen ennen säädösten voimaantuloa.

Hyvinvointialueen on mahdollista kohdentaa omat perusterveydenhuollon osaajaresurssinsa aiempaa sujuvammin virka-aikaisen avosairaanhoidon ja yhteispäivystyksen välillä, kun kumpikin sijaitsee samassa organisaatiossa. Vaikka HUS-yhtymä vastaa Uudellamaalla yhteispäivystyksestä, on sen perusterveydenhuollon osuuden resursoinnista mahdollista sopia viiden hyvinvointialueen kanssa joustavasti. Yhteispäivystysten perusterveydenhuollon osuuden henkilöstömäärää pystytään vähitellen siirtämään virka-aikaiseen työhön, mikä näkyy vähenevinä kustannuksina yhteispäivystyksissä.

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 kyetään 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. On arvioitu, että esityksen voimaantulosta toisena vuotena sairaalahoitajaksoista vähenisi vuositasolla lakimuutosten myötä perusterveydenhuollon vuodeosastoilla kaksi prosenttia ja erikoissairaanhoidossa yksi prosentti. Koska sairaalat ovat pääosin hyvinvointialueen omaa palvelutuotantoa, on alueen mahdollista nopeastikin sopeuttaa sairaansijojen määrää ja siirtää henkilöstöä avosairaanhoidon.

Perusterveydenhuollon palvelujen saatavuuden parantaminen vaikuttaisi myös erikoissairaanhoidon elektiivisten palvelujen kysyntään. Kun perusterveydenhuollon vastaanottokäynnit lisääntyisivät ja uusia tarpeita ja sairauksia tulisi ilmi, johtaisi osa käynneistä lähetteeseen erikoissairaanhoidon. Tässä esityksessä on arvioitu, että 10 prosenttia lisääntyvistä kiireettömistä avosairaanhoidon lääkärikäynneistä olisi sellaisia, joissa tehtäisiin lähete. Tämä lisäisi erikoissairaanhoidon kysyntää ja kustannuksia. Toisaalta, kun perusterveydenhuollon saatavuus parani, voidaan osa erikoissairaanhoidon avosairaanhoidon seurantakäynneistä ja myös ensikäynneistä siirtää tapahtuvaksi perustasolla. Tämä edellyttää erikoissairaanhoidon tukea perustasolla muun muassa konsultaatiotoiminnan avulla, mitä on voimakkaasti kehitetty viimeisten vuosien aikana hyödyntäen muun muassa digitaalisia palveluita ja jalkautumista perustason vastaanotoille. Tämän lakimuutoksen myötä lisääntyvistä avosairaanhoidon käynneistä arvioidaan esityksen voimaantulon toisesta vuodesta lukien 15 prosenttia olevan sellaisia, jotka korvaavat käynnin erikoissairaanhoidossa. Hyvinvointialueiden mahdollisuus varmistaa potilastietojen siirtyminen ja tehokkaiden hoitopolkujen ja toimintamallien hyödyntäminen sekä erikoisosaimisen tuominen perustason tueksi on selvästi parempi kuin aiemmassa pirstaleisessa järjestämissmallissa.

Muutosten vaikutus siirtymiin yksityisen terveydenhuollon palveluista hyvinvointialueen palveluihin

Kun pääsy julkiseen perusterveydenhuoltoon paranee, on oletettavaa, että kansalaisten halukkuus kustantaa itse vastaavaa palvelua yksityisessä terveydenhuollossa voi jonkin verran pienentyä. Myös vapaaehtoisten itse maksettujen vakuutusten kiinnostavuus voi ajan myötä vähentyä. Julkisen perusterveydenhuollon asiakasmaksujen ja toisaalta yksityiseen terveydenhuoltoon sairaanhoitovakuutuksesta saatujen korvausten suuruus vaikuttaa yksityisen terveydenhuollon käyttöhalukkuuteen. Tällä hallituksen esityksellä ei kuitenkaan ole vaikutuksia asiakasmaksujen tai Kela-korvausten määrään. 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 on oletettavaa, että muutoksia yksityisen terveydenhuollon käytössä nähdään vasta vähitellen, kun luottamus nopeasta pääsystä julkiseen perusterveydenhuoltoon lisääntyy. Vaikutusten arvioinnissa on oletettu, että yksityisen terveydenhuollon yleislääkärikäynneistä siirtyisi toteutettavaksi julkisessa perusterveydenhuollossa asteittain niin, että kolmantena vuonna voimaantulosta määrä olisi 10 prosenttia, johon tilanne vakiintuisi. Hyvinvointialueiden tulisi siis kasvattaa muutoksen vuoksi avosairaanhoidokapasiteettiaan vastaavasti.

Suun terveydenhuollon kolmen kuukauden hoitoon pääsyn määräaika julkisella sektorilla on edelleen pitkä verrattuna siihen, että yksityiseen suun terveydenhuoltoon saa ajan usein jo samana tai seuraavana päivänä. Lisäksi useimmissa kunnissa hoitoon pääsee jo nyt kolmessa kuukaudessa, joten hoitotakuun määräajan lyhentämisen ei arvioida aiheuttavan siirtymää yksityisestä suun terveydenhuollosta julkiseen. Palvelujen ostot yksityiseltä sektorilta saattavat lisäntyä jonkin verran, kun suun terveydenhuollossa yli kolme kuukautta hoitoa odottaneiden henki-

löiden jonoja puretaan. Ostoja saattaa lisätä myös esitykseen aiempaa vahvemmin kirjattu velvoite palvelujen hankkimisesta muualta, mikäli omassa toiminnassa ei pystytä järjestämään hoitoa säädetyissä määrärajoissa.

Muutosten vaikutus siirtymiin työterveyshuollon sairaanhoidon palveluista hyvinvointialueen palveluihin

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

Vaikutukset henkilöstöön

Suomen terveydenhuollon kantokyvyn kannalta on kriittisimmäksi tekijäksi noussut henkilös-tön saatavuus. Haasteet henkilöstön saatavuudessa koskevat koko sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaa, vaikka alueellisia ja ammattiryhmittäisiä vaihteluja onkin. Kyseessä on laaja, moni-mutkainen ja monitekijäinen ilmiö. Henkilöstön saatavuuden haasteet nousivat voimakkaasti ja systemaattisesti esiin myös hoitotakuun tiukentamisen esitykseen annetuissa lausunnoissa. Hen-kilöstön saatavuuden haasteet perusterveydenhuollon avosairaanhoitoon ja suun terveydenhuol-toon muodostavat suurimman riskin onnistuneelle toimeenpanolle.

Osalla alueista perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon ammattilais-ten saatavuus on ollut pitkään huono. Tilanne voi kuitenkin vaihdella alueilla nopeasti. Pitkit-tynyt Covid-19-pandemia on tuonut henkilöstöpulan riskin sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoitoon kaikilla alueilla, vaikka onkin rasittanut terveydenhuoltojärjestelmää alu-eellisesti eri tavoin. Sairaala- ja tehohoidon kapasiteetin ylikuormittumisen riskin taustalla on ollut nimenomaan käytettävissä olevan henkilöstön saatavuuden ongelmat. Tämä on pakottanut erikoissairaanhoitoa lykkäämään muuta kiireetöntä hoitoa. Rokottaminen, testaaminen ja jäljit-täminen ovat puolestaan kuormittaneet perusterveydenhuoltoa ja edellyttäneet henkilöstöresurs-sin kohdentamista tavanomaisesta perustyöstään epidemian hillintään. On syntynyt merkittävä, muiden sairauksien, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn häiriöiden hoito-, palvelu- ja kuntoutus-velka. Patoutuneen kysynnän ja hoitovelan purun lisäksi haastavat henkilöstön riittävyyttä lähi-vuosina useiden muiden uudistusten (muun muassa sote-uudistus, vanhustenhuollon hoitajami-toitus) yhtäaikaisten toimeenpano.

Erityisesti perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuun tiukentamisen onnistunut toi-meenpano edellyttää kiistatta lisää pysyvää lääkäri- ja hoitohenkilöstöä. Perustervey-denhuollon veto- ja pitovoiman parantamiseksi ei ole yksinkertaisia, nopeita ratkaisuja. Kilpai-lua henkilöstöstä käydään terveydenhuollon eri toimintojen välillä. Vakinaisen henkilöstön saa-tavuutta on paikattu erilaisin vuokratyövoimaratkaisuin sekä ostopalveluilla ja palvelueteleillä. Tämäkin henkilöstö rekrytoidaan kuitenkin samoilta työmarkkinoilta kuin julkisen palvelutuo-tannon henkilöstö eri toimintoihin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Varsi-naista sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ylimääräistä reserviä ei ole palvelujärjestelmän

sisällä. Kuitenkin on tiedossa, että erityisesti hoitohenkilöstöä on siirtynyt sote-alalta muille toimialoille jonkin verran. Erilaisia henkilöstön rekrytointia ja pysyvyyttä parantaneita työolojen ja palvelusuhteen ehtojen kehittämistoimia on onnistuneesti tehty ja raportoitu. Parantuneen tilanteen pysyvyyttä on kuitenkin vaikea ennustaa. Myös erilaiset uudet toimintamallit ja teknologian hyödyntäminen voivat vähentää henkilöstön tarvetta. Lisäksi organisaation henkilöstörakenteen kehittäminen (lääkärit, hoitajat, sihteerit ja muut tukihenkilöt) voi auttaa kriittisten ammattilaisten riittävyyteen.

Syksyllä 2021 käynnistettiin STM:n johdolla poikkihallinnollinen ohjelma sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan saatavuuden turvaamiseksi sekä lyhyellä että pidemmällä aikavälillä. Tammikuussa 2022 esitettiin työryhmän ensimmäiset ehdotukset eli henkilöstön riittävyyttä ja saatavuutta koskevan tietopohjan parantaminen, henkilöstön motivointi ja työhyvinvoinnin parantaminen, työnjaon sujuvuuden tarkastelu sekä digitalisaation vahvistaminen (ks. jakso 2.3.5). On kuitenkin vaikea löytää nopeita, lähiaikoina vaikuttavia kansallisia toimenpiteitä henkilöstön riittävyyden varmistamiseksi.

Esityksen mukaan arvion hoidon tarpeesta tekisi jatkossa laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö perusterveydenhuollon, opiskeluterveydenhuollossa ja vankiterveydenhuollossa (pois lukien suun terveydenhuolto). Kun aikaisemmin hoidon tarpeen arvioinnin on voinut tehdä myös muut kuin laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt, aiheuttaisi tämä henkilöstön tehtäviin ja sijoittumiseen liittyviä muutostarpeita niissä toimintayksiköissä, joissa hoidon tarpeen on arvioinut nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö. Voidaan kuitenkin arvioida näiden yksiköiden osuuden oleva pieni, ja jo nyt valtaosassa perusterveydenhuollon, opiskeluterveydenhuollon ja vankiterveydenhuollon toimintayksiköitä hoidon tarpeen arvioi laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Perusterveydenhuollon palvelujen kysynnän lisääntyminen lisäisi perusterveydenhuollon käyntimääriä ja siten tarvetta henkilöstöresurssien lisäämiselle. Esityksen henkilöstövaikutukset kohdistuisivat erityisesti laillistettuihin terveydenhuollon ammattihenkilöihin ja pääsääntöisesti lääkäreihin ja sairaanhoitajiin, jotka ovat suurimmat laillistettujen terveydenhuollon ammattilaisten henkilöstöryhmät. Heidän riittävä määränsä olisi avainasemassa lakiesityksen toimeenpanossa. Toisaalta hyvinvointialueille suunnattaisiin merkittävässä määrin rahoitusta ja hyvinvointialueet voisivat muun muassa väestön palvelutarve ja olemassa oleva palveluverkko huomioiden järjestää esityksen mukaiset palvelut valitsemallaan henkilöstöresurssien kombinaatiolla.

Edellä kohdassa 4.2.1 tässä esityksessä on arvioitu, että 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. Työpanoksen laskennallisen tarpeen on arvioitu vähitellen enenevissä määrin painottuvan lääkärityövoimaan, koska muilta palvelusektoreista terveystieteiden avosairaanhoitoon vähitellen kohdistuvan kysynnän arvioidaan kohdistuvan lähinnä lääkärin palveluihin. Se, miten kustannukset tulevat kohdentumaan eri hyvinvointialueilla, tulee vaihtelemaan paljon ja riippumaan alueellisista valinnoista ja painotuksista tarvittavan lisähenkilöstön ja sen eri ammattiryhmien, digitalisaation ja muiden uusien toimintamallien sekä ostopalveluiden ja palvelusetelien osalta.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden riittävyyden ja saatavuuden haasteista johtuen on epätodennäköistä, että edellä olevassa arviossa oleviin olevat henkilöstötarpeisiin olisi mahdollista

vastata yksinomaan uutta henkilöstöä rekrytoimalla. Henkilöstön rekrytoinnin lisäksi lisähenkilöstötarpeeseen on vastattava 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 olisi harkittava mahdollisuutena kohdentaa ammattihenkilöiden työpanosta tarkoituksenmukaisesti.

Tällä hetkellä hoitoon pääsyssä on vaikeuksia erityisesti lääkärille, joskin alueiden välillä on vaihtelua. Avohilmo-rekisterin tietojen perusteella muiden laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden, kuten sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanotolle pääsyn osalta hoitotakuun aikarajan ylittävien käyntien määrä on pienempi. Toisaalta esimerkiksi fysioterapeuteille toteutuu nykyisin vähän käyntejä ylipäättään.

Lääkärityövoiman saanti on yksi kriittisin tekijä esityksen toimeenpanon onnistumiselle. Esityksen lisäksi pidemmällä aikavälillä väestön vanheneminen ja palvelujen käytön lisääntyminen tulee kasvattamaan lääkäreiden kysyntää, ainakin jollei toiminnallisia uudistuksia, kuten digitalisaatiota kyetä hyödyntämään täysimääräisesti. Lääkäriliiton selvityksen mukaan lokakuussa 2021 terveyskeskuksissa oli lähes 300 lääkärin tehtävää täyttämättä. Alueellisesti tarkasteltuna lääkärityövoiman tilanne on Lääkäriliiton selvityksessä ja Ammattibarometrissä raportoitu olevan tasapainoisimmassa tilanteessa tietyillä alueilla Pirkanmaata ja Pohjois-Pohjanmaata. Muualla Suomessa lääkärityövoimasta on tällä hetkellä pulaa, mikä käytännössä aiheuttaa lääkärityövoiman saatavuuden haasteita monella alueella. Vaikein tilanne on Pohjois-Karjalan, Kainuun ja Etelä-Karjalan hyvinvointialueilla. Näillä alueilla lääkärivaje Lääkäriliiton selvityksessä oli yli 20 %. Suomessa ei käytännössä tällä hetkellä ole työttömiä lääkäreitä, ja lääkäreiden rekrytointi julkisen sektorin sisällä aiheuttaisi työvoimapulaa jossakin toisaalla. Yleislääkärin vastaanottoaikojen saatavuus on yksityissektorilla hyvä ja yleislääkäreitä saattaisi olla jossakin määrin rekrytoitavissa sieltä.

Voidaan arvioida, että lääkärityövoiman saatavuus Suomessa kuitenkin helpottuu lähivuosina. Viime vuosina ulkomailla tapahtuva lääketieteen opiskelu on lisääntynyt, ja vuonna 2019 ulkomaisissa yliopistoissa opiskeli yli 1100 suomalaista. Lääkäriliiton kyselytutkimuksen perusteella ulkomailla opiskelevista 61 prosenttia aikoi palata Suomeen valmistuttuaan¹⁹. Ulkomailta valmistuneiden lisäksi tulevaisuuden lääkäritilannetta helpottaa yliopistojen lääketieteen ja hammaslääketieteen koulutusmäärien lisäykset 50 aloituspaikalla vuosille 2021 ja 2022²⁰. Lääkäriliiton mukaan lähivuosina työmarkkinoille tulee lähivuosina nettomääräisesti noin 300–400 lääkärinä vuosittain lisää eläkepoistuma huomioiden²¹. Lääkäreiden sopimusallalla myös osa-ai-

¹⁹ Ulkomailla lääketiedettä opiskelevien määrä kasvoi taas. Lääkärilehti 35/2019. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/ulkomailla-laaketiedetta-opiskelevien-maara-kasvoi-taas/>

²⁰ Runsaat 10 200 aloituspaikkaa lisää korkeakouluihin vuosina 2020-2022. <https://minedu.fi/-/runsaat-10-200-aloituspaikkaa-lisaa-korkeakouluihin-vuosina-2020-2022>

²¹ Lääkäriliitto: Lääketieteen aloituspaikkojen lisääminen vaarantaa opetuksen laadun. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/laakariliitto-laaketieteen-aloituspaikkojen-lisaaminen-vaarantaa-opetuksen-laadun/>

katyö on ollut yleistä, ja vuonna 2020 osa-aikatyötä tekevien osuus on ollut lähes 23 prosenttia²². Terveyskeskuksissa osa-aikatyö on yleisempää kuin sairaaloissa. Jos osa osa-aikaista työaikaa tekevästä lääkäreistä siirtyisi jatkossa tekemään kokoaikaista työaikaa, olisi myös näin mahdollista saada lisää lääkärityöpanoksia.

Lääkärityövoiman lisäksi Suomessa on tällä hetkellä pulaa myös sairaanhoitajista. Ammattibarometrin mukaan sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista on pulaa valtakunnallisesti, ja lähtökohtaisesti pula on suurta koko Suomessa. Tätä on kuvattu tarkemmin jaksossa 2.3.5 Terveysterveysten henkilöstö. Myös sairaanhoitajien koulutusmääriä on kuitenkin lisätty etupainotteisesti. Sairaanhoitajakoulutuksen koulutusmääriä lisättiin valtion erityisavustuksella jo vuonna 2019, ja vuosina 2021–2022 sairaanhoitajakoulutukseen suunnataan 665 lisäaloituspaikkaa. Koulutusmäärien lisäykset helpottanevat rekrytointitilannetta tulevaisuudessa.

Kuntoutuksen terapeuteista, erityisesti puhe- ja toimintaterapeuteista on pulaa lähes koko maassa, mikä vaikuttaa kuntoutuksen varhaiseen aloittamiseen. Etäkuntoutusta ja terapeuttien etäkonsultaatiopalveluja kehittämällä voidaan saada kuntoutuminen käyntiin asiakkaan toimintaympäristössä, koulussa, päiväkodissa, työpaikalla tai kotona.

Sosiaali- ja terveysalan työvoiman riittävyys vaikuttaa osaltaan myös Suomeen muista maista muuttava sosiaali- ja terveysalan koulutuksen saanut työvoima. Ulkomaalaistaustaisen terveys- ja sosiaalipalveluiden henkilöstön määrä Suomessa on kasvanut 2000-luvulla. Edellä kuvattu kehitys vaikuttaa osaltaan henkilöstön saatavuuteen ja voisi osaltaan parantaa kuntien mahdollisuuksia rekrytoida lakiesityksen edellyttämää lisähenkilöstöä.

Lääkäreiden ja sairaanhoitajien koulutusmäärien lisääminen ei luonnollisesti tuo välittömästi lisähelpotusta näiden ammattilaisten työvoimatilanteeseen, vaan lisäykset näkyvät ammattilaisten saatavuudessa muutaman vuoden viiveellä. On mahdollista, että hyvinvointialueilla on tarve ensimmäisinä toimeenpanovuosina käyttää vaihtelevasti myös ostopalveluja etenkin lääkärityöpanoksen hankkimiseen. Toisaalta, mikäli hyvinvointialueet lisäisivät palvelusetelien ja ostopalvelujen käyttöä, esitys voisi kasvattaa myös yksityisen sektorin lääkäritarvetta.

Jotta terveyskeskuksiin olisi mahdollista tulevaisuudessa ja esitystä toimeenpantaessa saada rekrytoitua lääkäri- ja hoitajatyövoimaa ja toisaalta varmistettua myös terveyskeskuksissa työskentelevien ammattilaisten työssä pysyvyys, olisi keskeistä saada terveyskeskustyö houkuttelevaksi työympäristöksi. Hyvät työolosuhteet heijastuvat myös asiakkaiden ja potilaiden saamana laadukkaana hoitona. Houkuttelevuudessa keskeisinä tekijöinä voidaan nähdä muun muassa työkuormituksen kohtuullisuus ja mahdollisuudet vaikuttaa työkuormaan ja omaan työhön sekä tarkoituksenmukainen työnjako eri ammattilaisten välillä. Vaikka nykyisessä terveyskeskustoiminnassa on paljon kehittämispotentiaalia (muun muassa eri ammattilaisten työnjakoon ja yhteistyöhön liittyvät seikat sekä teknologian hyödyntäminen), on todettava, että toimintaa ja käytäntöjä on jo nykyisin kehitetty ja kehitetään jatkuvasti ja muutoksen aikaansaaminen vie aikaa. Lisäksi kehittämistoimet yksinään eivät poista henkilöstön lisäämisen tarvetta, mutta sillä voisi olla merkittävä vaikutus työn mielekkyyteen, työssä jaksamiseen ja työhyvinvointiin. Henkilöstön työhyvinvointiin ja esimerkiksi johtamiseen tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota esityksen onnistuneen toimeenpanon varmistamiseksi ja henkilöstön saatavuuden ja pysyvyyden varmistamiseksi.

²² Osa-aikatyö yleistynyt lääkäreillä. Kuntatyönantaja. <https://www.kuntatyönantajalehti.fi/2021/3/osa-aikatyö-yleistynyt-laakareilla>

Sairaanhoitajaliitto on selvittänyt työolobarometreissään sairaanhoitajien näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon vetovoimaisuudesta sekä siitä, kuinka sairaanhoitajat arvioivat keskeisten työhyvinvointiin vaikuttaneiden tekijöiden toteutuvan työyhteisössään. Alan vetovoimaisuuden lisääminen ja työolojen kehittäminen on osoittautunut työvoiman saatavuuden keskeiseksi kysymykseksi. Tulosten perusteella perusterveydenhuollon sairaanhoitajat tarvitsevat erikoisosaimista ja laaja-alaista osaamista palvelujen kehittyessä ja laajentuessa. Tämä on myös mahdollisuus, sillä sairaanhoitajien uramahdollisuuksia perusterveydenhuollossa kehittämällä voidaan luoda houkuttelevia monipuolisia tehtäviä. Aiemmissa työolobarometreissä yli puolet vastaajista uskoi laajennettujen tehtävänkuvien lisäävän alan vetovoimaisuutta ja myös ilmoitti olevansa kiinnostuneita sairaanhoitajan laajennetusta tehtävänkuvasta.

Perusterveydenhuollossa olisikin olennaista jatkaa eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden tarkoituksenmukaisen työnjaon kehittämistä ja vähentää arvoa tuottamattoman työn suorittamista. Tällaisia työn tekemisen kehittämiskohteita voisivat olla muun muassa eri ammattihenkilöiden suoravastaanottojen nykyistä laajempi käyttöönotto ja konsultaatiomahdollisuuksien hyödyntäminen niin perusterveydenhuollon sisällä kuin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Henkilöstön näkökulmasta muutokset tuottaisivat itsenäisempää ja omaan ammattiosaamiseen tiiviimmin kohdentuvampaa työn tekemisen tapaa. Tämä voisi vaikuttaa positiivisesti työssä jaksamiseen ja työn vaikutusmahdollisuuksiin, mikä edelleen voivat toimia veto- ja pitovoimatekijöinä terveyskeskustööhön hakeutumiselle ja työssä pysymiselle.

Suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn määräjän lyhentäminen ensin neljään, sitten kolmeen kuukauteen ei juurikaan lisää henkilöstötarvetta, koska kyse olisi keskeisesti kertaluonteisesta jonon purkamisesta. Jonon purkaminen voitaisiin tehdä esimerkiksi lisätyönä ja palvelujen ostoina yksityissektorilta sekä uusia toimintamalleja käyttöön ottamalla. Suun terveydenhuollon henkilöstön saatavuus tulee kuitenkin varmistaa samoin keinoin kuin mitä edellä on kuvattu muun terveydenhuollon henkilöstön osalta, jotta voidaan varmistaa hoitojaksojen loppuun saattaminen kohtuullisessa ajassa.

Tietojärjestelmävaikutukset

Lakiesityksen toimeenpano ja hoitoon pääsyn toteutumisen raportointi ja seuranta edellyttävät tuekseen hyvin toimivia tietojärjestelmiä. Lakiesityksen voimaantuloaikataulu huomioiden seurantaan jatketaan voimaantulovaiheessa nykyisellä toteutuksella, joka perustuu Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisterin (Avohilmo) ja THL:n keräämiin tietoihin. Laitoksen oikeudesta saada hoitoon pääsyä koskevat tiedot säädetään THL-lain 5 §:ssä. THL:n keräämiä tietoja hyödynnetään valvonnassa ja palvelujärjestelmän seurannassa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistuksen ja hyvinvointialueiden ohjauksessa. THL:n tulisi säännöshdotuksen mukaan palauttaa hoitoon pääsyä koskevat tiedot hyvinvointialueille, YTHS:lle ja Vankiterveydenhuollon yksikölle, joiden olisi hyödynnettävä tietoja terveydenhuoltolain 55 §:n mukaisen sekä vankeuslain, tutkintavankeuslain ja YTHS-lain vastaavien hoitoon pääsyä koskevan julkaisuvelvoitteen toteuttamisessa. Käytännössä hyvinvointialueet, YTHS ja Vankiterveydenhuollon yksikkö julkaisisivat internetsivuillaan hoitoon pääsyä koskevat tunnusluvut, jotka THL on tuottanut niiltä keräämiensä tietojen perusteella.

Esityksen mukaiset muutokset hoitoon pääsyn määräaikoihin edellyttävät THL:n tiedonkeruusiin joitain luokitusten sisältömuutoksia erityisesti siten, että esimerkiksi seitsemän päivän odotusajan ryhmään kuuluvat yhteydenotot. Näiden muutosten toteuttaminen alueilla käytössä oleviin potilastietojärjestelmiin ei ole iso muutos, ja niiden toteuttamiseen THL voi antaa siirtymäaikaa järjestelmätoimittajien muutosvaltuuksiin perustuen. Julkaistavien tietojen kokonaisuus laajentuisi sitä mukaa, kun THL:n tiedonkeruu kehittyy.

Jotta hoitoon pääsyä koskevan tiedon julkaisu palvelee esimerkiksi potilaan valinnanvapauden toteutumista oman terveysasemansa valinnassa, tieto olisi julkaistava palveluyksikkökohtaisesti, jos se on mahdollista. THL:n tiedonkeruu perustuu siihen organisaatorakenteeseen, minkä palvelunjärjestäjä on määritellyt. Yksikkökohtainen raportointivelvoite todennäköisesti johtaa osalle palvelunjärjestäjiä siihen, että niiden on määriteltävä tiedot uudella tavalla. Myös se, että ostopalveluiden hoitoon pääsy voidaan raportoida osana palvelunjärjestäjän tietoja, edellyttää raportoinnin ja tiedonsiirron tarkentamista. Tällä hetkellä ostopalveluiden raportointi toteutuu vain osittain. Palvelusetelin käyttöä koskevaa tietoa ei tällä hetkellä saada luotettavasti. Tämän tiedon saaminen osaksi raportointia vaatii esimerkiksi kirjaamisen kattavuuden parantamista. Tarvittavien tietojen kerääminen edellyttää muutoksia myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden kirjaamiskäytäntöihin, mikä puolestaan edellyttää tarkoituksenmukaista ohjeistusta ja koulutusta muuttuneeseen kirjaamiseen. Suomen kestävä kasvun ohjelmassa on varattu 1 miljoonaa euroa THL:lle kirjaamisen tukeen, ja seitsemän miljoonaa euroa hyvinvointialueille kirjaamisen kehittämiseen. Ottaen huomioon tämä rahoitus, arvioidaan, ettei laitokselle ole tarvetta kohdentaa taloudellisia lisäresursseja laitokselle kohdentuvien tehtävien hoitamiseen.

Yleisenä kehitystarpeena tiedonkeruissa on terveydenhuollossa käytettävien tietojärjestelmien käytettävyyden kehittäminen, joka osaltaan varmistaa tiedonkeruiden laatua ja tiedon luotettavuutta. Pidemmän aikavälin tavoitteena on saada palvelujärjestelmän seurantaan liittyvät tiedot tuotettua valtakunnallisiin tietojärjestelmäpalveluihin eli Kanta-palveluihin tallennetuista tiedoista erillisten (THL:n toteuttamien) tiedonkeruiden sijaan. Tämän muutoksen yhteydessä myös hoitoon pääsyn seurantatiedot alettaisiin tuottaa Kanta-palveluista. Avohilmo-rekisteriin ja Kanta-palveluihin tallennettavia rakenteisia asiakas- ja potilastietoja, jotka syntyvät tietojen ensisijaisessa käytössä, on kehitettävä ja harmonisoitava siten, että ne vastaavat myös toissijaisen käytön tietotarpeisiin. Samoin THL:n toteuttamaa perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn tiedon raportointia on kehitettävä vastaamaan sisällöllisesti paremmin kansalaisten tarpeisiin vertailla palveluja sekä kuntien sekä palvelujärjestelmän ohjauksen ja valvonnan tarpeisiin. Tämä tarkoittaa muun muassa tietorakenteiden päivityksiä potilastietojärjestelmiin.

Pidemmän aikavälin Kanta-palveluihin perustuvaa raportointia kehitetään osana laajempaa THL:n palvelunantajiin kohdistamaa tiedonkeruuta. Lisäksi esimerkiksi Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelmaan kuuluvassa Hyvä vastaanotto -valmennuksessa opitaan ymmärtämään ja ohjaamaan palveluiden kysyntää nykyistä paremmin ja kehitetään osaltaan hoidon saatavuuden mittaamisen ja seurannan menetelmiä.

Kansaneläkelaitos

Kansaneläkelaitoksen on seurattava ja arvioitava järjestämänsä korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon laatua ja vaikuttavuutta sekä kustannuksia, tuottavuutta ja taloudellisuutta. Kelan arvion mukaan ehdotetusta hoitotakuun kiristämisestä koskevasta lain muutoksesta aiheutuu lähinnä hallinnollisia kustannuksia ja 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 hoitoon pääsyajoissa tullaan ottamaan myös huomioon Kelan tekemässä opiskeluterveydenhuollon seurannassa ja auditoinneissa (erityisesti hoitoon pääsyajojen seurannassa).

YTHS täydentää opiskeluterveydenhuollon palveluitaan alihankintapalveluilla ja vastaa alihankkijan yksittäiselle opiskelijalle antamasta palvelusta ja on kokonaisvastuussa yksittäisen opiskelijan saamista opiskeluterveydenhuollon palveluista. Tästä johtuen Kelan tulee voida seurata myös alihankintapisteiden hoitoon pääsyajojen toteutumista, jotta hoitoon pääsy toteutuu

valtakunnallisesti yhdenvertaisella tavalla. Kelan arvioin mukaan hoitotakuun kiristämisestä saattaa seurata ainakin aluksi tavallista enemmän käsiteltäviä asiakaspalautteita. Hoitotakuun kiristymisestä aiheutuu todennäköisesti jonkin verran myös kustannusten nousua erityisesti uusien opiskelijoiden aloittaessa opiskelun syys- ja kevätlukukauden alussa.

Kelan tulee huomioida opiskeluterveydenhuollon kokonaiskustannuksissa ja opiskelijakohtaisessa kustannuksessa tapahtuvat muutokset tulevien vuosien hyväksyttäviä kustannuksia koskeissa arvioissa. Merkittäviä vaikutuksia lakiuudistuksesta aiheutuisi Kelalle lähinnä silloin, jos YTHS ei pystyisi tuottamaan opiskeluterveydenhuollon palveluja opiskeluterveydenhuolto-laissa edellytetyllä tavalla ja sovellettavaksi tulisi YTHS-lain 13 §.

Vankiterveydenhuollon yksikkö ja Rikosseuraamuslaitos

Vankiterveydenhuollossa sääntely vangin oikeudesta saada välittömästi yhteys ja yksilöllinen arvio hoidon tarpeesta aiheuttaa Vankiterveydenhuollon yksikölle tarpeen kehittää toimintaansa ja yhteistyötä Rikosseuraamuslaitoksen kanssa. Vankiterveydenhuollossa noudatetaan menettelyä, jossa kiireetöntä hoitoa tarvitseaan vanki täyttää paperisen yhteydenottolomakkeen, jonka Rikosseuraamuslaitoksen vartija toimittaa vankilan poliklinikalle. Voimassa oleva sääntely hoidon tarpeen arvioinnista kolmen vuorokauden kuluessa on käytännössä mahdollistanut sen, että hoidon tarve on voitu arvioida laissa säädettyssä määräajassa, vaikka erityisesti pienempien vankiloiden poliklinikoilla ei ole lääkäreitä tai hoitajaa päivittäin paikalla. Kun jatkossa hoidon tarve on arvioitava saman päivän aikana, Vankiterveydenhuollon yksikön ja Rikosseuraamuslaitoksen on kehitettävä toimintatapoja, jotka mahdollistavat sekä yhteyden saamisen vankilan poliklinikkaan että tutkimuksen tai hoidon tarpeen arvioinnin saman päivän aikana. Toiminnassa on arvioitava puhelimen käyttöön tai sähköisiin välineisiin perustuvan yhteydenoton mahdollisuudet, ja esimerkiksi arvioitava mahdollisuuksia kehittää hoidon tarpeen keskitettyä arviointia Vankiterveydenhuollon yksikössä irrallaan juuri tietyssä vankilapoliklinikassa tehtävästä arvioinnista. Tällöin hoitohenkilökunnan ei tarvitse olla paikalla pelkästään siksi, että he odottavat yhteydenottoja, jos kyseisellä poliklinikalla ei muuten tarvita päivittäin lääkärin tai hoitajan läsnäoloa.

Aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto

Hoitoon pääsyn määräaikojen sääntelyn toteutuminen käytännössä edellyttää tehokasta viranomaisvalvontaa. Käytännön valvontatoiminnassa aluehallintovirastojen ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston tulisi valvoa hoitoon pääsyn toteutumisen lisäksi sitä, tarjoavatko palvelunjärjestäjät riittävästi aikoja terveyskeskuksessa tai ohjaavatko he potilaita ostopalvelujen piiriin siten, että potilaat tosiasiallisesti pääsevät hoitoon säädettyissä määräajoissa. Valvonnassa voidaan joutua arvioimaan sitä, ovatko syyt siihen, etteivät säädetty määräajat aina toteudu, hyväksyttäviä, koska osa potilaista voi kieltäytyä määräaikaan sisällä olevista tarjotuista ajoista, jolloin hoitoon pääsy on voinut venyä yli säädetyn määräajan. On ennakoitavissa, että tällaisia tilanteita voi syntyä erityisesti perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa seitsemän vuorokauden määräajan tiukkuuden takia. Myös se, että jatkossa eroteltaisiin eri palveluiden kuulumista eri pituisten määräaikojen piiriin, aiheuttaa valvonnalle uudenlaisia tilanteita. Valvontaan sisältyisi myös sen valvonta, yritetäänkö hoitoon pääsyn määräaikojen noudattamista kiertää esimerkiksi lähettämällä potilaita muun terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle, vaikka tarve olisi lääkäri- tai hammaslääkäripalveluille. Tällaisten asioiden valvonta on haastavampaa kuin vain hoitoon pääsyn toteutumisen valvonta.

Ennakoitavissa on, että hoitoon pääsyn toteutumisesta tehdään aiempaa enemmän kanteluita ja viranomaisille kohdistetaan paljon tiedusteluja uuden lainsäädännön sisällöstä. Valvontaviranomainen voi puuttua havaittuihin epäkohtiin jälkikäteisvalvonnan keinoin antamalla hallinnollista ohjausta, antamalla määräyksiä toiminnan korjaamisesta ja tarvittaessa tehostamalla määräyksiä uhkasakolla. Lain toimeenpanon toteutumisesta ja toimivan viranomaisvalvonnan kannalta merkityksellistä on myös sote-järjestämislain 40 §:ssä tarkoitettu hyvinvointialueen ja yksityisen palveluntuottajan omavalvonta.

Ehdotettu velvoite julkaista hoitoon pääsyn tiedot internetissä perusterveydenhuollosta, mukaan lukien suun terveydenhuollosta, jatkossa kuukauden eikä neljän kuukauden välein, sekä se, että THL tuottaa julkaistavat tiedot, jonka myötä julkaistava tieto on aiempaa yhteismitallisempaa, todennäköisesti ainakin jossain määrin auttaa valvontaviranomaisten työtä.

4.2.3 Muut yhteiskunnalliset vaikutukset

Vaikutukset kansalaisten asemaan ja perus- ja ihmisoikeuksien toteutumiseen

Hoitoon pääsyn määräajan tiukentaminen perusterveydenhuollon kiireettömissä palveluissa seitsemään vuorokauteen ja suun terveydenhuollossa kuudesta kolmeen vuorokauteen parantaisi merkittävästi potilaan mahdollisuuksia riittävien palvelujen saamiseen. Myöskin niiden perusterveydenhuollon palvelujen osalta, jotka eivät kuuluisi esitetyn seitsemän vuorokauden määräajan piiriin, säilyisi ennallaan nykyinen kolmen kuukauden hoitoon pääsyn määräaika.

Muiden tekijöiden ohella ihmisen asuinpaikka on yksi vaikuttava tekijä siinä, miten henkilöllä oleviin palvelutarpeisiin on mahdollista vastata. Muutos parantaisi ihmisten yhdenvertaisuutta, koska nykyisin hoitoon pääsyn toteutumisessa on merkittäviä alueellisia eroja, jotka nykyinen kolmen ja suun terveydenhuollossa kuuden kuukauden määräaika mahdollistaa. Tältä osin hoitoon pääsyn aikarajojen muutokset kohdistuvat kaikkiin julkisen terveydenhuollon potilasryhmiin samalla tavoin.

Sosioekonominen asema on ollut vahvasti yhteydessä terveystalouden palvelujen käyttöön ja niistä saatua hyötyä. Usein korkeampaan sosioekonomiseen asemaan liittyy muun muassa parempi tietoisuus saatavilla olevista terveystalouden palveluista sekä mahdollisuus käyttää yksityisiä terveydenhuollon palveluja ja työterveyshuoltoa. Nykyisin työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen ja yksityisten sairaanhoitopalvelujen piirissä olevien henkilöiden hoitoon pääsy on ollut huomattavasti nopeampaa kuin julkista sektoria käyttävien potilaiden. Matala sosioekonominen asema on voinut hankaloittaa pääsyä sosiaali- ja terveystalouden palveluihin. Ehdotuksen myötä ihmisten yhdenvertaisuus paranee, kun julkisen sektorin hoitoon pääsy nopeutuu merkittävästi. Työterveyshuollon palveluiden ulkopuolella ovat esimerkiksi ikäihmiset ja työttömät sekä osa maahanmuuttajista ja vammaisista henkilöistä. Finanssiala ry:n vakuutus tutkimus 2020:n mukaan vapaaehtoinen sairaskuluvakuutus on 24 %:lla suomalaisista. Vakuutuksen ottamiseen vaikuttaa huomattavasti vastaajan koulutus. Sairaskuluvakuutus on selkeästi suosittu ammattikorkeakoulun käyneiden (29 %) ja korkeakoulun käyneiden (32 %) keskuudessa kuin koko väestössä. Myös talouden tuloilla oli vaikutusta vakuutuksen hankintaan. Ylimmässä tuloluokassa (yli 70 000 €/v) olevilla talouksilla vakuutus oli 39 %:lla, kun taas alimmassa tuloluokassa olevilla (alle 30 000 €/v) sairaskuluvakuutus oli 18 %:lla vastaajista. Monella matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevalla voi kuitenkin olla esteitä, jotka tosiasiallisesti vaikuttavat siihen, etteivät he hakeudu hoitoon, vaikka pääsy hoitoon sinänsä mahdollista olisikin.

Vankiterveydenhuollon hoitoon pääsystä nimenomaisesti säätämällä yhteneväisesti hyvinvointialueen järjestämisvastuun mukaisen terveydenhuollon kanssa toteutetaan myös yhdenvertaisuutta sekä vankeinhoidon normaalisuusperiaatetta.

Vastaanottokeskuksien järjestämään kiireettömään terveydenhuoltoon ei suoraan sovelleta terveydenhuoltolakia. Uudistus vaikuttaisi vain rajallisesti kansainvälistä suojelua hakevien henkilöiden asemaan. Heillä on vastaanottolain 26 §:n 1 momentin nojalla oikeus saada kiireelliset terveydenhuoltopalvelut sekä sen lisäksi muita terveydenhuollon ammattihenkilön välttämättömiksi arvioimia terveystalvuuja osana vastaanottopalveluja. Tällaiset muut välttämättömät palvelut ovat terveydenhuoltolain systematiikassa siis kiireettömiä palveluita. Vastaavat oikeudet saada terveydenhuoltopalvelua on myös mainitun lain mukaisen auttamisjärjestelmän piirissä olevalla ihmiskaupan uhrilla, jolla ei ole Suomessa kotikuntaa. Muun ohella äitiysneuvolapalvelut sekä kroonisten sairauksien hoito ovat sellaisia välttämättömiksi katsottavia palveluja, joihin henkilöllä on terveydentilansa perusteella oikeus.

Vastaanottolain 26 §:n 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. Alle 18-vuotiaille kansainvälistä suojelua hakevalle ja ihmiskaupan uhrille sekä kaikille tilapäistä suojelua hakeville annetaan siis terveydenhuollon palvelut samoin perustein kuin niille henkilöille, joilla on Suomessa kotikunta. Suomeen tulevat Ukrainan sotaa pakenevat saavat rekisteröityä tilapäistä suojelua saaviksi. Vastaanottolain 26 §:n 2 momentin sanamuodon voidaan tulkita tarkoittavan, että sääntely luo velvoitteen tarjota tilapäistä suojelua saaville sekä alle 18-vuotiaille kansainvälistä suojelua hakeville ja ihmiskaupan uhreille kiireetön hoito terveydenhuoltolakia vastaavien määräaikojen puitteissa. Sääntely siten välillisesti voi parantaa vastaanottolain 26 §:n 2 momentin soveltamisalaan kuuluvien asemaa. Käytännössä kuitenkin kansainvälistä suojelua hakevat hakeutuvat vastaanottokeskuksien järjestämien terveystalvuuja piiriin samalla tavalla kuin tilapäistä suojelua saavat.

Suomessa oleskelee henkilöitä ilman ulkomaalaislainsäädännössä säädettyä viisumia, oleskelulupaa tai muuta oikeutta saapua Suomeen tai jatkaa oleskelua Suomessa (niin sanotut paperittomat henkilöt), sekä paperittomien asemassa olevia muita henkilöitä. Näitä henkilöitä koskevaa erityislainsäädäntöä, joka turvaisi heille kiireettömät terveydenhuoltopalvelut, ei tällä hetkellä ole. Paperittomat henkilöt ovat täten Suomessa oikeutettuja vain kiireelliseen sairaanhoitoon. Näin ollen ehdotus ei paranna paperittomien henkilöiden asemaa. Muutama kunta, kuten Helsinki, on kuitenkin päättänyt antaa paperittomille alle 18-vuotiaille ja raskaana oleville samat terveydenhuollon palvelut kuin kunnan asukkaille. Jos kunta päättää näissä palveluissakin noudattaa hoitoon pääsyn määräaikoja, saattaa lainsäädännöllä olla välillistä merkitystä paperittomien hoitoon pääsyn nopeutumiselle. Pääministeri Marinin hallituksen hallitusohjelmassa on kuitenkin yleinen kirjaus paperittomien terveydenhuoltoa koskevien oikeuksien laajentamisesta. Tätä valmistellaan sosiaali- ja terveystministeriössä erillisessä hankkeessa.

Kielelliset oikeudet

Tulevista 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 toteutumisessa 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.

Oikeusministeriön Kielibarometri 2020 -selvityksen (2021:2)²³ mukaan enemmistökieltään ruotsinkielisissä kunnissa asuvat ruotsinkieliset ovat kaikista tyytyväisimpiä palveluihin kielen kannalta. Näiden kuntien vähemmistökielillä eli suomeksi annettavat palvelut saivat hieman huonommat arvosanat, ja terveyskeskuslääkärin vastaanottoon oltiin vähiten tyytyväisiä (arvosana 8,1 asteikolla 4–10). Haasteena enemmistökieltään ruotsinkielisissä kunnissa on suomea osaavien lääkäreiden rekrytointi. Kielibarometrin tulosten perusteella suomenkielisen vähemmistön suomeksi saama palvelu toimii kuitenkin paremmin kuin ruotsinkielisen vähemmistön palvelut. Haastavimpia ovat ruotsinkielisen vähemmistön palvelut. Esimerkkinä terveyskeskuslääkärin vastaanotto sai ruotsinkielisen vähemmistön palveluna arvosanan 7,6. Alueellisia eroja oli siten, että yleisesti ottaen ruotsinkielinen palvelu näytti toimivan paremmin Pohjanmaalla kuin Uudellamaalla ja Turunmaalla. Suomenkielinen palvelu puolestaan näytti toimivan paremmin päinvastaisilla alueilla.

Svenska Finlands folkting on laatinut selvityksen²⁴ ruotsinkielisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuudesta kaksikielisten kunnallisten työnantajien näkökulmasta. Selvityksen mukaan työnantajilla on vaikeuksia rekrytoida eri ammattiryhmien ruotsinkielistä henkilökuntaa. Erityisen vaikeaa on rekrytoida ruotsinkielentaitoisia psykoterapeutteja, ravitsemusterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä, suuhygienistejä, hammaslääkäreitä ja neuropsykologeja. Näiden ammattiryhmien osalta vastaajista yli 70 % ilmoitti rekrytoinnin olevan hyvin tai melko vaikeaa. Ruotsinkielisten lääkäreiden rekrytoinnin hyvin tai melko vaikeaksi koki 60 % ja sairaanhoitajien 55 % vastaajista. Ammattiryhmittäin rekrytoinnissa oli alueellista vaihtelua siten, että sairaanhoitajien rekrytointi koettiin hieman helpompana Pohjanmaalla ja Varsinais-Suomessa kuin Uusimaalla ja pääkaupunkiseudulla. Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden rekrytoinnissa oli myös Pohjanmaalla vähemmän haasteita kuin muilla alueilla. Sen sijaan suuhygienistien rekrytointi näyttäytyi yleisesti vaikealta.

Hyvinvointialueilla voi olla erilaisia lähtökohtia tarjota sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita kaksikielisesti. Alueella olevan kielivähemmistön koko vaikuttaa kielitaitoisen henkilöstön rekrytointimahdollisuuksiin. Lähtökohtaisesti kielitaitoisista henkilöstöstä on parhaiten saatavissa alueilla, joilla vähemmistökielisen väestön osuus on suuri. Myös alueella sijaitsevalla sosiaali- ja terveysalan koulutuksen sijainnilla voi olla merkitystä työvoiman saatavuuteen. On mahdollista, että kaksikielisillä hyvinvointialueilla, joilla muutoinkin on henkilöstön rekrytoinnin ongelmia ja vähemmistökielisen väestön osuus on pieni, on myös enemmän haasteita toteuttaa kielivähemmistöön kuuluvien palveluja ehdotuksen mukaisessa seitsemänvuorokauden määräajassa. Voidaan kuitenkin myös arvioida, että järjestäjän suurempi koko osaltaan lisää mahdollisuuksia kielivähemmistöjen palvelujen tarjoamiseen esimerkiksi osittain digitaalisia palveluja hyödyntämällä. Digipalveluiden osalta tulee kuitenkin huomioida, että niitäkin tulee kaksikielisillä alueilla kehittää aktiivisesti molemmilla kielillä.

²³ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162837>

²⁴ [https://folktinget.fi/Site/Data/1597/Files/Vart forsvinner den svensksprakiga vardpersonalen rapport.pdf](https://folktinget.fi/Site/Data/1597/Files/Vart%20forsvinner%20den%20svensksprakiga%20vardpersonalen%20rapport.pdf)

Vaikutukset väestön terveydentilaan ja palvelujen saatavuuteen

Hallituksen esityksessä ehdotetuilla lakimuutoksilla tiukennettaisiin hoitoon pääsyn aikarajoja määrääaikoja palvelujärjestelmän perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa. Näitä palveluita annetaan terveyskeskuksissa ja tulevaisuudessa sosiaali- ja terveyskeskuksissa, joissa koko väestöllä on oikeus asioida. Tältä osin ehdotetut muutokset palvelujen saatavuuden parantamiseksi koskevat kaikkia väestöryhmiä yhdenmukaisesti. Alueelliset erot palveluiden saatavuudessa tasoittuisivat. Samat määrääajat säädetään koskemaan myös korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa ja vankiterveydenhuoltoa. Palveluiden saatavuus alkaa ehdotusten mukaisesti lähestyä työssä käyvän väestön työnantajansa järjestämän työterveyshuollon sairaanhoidon saatavuutta. Aiemmin työssä käyvä väestö on päässyt kiireettömissäkin asioissa työterveyshuollon sairaanhoitoon nopeammin. Pitkällä aikavälillä ehdotettu muutos voi täten tasoittaa terveyseroja.

Palvelujen parempi saatavuus kiireettömissä asioissa nopeuttaa vielä havaitsemattomien terveysongelmien ja riskitekijöiden havaitsemista. Asia korostuu niiden potilasryhmien kohdalla, joiden pääasiallinen ja suurelle osalle ainoa hoitopaikka on julkinen perusterveydenhuolto. Näitä ryhmiä ovat muun muassa iäkkäät, työttömät ja kuntoutustuella tai eläkkeellä olevat esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepotilaat. Näillä ryhmillä on paljon pitkäaikaissairauksia, joiden riskitekijöiden hoito ja varhainen havaitseminen on viivästynyt saatavuuden ollessa huono. Esimerkiksi osa työttömistä on tilanteessa, jossa heidän työkykynsä tuen, hoidon ja kuntoutuksen tarvetta ei ole tunnustettu, eivätkä he ole päässeet tarvitsemiinsa palveluihin ja oikean etuuden piiriin. Lisäksi heille on työssä käyvää väestöä vähemmän tarjolla ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa. Kun palvelutarpeita ei tunnusteta riittävän varhain, ongelmat vaikeutuvat ja kasaantuvat. Palveluiden parempi saatavuus mahdollistaa terveyserojen kaventumisen 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 päihdeongelmaisista, voimavarat ovat rajalliset, eivätkä he jaksa tai pysty ottamaan yhteyttä tai tulemaan hoitoon, mikäli viive ensimmäiselle käynnille venyy pitkäksi.

Toisaalta mikäli tiukentuvien määrääaikojen vuoksi panostetaan yksinomaan ensimmäisen hoitokäynnin toteutumiseen voi riskejä tulla erityisesti paljon eri palveluita tarvitsevien kohdalla. Esimerkiksi, mikäli saatavuutta pyritään varmistamaan ostopalveluilla tai palveluseteleillä 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.

Hoitoon pääsyn määrääaikojen tiukentumisen kanssa samanaikaisesti tulisi huolehtia siitä, että voimavaroja ei ohjattaisi yksipuolisesti uusien kiireettömien asioiden arviointiin ja hoitoon, vaan tarjottaisiin väestölle palveluja hoidon tarpeen mukaan. Määrääaikojen tiukentaminen ei saa johtaa siihen, että palveluiden tosiasiallinen saavutettavuus, ennalta ehkäisevät palvelut tai hoidon jatkuvuus, suunnitelmallisuus ja ehjät hoito- ja palveluketjut kärsivät tai muutoin edellä kuvatut myönteiset vaikutukset väestön terveydentilaan voivat vaarantua.

Esityksen toimeenpanossa ja toimintaa kehittäessä tulisi erityisesti parantaa myös hoidon jatkuvuutta ja suunnitelmallisuutta. Erityisesti pitkäaikaissairautta sairastaville potilaille on tärkeää, että heitä hoitaa pääsääntöisesti sama lääkäri ja sama hoitaja. Samoin suun terveydenhuollossa pitkät hoitosuhteet olisivat tärkeitä etenkin paljon palveluja tarvitseville potilaille. Raivio on

todennut väitöskirjatutkimuksessaan (2016)²⁵, että hoidon jatkuvuus on keskeinen perusterveydenhuollon laatuun, kokonaisvaltaisuuteen, yhteistyöhön, tehokkuuteen ja kustannuksiin sekä väestön terveyteen myönteisesti vaikuttava tekijä. THL:n toteuttaman terveysasemien asiakaspalautekyselyn (2020) mukaan jatkuvuus ei kuitenkaan nykyisin käytännössä toteudu kovin hyvin, vaikka avovastausten perusteella asiakkaat pitävät hoidon jatkuvuutta erittäin tärkeänä.

Esityksen mukaan hoitotapahtuma voidaan toteuttaa myös digitaalisten etäpalveluiden avulla, jos se potilasturvallisuus huomioon ottaen on mahdollista. Ottaen huomioon henkilöstön saataavuuteen liittyvät haasteet sekä etäpalveluiden lisääntynyt käyttö ja kehittäminen muun muassa covid-19-pandemian aikana, on mahdollista, että digitaalisten palveluiden tarjonta 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. Toimeenpanossa onkin huolehdittava, että tarjolla on myös läsnäpalveluja ja kaikille ymmärrettäviä asiointikanavia. Myös esteettömyydestä on huolehdittava.

Sukupuolivaikutukset

Sukupuolten välillä on eroja hyvinvoinnissa, sosiaalisessa osallisuudessa, terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Tilastokeskuksen väestötilastojen mukaan naisten elinajanodote vuonna 2020 oli 84,6 vuotta ja miesten 79,0 vuotta. Sukupuoli on keskeinen erottava tekijä myös väestöryhmittäisissä tarkasteluissa. Esimerkiksi sosioekonomisten tekijöiden vaikutus on miehillä huomattavasti suurempi kuin naisilla. Kun tulotaso huomioidaan, on alimman ja ylimmän tulokymmenyksen elinajanodotteessa miehillä yli 10 vuoden ja naisilla noin kuuden vuoden ero. Naisilla on miehiä yleisimmin jokin pitkäaikaissairaus tai terveysongelma, kun taas monet syrjäytymisen taustatekijöistä ovat yleisimpiä miehillä.

Naisten on todettu käyttävän monia sosiaali- ja terveyspalveluja miehiä aktiivisemmin. Avohilmo-rekisterin tietojen mukaan vuonna 2020 perusterveydenhuollon vastaanotolla käyneistä asiakkaista noin 57 % oli naisia. Vuonna 2020 naiset tekivät perusterveydenhuollossa noin 58 prosenttia lääkäri- ja hammaslääkärikäynneistä, ja palvelujen käyttö myös lisääntyy naisilla iän myötä. Finsote 2020 -tutkimuksen perusteella naiset käyttävät myös enemmän sähköisiä sosiaali- ja terveyspalveluja²⁶. Viimeisten 12 kuukauden aikana sähköisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa oli asioinut 27,3 % naisista ja 24 % miehistä. Ikäryhmittäin tarkasteltuna naisten ja miesten välinen ero pieneni iän myötä, ja 55–74-vuotiaiden ja yli 75-vuotiaiden ikäryhmissä miehet olivat asioineet palveluissa sähköisesti naisia useammin. Näissä ikäryhmissä naiset myös kokivat tarvitsevansa miehiä enemmän opastusta sosiaali- ja terveydenhuollon verkkopalvelujen käytössä.

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

²⁵ Raivio, R: Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveyskeskuksissa. Tampere University Press 2016. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/99564>

²⁶ Parikka, S, Koskela, T, Ikonen, J, Kilpeläinen, H, Hedman, L, Koskinen, S & Lounamaa, A. Kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. <https://www.terveys-temme.fi/finsote/2020/index.html>

pelon vuoksi. Euroopan unionin perusoikeusviraston LGBTI-kyselytutkimukseen (2020) vastanneista suomalaisista transihmisistä 20 % oli vältellyt terveyspalveluja, ja 23 % oli kokenut syrjintää sosiaali- ja terveydenhuollossa.

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

Parantamalla palveluiden saatavuutta lisäämällä digitaalisia palvelukanavia voisi kuitenkin olla mahdollista lisätä palveluiden käyttöä naisten lisäksi myös muilla sukupuolilla. Sukupuoli voi yhtenä tekijänä muiden yksilön ominaisuuksien kanssa vaikuttaa hänen motivaatioonsa ja mahdollisuuksiinsa käyttää digitaalisia palveluja. Euroopan tasa-arvoinstituutti EIGE on kartoittanut digitalisaation sukupuolivaikutuksia sukupuolten tasa-arvoa EU:ssa mittaavassa tasa-arvoindeksissä²⁷. Selvityksen perusteella Suomessa digitaaliset taidot olivat miehillä kaikissa ikäryhmissä naisia paremmat. Tätä tukee myös Finsote-tutkimuksen havainto siitä, että miehet kokivat tarvitsevansa naisia harvemmin apua sähköisten palveluiden käytössä. Palveluiden saatavuuden parantaminen digitaalisia palvelukanavia hyödyntäen ehdotuksen vaikutukset kohdistuisivat todennäköisesti työikäisessä väestössä sekä naisiin että miehiin, mutta iäkkäämmissä henkilöissä useammin miehiin. Digitaaliset palvelukanavat voisivat myös madaltaa sukupuoli-vähemmistöihin kuuluvien henkilöiden hakeutumista terveyspalvelujen piiriin.

Uudistuksella olisi mahdollisuus saavuttaa tasa-arvovaikutuksia, jos hyvinvointialueet uudistuksen toimeenpanovaiheessa tunnistaisivat ja ottaisivat huomioon erot palveluihin hakeutumisessa ja palveluiden käytössä.

Lapsivaikutukset

Lapset ja lapsiperheet käyttävät paljon terveydenhuollon palveluja. THL:n julkaiseman Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot -raportin (16/2012) mukaan perusterveydenhuollon lääkärikäynneissä ei havaittu eroja lapsen äidin koulutuksen mukaan. Sen sijaan erikoislääkärikäyntejä oli huomattavasti enemmän korkeammin koulutettujen äitien lapsilla. Tämä todennäköisesti johtuu siitä, että korkeammin koulutettujen vanhempien lapsiperheissä käytetään enemmän yksityisiä lääkäripalveluja, jolloin palvelunantajana on useammin alan erikoislääkäri.

Osa sosioekonomisista terveys- ja hyvinvointieroista voikin alkaa muodostua jo varhaislapsuudessa. Eroihin yhteydessä olevat tekijät ovat nähtävissä terveysongelmina ja heikentyneenä toimintakyknä myöhemmin elämässä sekä eroina kuolleisuudessa. Terveys- ja hyvinvointieroja on pyritty kaventamaan neuvola- ja kouluterveydenhuollossa toteutettavilla toimenpiteillä.

Perusterveydenhuollon vahvistamisella on edullisia vaikutuksia lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointiin. Nykytilanteessa korkeamman tulotason perheiden lapset pääsevät paremmin lääkärille, ja on myös saatu viitteitä siitä, että näiden perheiden lapset saavat myös helpommin lähteen erikoissairaanhoidon. Esitys parantaisi lasten yhdenvertaisuutta ja helpottaisi nopeampaa hoitoon pääsyä. Erityisesti hoitoon pääsyn nopeutumisen seurauksena myös niiden perheiden lapset, joilla ei ole mahdollisuuksia käyttää yksityisiä terveyspalveluja, pääsisivät hoitoon ensikäyntien ja ensikäynnin luonteisten käyntien osalta viiveettä. Niissä tilanteissa, joissa lasta tai

²⁷ Gender Equality Index 2020. Digitalisation and the future of work. European Institute for Gender Equality. <https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-index-2020-digitalisation-and-future-work>

nuorta ei saateta palvelujen piiriin, on sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa kehitetty muita toimintamalleja näiden lasten ja nuorten tunnistamiseksi ja tuen tarjoamiseksi. Esityksen vaikutukset eivät välittömästi kohdistu näihin lapsiin ja nuoriin.

Parantunut hoitoon pääsy kohentaisi merkittävästi myös sijaishuollossa asuvien lasten asemaa, terveyttä ja hyvinvointia. Heillä on runsaasti erilaisia terveyshuolia, mutta heidän terveydentilansa saattaa jäädä tutkimatta lastensuojelulain velvoitteesta huolimatta ja osa lapsista joudutaan jopa sijoittamaan kodin ulkopuolelle riittämättömien terveyspalvelujen takia. Kodin ulkopuolelle sijoittamisen taustalla voi usein olla riittämätön tuen saaminen neuropsykiatriisiin oireisiin tai mielenterveysongelmiin, joten ehdotuksen toimeenpano voisi vähentää myös lastensuojelun kuormitusta. Sillä, että myös heikoimmassakin asemassa olevat lapset ja nuoret pääsisivät hoitoon nopeammin, olisi myös pidemmällä aikavälillä myönteinen vaikutus koko väestön terveyteen ja hyvinvointierojen kaventumiseen, kun tarvittava hoito päästäisiin aloittamaan varhaisemmassa vaiheessa ennen tilanteiden mahdollista vaikeutumista.

Hoitoon pääsyn nopeutuminen seitsemään päivään parantaisi erityisesti mielenterveyden ongelmista ja oireista kärsivien lasten ja heidän perheidensä tilannetta. Lasten ja nuorten kohdalla nopeampi hoitoon pääsy edesauttaisi merkittävästi mielenterveysongelmista toipumista ja vähentäisi muiden, kuten sosiaalihuollon lapsi- ja perhepalvelujen tarvetta. Lasten ja nuorten perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa olevat puutteet ja viiveet ovat nykyisin aiheuttaneet mielenterveysongelmien pitkittymistä ja vaikeutumista, samalla kun erikoissairaanhoidon psykiatriset palvelut ovat ruuhkautuneet pahoin. Esitys nopeuttaisi mielenterveysongelmista kärsivien lasten varhaisvaiheen hoitoa ja vähentäisi 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 nopeutunut pääsy terveyspalveluiden piiriin voisi merkitä huomattavaa parannusta sekä lapsen että hänen perheensä hyvinvointiin ja terveyteen.

Monilla turvapaikanhakijoina Suomeen tulleilla lapsilla ja nuorilla on usein haasteita fyysisen ja psyykkisen terveydentilan suhteen sekä myös vaikeuksia löytää oikea-aikaisesti terveydenhuollon palvelujen piiriin. Alaikäisillä kansainvälistä suojelua hakevilla lapsilla, ihmiskaupan uhrilla ja tilapäistä suojelua saavilla on oikeus terveydenhuollon palveluihin samoin perustein kuin henkilöllä, jolla on kotikunta Suomessa. Edellä jaksossa ”Vaikutukset kansalaisten asemaan ja perus- ja ihmisoikeuksien toteutumiseen” on tuotu esiin, että vaikka heidän saamissaan palveluissa ei sovelleta terveydenhuoltolakia, lainsäädäntöä voidaan tulkita siten, että heilläkin on oikeus saada palvelut terveydenhuoltolakia vastaavissa määräajoissa, ja siten alaikäisten osalta esityksellä olisi välillistä myönteistä vaikutusta näiden alaikäisten oikeuksiin päästä hoitoon nopeasti. Paperittomia henkilöitä koskevaa erityislainsäädäntöä, joka turvaisi alaikäisille paperittomille henkilöille kiireettömät terveydenhuoltopalvelut, ei tällä hetkellä ole, joten esitys ei lähtökohtaisesti paranna paperittomien lasten ja nuorten asemaa ja heidän hoidon saantiaan.

Esitys parantaisi opiskelijoiden hyvinvointia ja terveydentilaa, sillä esitys koskisi myös opiskeluterveydenhuollon sairaanhoidollista osaa. Näin ollen esitys vaikuttaisi positiivisesti myös opiskelijoiden opiskelukykyyn ja pidemmällä tähtäimellä myös työkykyyn. Opiskeluterveydenhuollon nopeammin tarjolla olevat sairaanhoidolliset palvelut tukisivat osaltaan opiskelijoiden terveysongelmien varhaista tunnistamista ja puuttumista ja siten ehkäisisivät opiskelijoiden ter-

veysongelmien kroonistumista ja toimintakyvyn laskua. Tämä tukisi myös opiskelijoiden tutkintojen valmistumista ja työelämään siirtymistä, millä olisi pidemmällä aikavälillä merkittävä positiivinen vaikutus myös kansantalouteen.

Vaikutukset sosiaalihuollon asiakkaisiin

Hoitoon pääsyn nopeutumisen voidaan arvioida hyödyttävän erityisesti paljon palveluja tarvitsevia asiakkaita sekä parantamalla hoidon saantia ja vaikuttavuutta, mutta myös vähentämällä sairaudesta tai vammasta aiheutuneita tuen tarpeita ja siten myös niihin vastaavien sosiaalihuollon palvelujen kysyntää. Toimintakykyyn liittyvä tuen tarve, 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. Nopeampi hoitoon pääsy ja kuntoutumisen käynnistyminen vähentäisi 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 hyötyisivät erityisesti myös haavoittuvassa asemassa olevat henkilöt. Sosiaalihuoltolain mukaisella erityistä tukea tarvitsevalla 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 esimerkiksi 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.

Hyvinvointialueiden tulisi esitystä toimeenpannessaan tarkastella nykyistä paremmin mm. eri väestöryhmien tavoitettavuuteen ja palvelujen saamiseen liittyviä kysymyksiä, sillä paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat tai erityistä tukea tarvitsevat henkilöt eivät kuitenkaan tarpeistaan huolimatta välttämättä käytä paljon palveluja. Sairaudet voivat hoitamattomina päästä kehittymään pitkäaikaissairauksiksi. Tilanteen vaikeutuessa ja toimintakyvyn heikentyessä usein myös sosiaalihuollon tukitoimien ja palvelujen tarve ja kysyntä kasvaa.

Esitys joka tapauksessa todennäköisesti lisäisi sosiaalihuollon asiakkaiden luottamusta palvelujärjestelmään ja palvelujen saatavuuteen, joskin toimeenpanossa hyvinvointialueiden tulisi kiinnittää huomiota myös asiakaslähtöisyyden kehittämiseen. Tällöin myös hoitamattomat sairaudet olisi mahdollista tunnistaa nykyistä varhaisemmassa vaiheessa ja ehkäistä niiden kehittymistä pitkäaikaissairauksiksi, mikä osaltaan hillitsisi sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia.

Vaikutukset mielenterveys- ja päihdepalveluja tarvitseviin asiakkaisiin

Mielenterveys- ja päihdehäiriöitä sairastavien aloitekyky, toimintakyky ja joissakin tilanteissa myös hoitomotivaatio voivat vaihdella, joten hoitoon pääsyn tulee 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 edistäisi nopeaa kiireettömään hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa mielenterveys- ja päihdeongelmissa hoitoon ensi kertaa hakeuduttaessa ja sairauden uusiutuessa tai vaikeutuksessa silloin, kun hoitosuunnitelman mukainen hoito ei ole käynnissä. Esitys vahvistaisi mielen- terveys- ja päihdehäiriöiden hoidon saatavuutta perusterveydenhuollossa ja niiden rahoitusta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (PALKO) 1.11.2018 hyväksymässä suosituk- sessa todetaan, että vaikuttaviksi todetut psykoterapiat ja psykososiaaliset hoito- ja kuntoutus- menetelmät kuuluvat mielenterveys- ja päihdehäiriöissä terveydenhuollon palveluvalikoimaan osana tavoitteellista hoitoa tai kuntoutusta niiden kaikissa vaiheissa, perusterveydenhuollosta alkaen. Hoitoon pääsyn nopeuttamisella mahdollistuu tarpeenmukainen ja oikea-aikaisesti aloi- tettu psykososiaalinen hoito suosituksen mukaisesti ilman tarpeetonta viivettä.

Riskinä olisi, että pitkäaikaissairauksissa sairauden vähittäin kehittyviä pahenemisvaiheita ei tunnistettaisi tilanteiksi, jotka edellyttäisivät nopeaa hoitoon pääsyä. Myöskin keskittyminen tarjoamaan nopeaa palvelua hoitoon hakeuduttaessa saattaisi aiheuttaa, että pitkäaikaishoidossa tarjottaisiin liian harvajaksoista hoitoa.

Tiedetään myös, että mielenterveys- tai päihdeongelma itsessään vaikeuttaa hoidon ja palvelu- jen hakemista. Hyvinvointialueiden olisikin toimintaa kehittäessään ja esitystä toimeenpannes- saan pohdittava ja käynnistettävä myös näiden henkilöiden parempaan tunnistamiseen ja tavoit- tamiseen liittyviä toimia, jotta asiakkaat saataisiin nopeasti ja tehokkaasti tavoitettua esityksen mukaisesti perusterveydenhuoltoon ja mahdollisesti tarvittavien sosiaalipalvelujen piiriin.

Vaikutukset vammaisiin henkilöihin

Suurin osa vammaisista ihmisistä käyttää samoja terveystalvuuja kuin muukin väestö. Näin ollen esityksen vaikutukset vammaisten ihmisten kohdalla olisivat lähtökohtaisesti samanlaisia ja samansuuntaisia kuin vaikutukset koko väestöön. On kuitenkin otettava huomioon, että vam- maiset henkilöt ovat harvemmin työelämässä muuhun väestöön verrattuna, joten heillä ei ole käytettävissä työterveyshuollon palveluita samassa määrin kuin muulla aikuisväestöllä ja siten esitys parantaisi vammaisten henkilöiden tilannetta. Koska vammaiset henkilöt tarvitsevat ter- veydenhuollon palveluita muuta väestöä enemmän, esitys parantaisi merkittävästi heidän ase- maansa. Kuntoutuspalvelujen viivästyminen toimintakyvyn heikentyessä voi vaarantaa vam- maisen henkilön itsenäisen asumisen ja lisätä palvelujen tarvetta merkittävästi. Terveystieteiden huollon palvelujen nopea saatavuus edistäisi vammaisten henkilöiden toimintakyvyn ylläpitämistä, mikä vähentäisi heidän avun tarvettaan, johon vastaaminen edellyttää sosiaalihuollon vammais- palveluita.

Riskinä kuitenkin on, että hoidontarvetta arvioitaessa vammaisten henkilöiden hoidontarve ar- vioitaisiin kunnissa herkästi pitkäaikaissairauteen liittyväksi. Tämän vuoksi seitsemän vuoro- kauden hoitoon pääsy voisi toteutua vammaisilla henkilöillä muita väestöryhmiä heikommin, vaikka esityksen mukaan myös esimerkiksi toimintakyvyn heikkenemisen tulisi olla peruste ny- kyistä nopeammalle hoitoon pääsulle.

5 Muut toteuttamisvaihtoehdot

5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset

Hoitoon pääsyn parantamisen muut keinot

Hoitojonot syntyvät, kun terveydenhuollon palvelujen tarve, kysyntä ja tarjonta ovat epätasapainossa tai eivät kohtaa. Hoitoon pääsyn parantamiseen tähtäävät toimenpiteet voidaan jakaa 1) tarjontaan vaikuttaviin, 2) kysyntään vaikuttaviin sekä 3) hoitoon pääsyn ohjaukseen, jolloin asetettujen tavoitteiden ja vahvojen kannustimien avulla vaikutetaan hoitoon pääsyyn. Valittu menettely säätämällä hoitoon pääsyn määräajoista, eli hoitotakuusta, voidaan lukea näistä kolmanteen tapaan.

Terveydenhuollon peruspalveluja on vahvistettu viime vuosina monissa kehittämishankkeissa. Alueet ovat erilaisia ja tarvittavat kehittämistoimenpiteet vaihtelevat. Toimintaympäristö myös muuttuu nopeasti, mikä edellyttää jatkuvasti uusia kehittämistoimenpiteitä ja erilaisten keinojen käyttämistä. Tämän takia ei ole järkevää määrittää käytettäviä keinoja lainsäädännössä liian yksityiskohtaisesti, vaan asettaa selvät tavoitteet ja hyvinvointialueet valitsevat tarvittavat ja alueelleen sopivat keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Keinoja valittaessa on tärkeä muistaa, että hoidon jatkuvuus on elementti, josta on vahva tieteellinen näyttö. Hoidon jatkuvuuden on todettu vähentävän merkittävästi kuolleisuutta ja akuutin sairaalahoidon tarvetta. Hyvä hoidon jatkuvuus ja suunnitelmallisuus varmistaa osaltaan samalla myös hyvää hoidon saatavuutta. Hoidon jatkuvuus on erityisen tärkeää niille potilaille, jotka asioivat perusterveydenhuollossa usein, joilla on useita sairauksia ja joiden muiden elämäntilanteeseen liittyvien seikkojen tai palvelutarpeiden tuntemus on tärkeää vaikuttavan hoito- ja palvelukokonaisuuden suunnitelmalliseksi toteuttamiseksi. Jatkuvuuden merkitystä niille potilaille, jotka asioivat vain satunnaisesti tai yhden hallittavan terveysongelman kanssa, ei ole yhtä selvästi osoitettu. Mikäli säädettäisiin yksinomaan jatkuvuuden turvaamisesta, voisi se jäykistää systeemiä eikä kuitenkaan hyödyttäisi suurta osaa potilaista, jotka eivät siis jatkuvuutta varsinaisesti tarvitse. Hoitoon pääsyn tiukentaminen hyödyntää samalla tavoin sekä satunnaiskävijöitä että paljon palveluita tarvitsevia väestöryhmiä.

1) Toimenpiteet, jolla pyritään vaikuttamaan hoidon tarjontaan

- Lakisääteinen henkilöstömitoitus

Tämä strategia on otettu käyttöön, kun Sanna Marinin hallitus paransi iäkkäiden palveluja säätämällä ympärivuorokautisten hoivapalvelujen hoitajamitoituksesta (laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista uusi 3 a §, 565/2020). Säädöksiä henkilöstömitoituksesta voisi soveltaa esimerkiksi lääkäreille myös perusterveydenhuollossa. Pelkkä lääkimäärä suhteessa hoidettavan väestön määrään ei ole kuitenkaan ainoa hoidon saatavuuteen vaikuttava tekijä, koska lääkäreillä voi olla toimenkuvasta riippuen eri määrä välitöntä potilastyötä. Jonkinlaisia optimaalisia väestömääriä työntekijää kohden voidaan kuitenkin asettaa, kuten vaikkapa neuvolatoiminnassa on tehty. Esimerkiksi Virossa, jossa yleislääkärit toimivat listamallilla, kunkin lääkärin listan maksimikoko on 2000–2400 henkilöä tilanteesta riippuen. Kuitenkin, jos sääntely kohdistuisi ammattiryhmään, mitoitus voi johtaa kustannusten epätarkoituksenmukaiseen nousuun palkkainflaation myötä. Tällöin esimerkiksi eri ammattiryhmien osaamisen parempi hyödyntäminen voi olla tarkoituksenmukaisempaa.

Terveydenhuollon palvelujen tarjontaan liittyvät keinot johtavat yksinään hyvin harvoin pysyvään positiiviseen tulokseen. Siksi henkilöstön määrän rinnalla on tarkasteltava tarjonnan tapoja

eli miten ja mihin resursseja käytetään, toisin sanoen toimintamalleja. Suomessa peruspalvelujen pitkään jatkunut huono saatavuus on voinut johtaa terveyspalvelujen patoutuneeseen kysyntään. Siksi hoitojonojen purku tai tason ylläpitäminen todennäköisesti edellyttää lisärahoitusta siitä huolimatta, että toimintaprosesseja tehostavia toimia tehtäisiin. Suun terveydenhuoltoon esitetty kolmen kuukauden aikaraja kiireettömään hoitoon pääsyyn on edelleen pitkä, minkä vuoksi jononpurun jälkeen ei katsota tarvittavan lisärahoitusta.

- Palvelujen valinnanvapauden lisääminen

Juha Sipilän hallituksen yhtenä suunniteltuna keinona lisätä palvelujen tarjontaa oli lisätä asiakkaiden valinnanvapautta palvelujen tuottajan valinnassa. Sote-keskuksia hallinnoivien palveluntuottajien välisen kilpailun asiakkaista olisi ollut mahdollista kirittää palveluntuottajia hyvään laatuun, mukaan lukien nopeaan hoitoon pääsyyn. Suomen kontekstissa julkiseen perusterveydenhuoltoon luodun kilpailuasetelman mahdollisia vaikutuksia olisi kuitenkin saattanut vääristää perusterveydenhuoltoa tarjoavat rinnakkaiset palvelujärjestelmät, joista jotkin koskevat vain osaa väestöstä. Riskinä olisi siis ollut, että kilpailu olisi kohdistunut esimerkiksi työterveyshuollon sairaanhoidollisten palveluiden piirissä olevaan väestöön.

2) Toimenpiteet, joilla pyritään vaikuttamaan hoidon kysyntään

- Väestön terveydentilaa edistävä ja kansanterveyttä vahvistava lainsäädäntö, esimerkiksi seulon-
lonta-asetus

Väestön terveydentilaa yleisesti parantavat toimet vaikuttavat palvelujen kysyntään, mutta pitkällä aikavälillä. Hallitusohjelman mukaisesti Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelman kautta siirretään painopistettä ehkäisevään työhön. Hallitusohjelmassa onkin mukana esimerkiksi syöpäseulontojen laajentaminen (erityisesti suolistosyöpiin), joka toteutettiin valtioneuvoston seulon-
lonta-asetuksen (339/2011) muutoksella 752/2021, voimaan 1.1.2022. Ehkäisevän terveydenhuollon vaikutukset palvelujen kysyntään näkyvät kuitenkin pitkällä aikavälillä, usein vasta vuosien jälkeen intervention aloittamisesta, kuten hpv-rokotusten vaikutus kohdunkaulaosan syövän vähenemiseen. Näin ollen niiden rinnalle tulee valmistella lyhyemmällä aikavälillä terveydenhuollon toimintaan vaikuttavia säädöksiä. Hyvinvointia ja terveyttä edistävä lainsäädäntö voi kuulua myös muun kuin STM:n hallinnonalaan. Tästä esimerkkinä vaikkapa liikenneturvallisuuteen vaikuttava lainsäädäntö, joka tähtää liikennetapaturmien estämiseen ja siten vähentää terveyspalvelujen kysyntää.

- Rinnakkaisten palvelusektorien tukeminen

Paavo Lipposen II hallitus antoi (HE 149/2000 vp) kunnille velvoitteen antaa terveyskeskuksiinsa suun terveydenhuollon palveluita aikuisväestölle. Samanaikaisesti laajennettiin sairausvakuutusjärjestelmän hammashuollon korvauksia koskemaan koko väestöä, minkä katsottiin pienentävän siirtymää yksityisestä hammashoidosta kunnalliseen hammashoittoon. Terveyskeskusten avosairaanhoidon palveluihin kohdistuvaa palvelukysyntää voitaisiin vähentää esimerkiksi korottamalla sairausvakuutuksesta maksettavien yleislääkärikäyntien korvauksia. Tämän toteuttamisvaihtoehdon voidaan katsoa kuitenkin olevan ainakin jossain määrin ristiriidassa esityksen yhdenvertaisuuden lisäämistä koskevien tavoitteiden kanssa. Esitys pyrkii edistämään yhdenvertaisuutta parantamalla nimenomaan terveyskeskusten hoitoon pääsyä.

3) Palvelujärjestelmän ohjaus: yleiset, valtakunnalliset toimenpiteet ja sääntely

- Toimintojen parantaminen kansallisten kehittämisohjelmien kautta

Suomessa on hyviä kokemuksia kansallisesti rahoitetuista Hyvä vastaanotto 2010-14 ja Hyvä POTKU 2014-15 -hankkeista, joissa pyrittiin tasapainottamaan terveyskeskusten palveluiden kysyntää ja tarjontaa ja kehitettiin palveluiden saatavuutta ja vaikuttavuutta. Toimintatapoja uudistettiin siten, että esimerkiksi kysyntää ja hukkatyötä vähennettiin muun muassa yksilöllistämällä pitkäaikaissairauksien seurantavälejä ja eri ammattiryhmien työnjakoa kehitettiin. Osa terveysasemista ja suun terveydenhuollon yksiköistä purki jonoja myös lisätyöllä, mutta valtaosassa hyviin tuloksiin päästiin toimintatapoja kehittämällä, ilman lisäpanostuksia. Systemaattisella kehittämistyöllä voidaan siten vaikuttaa ratkaisevasti parempaan hoidon saatavuuteen.

Sanna Marinin hallitus on käynnistänyt Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman, jossa muun muassa toimintatapoja kehittämällä parannetaan perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen laatua ja saatavuutta.

- Hoitoon pääsystä ja sen määräajasta säättäminen

Hoitoon pääsyn määräajasta säättäminen on yksi keino edistää hoitoon pääsyä suoraan sääntelyllä ja kannustimilla. Hoitotakuuta voidaan käytännössä soveltaa usealla eri tavalla ja yleensä hoitotakuu on yhdistetty muihin hoitoon pääsyn parantamisen keinoihin, kuten:

a) Hoitotakuu voi toimia tavoitetilana, jonka ylittyminen on sanktioitu (käytössä suurimmassa osassa OECD-maita, myös mm. Englannissa ja Suomessa)

b) Hoitotakuu voidaan kytkeä valinnanvapauteen ja kilpailuun siten, että tietyn jonotusajan ylityessä, asiakas voi hakeutua hoitoon yksityiselle sektorille (käytössä mm. Viro, Tanska, Hollanti ja Portugal)

c) Hoitotakuuvaatimus voi myös olla erilainen eri kohderyhmille ja hoidon tarpeen vaativuusluokille (käytössä mm. Uudessa-Seelannissa sekä osittain Kanadassa).

Hoitotakuuta ja hoitoon pääsyn sääntelyä voidaan käytännössä soveltaa usealla eri tavalla. Esimerkiksi Virossa hoitotakuu kiireettömään lääkärin arvioon on 5 vuorokautta. Tanskassa ei ole perusterveydenhuollon hoitotakuuta, mutta potilaan hoidontarpeen arvion tekee lääkäri eli potilaalla on suora kontaktimahdollisuus lääkäriin.

Terveydenhuoltolaissa säädetään nykyisellään perusterveydenhuollon hoitotakuusta, mukaan lukien hoitoon pääsyn määräajoista. Se on siten osa terveydenhuoltojärjestelmämme toiminnan sääntelyä eikä hoitotakuun tiukennus tuo mukanaan kokonaan uusia elementtejä. Nykyisellä hoitotakuusääntelyllä on onnistuttu lyhentämään erikoissairaanhoidon operatiivisia hoitonoja. Jo nyt osa kunnista tai kuntayhtymistä on toimintojensa kehittämisen kautta päässyt lähelle asetettua tavoitetta seitsemän vuorokauden kiireettömästä hoitoon pääsystä. Suun terveydenhuollossa valtaosa kunnista on päässyt kolmen kuukauden tavoitteeseen.

Hoitotakuun tehokas toteutuminen edellyttää, että toimintaa seurataan ja valvotaan luotettavalla tavalla. Tästä syystä myös kirjaamiskäytäntöihin, raportointiin, tilastointiin ja sen hyödyntämiseen on panostettava.

Muut voimaantuloajat ja vaiheistukset

Esityksessä esitetty vaiheistus on mahdollista toteuttaa erilaisin tavoin. On myös mahdollista säätää esitys voimaan erilaisina ajankohtina. Toteuttamisvaihtoehtoja on periaatteessa rajattomasti.

Esityksen lausunnoilla olleessa versiossa ehdotettiin, että 1.4.2023 tulisi voimaan perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika ja suun terveydenhuollossa kolmen kuukauden määräaika. Lausuntopalautteen perusteella kuitenkin arvioitiin, että näin nopea voimaantulo olisi palvelunjärjestäjille liian haastava toteuttaa. Potilaiden kannalta myönteistä olisi, jos ensimmäinen vaihe kiristytävissä hoitotakuussa (14 vuorokautta ja suun terveydenhuollossa neljä kuukautta) tulisi voimaan jo alkuperäisenä suunniteltuna ajankohtana 1.4.2023, mutta jatkovalmistelussa arvioitiin, että palvelunjärjestäjille on syytä jättää riittävästi aikaa varautua kiristyvän hoitotakuun ensimmäiseen vaiheeseenkin. Hoitotakuulainsäädännön kiristystä ei perusteltua säätää voimaan kesällä, koska lomakauden takia palvelujärjestelmä ei sopeutune kiristyviin velvoitteisiin tällaisena ajankohtana.

Vaihtoehto esitetylle mallille on säätää vielä loivemmin asteittain kiristytävä hoitoon pääsyn määräaika, käyttäen jotain yhdistelmää kaksi kuukautta-kuukausi-kolme viikkoa-kaksi viikkoa-seitsemän vuorokautta -rytmistä, ja säätää kukin vaihe voimaan esimerkiksi puolen vuoden tai vuoden välein. Vastaavasti suun terveydenhuollossa voitaisiin toteuttaa voimaantulo porrastaen. Tällaisen pidemmän vaiheistamisen etuna olisi, että palvelujärjestelmä ehtisi rauhassa sopeuttaa toimintaansa uusiin vaatimuksiin pidemmällä ajanjaksolla, ja covid-19-pandemian aikaansaama palveluvelka saataisiin purettua ja henkilöstön saatavuus kehittämistoimien ansiosta voisi parantua. On kuitenkin vaarana, että hyvin loiva porrastus pitkällä aikavälillä ei kannusta palvelunjärjestäjiä kehittämään toimintaansa vastaamaan uusia velvoitteita. Myös potilaiden kannalta kielteinen vaikutus olisi, jos hoitoon ei pääsekään nopeasti. Pidemmästä määräajasta säätäminen saattaisi joissain tilanteissa johtaa hoitoon pääsyn myöhentymiseen sellaisilla alueilla, joissa jo nyt toteutuu seitsemän vuorokauden tai muu lyhyempi hoitoon pääsy.

Esityksen vaikutusten arviossa on tuotu useassa kohtaa esiin monet epävarmuustekijät, jolloin on mahdotonta esimerkiksi vaikutusarvioinnin perusteella päätyä selkeästi parhaimpaan malliin.

5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot

Yleistä

Hoidon pääsyn määräajoista säätäminen, eli niin sanottu hoitotakuu, on yksi tapa lisätä perusterveydenhuollon saatavuutta. Eri maissa sovelletaan hyvin erilaisia käytäntöjä ja myös hoitotakuun määräajat ja hoitotakuun mittaamisen 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 hoitoonpääsy vastaanotolle ei ole samalla tavoin merkityksellinen asia kuin Suomessa. Tästä syystä eri maiden vertaaminen on haastavaa.

Ruotsi

Ruotsissa on käytössä hoitotakuu perusterveydenhuollossa ja erikoissairanhoidossa. Hoitotakuusta säädetään Ruotsin terveyden- ja sairaanhoitolaissa (Hälso- och sjukvårdslag 2017:30), terveyden- ja sairaanhoitoasetuksessa (Hälso- och sjukvårdsförförordning 2017:80) sekä potilaslaissa (Patientlag 2014:821). Ruotsissa terveyden- ja sairaanhoito sekä hammashoito on eriytetty toisistaan. Terveyden- ja sairaanhoitolakia ei sovelleta hammashoittoon, 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. Potilaan yhteydenotto voi tapahtua puhelimitse, etäyhteydellä tai vastaanotolla.

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

Vastaanottokäynti erikoissairaanhoidon on toteutettava 90 päivän kuluessa lähetteen antamisesta tai jos lähete on tarpeeton, 90 päivän kuluessa potilaan yhteydenotosta erikoissairaanhoidon. 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 hoidontarpeen potilaat saattoivat saada hoitoa ennen suuren hoidontarpeen 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. Ruotsissa perusterveydenhuollon palveluista noin 60 prosenttia tuottaa julkinen sektori ja noin 40 prosenttia yksityissektori. 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.

Tanska

Tanskassa on käytössä valinnanvapauteen kytketty hoitotakuuaika sairaalahoidossa. Hoitotakuusta säädetään terveydenhuoltolaissa (Sundhedsloven, LBK nr 903 af 26/08/2019). Perusterveydenhuollossa tai suun terveydenhuollossa ei sen sijaan ole asetettu hoitotakuumääräaikoja.

Sairaalaan lähetteen saaneella potilaalla on oikeus valita arvioinnin, tutkimuksen tai hoidon toteuttava sairaala kaikkien Tanskan julkisten sairaaloiden ja eräiden erikoissairaaloiden joukosta. Julkiseen sairaalahoidon tulee päästä yhden kuukauden kuluessa lähetteestä. Eräiden syöpä- ja sydänsairauksien osalta on säädetty erikseen lyhyempi enimmäisodotusaika (määräys BÈK nr 584 af 28/04/2015).

Mikäli odotusaika ylittää Tanskassa määritellyn yhden kuukauden hoitotakuun, 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, potilaalle on silti laadittava kuukauden kuluessa suunnitelma jatkotutkimuksista.

Tanskassa valinnanvapautta toteutetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Käytössä on vakuutusperustainen järjestelmä. Tanskalaisen terveysturvallisuuslain (Terveysturvallisuusloven) mukaan väestö voi valita kahden eri vakuutusluokan välillä. Ensimmäisen luokan on valinnut yli 99 prosenttia maan väestöstä. Sen perusteella asiakkaille ei perusterveydenhuollossa ole lainkaan asiakasmaksuja. He listautuvat perusterveydenhuollon lääkärille, joka puolestaan toimii portinvartijana erikoissairaanhoidon palveluun. Toisen luokan on valinnut vain alle yksi prosentti väestöstä. He maksavat asiakasmaksuja perusterveydenhuoltoon, mutta voivat hakeutua erikoislääkärin vastaanotolle ilman lähetystä.

Perusterveydenhuollon valinnanvapaus toteutuu potilaan listautuessa haluamalleen lääkärille. 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.

Norja

Norjassa on käytössä hoitotakuu sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidon ja suun terveydenhuollon 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 erikoissairaanhoidon palveluun. 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 läheteen perusteella tapahtuvaan terveydentilan arviointiin 10 arkipäivän kuluessa läheteen saapumisesta. Lähetä ja potilaan terveydentila on arvioitava enimmäisaikaa nopeammin, jos potilaalla epäillään olevan vakava tai henkeä uhkaava sairaus. Erikoissairaanhoidon 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 omavastuun osuuden itse, mutta tarpeelliset matkakulut korvataan. Joissakin tilanteissa erityisluvalla voi hakeutua hoitoon ulkomaille. Potilas voi myös valita jäädä odottamaan, että hoito järjestyy alkuperäisessä hoitopaikassa. Jos potilas muuttaa mieltään, hänelle tarjotaan muualta hoitopaikkaa uudelleen.

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. Lääkärinä voi vaihtaa kahdesti vuodessa. Potilas voi pyytää toista järjestelmän piirissä olevan yleislääkärin arvioimaan hänen terveydentilansa, jos potilas on tyytymätön oman lääkärinsä arvioon.

Potilaalla, joka on ohjattu erikoissairaanhoidon, on oikeus valita, mikä julkinen tai yksityinen yksikkö arvioi lähetteen ja päättää erikoissairaanhoidosta. Potilaalla on myös oikeus valita tutkimuksen tai hoidon toteuttava julkinen tai yksityinen terveydenhuollon yksikkö, mutta ei hoidon tasoa. Potilaalla on lisäksi oikeus saada uusi arvio terveydentilastaan, mutta pääsääntöisesti vain yhden kerran saman vaivan osalta.

Viro

Virossa on käytössä hoitotakuu aika perusterveydenhuollossa, suun terveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Hoitoon pääsyn 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 päästävää 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 voidaan asettaa hoitojonoon, jos palvelua ei voida tarjota välittömästi ja jos odotus ei heikennä potilaan terveydentilaa tai vaikuta myöhempään ennusteeseen. Erikoislääkärin vastaanotolle on päästävää 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.

Viron sairauskassa valvoo hoitoonpääsyn määräaikojen toteutumista. Vuonna 2018 perhelääkärin vastaanotolle pääsi akuutissa tilanteessa saman päivän aikana noin 99 prosenttia potilaista. Muissa tilanteissa noin 98 prosenttia potilaista pääsi perhelääkärin vastaanotolle viiden työpäivän enimmäisajan sisällä. Perusterveydenhuollon palveluntuottajien toiminta vastaa hyvin sille asetettuja vaatimuksia.

Vuonna 2019 erikoissairaanhoidon kaikista vastaanottokerroista 55 prosenttia toteutui enimmäisodotusajan sisällä. Erikoislääkärin ensimmäisistä vastaanottokerroista 66 prosenttia toteu-

tui kuuden viikon enimmäisajan sisällä. Virossa erikoissairaanhoidon pitkien hoitojonojen lyhentämiseksi on lisätty tiettyjen alojen erikoislääkärin määrää. Rahoitusta on myös ohjattu erikseen hoitojonojen purkamiseen sekä sairauksia ehkäiseviin ja terveyttä edistäviin toimenpiteisiin.

6 Lausuntopalaute

Esityksestä pidettiin lausuntokierros ajalla 17.11.2021–4.1.2022. Lausuntoajan loppuun mennessä saapui 164 lausuntoa, ja lausuntoajan loppumisen jälkeen kaksi lisää. Lausuntoajan aikana lausunnon toimittivat Ahvenanmaan maakunnan hallitus (ei lausuttavaa), Akava ry, Akavan sairaanhoitajat ja Taja ry, Allergia-, Iho- ja Astmaliitto ry, Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry, Ammattiliitto Pro ry, Eduskunnan apulaisoikeusasiamies, Elinkeinoelämän keskusliitto EK, Eläkkeensaajien Keskusliitto ry, Ensi- ja turvakotien liitto ry, Epilepsialiitto ry, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalveluiden kuntayhtymä, Etelä-Suomen aluehallintovirasto, ETLA Elinkeinoelämän tutkimuslaitos, Euran SOTE-keskus, Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä, Hankasalmen kunta, Helsingin kaupunki, Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tdk, Hengitysliitto, HUS kuntayhtymä, HUS-alueen kansanterveystyön johtajaverkosto; lausunto, Hyvinvointiala HALI, Hämeenlinnan kaupunki, Invalidiliitto ry, Irti Huumeista ry, Itä-Suomen yliopisto, Jannakkalan kunta, Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry, Jyväskylän kaupunki, Jämsän kaupunki, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Kalajoen Kaupunki, Kankaanpään kaupunki, Kansaneläkelaitos, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ky, Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvelukuntayhtymä Soite, Keski-Suomen hyvinvointialue, Kirkkonummen kunta, Kuhmon kaupunki, Kuluttajaliitto, Kunta- ja hyvinvointialueuontantajat KT, Kuntoutuksen toimialayhdistys, Kuopion kaupunki, perusturva ja terveydenhuolto, Kuurojen Liitto ry, Lapin hyvinvointialue, Lapsiasiainvaltuutettu, Lapuan kaupunki, Lastensuojelun Keskusliitto, Lieksan kaupunki, Limingan kunta, Loimaan kaupunki, Länsi-Uusimaan hyvinvointialueen valmistelutoimielin, Lääkäritalveluyritykset ry, Mehiläinen Oy, Mielenterveyden keskusliitto, Mielenterveyspooli, MIELI Suomen Mielenterveys ry, Muistiliitto ry, Nouseva mieli - Suomen Skitsofreniayhdistys ry, Nyyti ry, Näkeminen ja silmäterveys NÄE ry, Oikeuskanslerinvirasto, oikeusministeriö, opetus- ja kulttuuriministeriö, Oulaisten kaupunki, Oulun kaupunki, Oulun yliopisto, Oulunkaaren kuntayhtymä, Paimion-Sauvon kansanterveyskuntayhtymä, Parkanon kaupunki, Pelkosenniemen-Savukosken kansanterveystyön kuntayhtymä, Pellon kunta, Perustalvelukuntayhtymä Kallio, Perustalvelukuntayhtymä Selänne, Pirkanmaan hyvinvointialue, Pohjanmaan hyvinvointialue, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä - Siun sote, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Pohjois-Satakunnan perustalvelukuntayhtymä, Pohjois-Savon hyvinvointialue, Psoriasisliitto ry, Puolustusministeriö, Päihdelääketieteen yhdistys, Päijät-Hämeen Hyvinvointikuntayhtymä, Pääesikunta, Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä, Raisons kaupunki, Riihimäen seudun terveystalveluksen kuntayhtymä, Rikosseuraamuslaitos, Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto, Salon kaupunki, Satakunnan hyvinvointialue, Sauvon kunta, Sisäministeriö, Someron kaupunki, SOSTE ry, STTK ry, Suomalainen lääkäriseura Duodecim ry, Suomen Ammattiin Opiskelevien Liitto - SAKKI ry, Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK ry, Suomen Fysioterapeutit ry, Suomen Hammaslääkäriliitto ry, Suomen Hammaslääkäriseura Apollonian Kansanterveysjaosto, Suomen kommunistinen puolue, Suomen Kuntaliitto ry, Suomen kuntoutusyrittäjät, Suomen Kuurosokeat ry, Suomen lukiolaisten liitto, Suomen Lääkäriliitto, Suomen Opiskelija-Allianssi - OSKU ry, Suomen Opiskelijakuntien liitto SAMOK ry, Suomen Psykiatriyhdistys, Suomen Psykologiliitto ry, Suomen Reumaliitto, Suomen Sairaanhoitajaliitto ry, Suomen Sydänliitto ry, Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry, Suomen yleislääketieteen yhdistys - SYLY ry, Suomen Yleislääkärit GPF ry, Suomen yliopistojen rehtorineuvosto UNIFI ry, Suomen Yrittäjät ry, Super ry, Suun terveydenhoidon ammattiliitto STAL ry, Svenska Finlands folkting, Svenska pensionärsförbundet rf, Tampereen kaupunki, Tampereen yliopisto, Tarpeenmukainen hoito ry,

Tehy ry, THL, Turun ammattikorkeakoulu Oy, Turun kaupungin hyvinvointitoimiala, Turun yliopisto, Työ- ja elinkeinoministeriö, Työttömien Keskusjärjestö ry, Valkeakosken kaupunki, Valtakunnallinen kansanterveystyön johtamisverkosto, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus VATT, Valtiovarainministeriö, Valvira, Vankiterveydenhuollon yksikkö, Vantaan ja Keravan hyvinvointialue, Vantaan kaupunki, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Vesannon kunta, Yhdenvertaisuusvaltuutettu, YTHS, sekä 8 yksityishenkilöä.

Lausuntopyyntö julkaistiin lausuntopalvelu.fi -sivustolla, ja lausunto pyydettiin toimittamaan täyttämällä sivustolle ladattu kysely, jossa oli yksityiskohtaisia kysymyksiä esitykseen liittyen. Lausuntopalvelun kautta lausunnon toimitti 132 tahoa. Osa vastasi vain osaan kysymyksistä. Osa toimitti lausunnon lausuntopalveluun, mutta ei vastannut kyselyyn, ja osa toimitti lausunnon sosiaali- ja terveysministeriön kirjaamoon.

Lausuntokierroksella oli luonnos, jossa ehdotettiin, että perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika tulee voimaan 1.4.2023, ja samaan aikaan suun terveydenhuollossa tulee voimaan kolmen kuukauden hoitoon pääsyn määräaika.

Valtaosa asiaa koskevaan kysymykseen vastaajista näki perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuun tiukentamisen ehdotetussa muodossa edistävän hoidon saatavuutta ja väestön yhdenvertaisuutta. Monet vastaajat kuitenkin katsoivat hyvinvointialueiden toiminnan samanaikaisen käynnistämisen ja koronapandemian aiheuttaman hoito- ja kuntoutusvelan vaikeuttavan hoitotakuun tiukentamisen toimeenpanoa. Suurimpina riskeinä hoitotakuun tiukentamisen toteuttamiselle pidettiin yleisesti sitä, että henkilöstöä ei ole saatavilla ja että arvioitu taloudellinen lisäresursointi on riittämätöntä. Valtaosa kantaa ottaneista katsoi, että hoitotakuun tiukennuksen vuoksi tarvittava henkilöstön määrä on arvioitu liian pieneksi. Ylivoimaisesti tärkeimpänä keinona riittävän henkilöstön varmistamiseksi lakiehdotuksen toimeenpanemiseksi nähtiin mahdollisuus vaikuttaa työn ja tehtävien sisältöön ja toteuttamiseen.

Kriittistä huomiota lausunnonantajissa herätti se, että ehdotuksen nähtiin jopa vaarantavan hoidon jatkuvuuden ja vaikuttavuuden. Monissa lausunnoissa tuotiin esiin, että perusterveydenhuollon potilas-lääkärisuhteen jatkuvuudesta on vahva tieteellinen näyttö suhteessa hoidon laatuun, tehokkuuteen, kuolleisuuden vähenemiseen ja pienempiin erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Valtaosa vastaajista näki ehdotuksen nostavan kustannuksia ja lisäävän kilpailua henkilöstöstä. Palvelun jatkuvuuden, laadun ja vaikuttavuuden kehittäminen nähtiin ylivoimaisesti tehokkaimmaksi keinoksi parantaa hoitoon pääsyä. Vajaa kolmannes vastaajista katsoi, että kehittämistoimenpiteillä ja hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelan purkamisella voidaan saavuttaa tilanne, joka mahdollistaa hoitotakuun tiukentamisen toimeenpanon ehdotetussa muodossa.

Lausunnoilla olleessa versiossa ehdotetun mallin mukaiset vaikutukset arvioitiin siten, että hyvinvointialueille ja muille viranomaisille aiheutuu taloudellisia vaikutuksia siten, että ne edellyttävät valtion rahoitusta yhteensä 107–108 miljoonaa euroa vuonna 2023, vuonna 2024 112–114 miljoonaa euroa ja 102–103 miljoonaa euroa vuonna 2025. Reilut puolet kantaa ottaneista piti taloudellisten vaikutusten arvioinnissa tehtyjä oletuksia vaikutuksista perusterveydenhuoltoon uskottavina, oletuksia vaikutuksista muihin palveluihin piti uskottavina valtaosa kantaa ottaneista. Arvioita hoitotakuun tiukennuksen vuoksi hyvinvointialueille aiheutuvista kustannuksista pidettiin yleisesti jossakin määrin tai jopa selvästi liian pieninä ja valtaosa katsoi, että tarvittava taloudellinen lisäresursointi oli arvioitu jossakin määrin tai selvästi liian pieneksi. Suurin osa kantaa ottaneista katsoi, että muiden kuin taloudellisten vaikutusten aikataulua ei ole arvioitu realistisesti. Valtaosa vastaajista näki ostopalveluilla tai palveluseteleillä olevan mer-

kitystä hoitotakuun tiukentamisessa. Esityksen arviota siitä, että suun terveydenhuollossa kertaluonteisen patoutuneen kysynnän purkamisen jälkeen ei tarvita pysyvästi lisähenkilökuntaa, ei pidetty oikeana.

Valtaosa kantaa ottaneista arvioi ehdotusten parantavan joustavaa palveluihin pääsyä mielen-terveyden ongelmissa. Noin kolmannes arvioi, että ehdotukset edistävät palvelukokonaisuutta ja yhteensovittamista muihin palveluihin ja alle kolmannes arvioi, että ne edistävät hoitoketjujen jatkuvuutta. Erityisesti monet mielenterveys- ja opiskelijajärjestöt katsoivat, että hoitoon pääsyn aikarajan lisäksi tulisi säätää psykososiaalisille hoidoille erillinen hoitoon pääsyn aikaraja, viitaten erityisesti niin sanotussa terapiatakuu-kansalaisaloitteessa (KAA 10/2019 vp) ehdotettuun neljän viikon hoitoon pääsyn määräaikaan hoidon tarpeen arvioinnista.

Vajaa puolet vastaajista lausui, että huolimatta esitykseen liittyvistä epävarmuuksista hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentaminen tulisi toteuttaa ehdotetulla tavalla, mutta vain noin kolmannes katsoi esityksen olevan toimeenpantavissa ehdotetussa aikataulussa. Valtaosa vastaajista kannatti esityksen toteuttamista ajallisesti vaihteittain. Hoitotakuun tiukennuksen toimeenpanosta vastaavien hyvinvointialueiden näkökulmasta vastanneet näkivät toimeenpanossa suurimmat ongelmat.

Pykälien osalta valtaosa vastaajista katsoi, että ehdotetut pykälät ja säännöskohtaiset perustelut ovat selkeitä, joskin moni toi esiin näkemyksiä erinäisten yksityiskohtien selkeyttämisen tarpeesta. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidoa koskevan 51 a §:n osalta kuitenkin vain hieman yli puolet vastaajista piti pykälän perusteella selvänä, mitkä palvelut kuuluvat seitsemän vuorokauden hoitotakuun piiriin, loppujen mielestä tämä oli vain osittain selvää tai ei selvää. Selvennystä toivottiin erityisesti rajaukseen, jonka mukaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman mukaiset palvelut eivät ole seitsemän vuorokauden hoitotakuun piiriin, sekä pykälän soveltaminen päihde- ja mielenterveyspalvelujen sekä erilaisten kuntoutus- ja terapiapalveluiden osalta. Valtaosa vastaajista katsoi, ettei seitsemän vuorokauden hoitotakuun piiriin pitäisi kuulua muita palveluita, kuin ehdotetut.

Pykälien pääosin katsottiin turvaavat potilaiden oikeudet riittävällä tavalla. Pykälän 54 § osalta, joka koskee velvoitetta hankkia palvelu toiselta palveluntuottajalta, jos palvelunjärjestäjä ei itse voi tuottaa palvelua, vajaa puolet vastaajista kuitenkin katsoi, että pykälä turvaa vain osittain tai ei turvaa oikeuksia riittävällä tavalla. Avovastauksissa syyt vaihtelivat, ja esiin nostettiin mahdollisesti potilaalle koituvat pitkät välimatkat palveluiden piiriin, hoidon pirstaloituminen sekä se, ettei pykälän noudattamista sanktoida ja valvota tarpeeksi.

Usean pykälän osalta vain noin puolet vastaajista katsoi, että pykälät ovat toimeenpantavissa palvelujärjestelmän kannalta. Loput katsoivat, että pykälät ovat vain osittain tai eivät ole toimeenpantavissa. Keskeisenä syynä näkemykselle esitettiin, ettei palvelujärjestelmässä ole tarpeeksi henkilöstö- ja muita resursseja toteuttaa esitystä. Useassa vastauksessa viitattiin siihen, että sääntely on sinänsä toimeenpantavissa, mutta ei ehdotetussa aikataulussa. Ehdotetun 54 §:n osalta useassa vastauksessa katsottiin, että ongelmaksi toimeenpanon osalta voi muodostua, että joillakin alueilla on hyvin niukasti tarjolla vaihtoehtoisia palveluntarjoajia. Hoitoon pääsyä koskevien tietojen julkaisua koskevan 55 §:n osalta useassa vastauksessa katsottiin, että tietojärjestelmät eivät tue tiedon tuottamista sekä tuotiin esiin, että tietojen vertailukelpoisuus voi olla hankalaa erilaisten tietojärjestelmien takia. Muutamassa vastauksessa toivottiin kansallisia määrittelyjä tai ohjeita tietojen tuottamiseen.

YTHS-lakia koskien lausui vain muutama taho. Muutama lausunnonantaja viittasi siihen, että sen kommentit terveydenhuoltolaista koskevat myös YTHS-lain säännöksiä, koska pykälät ovat

pitkälti yhdenmukaiset. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon järjestäjä Kansaneläkelaitos katsoi lausunnossaan, että hoitotakuulainsäädännön muutos parantaa opiskeluterveydenhuoltopalveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta sekä tukee Kelan opiskeluterveydenhuollon järjestäjänä YTHS:lle asettamia tavoitteita. Kela totesi, että se on ollut mukana esityksen valmistelussa ja toteaa, että lainmuutoksessa on otettu asianmukaisesti huomioon opiskeluterveydenhuollon järjestäjää koskevat vaikutukset. YTHS katsoi, että sille arvioitu lisäresurssitarve on arvioitu selvästi liian pieneksi.

Vankiterveydenhuoltoa koskevien ehdotusten osalta Vankiterveydenhuollon yksikön (VTH) lausunnon mukaan esityksessä arvioidut vankiterveydenhuollon yksikön henkilöstömäärän lisäämistä kuvaavat luvut sekä taloudelliset resurssit ovat oikean suuruiset. Arvioidut VTH:n lisäresurssitarpeet ovat lausunnon mukaan välttämättömiä hoitotakuun toteuttamiseksi, kuten myös Rikosseuraamuslaitoksen valvonnan, kuljetuslogistiikan ja VTH:n käyttöön osoitettavien tilojen riittävä resursointi. VTH:n arvion mukaan esitys voidaan toteuttaa sen osalta ehdotetussa aikataulussa. Tiukentamisen vaatimien toiminnallisten muutosten sekä resurssien lisäämiseen liittyvät toimet edellyttävät johtamista organisaation eri tasoilla. Oikeusministeriö piti ehdotusta säättää myös vankien terveydenhuollossa hoitoon pääsyn määrärajoista yhteneväisesti muun terveydenhuollon kanssa kannatettavana ja normaalisuusperiaatteen mukaisena. Se myös viittasi VTH:n ja Rikosseuraamuslaitoksen tarvitsemiin uusiin pysyviin määrärahoihin.

Useassa lausunnossa korostettiin valvonnan merkitystä esityksen toteutumisen kannalta.

Lausuntopalautteesta on koottu lausuntoyhteenveto, joka on luettavissa hankkeen sivuilla <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM074:00/2019>.

Lainsäädännön arviointineuvosto antoi esityksestä lausunnon 22.2.2022 (VN/2411/2022). Arviointineuvoston lausunnossa katsottiin, että esitysluonnoksessa on kuvattu valmistelun lähtökohdat hyvin, ja tavoitteet ja keskeiset esitykset on kuvattu ymmärrettävästi. Tietopohjan epävarmuuksia on korostettu avoimesti, mikä on myönteistä. Arviointineuvosto kuitenkin katsoi, että esitysluonnoksen vaikutusarvioinneista jää epäselväksi, kuinka hyvin hyvinvointialueet pystyvät tosiasiallisesti noudattamaan esitysluonnoksessa asetettuja velvoitteita tai mitä kielteisiä muita seurauksia esitettyjen velvoitteiden täyttämisestä voisi koitua. Esitysluonnoksessa tulisi arvioida riskejä ja odottamattomia vaikutuksia esimerkiksi tarkentamalla, miten esitysluonnoksen riskit vaikuttavat hyvinvointialueiden mahdollisuuteen toteuttaa lain tavoitteita, miten ne vaikuttavat kustannustasoon, palvelujen saatavuuteen ja väestön hyvinvointiin sekä palvelujen saamisen yhdenvertaisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen. Esiin nostettiin erityisesti henkilöstön saatavuudesta johtuvat riskit. Yhdenvertaisuutta tulisi arvioida monitahoisemmin, ja kuvata digitaalisten palveluiden todennäköisesti kasvavasta roolista tulevia seurauksia. Arviointineuvoston mukaan taloudellisia vaikutuksia eri hyvinvointialueille tulisi kuvata tarkemmin, samoin kuin yrityksille ja kotitalouksille aiheutuvia vaikutuksia.

Arviointineuvosto katsoi, että vaihtoehtoisia toteutustapoja tavoitteiden saavuttamiselle tulisi kuvata tarkemmin. Neuvosto kiinnitti huomiota myös toimeenpanossa ja jälkiseurannassa tarvittavan tietopohjan keräämiseen. Arviointineuvosto katsoi, että hallituksen esitysluonnos on puutteellinen säädösehdotusten vaikutusten arviointiohjeen näkökulmasta. Esitysluonnosta tulee korjata neuvoston lausunnon mukaisesti ennen hallituksen esityksen antamista.

Esityksen jatkovalmistelussa otettiin huomioon lausuntopalaute ja arviointineuvoston lausunto.

Keskeinen muutos, joka esitykseen tehtiin, on ehdotus vaiheistaa hoitoon pääsyn määrärajojen tiukentaminen siten, että ensimmäisen 14 kuukauden ajan voimassa on pidempi hoitoon pääsyn määräaika, ja tämä vaihe tulisi voimaan 1.9.2023. Syy muutokseen on vahva palaute siitä, että

palvelunjärjestäjät eivät kykene noudattamaan seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa ja kolmen kuukauden hoitoon pääsyn määräaika suun terveydenhuollossa 1.4.2023 lähtien.

Lausuntojen perusteella täsmennettiin vaikutusarvioita. Esityksen taloudellisia vaikutuksia tarkennettiin siten, että palvelunjärjestäjille esitetään lausuntoversiota enemmän määrärahoja tehtävän toteuttamiseen (ks. jakso 4.2.1). Esityksen nykytilan kuvaukseen ja vaikutusten arviointiin lisättiin enemmän tietoa hoitoon pääsystä ja henkilöstön saatavuudesta myös alueellinen näkökulma huomioon ottaen. Esityksen nykytilan kuvauksessa tietoja esitetään nyt myös taulukoiden ja kuvioiden avulla ymmärrettävyyden parantamiseksi. Nykytilan kuvaukseen lisättiin tietoa vuodelta 2021 luonnoksessa olleiden vuoden 2019 ja 2020 esitettyjen tietojen lisäksi.

Yhteiskunnallisten vaikutusten osalta lausuntopalautteen ja arviointineuvoston lausunnon perusteella täsmennettiin vaikutuksia yhdenvertaisuuden toteutumiseen sekä muun muassa kieli- oikeuksien toteutumiseen.

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä koskevaa terveydenhuoltolain 51 a §:ää ja YTHS-lain 10 a §:ää selkeytettiin ja tiivistettiin erityisesti laintarkastuksen lausunnon perusteella. Suun terveydenhuoltoa koskevaa terveydenhuoltolain 51 b §:ää ja YTHS-lain 10 b §:ää muutettiin lausuntopalautteen perusteella siten, että pykälien 2 momentteihin lisättiin vaihtoehtoinen hoitoon pääsyn määräaika päästä hammaslääkärille, kun hammashoitajan tai suuhygienistin vastaanotolla on tullut esiin tulleen tarve tällaiselle palvelulle. Lisäksi jatkovalmistelun perusteella näihin pykäliin lisättiin uusi pykälien 5 momenteissa oleva määräaika päästä hammaslääkärille, jos neuvolapalveluiden tai koulu- tai opiskeluterveydenhuollon määräaikaisessa suun terveystarkastuksessa, jonka tekee muu ammattihenkilön kuin hammaslääkäri, ilmenee tarve hammaslääkärin tutkimukseen tai hoitoon.

Lausuntopalautteessa tuotiin esiin, että hoidon pääsyn määräaikojen toteutumista kuvaavien tietojen julkaisua koskeva sääntely voi olla hankala toimeenpanna. Asiaa koskevat pykälät valmisteltiin jatkovalmistelussa uudelleen siten, että suoraan pykälässä säädettävän julkaisuvelvoitteen piirissä olevan tiedon yksityiskohtaisuutta vähennettiin selvästi. Pykälä muutettiin siten, että palvelunjärjestäjien velvoitteena on julkaista sivuillaan THL:n keräämä ja tuottama hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumista koskeva tieto, jotta tiedon vertailukelpoisuus parane.

Pykälien säännöskohtaisia perusteluja täsmennettiin lausuntopalautteen perusteella useiden seikkojen osalta.

7 Säännöskohtaiset perustelut

7.1 Terveydenhuoltolaki

51 §. Yhteyden saaminen perusterveydenhuollon yksikköön ja arvio hoidon tarpeesta. Pykälän 1 momentin mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana yhteyden terveystieteiden tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja saada yksilöllisen arvion tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön antamaa hoitoa tai tutkimuksia potilas tarvitsee. Pykälä koskee myös perusterveydenhuollon suun terveydenhuoltoa.

Potilas voi saada yhteyden terveystieteeseen käymällä paikan päällä, puhelimitse, sähköisesti, terveystieteiden internetsivujen kautta, viestin tai chatin kautta. Jos terveystieteessä ei pystytä vastaamaan puhelimeen välittömästi, käytetään yleensä takaisinsoittajärjestelmää. Voimassa olevan säännöksen mukaan yhteys tulee saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi ja hoidon tarpeen arviointi on tehtävä kolmen arkipäivän sisällä. Pykälässä ehdotetaan muutettavaksi sääntelyä siten, että saman päivän aikana on saatava sekä yhteys toimintayksikköön että arvio hoidon tarpeesta. Sääntely ”välittömästi” yhteyden saamisesta on omiaan aiheuttamaan tulkintaepäselvyyksiä siitä, kuinka nopeasti yhteys on saatava, kun nykyisinkin jo on käytössä takaisinsoittajärjestelmiä.

Tässä pykälässä virka-ajalla tarkoitetaan arkipäivisin noin kello 8 ja 16 välistä aikaa. Virka-aikaa kunnallisessa terveydenhuollossa ei ole määritelty säädösten tasolla. Valtion virastojen aukioloa-annetussa asetuksessa (332/1994) on määritelty valtion virastojen aukioloajaksi arkipäivisin klo 8.00–16.15. Jos asiakaspalvelutehtävät tai muut erityiset syyt edellyttävät poikkeamista edellä mainitusta aukioloajasta, virasto tai osa virastoa voidaan avata viimeistään kello 9.00 ja sulkea viimeistään kello 20.00. Valtiovarainministeriössä on tosin valmisteltu hanketta, jossa muutettaisiin palveluaikoja koskevaa sääntelyä. Valtioneuvoston asetuksella voitaisiin jatkossakin säätää viranomaisten vähimmäispalveluajoista.

Terveystieteissä yleisenä käytäntönä on aukioloajat, jossa maanantaista torstaisin terveystietokeskus on auki 8–16, perjantaisin ja aattoina 8–15. Tällaiset aukioloajat ja niiden mukainen yhteydenaantimahdollisuus täyttäisivät pykälässä tarkoitetun velvoitteen saada virka-aikana yhteys terveystieteeseen tai muuhun perusterveydenhuollon yksikköön. Sääntelyn velvoitteet täyttyvät, vaikka takaisinsoitto tai muu yhteydenotto joillekin potilaille toteutuu vasta aukioloajan ulkopuolella, kunhan tällainen yhteydenotto toteutuu saman päivän aikana.

Hoidon saatavuuden kannalta myönteistä on, jos terveystieteessä tai muulla perusterveydenhuollon toimintayksiköllä on edellä kuvattua laajemmat aukioloajat ja vastaanottoaikoja järjestetään myös aikaisin aamulla, iltana ja viikonloppuisin. Koska pykälässä velvoitetaan järjestämään toiminta siten, että yhteys ja arvio tutkimuksen tai hoidon tarpeesta on saatava arkipäivisin virka-aikana, velvoitetta yhteyden saannista ei olisi virka-aikaa laajempina aukioloaikoina. Terveystietehuoltolain 50 §:n 2 momentissa säädetään erikseen kunnan, jatkossa hyvinvointialueen velvoitteesta järjestää terveydenhuollon iltana ja viikonloppuun päivittäin perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanotto toiminta silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää.

Säännöksessä oleva velvoite yhteyden saamisesta terveystieteeseen tai muuhun perusterveydenhuollon yksikköön ei velvoita siihen, että kouluterveydenhuollossa ja toisen asteen opiskeluterveydenhuollossa toiminta on järjestettävä siten, että juuri tietyssä oppilaitoksessa olevaan hoitopisteeseen ja siellä toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön on saatava yhteys saman päivän aikana. Opiskeluterveydenhuollon perusterveydenhuollon palveluihin kuuluvat avosairaanhoidon palvelut järjestetään usein osittain ja suun terveydenhuollossa yleensä kokonaan osana terveystieteskusten toimintaa. Hyvinvointialue täyttäisi velvoitteensa, jos nämä palvelut organisoidaan siten, että oppilaat voivat saada yhteyden terveystieteeseen tai johonkin muuhun toimintayksikköön.

Tässä pykälässä ja muissa terveydenhuoltolakiin tässä hallituksen esitykseen ehdotettavissa pykälissä säädetään hyvinvointialueen velvoitteista. Uusimaa-lain 3 ja 4 §:n nojalla Uudellamaalla perusterveydenhuollon palvelut järjestää neljän hyvinvointialueen lisäksi Helsingin kaupunki. Uusimaa-lain 2 §:n 2 momentin Helsingin kaupunkiin sovelletaan, mitä hyvinvointialueista ja

sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä säädetään muualla laissa, jollei Uusimaa-laissa toisin säädetä. Näin ollen se, mitä ehdotetuissa 51, 51a–51 c, 54 ja 55 §:ssä säädetään hyvinvointialueesta, koskisi myös Helsingin kaupunkia.

Nykyisten säännösten mukaan, jos hoidon tarvetta ei pystytä tekemään yhteydenoton aikana, terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arvio viimeistään kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta. Tämä kolmen päivän määräaika ehdotetaan poistettavaksi, koska arvio hoidon tarpeesta on tarkoitus tehdä ensimmäisen yhteydenoton yhteydessä. Pykälässä käytettävää käsitteistöä ehdotetaan myös uudistettavaksi siten, ettei siinä säädetä hoidon tarpeen arvioinnista vaan siitä, että potilaalla on oikeus saada yksilöllinen arvio tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttamaa hoitoa tai tutkimuksia potilas tarvitsee. Voimassa oleva sääntely hoidon tarpeen arviosta ja sitä seuraavasta hoidosta enimmillään kolmen kuukauden kuluessa on ollut omiaan ohjaamaan toimintaa siten, että sääntelyssä tarkoitettu hoidon tarpeen arvio on voitu käsittää vain ajanvaraukseksi. Käsite ”hoidon tarpeen arviointi” on myös tietyllä tapaa monimerkityksellinen, koska se voi merkitä hieman eri asioita eri vaiheessa hoitoprosessia. Hoidon tarpeen arviointi voi merkitä arviota potilaan tarpeesta päästä terveyskeskukseen hoitoon, mutta myös jatkuvaa arviointia potilaan terveydentilasta ja tarvittavista tutkimus-, hoito- ja kuntoutustoimenpiteistä.

Tässä 51 §:ssä tarkoitettussa yksilöllisessä arviossa hoidon tarpeesta selvitetäisiin yhteydenoton syy, vamman tai sairauden oireet ja niiden vaikeusaste ja kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen ja muiden mahdollisesti käytettävissä olevien tietojen tai eräissä tapauksissa lähetteen perusteella. Mahdollisesti yhteydenotossa voi tulla esille todennäköinen kuntoutuksen tarve, joskin arvio kuntoutuspalveluiden tarpeesta vaatii potilaan tutkimista. Potilaan antamien ja muiden alustavien tietojen perusteella tehdään ratkaisu siitä, mille terveydenhuollon ammattihenkilölle potilas ohjataan terveydentilansa edellyttämän varsinaisen tutkimus-, hoito tai kuntoutussuunnitelman tekoa ja tutkimusten ja hoidon toteuttamista varten. Kaikkia potilaita ei ole tarpeen ohjata lääkärin vastaanotolle, vaan potilaan terveysongelman hoidossa saattaa olla taroituksenmukaista ohjata potilas esimerkiksi sairaanhoitajan tai fysioterapeutin vastaanotolle. Jos arvioinnissa todetaan tarve terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle, tehdään kiireettömässä tapauksessa yleensä ajanvaraus.

On myös moniammatillisia hoitomalleja, joissa jo ensimmäisen yhteydenoton perusteella myös kiireettömässä asiassa konsultoidaan välittömästi lääkäriä tai muuta terveydenhuollon ammattihenkilöä ja potilaan tutkimusten ja hoidon suunnittelu ja hoidon toteuttaminen alkavat jo ensimmäisen yhteydenoton yhteydessä. Mikäli terveysongelma ei edellytä ohjaamista terveydenhuollon ammattihenkilölle, annetaan hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä tarvittaessa neuvontaa ja ohjausta. Arvio hoidon tarpeesta on eri asia kuin lääketieteelliseen tai hammaslääketieteelliseen tutkimukseen perustuva taudinmääritys, joka on lääkärin tai hammaslääkärin tehtävä ammattihenkilölain 22 §:n nojalla.

Arvio voi johtaa siihen, että potilas ohjataan päivystykseen tai soittamaan hätäkeskukseen kiireellistä hoitoa saadakseen. Arvio voi myös johtaa siihen ratkaisuun, että potilas ei tarvitse terveydenhuollon ammattihenkilön hoitoa, jolloin hänelle voidaan antaa puhelimesta tai sähköisten välineiden kautta neuvontaa ongelmansa hoitamiseksi. Terveyspalvelulain 53 a §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä myös arvioitava, onko potilaalla ilmeinen sosiaalihuollon tarve. Ohjaamisesta ja yhteyden ottamisesta sosiaalihuoltoon säädetään 50 a §:ssä. Henkilön oikeudesta saada palvelutarpeen arviointi säädetään sosiaalihuoltolain 36 §:ssä.

Arvion tekemisen yhteydessä arvioidaan myös se, että pystytäänkö hoito antamaan säädettyjen määräaikojen mukaisesti. Jos hoitoa ei pystytä järjestämään määräajassa, tulee palvelu hankkia muualta palveluntuottajalta siten kuin 54 §:ssä säädetään.

Ehdotettu aiempaa tiukempi seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika voi johtaa hyvinvointialueen tarpeeseen käyttää enenevissä määrin ostopalveluja. Osana pykälässä tarkoitettua yksilöllistä arviota voidaan arvioida myös sitä, onko potilaan terveysongelma sellainen, jossa resurssien tarkoituksenmukaisen käytön takia on perusteltua ehdottaa potilaalle ostopalvelukumppanin palveluiden piiriin lähettämistä tai tarjota palveluseteliä, vaikka terveyskeskuksessa olisi vapaana aikoja. Tällainen tilanne voi olla kyseessä esimerkiksi silloin, kun potilaan antamien ja käytettävissä olevien muiden tietojen perusteella voidaan arvioida, että potilaan terveysongelmaa todennäköisesti voidaan hoitaa kertaluontoisessa hoitokäynnissä. Tällöin esimerkiksi monisairastaville potilaille, joille hoidon jatkuvuuden kannalta saman lääkärin tai muun ammattihenkilön vastaanotolla käyminen voi olla tärkeää, jäisi enemmän aikoja terveyskeskuksessa toteutettaviksi. Velvoitetta tällaiseen arviointiin hyvinvointialueilla ei olisi, koska hyvinvointialue saa itse lainsäädännön rajoissa päättää, miten se palvelut tuottaa.

Arvio hoidon tarpeesta voidaan tehdä joko tapaamalla potilas henkilökohtaisesti, puhelimitse tai käyttäen apuna erilaisia teknisiä sovelluksia. Arviointi voi olla monikanavaista, jolloin ammattihenkilö voi hyödyntää omassa arviossaan hoitoon hakeutuvan itsensä tekemää oirearviota. Oirearviota varten on kehitetty myös sähköisiä palveluita, kuten esimerkiksi Omaolo-oirearvio. Tekniset välineet ovat kuitenkin olla vain apuna hoidon tarpeen arviossa, eikä niillä saa kokonaan korvata ammattihenkilön tekemää työtä. Kaikki hoitoon hakeutuvat eivät myöskään pysty käyttämään sähköisiä oirearviointeja, minkä takia pitää olla mahdollisuus myös terveydenhuollon ammattihenkilön tekemälle arviolle ilman, että potilas on tehnyt sähköisen itsearvion. Asiointinnissa on yleisestikin varmistettava saavutettavuus, eli esimerkiksi kuulo- tai puhevyönnäille henkilöille on järjestettävä heille sopiva asiointitapa. Hyvinvointialue ei siten saa järjestää mahdollisuutta yhteydenottoon, tutkimuksen tai hoidon tarpeen arviota ja hoitoajan antamista ainoastaan siten, että se on mahdollista vain esimerkiksi asiakkaan puhelinoiton ja terveyskeskuksen takaisinsoiton perusteella.

Pykälän 2 momentissa määriteltäisiin terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka voivat tehdä 1 momentissa tarkoitettun arvion. Nykyisin arvion hoidon tarpeesta voi tehdä sekä laillistettu että nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö. Säännöstä ehdotetaan muutettavaksi siten, että yksilöllisen arvion tekisi jatkossa laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Tämä on perusteltua, koska arvion tekemällä henkilöllä tulee olla riittävä osaamistaso jo yhteydenoton aikana ratkaista ongelma mahdollisimman pitkälle tai tehdä ohjaus tarpeelliseen hoitoon. Näin yhteydenotto johtaisi nykyistä harvemmin ajan varaamiseen silloin, kun ongelma on muilla keinoin asianmukaisesti ratkaistavissa.

Ammattihenkilölain 5 §:n mukaan laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat lääkäri ja hammaslääkäri lisäksi proviisori, psykologi, puheterapeutti, ravitsemusterapeutti, farmaseutti, sairaanhoitaja, kättilö, terveydenhoitaja, fysioterapeutti, laboratoriohoitaja, röntgenhoitaja, suuhygienisti, toimintaterapeutti, optikko ja hammasteknikko. Hoidon tarvetta arvioivalla henkilöllä tulee muodollisen pätevyyden lisäksi olla tehtävään työnantajan varmistama riittävä osaaminen.

Pääsäännöstä poiketen hoidon tarpeen arvion voi suun terveydenhuollossa tehdä laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön lisäksi myös nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö. Suun terveydenhuollossa hammashoitajat tekevät nykyisin laajalti hoidon tarpeen arvioita. Päätöksenteossa heillä on tukenaan esimerkiksi niin kutsuttuja päätöspuita. Tällä hetkellä laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä eli esimerkiksi suuhygienistejä ei ole riittävästi,

jotta hammashoitajien työpanos voitaisiin korvata heidän työpanoksellaan. Tämä ei myöskään olisi tarkoituksenmukaista työnjaollisista syistä ja kustannussyistä.

Terveystieteiden ammattihenkilöistä annetun asetuksen (564/1994) 14 §:ssä säädetään Euroopan talousalueeseen kuulumattoman valtion kansalaisen toimimisesta laillistetun ammattihenkilön tehtävissä (niin sanottu luvan saanut terveydenhuollon ammattihenkilö). Mainitussa asetuksessa säädetään lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilön ammattiin opiskelevien oikeudesta toimia tilapäisesti ammattihenkilön tehtävissä.

Edellytyksenä sille, että arvioinnin tekee muu terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri tai hammaslääkäri, tai arvioinnin tekee ammattihenkilön tehtävissä toimiva, on muille ammattihenkilöille ja ammattihenkilön tehtävässä toimiville annettu yhtenäinen ohjeistus sekä mahdollisuus konsultoida lääkäreitä tai hammaslääkäreitä.

Laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta annetussa sosiaali- ja terveystieteiden asetuksessa (341/2011) säädetään terveydenhuoltolain 8 §:n 3 momentissa tarkoitettua laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavassa suunnitelmasta sovittavista asioista. Suunnitelmassa on muun ohella sovittava laadukkaan ja turvallisen toiminnan edellyttämästä henkilöstön perehdyttämisestä sekä toimintayksiköissä tapahtuvasta opiskelijoiden koulutuksesta ja ohjaamisesta.

51 a §. *Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan hoitoon.* Pykälässä säädettäisiin pääsystä perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon. Tätä pykälää sovellettaisiin hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevaan perusterveydenhuoltoon sen tuottamistavasta riippumatta. Tätä pykälää ei kuitenkaan sovellettaisi perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon palveluihin, jonka hoitoon pääsyn määräajoista säädettäisiin 51 b §:ssä.

Pykälän 1 momentin mukaan perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma olisi järjestettävä 51 §:ssä tarkoitettua arviota seuraavien seitsemän vuorokauden aikana, kun tässä arviossa on todettu tarve tutkimukselle tai hoidolle. Momentissa säädetty seitsemän vuorokauden määräaika koskisi tilanteita, joissa potilas on hakeutunut hoitoon sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen, uusien oireiden esilletulon tai toimintakyvyn alenemisen takia. Uusien oireiden esilletulolla tarkoitetaan tilannetta, jossa potilas ei välttämättä ole sairastunut tai hänellä ei ole vammaa, tai näitä ei ainakaan ole vielä diagnosoitu, mutta hänen terveydentilassaan on tapahtunut joku tutkimusta tai hoitoa edellyttävä muutos, kuten kipu jossain puolella kehoa. Määräaika koskisi niin fyysisten kuin psyykkisten terveysongelmien hoitoa.

Lisäksi edellytyksenä sille, että momentissa säädetty seitsemän vuorokauden määräaika koskee hoitoa, olisi se, että hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Yleislääketieteen alaan kuuluvassa hoidossa vastaanotolle tulevan potilaan ongelma voi olla mikä tahansa, eivätkä potilaat valikoidu iän, sukupuolen tai sairauden mukaan. Kyse voi olla valikoitumattomien potilaiden ensimmäisestä kontaktista terveydenhuoltojärjestelmään. Yleislääketieteen alaan kuuluvilla sairauksilla tarkoitetaan väestöllä yleisesti esiintyviä, usein pitkään kestäviä ja toiminta- tai työkyvyn vaikuttavia sairauksia, jotka edellyttävät pidempiaikaista lääkkeetöntä tai lääkkeellistä hoitoa, omahoitoa ja ammattihenkilön toteuttamaa seurantaa tai ohjattua harjoittelua ja joiden toteuttaminen on mahdollista perustason terveydenhuollossa tehokkaasti ja turvallisesti. Näitä toteuttavat muiden ammattiryhmien ohella erityisesti yleislääketieteen erikoislääkärit sekä muut lääkärit, joiden toimenkuvaan kuuluu laaja-alainen näkemys ja kokemus perusterveydenhuollosta. Heidän hoitamiaan sairauksia ovat esimerkiksi monet tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet ja niiden taustatekijät kuten verenpainetauti, diabetes, allergiat ja

hengityselinten sairaudet, erilaiset toiminnalliset häiriöt sekä monet masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt, unettomuus, päihteiden haitallinen käyttö ja lievät riippuvuudet. Yleislääketieteen alaan kuuluu myös tartuntatautien torjuntatyö. Yleislääketieteen alaan kuuluu myös lääkärin arvio siitä, voidaanko potilasta hoitaa terveyskeskuksessa vai tarvitseeko hän lähetteen erikoissairaanhoidon.

Momentissa tarkoitettulla hoitotapahtumalla tarkoitettaisiin hoitoon liittyviä erilaisia tapahtumia, esimerkiksi tutkimustoimenpiteitä, taudinmäärittystä, hoitoa taikka tutkimus-, hoito- tai kuntoutussuunnitelman laatimista. Hoito koostuu terveysongelmasta riippuen yhdestä tai useammasta hoitotapahtumasta. Jos 51 §:n mukaisen arvion yhteydessä potilas on lähetetty laboratoriotutkimuksiin, riittävää ei olisi, että näytteenotto toteutuu seitsemässä vuorokaudessa. Potilasta tulee alkaa hoitaa hänen oirekuvansa mukaan ja suunnitella hoitoa määrääjassa, vaikka joissain tilanteissa tutkimukset jatkuvat hoidon toteuttamisen rinnalla. Samoin hoidon tulee alkaa määrääjassa oireiden tai työdiagnoosin perusteella, vaikka nimenomaista taudinmäärittystä ei ole vielä tehty.

Edellä 51 §:n perusteluissa on kuvattu moniammatillisia hoitomalleja, joissa hoidon ajatellaan käynnistyvän heti potilaan yhteydenoton jälkeen, kun potilaan tilannetta aletaan selvittää ja hoitoa suunnitella. Pelkästään tällainen terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskenään tekemä hoitoprosessin käynnistyminen ei täyttäisi momentissa tarkoitettua velvoitetta suorittaa ensimmäinen hoitotapahtuma seitsemässä vuorokaudessa, vaan veloitteen täytyminen edellyttäisi hoitoon liittyvien toimenpiteiden toteuttamista.

Seitsemän vuorokauden määräaika lasketaan arviointia seuraavasta päivästä. Terveyskeskukset ovat pääsääntöisesti avoinna arkipäivisin, minkä vuoksi seitsemän vuorokautta käytännössä tarkoittaa viittä arkipäivää tai vähemmän, mikäli ajanjaksoon osuu arkipäiviä.

Hoito voidaan toteuttaa eri tavoin, eli käytännössä vastaanotolla, puhelimitse, muuten etäyhteydellä tai kotikäynnillä. Hoidon antamisen tavasta sovitaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Etäyhteyksien välityksellä tapahtuva asiointi tarkoittaa puhelinasioinnin lisäksi erityisesti älypuhelimien, videon, internetyhteyden tai sähköpostin käyttämistä asiointinnissa. Hoitoa voidaan toteuttaa etäpalveluina terveydenhuollossa siten, että potilaan tutkiminen, diagnostiikka, tarkkailu, seuranta, hoitaminen, hoitoon liittyvät päätökset tai suositukset perustuvat esimerkiksi videon välityksellä verkossa tai älypuhelimella välitettyihin tietoihin ja dokumentteihin. Tällaisissa järjestelyissä on huolehdittava potilasturvallisuuden sekä tietosuojan ja -turvallisuuden toteutumisesta. Kaikkiin hoitotapahtumiin etäpalveluiden käyttö ei sovellu, vaan potilasturvallisuus voi edellyttää henkilökohtaista tutkimista. Toteutuksessa on myös huolehdittava palvelun saavutettavuudesta. Tarvittaessa hoito on järjestettävä vastaanotolla tai kotikäyntinä.

Pykälän 1 momentissa asetettaisiin velvoite, että momentin hoitoon pääsyä koskevan sääntelyn velvoitteiden täyttäminen edellyttäisi myös sitä, että hoidon antaja on laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. On perusteltua, että määrääjassa annettavan hoidon toteuttaa se laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka antama hoito vastaa tarkoituksenmukaisesti potilaan hoidon tarpeeseen.

Hoidon antaja voi olla perusterveydenhuollossa työskentelevä yleislääkäri tai erikoislääkäri. Perusterveydenhuollon lääkärin tehtäviin kuuluu fyysisten ja psyykkisten sairauksien hoito. Seitsemän vuorokauden määräaika ei koske pääsyä sellaiselle perusterveydenhuollossa työskentelevälle erikoislääkärille tai erityisosaamista omaavalle lääkärille, jolle potilaat ohjataan vastaisen terveydenhuollon ammattihenkilön tekemän lähetteen tai tutkimus-, hoito- tai kuntoutussuunnitelman perusteella tarkoituksena saada toisen lääketieteen erikoisan edustajan tai erityisosaamista omaavan lääkärin tutkimusta ja hoitoa tai ohjeistusta. Tällaisia lääkäreitä voivat

olla esimerkiksi perusterveydenhuollon yhteydessä konsultaatiotoimintaa toteuttavat erikoislääkärit. Riippuen tehtäväkuvastaan samakin lääkäri voi välillä toimia yleislääkärinä ensimmäisessä hoitokäynnissä, jota seitsemän vuorokauden määräaika koskee ja toisaalta erityisosaamisensa puitteissa konsultaatiotoimintaa toteuttaen tai tiettyyn asiakasryhmään keskittyen, jolloin määräaika ei koske hänen vastaanottoaan. Jälkimmäisessä tapauksessa tarkoitetusta hoitoon pääsystä säädetään 4 momentissa.

Perusterveydenhuoltoon liittyviä terveystalvaeluja voivat antaa myös hoitajat tai muut laillistetut tervetvdenhuollon ammattihenkilöt. Hoitajapalveluita ovat esimerkiksi lääkkeenmääräämisoi-keuden omaavan sairaanhoitajan palvelut. Jos muiden tervetvdenhuollon ammattihenkilöiden vastaanotolle voidaan hakeutua suoraan ilman lääkärin tai hoitajan arviota, koskee näitä tilan-teita seitsemän vuorokauden määräaika.

Pääsy kuntoutustyöntekijän vastaanotolle edellyttää tervetvdenhuollossa yleensä hoitosuunnitel-maa. Seitsemän vuorokauden määräaika ei koske pääsyä hoitosuunnitelman mukaisen kuntou-tustyöntekijän vastaanotolle. Asiasta säädetään 3 ja 4 momentissa. Tällaisia ovat esimerkiksi ravitsemusterapiaan, puheterapiaan, toimintaterapiaan, jalkaterapiaan tai kuntoutuksena annet-tavaan fysioterapiaan liittyvät käynnit. Useissa tervetvkeskuksissa kuitenkin järjestetään esi-merkiksi fysioterapeutin suoravastaanottoja, jolloin potilaalle varataan 51 §:n mukaisen arvion perusteella suoraan aika heidän vastaanotolleen, eikä potilasta lähetetä ensin hoitajan tai lääkä-rin vastaanotolle. Näitä tilanteita koskee seitsemän vuorokauden määräaika.

Perusterveydenhuollossa hoidetaan mielenterveys- ja päihdeongelmia sosiaali- ja tervetvkes-kuksen lisäksi esimerkiksi opiskelutervetvdenhuollossa. Perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalveluita saatetaan järjestää myös erillisissä työryhmissä ja yksiköissä. Päihdehuollon erityispalvelut on usein organisoitu hallinnollisesti sosiaalihuoltoon, ja niissä tarjotut tervetvdenhuollon palvelut lasketaan yleislääketieteen alaan kuuluvaksi perusterveydenhuolloski, koska päihdelääketiede ei Suomessa ole lääketieteen erikoisala. Kuitenkin, jos mielenterveys-tai päihdepalvelut järjestetään perusterveydenhuollon yhteydessä toimivissa erikoissairaanhoi-don yksiköissä, sovelletaan erikoissairaanhoidon hoitotakuuta lain 51 c, 52 ja 53 §:n mukaisesti. Perusterveydenhuollossa toteutettavan erikoissairaanhoidon määrittely ei ole täysin yksiselittei-nen, mutta lähtökohtaisesti kyse on lääketieteen erikoisalan mukaisesta toiminnasta, josta vastaa erikoislääkäri.

Perusterveydenhuollossa järjestetään psykososiaaliin menetelmiin lisä- ja täydennyskoulutet-tujen hoitajien ja muiden laillistettujen tervetvdenhuollon ammattihenkilöiden helposti ja nope-asti saatavia mielenterveys- tai päihdetyön vastaanottoja, joihin voi ottaa yhteyttä suoraan neu-vonnan tai ohjauksen saamiseksi elämäntilanteisiin liittyvissä kriiseissä, psyykkisen kuormituk-sen tilanteissa tai tuen saamiseksi mielenterveyden oireiden tai mielenterveyteen liittyvän toi-mintakyvyn alenemisen vuoksi. Ohjaus voi tarkoittaa myös kohdennettujen menetelmien käyt-tämistä, esimerkiksi päihteen riskikäyttäjän lyhytneuvontaa (niin sanottu mini-interventio) tai menetelmäkoulutusten pohjalta toteutettavien lyhyiden terapioiden käyttöä mielenterveyden oi-reisiin tilanteissa, joissa diagnoosiin perustuvalle hoidolle ei vielä ole tarvetta. Tällaiset suora-vastaanotot ovat seitsemän vuorokauden määräajan piirissä. Jos potilas tarvitsee mielentervey-den häiriöiden arvioimiseksi lääketieteellistä arviota, hänet ohjataan seitsemän vuorokauden si-sällä lääkärin vastaanotolle diagnostista arviota ja hoidon valintaa varten. Tällöin hoito toteute-taan hoitosuunnitelman mukaisesti. Seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika ei siten erikseen koske koulutetun psykoterapeutin antamia varsinaisia psykoterapioita tai muita psyko-sosiaalisia hoitoja, jotka sisältyvät hoitosuunnitelmaan sen osana.

Hoitoon pääsyn määräaika koskee myös terveydenhuoltolain 17 §:ssä tarkoitettuun toisen asteen opiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvää sairaanhoitoa. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvän sairaanhoidon hoitoon pääsystä säädetään laissa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta.

Hoitoon pääsyn määräajat ovat enimmäisaikoja ja yksilöllisessä arvioissa hoidon tarpeesta arvioidaan myös se, tarvitseeko potilas hoitoa nopeammin kuin lain edellyttämässä enimmäisajassa.

Voi syntyä tilanteita, joissa potilaalle tarjotaan vastaanottoaikaa laissa säädettyssä määräajassa, mutta aika ei sovi potilaalle. Jos potilas itse toivoo pidemmälle kuin seitsemän vuorokauden päähän ulottuvaa hoitoaikaa, ei hoitokäynnin toteutuminen yli seitsemässä vuorokaudessa luonnollisesti ole ongelmallista. Jos tarjottu aika ei sovi potilaalle, ja hän haluaisi hoidon seitsemässä vuorokaudessa, tulee potilaan kanssa neuvotella sopivasta ajasta ja hoitoaikaa tarjotessa on pyrittävä ottamaan huomioon potilaan toivomukset. Potilaalla ei ole kuitenkaan ehdotonta oikeutta vaatia, että hänen hoitokäyntinsä toteutetaan juuri tiettynä hyvin tarkkana ajankohtana. Velvoitetta ei myöskään ole siihen, että hoitoaika on järjestettävä työssäkäyvälle virka-ajan ulkopuolella.

On kuitenkin otettava huomioon terveydenhuoltolain 54 §:n sääntely, jonka mukaan hyvinvointialueen on hankittava palveluita muilta palveluntuottajilta, jos se ei kykene järjestämään hoitoa laissa säädettyissä enimmäisajoissa. Hoitoaikoja tarjotessa on pyrittävä löytämään potilaalle sopiva aika, tarvittaessa ostopalveluja käyttämällä. Käytännössä toimintaa ei saa järjestää niin tiukaksi, että potilaille rutiininomaisesti tarjotaan vain paria mahdollista aikaa, tai tietoisesti potilaalle tarjotaan vain epäsovivia vastaanottoaikoja, vaikka enemmänkin aikoja olisi vapaana, ja tähän vedoten kieltäydytään ohjaamasta potilasta muun palveluntuottajan palveluihin. Hoidon tarjonnassa on siis otettava huomioon potilaslain 6 §:ssä säädetty velvoite, jonka mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hyvinvointialueella on velvoite järjestää toimintansa siten, että joko sen omana tuotantona tai ostopalveluna on saatavilla hoitoaikoja siten, että potilailla on tosiasiallinen mahdollisuus päästä palveluiden piiriin säädettyissä määräajoissa. Jos hoitoon pääsy venyy potilaasta johtuvista syistä yli seitsemän vuorokauden, on hoitoaika pyrittävä järjestämään mahdollisimman pian potilaan toivomana aikana. Toiminnassa on otettava huomioon myös potilaslain 4 §:n sääntely, jonka mukaan potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy ilmoitettava potilaalle välittömästi.

Hoitoon pääsy voi venyä muunlaisistakin potilaasta riippuvista syistä. Potilas voi esimerkiksi haluta tietyn terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle sen takia, että hänellä on ennestään hyvä hoitokontakti tähän ammattihenkilöön. Jos tuolle ammattihenkilölle ei ole jäljellä aikoja seitsemän vuorokauden määräajan puitteissa, eikä potilasta haittaa odottaa seitsemää vuorokautta pidempään, ei hoidon toteutuminen myöhemmin kuin seitsemässä vuorokaudessa ole sääntelyn kannalta ongelmallista. Potilaan hoitoa antavaan terveydenhuollon ammattihenkilöön kohdistuvasta valinnanvapaudesta säädetään terveydenhuoltolain 49 §:ssä. Mainitun säännöksen mukaan potilaalla on mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa. Potilaan jatkohoito on toteutettava siten, että hänet ohjataan häntä aiemmin hoitaneen lääkärin tai hammaslääkärin hoitoon, aina kun se hoidon asianmukaisen järjestämisen kannalta on mahdollista.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa sekä neuvolapalveluissa potilaan terveysongelma on usein tarkoituksenmukaista tutkia ja hoitaa näiden palveluiden piirissä, sillä palvelut on suunniteltu juuri tietyn potilasryhmän tarpeiden mukaisesti ja näissä palveluissa on myös usein tiet-

tyjen potilasryhmien hoitoon erityinen asiantuntemus. Voi syntyä tilanteita, joissa havaittu terveysongelma olisi tarkoituksenmukaista hoitaa esimerkiksi opiskeluterveydenhuollon piirissä, mutta hoitoaikoja ei ole saatavilla seitsemän vuorokauden määräajassa. On esimerkiksi mahdollista, että opiskeluterveydenhuoltoon ja opiskelijayhteisöön perehtynyt lääkäri on paikalla harvemmin kuin kerran viikossa. Sääntelyn vastaista ei ole kysyä potilaalta, josko hänelle sopii, että hoitoaika järjestyy vasta seitsemän vuorokauden määräajan jälkeen. Jos potilas haluaa hoidon määräajassa, tulee hänelle järjestää hoitoaika esimerkiksi terveysaseman avosairaanhoidossa. Myös muissa tilanteissa on mahdollista poiketa hoitoon pääsyn määräajasta, jos potilas on asiassa aloitteellinen tai jos hän siihen muuten suostuu.

Jos hoitoon pääsy venyy yli säädetyn määräajan, niissäkin tilanteissa, joissa potilasta itseään ei haittaa hoidon toteutumisen venyminen yli seitsemän vuorokauden päähän, potilasta on informoitava hänen oikeudestaan saada hoito säädetyssä määräajassa. Tärkeää kaikenlaisissa hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumisen poikkeamisissa on, ettei potilaaseen kohdisteta minkäänlaista painetta suostua määräaikoista poikkeamiseen, vaan hoidon toteutuminen määräaikojen ulkopuolella perustuu vapaaehtoisuuteen. Edellä kuvatussa opiskeluterveydenhuoltoesimerkissä asiaan olisi kiinnitettävä erityistä huomiota, koska potilas on alaikäinen.

Pykälän 2 momentissa säädetään tilanteesta, jossa potilas on ohjattu ensin muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, mutta vastaanotolla todetaan, että potilas tarvitseeikin lääkärin antamaa hoitoa. Tässä tilanteessa lääkärin vastaanotto on järjestettävä muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana, ellei todettua tarvetta voida hoitaa saman hoitotapahtuman yhteydessä. Momentissa tarkoitettussa tilanteessa potilas on hoidon tarpeen arvion perusteella ohjattu esimerkiksi sairaanhoitajan tai fysioterapeutin vastaanotolle, jossa todetaankin tarve saada lääkärin antamaa hoitoa. Jos tässä tilanteessa lääkärin kannanottoa ei ole mahdollista saada saman käynnin aikana, tulee pääsy lääkärille järjestää seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä tästä käynnistä. Momentissa käytetty sana ”vastaanotto” kattaa hoidon antamisen erilaiset tavat edellä 1 momentin perusteluissa kuvatulla tavalla.

Pykälän 3 ja 4 momentissa säädetään, että jos havaitaan tarve perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin palveluille, on tällainen hoitotapahtuma enintään kolmen kuukauden, ei seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräajan piirissä. Usein hoidon toteutumista näissä tapauksissa voidaan nopeuttaa erilaisilla konsultaatiokäytännöillä, joissa yleislääkäri konsultoi erikoislääkärinä hoidosta, eikä välttämättä edes synny tarvetta erilliselle erikoislääkärin vastaanottokäynnille.

Jos potilaan terveysongelman hoitaminen ei selviä hoitokäynnillä, tutkimusten, hoidon ja kuntoutuksen tarpeesta on laadittava tutkimus-, hoito- tai kuntoutussuunnitelma, tai jos tällainen suunnitelma esimerkiksi pitkäaikaissairaudesta johtuen jo on, on sitä tarpeen mukaan päivitettävä. Velvoitteesta suunnitelman laatimiseen säädetään potilaslain 4 a §:ssä ja terveydenhuoltolain 24, 25, 28 ja 30 §:ssä.

Pykälän 2 momentin sääntelyn tarkoituksena on varmistaa, että potilaat ohjataan heidän tarpeidensa mukaiseen hoitoon uudistuksen tavoitteiden mukaisesti. Lain 51 ja 51 a §:n tulkinnassa on otettava huomioon potilaslain 3 §:n sääntely potilaan oikeudesta hänen terveydentilansa edellyttämään hoitoon, sekä oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Lisäksi tulkinnassa on otettava huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä koskevan lain 8 §:n sääntely, jonka mukaan hyvinvointialueella on oltava riittävä osaaminen, toimintakyky ja valmius vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja sen on huolehdittava asukkaidensa palvelutarpeen mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuudesta kaikissa tilanteissa. Näin ollen lainsäädännön velvoitteiden vastaista olisi kiertää hoitoon pääsyn sääntelyä

esimerkiksi siten, että potilaita tietoisesti ohjataan heidän terveydentilansa ja tarpeidensa vastaisesti hoitajavastaanotoille, jos potilaalla on tarve lääkärikäynnille.

Pykälän 3 momentissa määriteltäisiin tilanteita, joita 1 ja 2 momentissa tarkoitetut seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräajat eivät koske.

Seitsemän vuorokauden määräajassa toteutettavaan perusterveydenhuollon kiireettömään sairaanhoitoon eivät kuulu hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaiset, tietyn ajanjakson päähen suunnitellut hoitotapahtumat. Kun on selvitetty, millaisia tutkimuksia, hoitoa tai kuntoutusta potilas tarvitsee, jatkohoidosta laaditaan hoito- tai kuntoutussuunnitelma, ja hoito toteutetaan suunnitelman mukaisesti. Osa suunnitelmaa on se, millä välillä eri hoitotapahtumia toteutetaan. On siten loogista, ettei tällaisiin hoitotapahtumiin sovelleta seitsemän vuorokauden määräaikaa. Tietyn terveysongelman hoitoon voi tuki kuulua hoitotapahtumia, johon 1 ja 2 momentissa säädetty määräajat ovat soveltuneet, ennen kuin hoitoa ja kuntoutusta aletaan toteuttaa hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti.

Seitsemän vuorokauden määräajan piiriin eivät kuulu esimerkiksi hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaissairauden seurannan määräaikaikäynnit taikka muut hoitovasteen tai lääkityksen seurantaan liittyvät käynnit.

Esimerkiksi erilaisissa terapiapalveluissa voi olla hoitopolkuja, joissa hoitoon pääsy toteutuu hieman eri tavalla järjestämistavasta riippuen. Edellä 1 momentin perusteluissa on kuvattu sitä, että tietyissä tilanteissa esimerkiksi fysioterapeutit järjestävät suoravastaanottoja, joissain tilanteissa tällaisen palvelun saaminen edellyttää hoitajan tai lääkärin arviota. Joka tapauksessa osana tutkimuksia ja hoitoa laaditaan suunnitelma hoidon ja kuntoutuksen toteutumisesta, ja potilaan terveydentilan niin edellyttäessä suunnitellaan ja toteutetaan myös apuvälineiden luovutus.

Käytännössä 51 §:n mukaisen arvioinnin perusteella potilasta ei suoraan lähetetä psykoterapeutin tai mielenterveyden häiriöiden interventioon koulutetun työntekijän vastaanotolle mielenterveyteen liittyvien palvelujen saamiseksi, vaan potilas ohjataan ensin lääkärin vastaanotolle, jossa tutkitaan tällaisten palveluiden tarve, ja hoito toteutetaan suunnitelman mukaisesti. Kuten 1 momentin perusteluissa on kuvattu, seitsemän vuorokauden määräajan piirissä ovat kuitenkin vastaanotot, joille hakeudutaan suoraan mielenterveyteen liittyvien oireiden tai toimintakyvyn alenemisen vuoksi mielenterveyden tukemiseksi ja kohdennettuun ehkäisevään hoitoon.

Määräaika ei koske pääsyä sellaiselle perusterveydenhuollossa työskentelevälle erikoislääkärille tai erityisosaamista omaavalle lääkärille, jolle potilaat ohjataan vasta toisen terveydenhuollon ammattihenkilön tekemän lähetteen tai tutkimus-, hoito- tai kuntoutussuunnitelman perusteella tarkoituksena saada toisen lääketieteen erikoisalan edustajan tai erityisosaamista omaavan lääkärin tutkimusta ja hoitoa tai ohjeistusta. Asiaa on käsitelty myös 1 momentin perusteluissa.

Määräaika ei koske myöskään sellaisia hoitotapahtumia, usein lääkärikäyntejä, jotka tehdään yksinomaan terveydenhuoltolain 22 §:ssä tarkoitetun tai muuten terveydenhuollossa laadittavan todistuksen tai lausunnon saamiseksi. Mainitun 22 §:n mukaan kunta, jatkossa hyvinvointialue, on velvollinen huolehtimaan siitä, että sen asukas tai terveyskeskuksen potilas saa terveydentilaansa koskevan todistuksen tai lausunnon silloin, kun todistuksen tai lausunnon tarve perustuu lakiin, taikka on asukkaalla tai potilaalla hoidon, toimeentulon, opiskelun tai muun vastaavan syyn kannalta välttämätöntä. Esimerkiksi ajokykyyn liittyy erilaisia lakisääteisiä todistuksia. Käynnit, jotka tehdään ainoastaan tällaisen todistuksen saamiseksi, eivät olisi seitsemän vuorokauden

hoitoon pääsyn määräajan piirissä. On kuitenkin tilanteita, joissa 1 momentissa tarkoitettun terveysongelman hoidon yhteydessä tai jo hoidon tarvetta arvioidessa esiin tulee tarve saada myös terveysongelmaan liittyvä todistus. Määräaika koskisi tällaisia käyntejä. Riippumatta siitä, kuuluuko käynti seitsemän vuorokauden määräajan piiriin vai ei, määräaika ei koskisi itse todistuksen laatimista ja potilaalle toimittamista.

Pykälän 1 momentin mukaan hoitoon pääsyn määräaika koskisi tilanteita, joissa hoitoon hakeutumisen syy on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen. Tämä sääntely rajaa seitsemän vuorokauden määräajan ulkopuolelle ilman nimenomaisia erityissääntelyitäkin pois palveluita, joita annetaan perusterveydenhuollossa. Tämä koskee erityisesti terveydenhuoltolain 13 §:n mukaisia palveluita eli terveysneuvontaa, terveystarkastuksia ja ehkäisyneuvontaa sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistäviä palveluita. Terveystarkastukset voivat olla yksilöllisiä, tai terveystarkastuksiin voidaan kutsua tietty asiakasryhmä. Tällaisia tiettyyn asiakasryhmään kohdistuvia tarkastuksia ovat esimerkiksi työttömien terveystarkastukset tai hyvinvointialueen järjestämät tiettyyn ikäryhmään kohdistuvat tarkastukset.

Pykälän 4 momentissa säädettäisiin määräajasta antaa palvelut, joita ei koske seitsemän vuorokauden määräaika. Muiden perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon, kuntoutuksen sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävien palveluiden ensimmäinen hoitotapahtuma olisi järjestettävä potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja ennakoitavissa oleva sairauden tai vamman kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa 51 §:n mukaisesta arviosta taikka potilaalle tehdyn hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Tällaisia palveluita olisivat keskeisesti 3 momentissa seitsemän vuorokauden määräajan ulkopuolelle rajatut palvelut sekä terveydenhuoltolain 13 §:ssä tarkoitettut palvelut. Kolmella kuukaudella tarkoitetaan tässä yhteydessä 90 vuorokautta eikä siis kolmea kalenterikuukautta. Myös THL:n Avohilmo-raporteissa on eroteltuna käynnit, jotka ovat toteutuneet yli 90 vuorokautta hoidon tarpeen arvion jälkeen.

Ilmaisu ”järjestettävä potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden sisällä 51 §:n mukaisesta arviosta” ei ole tarkoitettu tulkit-tavan siten, että lainsäädännön edellytykset automaattisesti toteutuvat, kunhan hoito järjestetään viimeistään kolmen kuukauden päästä. Säännöksessä nimenomaisesti edellytetään suhteutta-maan palvelun saaminen ajankohta potilaan terveydentilaan, työ-, opiskelu- ja toimintakykyyn, palveluiden tarpeeseen ja sairauden ja vamman kehitykseen, ja kolme kuukautta on enimmäis-aika. On myös muita tilanteita, joissa palvelu on tarjottava tiettyssä kolmea kuukautta huomattavastikin nopeammassa aikajaksossa, vaikkei palvelua nimenomaisesti koske seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika. Tällainen tilanne on esimerkiksi silloin, kun potilas hakeutuu raskauden keskeytykseen, koska raskauden keskeyttämisen lainsäädäntö edellyttää lääkärin lausunnon saamista nopeasti, jotta lainsäädännön enimmäisaikarajat keskeytyksen suorittami-selle eivät tule vastaan.

Voimassa olevan sääntelyn sanamuoto ”Hoito on järjestettävä [...] kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu” on omiaan aiheuttamaan epäselvyyttä siitä, missä määrin hoito tai kuntoutus on toteutettava mainitussa määräajassa ja koskeeko se esimerkiksi kuntoutuspalveluissa koko hoito- tai kuntoutus jakson loppuun saattamista määräajan sisällä. Selvyyden vuoksi momentissa säädettäisiin, että määräaika koskee ensimmäisen hoito- tai kuntoutustapahtuman järjestämistä. Terveysongelmasta riippuen hoito ja kuntoutus voi vaatia yhden tai useamman hoitokerran.

Sääntely siitä, että palvelu voidaan järjestää hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti, ei oikeuta rytmittämään hoitokäyntejä hyvän hoitokäytännön vastaisesti. Jatkohoito ja hoidon kokonaisuus on toteutettava lainsäädännön sekä kansallisten terveydenhuollon ja lääketieteellisten suositusten mukaisesti, joita ovat esimerkiksi Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet, Käypä hoito -suositukset ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen suositukset. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen on oltava laadukasta, turvallista ja asiakasmukaisesti toteutettua. Ammattihenkilölain 15 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksyttyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti.

Lisäksi on muita tilanteita, joissa hoitoon ja kuntoutukseen pääsy perustuu asiakassuunnitelmiin kuten monialaiseen työllistymissuunnitelmaan, jolloin palvelu on tarjottava kolmea kuukautta nopeammassa ajanjaksossa. Työ- ja toimintakyvyn arviointi ja niitä tukevien palveluiden tarve voi käynnistyä joko TE-palveluiden, sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muun tahon ohjaamana, tai asiakas voi hakeutua itse palveluihin. Asiakas voi olla työvoimaan kuuluva, joka on työtön tai työssä oleva, mutta ei ole työterveyshuollon palveluiden piirissä. Lisäksi henkilö voi olla työvoiman ulkopuolella oleva.

TE-palveluissa otetaan käyttöön pohjoismaainen työvoimapalvelumalli 2.5.2022. Keskeiset muutokset tehtiin julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta annettuun lakiin (916/2012). Alkuvaiheen palveluprosessi on aiempaa selvästi tiiviimpi; työnhakija tavataan viiden arkipäivän kuluessa työhaun käynnistämisestä. Mallissa arvioidaan nykyistä yksilöllisemmin jokaisen työnhakijan palvelun tarve, osaaminen ja mahdollisuudet hakea työtä. Tämän perusteella sovitaisiin työnhakua tukevista palveluista ja haettavien työmahdollisuuksien määrästä ja henkilö ohjataan tarvittaessa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin työ- ja toimintakyvyn arviointia varten. TE-palvelut tarvitsevat palautteen työllistymistä tukevien toimenpiteiden toteuttamiseen.

Sairausvakuutuslain (1224/2004) 8 luvun 5 a §:n sekä 12 luvun 6 §:n mukaan työntekijän jäljellä oleva työkyky ja työssä jatkamisen mahdollisuus selvitetään jatkossa viimeistään 90 sairauspäivärahopäivän kohdalla sekä tarvittaessa 150 ja 230 sairauspäivärahopäivän kohdalla. Lainsäädäntöuudistuksen tavoitteet edellyttävät, että hoito ja kuntoutus käynnistyvät nopeammin kuin kolmessa kuukaudessa.

Lisäksi kuntoutus pitää aloittaa nopeammin kuin kolmessa kuukaudessa niissä tilanteissa, joissa kuntoutuksen merkitys on suuri työ- ja toimintakyvyn säilyttämiseksi ja edistämiseksi, esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöissä tai lasten puheen ja kielen kehityksen häiriöissä.

Pykälän 4 momentissa säädetty velvoite järjestää siinä säädetty palvelut kolmessa kuukaudessa voi jossain määrin laajentaa niitä palveluja siitä, mitä palveluita nyt tulkitaan olevan kolmen kuukauden hoitotakuun piirissä. Perusterveydenhuollon hoitotakuusta 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), ja täten esimerkiksi ajoterveyteen liittyviin todistuksiin liittyvät käynnit on tulkittu kuuluvan voimassa olevan kolmen kuukauden hoitotakuun ulkopuolelle. Tällaistenkin palveluiden ehdotetaan jatkossa kuuluvan kolmen kuukauden määräajan piiriin, koska uudistuksen tavoitteena on parantaa hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa ja erilaisten palveluiden saamisen ajallinen erkaantuminen hyvin kauaksi toisistaan ei palvelisi uudistuksen tavoitetta toimivista perusterveydenhuollon palveluista.

Potilaan jatkohoidon järjestämiseen, hoidon jatkuvuuteen ja kokonaisuuteen tulee kiinnittää huomiota niin perusterveydenhuollon palveluissa kuin silloin, kun potilas siirtyy erikoissairaanhoidon palveluiden piiristä perusterveydenhuoltoon tai toisin päin. Esimerkiksi jos potilas tarvitsee kirurgisen operaation jälkeen terapiaa toimintakyvyn palauttamiseksi, tulisi hoidon perustua hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan, ja hoidon ja kuntoutuksen perusterveydenhuollossa toteutua 4 momentin säännösten mukaisesti.

Kaikki terveydenhuoltolaissa säädetty palvelut eivät olisi myöskään 4 momentin määräaika-sääntelyn piirissä. Terveydenhuoltolain 14–17 §:ssä ja terveydenhuoltolain 23 §:n nojalla annetuissa säädöksissä eli neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta annetussa valtioneuvoston asetuksessa (338/2011) sekä seulonnoista annetussa valtioneuvoston asetuksessa (339/2011) säädetään väestötason ennaltaehkäisevistä terveydenhuollon toimenpiteistä, eli tiettyihin väestöryhmiin kohdennetuista valtakunnalliseen seulontaohjelmaan kuuluvista tai hyvinvointialueen järjestämistä seulonnoista sekä tiettyjen potilasryhmien määräaikaistarkastuksista. Mainituissa säädöksissä säädetään tietystä ikä- tai muista väestöryhmistä, joihin kohdistuen seulonta tai määräaikaistarkastus on järjestettävä, jolloin hoitoon pääsyn määräaikoja koskevan sääntelyn logiikka ei sovi tällaisiin toimenpiteisiin. Lisäksi näiden palveluiden järjestämisessä ei ole kyse 1 momentissa tarkoitettusta terveysongelmien yksilölliseen hoidon tarpeen arvioon perustuvasta hoidosta. Hoitoon pääsyn määräaikoja koskeva sääntely ei siis koske näitä palveluja, vaan ne järjestetään niitä koskevan lainsäädännön mukaan. Tyypillisesti seulontaan lähetetään kutsu. Jos kutsussa oleva aika ei sovi potilaalle, sovitaan muu potilaalle sopiva aika.

Tartuntatautilaissa (1227/2016) ja sen nojalla annetussa rokotuksista annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (149/2017) säädetään kansalliseen rokotusohjelmaan kuuluvista ja kohdennetuista rokotuksista. Lisäksi tartuntatautilain nojalla voidaan säätää valtioneuvoston asetuksella muista vapaaehtoisista rokotuksista (45 §), pakollisista rokotuksista (47 §) sekä julkisen terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimintayksiköiden velvoitteesta järjestää rokotus potilailleen ja asiakkailleen sekä näitä hoitavalle tai huoltavalle henkilökunnalle (49 §:n 2 momentti). Osa rokotusohjelmaan kuuluvia rokotuksia ovat myös ne rokotukset, joita sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevät tai työharjoitteluun osallistuvat opiskelijat tarvitsevat tartuntatautilain 48 §:n nojalla.

Jos rokotteiden antamiseen liittyvästä antamisjärjestyksestä tai niihin liittyvistä erityisjärjestelyistä säädetään erikseen, noudatetaan tuota sääntelyä, eikä näiden rokotteiden antamiseen sovelleta hoitoon pääsyn määräaikoja koskevaa sääntelyä. Esimerkiksi covid-19-rokotukset ovat tartuntatautilain 45 §:n mukaisia rokotuksia, ja näiden rokotteiden antamisen järjestyksestä säädettiin vapaaehtoisista covid-19-rokotuksista annetussa valtioneuvoston asetuksessa (1105/2020). Potilaalla ei ole tällaisessa tilanteessa oikeutta vaatia itselleen rokotusaikaa hoitoon pääsyn määräaikojen mukaisesti. Lasten ja nuorten rokotuksissa kansallista rokotusohjelmaa sääntelevässä asetuksessa 149/2017 säädetään ikä, jolloin rokotus voidaan antaa. Lapsille annettavat rokotusohjelmaan kuuluvat rokotukset annetaan tyypillisesti neuvolakäyntien yhteydessä. Jos rokotteiden antaminen toteutetaan suunnitellusti neuvolapalveluiden yhteydessä tai muuten perusterveydenhuollossa, ei vanhemmalla olisi oikeutta vaatia lapselleen erillistä rokotusaikaa 4 momentin mukaisessa kolmen kuukauden määräajassa. Rokotteet annettaisiin mainitun asetuksen, asetuksen 338/2011 sekä hoitosuunnitelman mukaisesti.

On myös rokotuksia, joihin 4 momentissa säädetty määräaika sekä myös sääntely hoitosuunnitelman mukaisesta hoidosta soveltuisi. Rokotuksia annettaessa olisi otettava huomioon 4 momentin sääntely siitä, että hoitotapahtuma, tässä tapauksessa rokotuksen antaminen, tulee järjestää palveluiden tarve huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, jolloin kolmen kuukauden enimmäisaika voi olla liian pitkä palvelun saannille. Esimerkiksi työhön ja opiskeluun liittyvät

rokotukset ja tartuntatautilain 55 ja 56 §:ssä tarkoitetut tartuntatautien seulonnat tulee antaa työskentelyn ja opiskelun mahdollistavalla aikataululla, ja tietyillä alueilla rokotusohjelmaan kuuluvan puutiaisaivokuumerokotteen antaminen tulee järjestää siten, että rokote ehtii antaa suojaa ennen aktiivista puutiaiskautta. Potilas voi hakeutua hoitoon siksi, että hän tarvitsee ase-
tuksen 149/2017 mukaisen tehosterokotteen. Rokote voidaan antaa myös osana perusterveydenhuollon kiireetöntä sairaanhoitoa. Esimerkiksi pernan poiston jälkeen annetaan tiettyjä rokotuksia. Myös matkailijoiden tarvitsemat hoitoon liittymättömien rokotuksien antaminen kuuluisivat 4 momentin määräajan piiriin. Jotkut rokotteet edellyttävät, että niiden annokset annetaan tiettyin välein päivienkin tarkkuudella, jolloin tulee huolehtia siitä, että rokotteet annetaan tällaisella rytmillä hoitosuunnitelma laatien. Myös potilaalla on vastuu olla ajoissa liikkeellä asian kanssa. Kiireellisenä hoitona päivystyksessä annetaan rokotteet, jotka liittyvät erilaisiin altistustilanteisiin, kuten vesikauhurokotteet.

Ehdotetun 51 §:n ja tämän pykälän 1–4 momenttien sääntely on kirjoitettu lähtökohdasta, jossa potilas itse ottaa yhteyttä terveyskeskukseen tai muuhun perusterveydenhuollon yksikköön uuden terveysongelman tai pitkäaikaissairauden vaikeutumisen takia, ja tästä käynnistyvästä arviosta hoidon tarpeelle ja sen toteuttamiselle. On kuitenkin tilanteita, jossa tarve tutkimukselle, hoidolle tai kuntoutukselle havaitaan silloin, kun potilas on saamassa hoitoa tai palveluita muun asian takia. Esimerkiksi tiettyyn väestöryhmään kohdistetun yleisemmän terveystarkastuksen yhteydessä voidaan huomata luomi tai patti, jota on syytä tutkia lisää. Lisäksi esimerkiksi seulonnan seurauksena esiin voi tulla tarve jatkotutkimuksiin. Terveystarkastusta voidaan antaa myös sosiaalihuollon palveluiden yhteydessä, esimerkiksi sosiaalihuollon asumispalveluiden yhteyteen on voitu organisoida terveystarkastuksia. Näissä tilanteissa potilas ei välttämättä ota itse yhteyttä perusterveydenhuollon yksikköön 51 §:ssä tarkoitetulla tavalla. Tällaisissa tilanteissa soveltuisi 1–4 momenttien säännökset hoitoon pääsyn määräajoista ja tapauksen mukaan hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesta jatkohoidosta. Asiasta säädettäisiin selvytyden vuoksi 5 momentissa.

51 b §. *Hoitoon pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan suun terveydenhuoltoon.* Hoitoon pääsyn määräaika perusterveydenhuollon suun terveydenhuollossa tiukennettaisiin nykyisestä kuudesta kuukaudesta kolmeen kuukauteen. Pykälän 1 momentissa säädettäisiin, että 51 §:ssä tarkoitetun arvioinnin yhteydessä hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu tutkimus tai hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun tutkimuksen tai hoidon tarve on arvioitu. Kuten edellä 51 a §:n perusteluissa on tuotu esiin, kolmella kuukaudella tarkoitetaan 90 vuorokautta, ja tämä määräaika lasketaan arviointia seuraavasta päivästä.

Perusterveydenhuollon suun terveydenhuoltoa koskevat 51 §:n 1 momentin säännökset yhteyden saamisesta terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön ja yksilöllisestä arviosta tarvittavalle tutkimukselle tai hoidolle. Arvion tekijästä säädetään 51 §:n 2 momentissa. Pääsääntönä on, että arvion perusterveydenhuollossa tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Tästä poiketen suun terveydenhuollossa arvion voi tehdä nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö, esimerkiksi hammashoitaja, kuten yleinen käytäntö tällä hetkellä on. Hammashoitajien arviot hoidon tarpeesta ovat vastanneet hyvin hammaslääkäreiden arvioita, minkä vuoksi ei ole tarpeen potilasturvallisuuden kannalta muuttaa nykyistä työnjakoa. Tätä linjausta puoltaa myös talousnäkökulma: terveydenhuollon laillistettujen ammattihenkilöiden, kuten suuhygienistien työpanos on järkevä suunnata heidän koulutustaan vastaavaan työhön.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin tilanteesta, jossa potilas on ohjattu 51 §:n mukaisen arvion perusteella muulle suun terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille. Pääsääntöisesti potilas ohjataan ensin hammaslääkärin vastaanotolle, mutta on tilanteita, joissa suuhygienisti tai hammashoitajan tekemä tarkastus tai hoito vastaa hammaslääkärin tutkimusta tai hoitoa paremmin potilaan tarpeeseen. Mikäli suuhygienisti tai hammashoitajan vastaanotolla kuitenkin todetaan tarve hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille on 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. Näillä aikamääreillä varmistetaan, ettei potilaan tarpeen mukainen tutkimus tai hoito viivästy kohtuuttomasti pykälän 1 momentissa säädetystä kolmen kuukauden hoitoon pääsyn määräajasta.

Suuhygienistille ja hammashoitajalle on usein aikoja saatavilla nopeammin kuin hammaslääkärille. Jos hyvinvointialue arvioi, ettei sillä ole antaa hammaslääkäriaikoja neljän viikon päähän suuhygienisti- tai hammashoitajakäynnistä, aikaa suuhygienistille tai hammashoitajalle ei mahdollisesti varmuudeksi annettaisi niin nopeasti, kuin hyvinvointialue sinänsä palvelun voisi antaa. Momentissa olevan vaihtoehtoisen hoitoon pääsyn määräajan, kolmen kuukauden sisällä tapahtuva hoitoon pääsy 51 §:n mukaisesta arviosta, tarkoituksena on mahdollistaa potilaan ohjaaminen suuhygienistille tai hammashoitajalle nopeasti myös tällaisissa tilanteissa. Hyvinvointialueella olisi oikeus päättää, kumpaa vaihtoehtoista määräajoista se noudattaa.

Mikäli 51 §:n 1 momentin mukaisessa tutkimuksen tai hoidon tarpeen arvioinnissa jo arvioidaan, että potilaalla on hammaslääkärin tutkimuksen tai hoidon tarve, potilas tulee ohjata hammaslääkärin vastaanotolle kolmen kuukauden kuluessa arvioinnista, eikä tätä määräaikaa tule pidentää ohjaamalla potilas ensin suuhygienistin tai hammashoitajan vastaanotolle.

Pykälän 3 momentissa säädettäisiin tilanteesta, jossa hammaslääkärikäynnillä havaitaan erikoishammaslääkärin tutkimuksen tai hoidon tarve. Jos erikoishammaslääkärin hoito annetaan perusterveydenhuollossa, eikä potilasta ole erikoissairaanhoidon kriteerien ja hoidon porrastuksen perusteella syytä lähettää erikoissairaanhoidon hoidettavaksi, tulisi erikoishammaslääkäriin pääsy toteuttaa kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa hammaslääkärikäynnistä. Säännöksen tarkoituksena on asettaa aikaraja tällaisen käynnin toteutumiselle, koska tiedossa on tapauksia, jossa erikoishammaslääkäriin pääsy on venynyt kohtuuttoman pitkäksi. Erikoishammaslääkäri tarvittaessa arvioi, onko tarve erikoishammaslääkärin tutkimuksille ja hoidolle, ja voi myös ohjata potilaan takaisin hammaslääkärin palveluihin esimerkiksi hammaslääkärille konsultointiapua annettuaan.

Pykälän 4 momentin mukaan hoitojakso tulee saattaa valmiiksi kohtuullisessa ajassa ilman tarpeetonta viivytystä hoitokäyntien välillä. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hammaslääketieteellinen perustelu hoidon jaksottamiselle. Tällainen tarkennus on tarpeen, koska tiedossa on tapauksia, joissa hoitojakson eri käyntikertojen välit ovat kohtuuttoman pitkiä, ja potilaan suun sairaudet pahenevat asianmukaisen hoidon viivästyessä. Tutkimukseen tai hoitoon pääsyä pykälän 1 momentissa säädettyssä määräajassa ei tule toteuttaa sen kustannuksella, että hoitojaksot venyvät. Ei olisi tarkoituksenmukaista, että hoitoon pääsee määräajassa, mutta hoito ei etene eikä valmistu kohtuuaajassa. Riittävän tiheisiin hoitokäynteihin tulee kiinnittää erityistä huomiota, kun potilaalla on paljon hoidon tarvetta, jotta hoitojakso ei veny useiden kuukausien mittaiseksi. Hoitojakson eri käyntikertojen välien tulee vastata hyviä hoitokäytäntöjä. Hyvien hoitokäytäntöjen noudattaminen on paitsi potilaan kannalta tärkeää, myös hoitoa antavan henkilökunnan työhyvinvoinnin kannalta tärkeää ja siten merkittävä työn veto- ja pitovoimatekijä.

Pykälän 5 momentissa säädettäisiin rajausta tilanteesta, jossa ei sovellettaisi 1 momentissa tarkoitettua kolmen kuukauden määräaika hoitoon pääsyssä. Suun terveydenhuollossa potilaalle tyyppillisesti määritellään yksilöllinen tutkimusväli, esimerkiksi tutkimus kahden vuoden välein. Potilaalle voidaan myös määritellä seuraavan hoitokerran ajankohta, esimerkiksi hampaiden kiinnityskudossairauksien hoitoon tai juurenhoidon jälkikontrolliin. Tutkimus tai hoito tulee lähtökohtaisesti järjestää hoitosuunnitelmaan kirjatun tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti, ellei sitten 51 §:n 1 momentin mukaisessa tutkimuksen tai hoidon tarpeen arvioinnissa ole tullut esille seikkoja, joiden perusteella tutkimus tai hoito tulee järjestää jo tätä aiemmin tai voidaan järjestää tätä myöhemmin. Jotta potilas voi saada ajan tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti, potilasta tulee ohjeistaa varaamaan aikaa riittävän aikaisin ennen hoitosuunnitelmassa määriteltä ajankohtaa.

Tutkimus tai hoito tulee järjestää hoitosuunnitelmaan kirjattua ajankohtaa aiemmin, jos potilaan suun terveydentilan arvioidaan heikentyneen esimerkiksi potilaan oireiden perusteella tai siksi, että potilaan yleinen terveydentila tai toimintakyky on heikentynyt. Tutkimus tai hoito voidaan järjestää hoitosuunnitelmaan kirjattua ajankohtaa myöhemmin, jos siihen on hammaslääketieteelliset perusteet. Näin saattaa olla esimerkiksi tilanteessa, jossa potilaan tutkimus- tai hoitoväli on suunniteltu hyvien hoitokäytäntöjen mukaista väliä lyhyemmäksi. Asia on tarpeen täsmentää, koska on tullut esille tilanteita, joissa esimerkiksi terveelle potilaalle on suunniteltu hammaslääkärin tutkimus joka vuosi, vaikka potilaan suun sairauksien riski on hyvin vähäinen. Tällä kirjauksella pyritään osaltaan suuntaamaan rajallisia resursseja vaikuttavaan työhön.

On myös tilanteita, joissa potilaalle on määritelty seuraava tutkimusajankohta jo hoitojakson alussa, mutta laaja hoito valmistuu vasta juuri ennen määriteltä tutkimusajankohtaa, eikä tarvetta uudelle tutkimukselle vielä ole. Tällöin voidaan määritellä uusi tutkimusajankohta potilaan senhetkisen tilanteen mukaisesti, ja tutkimukseen tai hoitoon pääsy jatkossa määräytyy tämän mukaisesti.

Sääntely siitä, että palvelu voidaan järjestää tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti, ei oikeuta rytmittämään tutkimus- ja hoitokäyntejä hyvän hoitokäytännön vastaisesti. Tutkimukset ja hoidon kokonaisuus on toteutettava lainsäädännön sekä kansallisten terveydenhuollon ja hammaslääketieteellisten suositusten mukaisesti. Tällaisia suosituksia ovat esimerkiksi Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet, Käypä hoito -suositukset ja Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suositukset. Terveydenhuoltolain 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Ammattihenkilölain 15 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti.

Terveydenhuoltolain 15 ja 16 §:ssä sekä asetuksen 338/2011 8 ja 10 §:ssä säädetään määräaikaisten suun terveystarkastusten järjestämisestä. Kunnan, jatkossa hyvinvointialueen on järjestettävä ensimmäistä lastaan odottavalle perheelle vähintään yksi suun terveydentilan ja hoidon tarpeen arvio; alle kouluikäiselle lapselle suun terveystarkastus, kun tämä on 1- tai 2-vuotias, 3- tai 4-vuotias ja 5- tai 6-vuotias; oppilaalle suun terveystarkastus ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla; ja opiskelijalle vähintään kerran opiskeluaikana suun terveystarkastus, jossa selvitetään suun terveysneuvonnan ja palvelujen tarve. Lisäksi asetuksen 9 §:n mukaan kunnan, jatkossa hyvinvointialueen on järjestettävä lapselle tämän ollessa 1–6 vuoden ikäinen vähintään kuusi terveystarkastusta, joihin sisältyvät laaja terveystarkastus 18 kuukauden ja 4 vuoden iässä, joista yhteen terveystarkastukseen on sisällytettävä terveydenhoitajan arvio suun terveydentilasta. Tällaiset määräaikaistarkastukset sekä suun terveydentilan, suun terveysneuvonnan ja palvelujen tarpeen arviointi suoritetaan niitä koskevan lainsäädännön edellyttämällä tavalla tiettyinä ajankohtina. Potilaalla ei siis ole oikeutta vaatia niiden järjestämistä kolmen kuukauden kuluessa tietystä ajankohdasta tai muuten tiettyinä ajankohtana.

Pykälän 6 momentissa säädettäisiin kuitenkin eräästä neuvolapalveluihin sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvaan suun määräaikaiseen terveystarkastukseen liittyvästä tilanteesta. Jos tarkastuksen 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. Momentti eroaa pykälän 2 momentista siltä osin, että vaihtoehtona ei ole järjestää hammaslääkärille pääsyä kolmen kuukauden kuluessa 51 §:n 1 momentissa tarkoitettusta tutkimuksen tai hoidon tarpeen arviosta, koska määräaikaisten tarkastusten yhteydessä tällaista arviota ei tehdä. Pääsy hammaslääkärille neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta on perusteltua, koska lasten ja nuorten kohdalla viiveet diagnosoinnissa ja hoidossa voivat johtaa nopeastikin hoidon vaikeutumiseen.

Pykälän 6 momentissa säädettäisiin lisäksi, että pykälän 3 ja 4 momentit koskevat myös edellä kuvattuihin määräaikaistarkastuksiin liittyviä hoitoja. Toisin sanoin, jos hammaslääkäri toteaa määräaikaistarkastukseen liittyvällä käynnillä tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hammaslääkäri on todennut palvelun tarpeen. Määräaikaistarkastuksessa mahdollisesti alkava hoitajakso tulee saat-
taa valmiiksi kohtuullisessa ajassa ilman tarpeetonta viivytystä hoitokäyntien välillä.

51 c §. *Pääsy perusterveydenhuollon yhteydessä annettavaan erikoissairaanhoidon.* Pykälässä säädettäisiin perusterveydenhuollon yhteydessä annettavasta erikoissairaanhoidosta ja sääntely vastaisi sisällöltään nykyistä lainsäädäntöä. Asiasta säädetään nyt osana 51 §:n sääntelyä, ja selvyyden vuoksi nyt 51 §:ssä säännellyt asiakokonaisuudet ehdotetaan jaettavaksi useampaan pykälään.

54 §. *Hyvinvointialueen velvollisuus hankkia palveluja muualta.* Jos hyvinvointialue ei voi itse tuottaa tutkimuksia, hoitoa tai kuntoutusta säädetyissä enimmäisajoissa, on sen 1 momentin mukaan järjestettävä ne hyvinvointialueesta annetun lain 9 §:n 1 momentissa tarkoitettulla tavalla tuottamalla ne yhteistoiminnassa toisen hyvinvointialueen kanssa tai hankkimalla ne sopimukseen perustuen muilta palvelujen tuottajilta. Palvelusetelin käytöstä säädetään erikseen palvelusetelilaissa. Tältä osin säännös vastaa periaatteiltaan nykyistä sääntelyä. Pykälän tarkoitus on varmistaa potilaan hoitoon pääsy esimerkiksi tilanteissa, joissa vapaita aikoja ei terveysaseman aukioloaikojen puitteissa ole tarjolla lain edellyttämässä ajassa.

Käytännössä säännöstä on toteutettu vaihtelevasti. Sen vuoksi uudeksi pykälän 2 momentiksi ehdotetaan lisättäväksi tarkentava säännös, jonka mukaan 51 §:n mukaisen arvion yhteydessä tulee arvioida myös se, pystyykö hyvinvointialue toteuttamaan potilaan tarvitseman hoidon säädetyissä määräajoissa. Lain 51 §:n mukaisen yksilöllisen arvion yhteydessä arvioidaan tutkimusten ja hoidon tarve ja kiireellisyys sekä se, minkä ammattihenkilön tekemiä tutkimuksia tai antamaa hoitoa potilas tarvitsee. Erikoissairaanhoidon läheteeseen perustuvasta hoidon tarpeen arvioinnista säädetään 51 c, 52 ja 53 §:ssä. Jos tarpeelliseksi todettua hoitoa ei pystytty toteuttamaan, tulee hoito järjestää hankkimalla se muulta palveluntuottajalta. Tämä on ollut säännöksen tarkoituksena jo aikaisemminkin, mutta täsmennyksellä on tarkoitus korostaa veloitteen noudattamista.

Kun perusterveydenhuollossa potilaan yhteydenoton seurauksena on todettu tarve terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle, potilaalle soveltuvan palveluiden tuottamistavan selvittäminen voi edellyttää lisäjärjestelyjä. Sääntelyn vastaista ei olisi se, että potilaaseen otetaan yhteyttä hoitoajan ja -paikan tarjoamiseksi tai palvelusetelin antamiseksi myös myöhempanä ajankohtana kuin ensimmäisenä yhteydenottopäivänä, kunhan tarve hoidolle arvioidaan saman päivän aikana ja hoito toteutuu 51 a tai 51 b §:n mukaisen määräajan sisällä. Arvion siitä, voiko

hyvinvointialue tuottaa palvelun itse vai hankkiiko se palvelut muin järjestelyin, voi tehdä muu-
kin henkilö kuin hoidon tarpeen arvioiva terveydenhuollon ammattihenkilö.

Pykälän sääntely eri tuottamisen tavoista on luonteeltaan informatiivista, sillä eri tavoista, joilla hyvinvointialue voi tuottaa palvelut, säädetään hyvinvointialueesta annetussa laissa. Pykälässä tarkoitettut muut palveluntuottajat ovat yksityisiä tai kolmannen sektorin terveyspalveluiden tuottajia. Hyvinvointialueiden ostopalvelujen käyttöä koskevaa lainsäädäntöä on esitelty jak-
sossa 2.2.1. Hyvinvointialueita koskevassa lainsäädännössä rajataan hyvinvointialueen mahdol-
lisuuksia järjestää ja tuottaa palveluja toisen hyvinvointialueen alueella. Hyvinvointialue voi
järjestää ja tuottaa palveluja yhteistoiminnassa toisen hyvinvointialueen kanssa.

Eräs tapa tuottaa palveluja on palvelusetelin antaminen potilaalle. Palvelusetelin vastaanottami-
nen on potilaalle vapaaehtoista. Palveluseteliä käytettäessä asiakkaalle jäävä omavastuu voi pal-
velusetelilain mukaan olla suurempi kuin hyvinvointialueen järjestämän palvelun asiakas-
maksu. Tällaisen palvelusetelin tarjoaminen ei täyttäisi 54 §:n mukaista velvoitetta hankkia pal-
velu muulta palveluntuottajalta, vaan hyvinvointialue täyttäisi velvoitteensa ainoastaan silloin,
jos asiakkaalle jäävä omavastuu on saman kokoinen tai pienempi kuin asiakasmaksulain mu-
kainen maksu olisi. Potilaalle voidaan toki tarjota myös suuremman omavastuun sisältävää pal-
veluseteliä palvelusetelilainsäädännön mukaisesti, mutta tällöinkin on selostettava potilaan oi-
keus saada palvelu määräajassa hyvinvointialueen tai sen ostopalvelukumppanin tuottamana.
Asiakkaan oikeuksista säädetään palvelusetelilain 6 §:ssä. Jos kyseessä on asiakasmaksulain
nojalla maksuton palvelu, palvelusetelin arvo tulee määrätä niin, että asiakkaalle ei jää makset-
tavaksi omavastuuosuutta. Tästä säädetään palvelusetelilain 7 §:n 2 momentissa.

55 §. Tietojen julkaiseminen. Pykälässä säädettäisiin, kuten nytkin, hoitoon pääsyä koskevien
tietojen julkaisusta yleisessä tietoverkossa. Tiedot edellisen kuukauden hoitoon pääsyn määrä-
aikojen toteutumisesta hyvinvointialueella tulisi julkaista perusterveydenhuoltoa koskien kuu-
kausittain. Voimassa olevan 55 §:n mukaan tiedot on julkaistava neljän kuukauden välein. Tie-
tojen julkaiseminen kalenterikuukausittain antaa potilaalle nykyistä paremmin tietoa hoitoon
pääsystä eri toimintayksikössä. Potilas voi käyttää tietoa hoitoon pääsystä esimerkiksi valites-
saan hoidostaan vastaavaa terveydenhuollon toimintayksikköä (terveydenhuoltolaki 47 ja 48 §).
Tietojen julkaiseminen tuo myös toimintaan läpinäkyvyyttä ja toimii valvonnan tukena. Hyvin-
vointialue taas käyttää tietoa toimintaansa arvioidessaan ja kehittäessään.

Pykälässä käytettävää terminologiaa täsmennettäisiin siten, että termin ”internet” sijaan käytet-
täisiin termiä ”yleinen tietoverkko”. Tätä ilmaisua käytetään muun muassa hallintolaissa
(434/2003). Pykälästä ehdotetaan poistettavaksi tarpeettomana sääntely, jonka mukaan tiedot
voi julkaista internetin lisäksi muulla kunnan tai kuntayhtymän (hyvinvointialueen) päättämällä
tavalla. Hyvinvointialue voi luonnollisesti julkaista tiedot internetin lisäksi muulla tavalla il-
man, että asiasta säädetään. Julkaistava tieto ei sisällä henkilötietoja.

Hyvinvointialueen olisi 1 momentin mukaan julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa
eli internetissä edellisestä kalenterikuukaudesta tunnusluvut siitä, miten 51, 51 a ja 51 b §:ssä
säädettyjen määräaikojen noudattaminen toteutui. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tuottaisi tie-
dot THL-lain 5 ja 5 c §:n nojalla tekemänsä tiedonkeruun perusteella. Lain 5 §:n mukaan
THL:llä on oikeus saada lakisääteisten tehtäviensä (muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon
toiminnan seuranta ja arviointi) toteuttamiseksi muun muassa sosiaali- ja terveydenhuoltoa jär-
jestäviltä viranomaisilta sekä palveluja tuottavilta sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoidon ja
avopalveluita koskevia tietoja, muun ohella palvelun antamisen aloittamis- ja päättymisajan-
kohdasta, palvelun antamisen perusteesta ja saatavuudesta sekä palvelun tarpeesta, lajista ja
määrästä. Hoitoon pääsyä koskevat tiedot tallennetaan osaksi perusterveydenhuollon avohoidon

hoitoilmoituksia (Avohilmo), joka on osa sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmäkokonaisuutta (Hilmo). THL-lain 5 a §:n mukaan 5 §:n nojalla saadut, edellä kuvatut tiedot voidaan antaa takaisin sille viranomaiselle tai palvelunantajalle, joka on toimittanut tietoaaineiston THL:lle. Kyseinen säännös mahdollistaa tietojen antamisen hyvinvointialueelle, mutta ei velvoita THL:ää luovuttamaan tietoja. Tämän takia 1 momentissa säädettäisiin, että THL:n on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot hyvinvointialueelle. Tarkoituksena on, että THL luovuttaa alueille ne tuottamansa tiedot hoitoon pääsystä, jotka ovat oleelliset tietoja julkaisussa, eikä tarkoitus ole siis lähettää koko Avohilmo-rekisteridataa takaisin palvelunjärjestäjälle.

Käytännössä sääntely tarkoittaa, että hyvinvointialue ei julkaisisi itse keräämiään tietoja hoitoon pääsystä internetissä, vaan julkaisisi sivuillaan THL:n tuottamat tiedot. Voimassa olevassa lainsäädännössä ei säädetä siitä, kenen keräämän tiedon perusteella tieto julkaistaan. Syy säännöshdotukseen on se, että ongelmana on ollut tiedon vertailukelpoisuus alueiden välillä, ja ehdotuksella edistettäisiin kansallisesti yhtenäistä tiedon raportointia. Hyvinvointialueen on THL-lain nojalla joka tapauksessa toimitettava kyseiset tiedot Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle, ja ehdotettu sääntely vähentäisi päällekkäisen työn tekemistä samasta asiasta.

Ehdotetut muutokset hoitoonpääsyn määräaikoihin edellyttävät joitain luokitusmuutoksia tiedonkeruusiin, mutta tiedonkeruu voidaan perustaa jo nykyisin tehtäviin tiedonkeruusiin. Siten tiedot olisivat valtakunnallisesti saatavilla eri hyvinvointialueilta yhdenmukaisilla tietorakenteilla ja hyvinvointialueiden tiedot ovat keskenään vertailukelpoisia.

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin myös velvollisuudesta julkaista tunnuslukuja hoitoon pääsystä erikoissairaanhoidossa (terveydenhuoltolaki 52 ja 53 §) neljän kuukauden välein. Sama koskisi uutta 51 c §:ää, jossa säädetään jatkossa perusterveydenhuollon yhteydessä annettavasta erikoissairaanhoidosta. Erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä koskevien tunnuslukujen julkaisua koskeva sääntely vastaa nykyistä sääntelyä siltä osin, että raportointiväli olisi, kuten nytkin, neljän kuukauden välein.

Hyvinvointialueen tulisi 2 momentin mukaan julkaista tiedot kustakin sairaalasta ja muusta terveydenhuollon toimintayksiköstä erikseen. Jos terveystieteiden keskuksen alaisuudessa toimii terveystieteiden asema tai useita suun terveydenhuollon toimintayksiköitä (hammashoitoloita), tai hyvinvointialueella on muita erillisiä yksiköitä, julkaistaan tiedot erikseen yksikkökohtaisesti, jos se on mahdollista.

THL-lain 5 c §:ssä säädetään rekisterinpitäjän velvoitteesta luovuttaa laitokselle 5 §:ssä tarkoitettut tiedot THL:lle. THL päättää pykälän mukaan tiedonantovelvollisuuden perusteella toteutettavista uusista tiedonkeruista sekä tiedonkeruiden laajentamisesta, niiden antamisesta noudatettavista määräajoista ja menettelytavoista sekä tiedonantajille toimitettavista palautetiedoista. Koska on ennakoitavissa, että lain 51, 51 a–51 c sekä 52 ja 53 §:n mukaiset eri hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumista koskevien tietojen raportoinnin kehittämisessä voi mennä aikaa, raportoitavan tiedon yksityiskohtaisuutta voitaisiin THL:n päätösten mukaisesti laajentaa sen ollessa mahdollista ja tarkoituksenmukaista. Pykälän 3 momentissa säädettäisiin kuitenkin asetuksenantovaltuutuksesta, jos nousee esiin tarve säätää julkaistavista hoitoon pääsyä koskevista tunnusluvuista tarkemmin.

Ehdotetun 3 momentin mukaan sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voitaisiin säätää tarkemmin niistä 1 momentissa tarkoitetuista tunnusluvuista, jotka on julkaistava. THL voisi joutua tekemään ministeriön asetuksen takia 5 c §:n mukaisen päätöksen tiedonkeruun laajentamisesta. Sääntelyllä on yhteys sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 29 §:n sääntelyyn. Mainitun pykälän mukaan hyvinvointialueen on seurattava muun muassa järjestä-

mänsä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta ja saatavuutta. Tiedon tulee olla Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen määrittelemien tietosisältöjen ja -rakenteiden mukaista. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää seurannan vähimmäistietosisällöstä. Mainittu 29 § sekä tämä pykälä molemmat sääntelevät hoidon saatavuuden seurantaa ja sitä koskevan tiedon julkaisua, joten on perusteltua, että säädöstaso on sama, ja että näistä tiedoista voidaan tarvittaessa säätää samalla asetuksella. Tästä syystä asetuksen säädöstasoksi ehdotetaan tässä terveydenhuoltolain pykälässä sosiaali- ja terveysministeriön asetusta, kun voimassa olevan sääntelyn mukaan tarkempia säännöksiä voidaan antaa valtioneuvoston asetuksella.

Pykälän sääntelyä noudatettaessa on noudatettava myös muusta lainsäädännöstä tulevia vaatimuksia. Sääntelyllä on yhteys viranomaisen toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999) 20 §:n sääntelyyn. Mainitun pykälän mukaan viranomaisen on edistettävä toimintansa avoimuutta ja tässä tarkoituksessa tarvittaessa laadittava muun muassa tilastoja ja tietoaaineistoja palveluistaan ja niiden kehityksestä toimialallaan. Sääntely toteuttaa myös hallintolaissa säädettyä palveluperiaatetta (7 §) ja velvoitetta antaa neuvontaa (8 §). Tiedot on julkaistava hyvän kielenkäytön vaatimusten mukaisesti (9 §) ja noudattaen kielilainsäädännön velvoitteita. Toteuttamisessa on huolehdittava myös tiedon saavutettavuudesta ottaen huomioon saavutettavuutta koskeva lainsäädäntö. Tietojen luovuttamisesta teknisen rajapinnan avulla viranomaisten välillä säädetään julkisen hallinnon tiedonhallinnasta annetun lain (906/2019) 22 §:ssä. THL:n THL-lain mukaista tietojenkäsittelyä, mukaan lukien henkilötietojen käsittelyä, käsitellään hallituksen esityksessä HE 159/2017 vp.

Pykälä koskee viranomaisen velvoitetta julkaista tiedot internetissä, mutta hoitoon pääsyn määräraajojen toteutumista koskeva tieto tulee tarvittaessa antaa esimerkiksi puhelimitse tietoa pyytävälle asiakkaalle, koska kaikilla asiakkailla ei ole mahdollisuutta käyttää internetiä.

Pykälän otsikko muutettaisiin. Pykälän otsikko on voimassa olevassa laissa ”tietojen julkaiseminen ja asetuksenantovaltuutus”. Viittaus asetuksenantovaltuutukseen poistettaisiin tarpeettomana, koska terveydenhuoltolaissa on muitakin pykälä, joissa säädetään asetuksenantovaltuutus, ilman että tämä ilmenee otsikosta.

69 §. Lastensuojelulain mukaiset velvoitteet. Pykälän 2 momentissa viitataan 51–53 §:n hoitoon pääsyä koskeviin säännöksiin. Lakiteknisenä muutoksena viittaus muutettaisiin viittaamaan 51, 51 a–51 c, 52 ja 53 §:ään.

7.2 Laki terveydenhuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta

51 a §. Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan hoitoon. Pykälä vastaisi muuten terveydenhuoltolakiin 1.11.2024 voimaan tulevaksi ehdotettavaa 51 a §:ää, mutta pykälän 1 momentin mukaan 51 §:ssä tarkoitettu arvio lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arvioinnista seuraavan 14 vuorokauden sisällä. Pykälä olisi väliaikaisesti voimassa ajalla 1.9.2023–31.10.2024. Pykälän voimassaoloajan päättymisen jälkeen voimaan siis tulisi seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika.

Pykälä ei poikkeaisi 1.11.2024 voimaan tulevaksi ehdotettavasta, toistaiseksi voimassa olevasta pykälästä 2 momentissa olevan määräajan suhteen. Mainitussa momentissa säädetään, että jos potilas on 51 §:ssä tarkoitettua arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja ammattihenkilö toteaa, että potilas tarvitsee 1 momentissa tarkoitettua terveysongelman hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana. Tämä määräaika olisi siis sama, vaikka 1 momentin mukaista ensimmäistä

hoitotapahtumaa koskisi 14 vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika. Sekä toistaiseksi voimassa olevan pykälän että väliaikaisesti voimassa olevan pykälän 4 momentissa säädettäisiin enimmillään kolmen kuukauden hoitoon pääsyn määräajasta niitä palveluita koskien, joita ei koske 1 ja 2 momentissa säädetty määräaika.

Pykälän perusteluiden osalta viitataan muilta osin toistaiseksi voimassa olevaksi ehdotetun 51 a §:n perusteluihin.

51 b §. *Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan suun terveydenhuoltoon.* Pykälä vastaisi muuten terveydenhuoltolakiin 1.11.2024 voimaan tulevaksi ehdotettavaa, toistaiseksi voimassa olevaa 51 b §:ää, mutta pykälän 1 momentin mukaan 51 §:ssä tarkoitettussa arvioissa hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu tutkimus tai hoito on järjestettävä arvioinnista seuraavan neljän kuukauden sisällä. Vastaavasti 2 momentissa oleva vaihtoehtoinen hoitoon pääsyn määräaika olisi neljä kuukautta. Pykälä olisi väliaikaisesti voimassa ajalla 1.9.2023–31.10.2024. Pykälän voimassaoloajan päättymisen jälkeen voimaan siis tulisi kolmen kuukauden hoitoon pääsyn määräaika.

Pykälä ei poikkeaisi 1.11.2024 voimaan tulevaksi ehdotettavasta, toistaiseksi voimassa olevasta pykälästä muiden pykälässä säädettyjen määräaikojen osalta.

Pykälän perusteluiden osalta viitataan muilta osin toistaiseksi voimassa olevaksi ehdotetun 51 b §:n perusteluihin.

7.3 Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta

10 §. *Yhteyden saaminen ja arvio hoidon tarpeesta.* Lain voimassa olevassa 10 §:ssä on säännös siitä, että Kansaneläkelaitoksen järjestämään ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tuottamaan opiskeluterveydenhuoltoon sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädetään perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä. Tällaisen terveydenhuoltolakiin viittaavan säännöksen sijaan ehdotetaan, että jatkossa YTHS-laissa olisi nimenomaiset hoitoon pääsyä koskevat säännökset. Tämän arvioidaan tekevän sääntelystä selkeämpää, koska jatkossa terveydenhuoltolain hoitoon pääsyä koskeva sääntely jakaantuu useampaan pykälään, ja eräitä säännöksiä hoitoon pääsystä on tarpeen hieman mukauttaa korkeakouluopiskelijoiden opiskelijaterveydenhuoltoon sopivaksi. Pääsääntö kuitenkin olisi, että säännökset ovat mahdollisimman pitkälle yhdenmukaiset terveydenhuoltolain säännösten kanssa.

Pykälässä säädettäisiin jatkossa yksilöllisestä arviosta hoidon tarpeesta, ja pykälä pääosin vastaisi terveydenhuoltolain 51 §:ää. Pykälän 1 momentin mukaan Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön on tuotettava opiskeluterveydenhuollon palvelut siten, että opiskelija voi arkipäivisin aukioloaikana saman päivän aikana saada yhteyden YTHS:n toimipisteeseen ja saada yksilöllisen hoidon tarpeen arvion. Momentissa ei käytettäisi ilmaisua ”virka-aikana”, kuten terveydenhuoltolain 51 §:ssä, vaan ”aukioloaikoina”, koska YTHS on kolmannen sektorin toimija, jolloin viittaus virka-aikaan olisi jossain määrin harhaanjohtava. Edellä terveydenhuoltolain 51 §:n säännöskohtaisissa perusteluissa on kuvattu, että virka-ajalla tarkoitetaan noin kello 8 ja 16 välistä aikaa. YTHS:n toimipisteet ovat tyypillisesti auki kello 8–16, ja puhelimella toimipisteisiin saa yhteyden kello 8–15 välisenä aikana. Yleisten juhlapyhien aattoina toimipisteet ovat tyypillisesti auki puoleenpäivään. Vaikka momentissa ei määritellä aukioloaikojen pituutta, ei YTHS saa rajoituksetta kaventaa aukioloaikoja potilaiden tarpeiden vastaisesti, vaan jatkossakin potilaalle tulee olla mahdollisuus saada yhteys toimipisteisiin sellaisina ajankohtina, joita yleisesti pidetään terveysterveyspalveluiden aukioloaikoina, eli aamukahdeksasta myöhäisiltapäivään. Juhlapyhien aattoina ja muissa erityistilanteissa aukioloajat voivat olla lyhyemmät.

Nykyisen käytännön mukaan ajanvaraus kaikkiin YTHS:n palveluihin ja alihankintakumppaneiden palvelupisteisiin tapahtuu YTHS:llä tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin kautta. Arviointi tehdään sähköisessä SelfChat-palvelussa tai puhelimitse. Arvioinnissa terveydenhuollon ammattihenkilö kartoittaa potilaan tilanteen, arvioi hoidon tarpeen ja hoidon kiireellisuuden sekä antaa itsehoito-ohjeita. YTHS:ssä on käytössä takaisinsoittojärjestelmä, jos toimipisteessä ei pystytä vastaamaan puhelimeen välittömästi. Yhteys YTHS:ään tulee saada saman päivän aikana. Hyväksyttävää on, että joillekin potilaille soitetaan takaisin vasta aukioloaikojen jälkeen samana päivänä, jos kaikkia yhteydenottoja ei ehditä käsitellä aukioloaikojen sisällä.

Nykyisen toimintamallin mukaan YTHS:n palveluissa sen jälkeen, kun hoidon tarve on arvioitu, hoito jatkuu potilaan moniammatillisessa vastuutiimissä, digitaalisissa palveluissa tai suunterveyden palveluissa. Palveluntarpeesta riippuen vastuutiimi ottaa potilaaseen yhteyttä, potilas saa vastaanottoajan tai potilas saa ajanvarauslupan. Kun potilaalle on annettu ajanvarauslupa tai kun potilas varaa jatkotapaamisaikaa, voi hän varata vastaanottoajan itsenäisesti Self-verkko-palvelussa.

Luonnollisesti muunkinlainen välittömän yhteydensaannin mahdollistava toimintatapa ja hoidon tarvetta koskevan arvioinnin malli on mahdollinen, jos YTHS myöhemmin toimintaa kehittäessään päätyy muunlaisiin tai näiden kanssa rinnakkaisiin muihin toimintamalleihin. Myös YTHS:n palveluissa on huolehdittava palveluiden saavutettavuudesta.

Pykälän 2 momentti koskisi sitä, millainen terveydenhuollon ammattihenkilö voi tehdä hoidon tarpeen arvioinnin. Perustelujen osalta viitataan terveydenhuoltolain 51 §:n 2 momentin säännökohtaisiin perusteluihin.

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvat vain terveydenhuoltolain 17 §:ssä ja asetuksessa 338/2011 määritellyt palvelut. Pykälän 3 momentissa ehdotetaan säädettävän YTHS:n velvoitteista, jos yhteydenoton perusteella ilmenee, ettei palvelu kuulu korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon piiriin. YTHS:n tulisi neuvoa opiskelijaa tällaisten palveluiden järjestäjistä ja palveluista. Käytännössä tämä tarkoittaa, että opiskelijaa on vähintään neuvottava ottamaan yhteys hyvinvointialueeseen, jolla on järjestämisvastuu hänen muusta terveydenhuollostaan. Säännös ei luo YTHS:lle velvoitetta seikkaperäisesti selostaa tai ennakoida sitä, millaisiin palveluihin potilaalla on oikeus terveydenhuoltolain nojalla, vaan tarkemmasta palveluihin liittyvästä neuvonnasta vastaa hyvinvointialue. Jos hoidon tarpeen arvion yhteydessä arvioidaan kiireellisen hoidon tarve, tulee potilas ohjata ottamaan yhteyttä hyvinvointialueen päivystykseen tai soittamaan hätäkeskukseen kiireellistä hoitoa saadakseen. Käytännössä YTHS jo nyt ohjaa opiskelijan muuhun palveluun, mikäli asia ei kuulu opiskeluterveydenhuollon piiriin.

Hoidon tarpeen arvion tekemisen yhteydessä arvioidaan ehdotetun 10 c §:n mukaisesti myös se, että pystytäänkö hoito antamaan säädettyjen määräaikojen kuluessa. Jos hoitoa ei pystytä toteuttamaan määräajassa, tulee YTHS:n hankkia palvelu alihankkijaltaan siten kuin 8 §:n 2 momentissa säädetään.

10 a §. Kiireettömään hoitoon pääsy. Pykälässä säädettäisiin hoitoon pääsystä opiskeluterveydenhuollon palveluihin. Pykälä vastaisi pääosin terveydenhuoltolain 51 a §:ää. Suun terveydenhuollon hoitoon pääsystä säädettäisiin 10 b §:ssä.

Pykälän 1 momentin mukaan 10 §:ssä tarkoitettussa yksiköllisessä arviossa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun opiskeluterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arvion seurauksena vuorokauden sisällä, jos opiskelijan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairaudesta vaikeutuminen,

uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Momentti vastaisi muuten terveydenhuoltolain ehdotettua 51 a §:n 1 momenttia, mutta siinä viitattaisiin opiskeluterveydenhuollon palveluihin ”perusterveydenhuollon” sijaan. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa annetaan perusterveydenhuollon palveluja.

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoon kuuluu terveydenhuoltolain 17 §:ssä määritelty palvelut. Mainitun 17 §:n mukaan opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvät perusterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelut, mukaan lukien mielenterveys- ja päihdetyö, ja seksuaaliterveyden edistäminen. Opiskeluterveydenhuoltoon kuuluu myös opiskelijan erityisen tuen tai tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen, opiskelijan tukeminen ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai -hoitoon ohjaaminen sekä psykoterapiaan ohjaamisen edellyttämä hoito ja lausunto. Asetuksen 338/2011 17 §:ssä täsmennetään näitä palveluja. Opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia terveyden- ja sairaanhoitopalveluja ovat mahdollisten mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaus. Lisäksi siihen kuuluvat seksuaaliterveyttä edistävät palvelut, jotka sisältävät seksuaalisuutta ja parisuhdetta koskevan neuvonnan, hedelmättömyyden ehkäisyn, seksuaalisen ja sukupuolisen suuntautumisen tukemisen, sukupuolitautien torjunnan ja seksuaalisen väkivallan ehkäisyn sekä seksuaaliterveyteen liittyvän muun neuvonnan ja tarvittaessa jatkohoitoon ohjauksen. Asetuksen 16 §:ssä säädetään, että neuvontaan kuuluu myös neuvonta raskauden ehkäisystä. Asetuksen 17 § sisältää lisäksi yleisen säännöksen, jonka mukaan opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvat muut perusterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoidon palvelut sekä jatkohoitoon ohjaus.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa Opiskeluterveydenhuollon opas 2021 -julkaisussa (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:14) ohjeistetaan opiskeluterveydenhuollon tehtävistä ja annetaan ohjeita niiden käytännön toimeenpanosta sekä suosituksia toimintakäytännöiksi. Oppaassa tarkennetaan muun muassa opiskeluterveydenhuollon palveluiden sisältöä ja kuvataan palvelut, jotka eivät kuulu opiskeluterveydenhuoltoon. Opiskeluterveydenhuoltoon kuulumattomia palveluja ovat oppaan mukaan muun muassa sairauksien diagnostiikkaan liittyvät erityistutkimukset, pitkäaikaissairauksiin liittyvät erikoissairaanhoidon määräämät seurantakäynnit ja -tutkimukset, joiden hoitovastuu on erikoissairaanhoidossa, terveydenhuoltolain 29 §:n mukainen lääkinnällinen kuntoutus ja lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelut.

Asetuksessa 338/2011 säädetään myös tarkemmin määräaikaista terveystarkastuksista (ks. 4 momenttia koskevat perustelut). Suun terveydenhuoltoa koskevat säännökset on esitelty 10 b §:n perusteluissa

Seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika koskisi terveydenhuoltolain 17 §:ssä ja asetuksen 338/2011 17 §:ssä tarkoitettuun opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia kiireettömän sairaanhoidon hoitotapahtumia, jotka liittyvät sairastumiseen, vammaan, pitkäaikaissairauden vaikeutumiseen, uusien oireiden esilletuloon tai toimintakyvyn alenemiseen, eikä siis kaikkia opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia palveluja. Kiireetön sairaanhoito perusterveydenhuollossa, myös siis opiskeluterveydenhuollossa, koskee oireiden, toimintakyvyn ja sairauksien tutkimuksia ja toteamista sekä niiden perusteella annettavaa hoitoa, ohjausta sekä hoitosuunnitelman laatimista.

YTHS:ssä on käytössä moniammatillinen hoidon tarpeen arvioinnin malli, jossa palveluntarpeesta riippuen vastuutiimi ottaa potilaaseen yhteyttä, potilas saa vastaanottoajan tai potilas saa ajanvarausluvan. Seitsemässä vuorokaudessa tulisi toteuttaa sellainen ensimmäinen hoitotapahetki, jossa jo toteutetaan hoitotoimenpiteitä, eli pelkästään se, että vastuutiimi on arvioinut

potilaan tilannetta keskenään ja ottanut potilaaseen yhteyden ajanvarauksen tekemiseksi, ei täyttäisi momentissa säädettyjä velvoitteita. Nämä hoitotapahtumat voidaan kuitenkin toteuttaa eri tavoin eli käytännössä vastaanotolla, puhelimitse tai etäyhteydellä, eli hoitokin voi alkaa jo samassa yhteydessä, kun potilaaseen otetaan yhteyttä. Hoidon antamisen tavasta sovitaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Hoitoon pääsyn määräajat ovat enimmäisaikoja ja yksilöllisessä hoidon tarpeen arvioinnissa arvioidaan myös se, tarvitseeko potilas hoitoa nopeammin kuin lain edellyttämässä enimmäisajassa.

Momentin perustelujen osalta viitataan myös terveydenhuoltolain 51 a §:n 1 momentin perusteluihin. Mainituissa perusteluissa mainitaan mahdollisuus kotikäyntien tekemiseen. YTHS ei tee kotikäyntejä.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin tilanteesta, jossa opiskelija on ohjattu ensin muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, mutta ammattihenkilö tutkimus- tai hoitotapahtuman yhteydessä toteaa, että opiskelija tarvitseekin lääkärin antamaa hoitoa. Tässä tilanteessa lääkärin vastaanotto on järjestettävä muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden sisällä, ellei todettua tarvetta voida hoitaa saman hoitotapahtuman yhteydessä. Jos opiskelijan terveysongelma ei tule hoideksi hoitokäynnillä, tutkimusten ja hoidon tarpeesta on laadittava tutkimus- tai hoitosuunnitelma, tai jos tällainen suunnitelma esimerkiksi pitkäaikaissairaudesta johtuen jo on, tarpeen mukaan päivitettävä sitä. Velvoitteesta suunnitelman laatimiseen säädetään potilaslain 4 a §:ssä.

Pykälän 2 momentin sääntelyn tarkoituksena on varmistaa, että potilaat ohjataan heidän tarpeidensa mukaiseen hoitoon uudistuksen tavoitteiden mukaisesti. Lain 10 ja 10 a §:n tulkinnassa on otettava huomioon potilaslain 3 §:n sääntely potilaan oikeudesta hänen terveydentilansa edellyttämään hoitoon, sekä oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Lisäksi tulkinnassa on otettava huomioon YTHS-lain 9 §:n sääntely, jonka mukaan Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön on palveluja tuottaessaan huolehdittava palveluverkon toimivuudesta, resursoinnista, toiminnan kehittämisestä, ammattihenkilöstön riittävydestä ja osaamisesta, palvelujen saatavuudesta ja saavutettavuudesta sekä ammattimaisesta johtamisesta ja omavalvonnasta. Näin ollen lainsäädännön velvoitteiden vastaista olisi kiertää hoitoon pääsyn sääntelyä esimerkiksi siten, että potilaita tietoisesti ohjataan heidän terveydentilansa ja tarpeidensa vastaisesti hoitajavastaanoille, jos potilaalla on tarve lääkärikäynnille.

Hoitoa toteutettaessa voi selvitä, että potilas tarvitsee sellaista jatkohoitoa tai muita palveluita, jotka eivät kuulu korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoon. Terveydenhuoltolain 17 §:n ja asetuksen 338/2011 17 §:n mukaan Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tehtäviin kuuluu jatkohoitoon ohjaus.

Pykälän 3 momentissa säädettäisiin tilanteista, joita 1 ja 2 momentissa tarkoitettut seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräajat eivät koske.

Seitsemän vuorokauden määräajassa järjestettävään perusterveydenhuollon kiireettömään sairaanhoitoon eivät 3 momentin mukaan kuuluisi hoitosuunnitelman mukaiset, tietyn ajanjakson päähän suunnitellut hoitotapahtumat. Käytännössä esimerkiksi 10 §:ssä tarkoitettun arvioinnin perusteella potilasta ei suoraan lähetetä terapeutin luokse psykoterapiapalveluissa, vaan lääkäri arvioi terapiapalveluiden tarpeen. Jatkohoidosta laaditaan hoitosuunnitelma, ja hoito toteutetaan suunnitelman mukaisesti.

YTHS:ssä työskentelee pääosin lääkäreitä ja yleislääketieteen erikoislääkäreitä. Muista erikoislääkäreistä YTHS:ssä työskentelee psykiatreja ja ihotautilääkäreitä. Heidän roolinsa on konsultoida muita lääkäreitä. Psykiatrit pitävät tietyissä tilanteissa myös vastaanottoja. Tällä hetkellä

käydään keskustelua siitä, kuuluvatko ihotautilääkäreiden konsultaatiopalvelut jatkossa YTHS:n palveluvalikoimaan. Joka tapauksessa erikoislääkäripalveluja ei koske seitsemän vuorokauden määräaika. Pääsy psykiatrin vastaanotolle YTHS:n nykyisissä käytännöissä edellyttää, että yleislääkäri ohjaa opiskelijan erikoislääkärille. Seitsemän vuorokauden määräaika ei koskisi pääsyä myöskään psykologin vastaanotolle. Psykologin vastaanotolle opiskelijan ohjaa psykiatri tai yleislääkäri. Sinänsä hoitoketjujen vuoksi hoito erikoislääkärille tai psykologille tapahtuu siis hoitosuunnitelman mukaisesti, eli kyse olisi edellisessä kappaleessa eritellyistä tilanteista. Määräaika ei myöskään koskisi hoitotapahtumia, jotka tehdään yksinomaan terveydenhuollossa laadittavan todistuksen tai lausunnon saamiseksi. Tätä rajausta on käsitelty terveydenhuoltolain 51 a §:n 3 momentin perusteluissa.

Pykälän 1 momentin mukaan hoitoon pääsyn määräaika koskisi tilanteita, joissa hoitoon hakeutumisen syy on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen. Tämä sääntely rajaa seitsemän vuorokauden määräajasta ilman nimenomaisia erityissääntelyitäkin pois palveluita, joita annetaan opiskeluterveydenhuollossa. Seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaikaan eivät sisältyisi erinäiset terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvät palvelut. Määräaika ei koskisi yksilöllisen tarpeen mukaisia terveystarkastuksia, terveysneuvontaa eikä muita seksuaaliterveyttä edistäviä palveluja kuin sairaanhoidollisia palveluita. Ilmaisuihin ”muut seksuaaliterveyttä edistävät palvelut kuin sairaanhoidolliset palvelut” viittaa siihen, että seitsemän vuorokauden määräaika koskee esimerkiksi sukupuolitautilien hoitoa, mutta ei seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa erillisenä palveluna. Sukupuolitautilien hoitoon liittyvään hoitokäyntiin voi toki samalla liittyä tällaista neuvontaa.

Pykälän 4 momentissa säädettäisiin hoitoon pääsystä niissä palveluissa, joita ei koske seitsemän vuorokauden määräaika. Sääntelyssä keskeisesti tarkoitetaan siis 3 momentissa ja mainitun momentin perusteluissa edellä tarkoitettuja palveluita. Näissä palveluissa ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä opiskelijan terveydentila, opiskelu-, työ- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja ennakoitavissa oleva sairauden tai vamman kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa 10 §:n mukaisesta arviosta taikka hoitosuunnitelman mukaisesti.

Ilmaisu ”järjestettävä opiskelijan terveydentila, palveluiden tarve, opiskelu-, työ- ja toimintakyky ja ennakoitavissa oleva sairauden tai vamman kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden sisällä 10 §:n mukaisesta arviosta” ei ole tarkoitettu tulkitettavan siten, että lainsäädännön edellytykset automaattisesti toteutuvat, kunhan hoito järjestetään viimeistään kolmen kuukauden päästä. Säännöksessä nimenomaisesti edellytetään suhteuttamaan palvelun saamisen ajankohta potilaan terveydentilaan, palveluiden tarpeeseen, toimintakykyyn ja sairauden ja vamman kehitykseen, ja kolme kuukautta on enimmäisaika.

On myös muita tilanteita, joissa palvelu on tarjottava tietyssä kolmea kuukautta huomattavastikin nopeammassa aikajaksossa, vaikkei palvelua koske seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika. Esimerkiksi raskauden ehkäisyn aloittamiseen liittyvät palvelut voivat vaatia nopeaa vastaanottoaikaa.

Sääntely siitä, että palvelu järjestetään hoitosuunnitelman mukaisesti, ei luonnollisesti oikeuta rytmittämään hoitokäyntejä hyvän hoitokäytännön vastaisesti.

Terveydenhuoltolain 51 a §:n 4 momentin perusteluissa on kuvattu sitä, että rokotuksien osalta riippuu tilanteesta, soveltuuko 4 momentin mukainen hoitoon pääsyn määräaika vai ei. Myös opiskeluterveydenhuollossa voidaan antaa kansalliseen rokotusohjelmaan kuuluvia rokotuksia.

Opiskeluterveydenhuollossa rokotuksien antamiseen pääsääntöisesti soveltuu 4 momentin sääntely, ellei sitten jossain tartuntatautilain nojalla annettavassa säädöksessä tai muussa säädöksessä erikseen säädetä rokotteiden antamiseen liittyvästä järjestyksestä tai muusta rokotteiden antoa määrittävästä erityisjärjestelystä, ja YTHS osallistuu tällaisten rokotusten antamiseen. Tartuntatautilain 48 §:n 3 momentin mukaan opiskelijaterveydenhuollon on huolehdittava, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä työharjoitteluun osallistuvilla opiskelijoilla on rokotussuoja pykälän 2 momentissa tarkoitettu rokotussuoja tuhkarokkoa, vesirokkoa, influenssaa ja hinkuyskää vastaan. Näitä rokotuksia annettaessa soveltuu 4 momentin hoitoon pääsyä koskeva sääntely. Rokotteet tulee antaa sellaisella aikataululla, että opiskelija voi tosiasiallisesti osallistua työharjoitteluun. Matkailuun liittyvät rokotteet opiskelija hankkii itse, mutta ne annetaan opiskeluterveydenhuollossa. Hoitoaikaa 4 momentin mukaisesti annettaessa on kohtuullista varmistaa, että matkaa varten otettava rokotus annetaan siten, että matka voidaan toteuttaa, erityisesti kun kyse on vaihto-opiskeluun liittyvästä rokottamisesta. Luonnollisesti myös opiskelijalla on vastuu olla asiassa ajoissa liikkeellä. Joidenkin opiskelijoiden kohdalla ikäkauteen (25 v) osuu kurkkumätä-jäykkäkouristusrokotteen tehosteannoksen antaminen.

Kausi-influenssarokotteiden antaminen järjestetään YTHS:ssä nyt joko ajanvarauksella tai siten siten, että järjestetään joukkorokotuspäiviä. Kausi-influenssarokotteiden antaminen sijoittuu tyypillisesti loppusyksyyn ja alkuvuoteen, mikä luonnollisesti rajaa sitä, ettei YTHS:llä ole velvoitetta antaa rokotetta muuten kuin silloin, kun influenssarokotteita annetaan Suomessa.

Asetuksen 338/2011 9 §:n mukaan korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa on järjestettävä ensimmäisenä opiskeluvuonna terveystarkastus, jonka perusteella tehdään tarvittaessa terveystarkastus. Koska kyse on kutsuun perustuvasta terveystarkastuksesta eikä opiskelijan omasta hoitoon hakeutumisesta ja sen nojalla tehtävästä hoidon tarpeen arviosta, ei tällaisiin terveystarkastuksiin sovelleta hoitoon pääsyn määräaika sääntelyä, ei siis myöskään siis 4 momentin sääntelyä.

Ehdotetun 10 §:n ja edellä kuvattujen 1–4 momenttien sääntely on kirjoitettu lähtökohdasta, jossa opiskelija ottaa itse yhteyttä YTHS:ään jonkin terveysongelman kanssa ja tästä käynnistyy arvio hoidon tarpeesta ja hoidon järjestäminen. On kuitenkin tilanteita, jossa tarve tutkimukselle tai hoidolle havaitaan YTHS:ssä silloin, kun opiskelija on saamassa hoitoa tai palveluita muun asian takia. Myös opiskeluterveydenhuollossa tehtävässä terveystarkastuksessa voi tulla esiin jokin opiskelukykyyn liittyvä asiaan, joka vaatii jatkotutkimuksia tai hoitoa, tai tarkastuksessa muuten voi tulla ilmi muu terveysongelma, jota terveystarkastus ei suoranaisesti kartoittanut. Tällaisissa tilanteissa hoitoon soveltuisi edellä kuvattujen 1–4 momenttien säännökset hoitoon pääsyn määräajoista ja tapauksen mukaan hoitosuunnitelman mukaisesta jatkohoidosta. Asiasta säädettäisiin selvyyden vuoksi 5 momentissa.

10 b §. Hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa. Pykälä vastaisi pitkälti terveydenhuoltolain 51 b §:ää. Pykälän 1, 2 ja 5 momentissa viitattaisiin tutkimuksen tai hoidon tarpeen arvion osalta terveydenhuoltolain 51 §:n sijaan saman sisältöiseen YTHS-lain 10 §:ään ja käytetään sanaa ”opiskelija” sanan ”potilas” sijaan. Pykälän 6 momentissa viitataan neuvolapalvelujen tai koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sijaan pelkästään opiskeluterveydenhuoltoon. Muilta osin pykälä on identtinen terveydenhuoltolain 51 b §:n kanssa ja pykälän perustelujen osalta viitataan terveydenhuoltolain 51 b §:n perusteluihin.

Terveydenhuoltolain 17 §:n sekä asetuksen 338/2011 10 §:n 4 kohdan mukaan opiskelijalle tulee järjestää vähintään kerran opiskeluaikana suun terveystarkastus, jossa selvitetään suun terveysneuvonnan ja palvelujen tarve. YTHS:n nykyinen käytäntö on, että opiskelija ohjataan tä-

hän tarkastukseen hammaslääkärille. Hammaslääkäri tekee diagnoosit ja laatii opiskelijalle yksilöllisen hoitosuunnitelman, jossa huomioidaan suun terveydenhuollon eri ammattilaisten taroituksenmukainen työnjako.

Koska se, että tarkastuksen tekee hammaslääkäri, ei ole lakisääteistä, 6 momentissa terveydenhuoltolain 51 b §:n 6 momenttia vastaavasti säädettäisiin siitä, että jos opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun terveystarkastuksen suorittaa muu terveydenhuollon ammattihenkilö kuin hammaslääkäri, ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille on järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta. Näin varmistetaan hammaslääkärille pääsy kohtuullisessa ajassa.

10 c §. *Arvio mahdollisuudesta tuottaa palvelut määräajassa.* Pykälässä säädettäisiin velvoitteesta arvioida 10 §:ssä tarkoitetun arvion yhteydessä se, pystyykö YTHS tuottamaan hoidon 10 a ja 10 b §:ssä tarkoitetuissa määräajoissa. Lisäksi pykälässä olisi informatiivinen viittaus lain 8 §:n 2 momenttiin. Mainitun lainkohdan mukaan YTHS:n on tuotettava opiskeluterveydenhuollon palvelut pääosin omana toimintanaan. Jos tämän lain mukaista tuottamisvelvollisuutta ei voida muuten toteuttaa, YTHS 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. Käytännössä sääntely tarkoittaa, että jos YTHS ei pysty itse tuottamaan palveluja laissa säädetyissä määräajoissa, on sen ostettava niitä ostopalveluina.

10 d §. *Tietojen julkaiseminen.* Pykälässä säädettäisiin YTHS:n velvoitteesta julkaista yleisessä tietoverkossa eli internetissä tunnusluvut eli tiedot hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumisesta. Tiedot tulisi julkaista kustakin YTHS:n toimipisteestä. Tiedot julkaistaisiin kuukausittain edellistä kalenterikuukautta koskien.

Pykälä vastaisi terveydenhuoltolain muutettavaksi ehdotettavaa 55 §:ää. Myös YTHS julkaisisi jatkossa sivuillaan THL:n tuottamat tiedot hoitoon pääsystä, eikä siis julkaisisi tietoa vain omaan tiedonkeruuseensa perustuen. Myös YTHS:n osalta THL:n oikeus saada hoitoon pääsyä koskevia tietoja perustuu THL-lain 5 §:ään, jonka mukaan THL:llä on oikeus saada lakisääteisten tehtäviensä (muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan seuranta ja arviointi) toteuttamiseksi muun muassa palveluja tuottavilta sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluita koskevia tietoja, muun ohella palvelun antamisen aloittamis- ja päättymisajankohdasta, palvelun antamisen perusteesta ja saatavuudesta sekä palvelun tarpeesta, lajista ja määrästä. Myös mainitun lain 5 c §:ssä säädetään tiedonkeruista. Pykälän perustelun osalta viitataan terveydenhuoltolain 55 §:n perusteluihin.

7.4 Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain väliaikaisesta muuttamisesta

10 a §. *Kiireettömään hoitoon pääsy.* Pykälän perustelujen osalta viitataan terveydenhuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain 51 a §:n perusteluihin.

10 b §. *Hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa.* Pykälän perustelujen osalta viitataan terveydenhuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain 51 b §:n perusteluihin.

7.5 Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki

17 §. *Terveystieteiden ja lääkärin tavoitettavuus koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa.* Pykälän 2 momentissa on pykäläviittaus siihen, että hoidon tarpeen arviointia ja hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettua hoitoa on järjestettävä terveydenhuoltolain 51 §:n mukaisesti. Pykäläviittaus päivitetäisiin vastaamaan terveydenhuoltolain uutta sääntelyä eli pykälässä viitattaisiin jatkossa 51 a ja 51 b §:ään. Lisäksi 51 §:n ehdotettua sääntelyä vastaavasti sääntely siitä, että toiminta on järjestettävä siten, että opiskelijalla on mahdollisuus saada yhteys opiskeluterveydenhuoltoon ”välittömästi” muutettaisiin muotoon ”saman päivän aikana”.

7.6 Vankeuslaki

10 luku Sosiaali- ja terveydenhuolto

1 §. *Vangin terveyden- ja sairaanhoito.* Lain 10 luvun 1 §:ään ehdotetaan lisättäväksi säännökset terveydenhuoltolain hoitoon pääsyn sääntelyn noudattamisesta vankiterveydenhuoltoa järjestettäessä. Pykälän uudessa 3 momentissa säädettäisiin, että Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämissä vankiterveyshuoltoon kuuluvissa terveyden ja sairaanhoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen palveluissa hoitoon pääsyyn noudatetaan, mitä terveydenhuoltolain 51, 51 a, 51 b ja 52 –54 §:ssä säädetään hoitoon pääsystä. Mitä mainituissa pykälissä säädetään hyvinvointialueesta, koskisi Vankiterveydenhuollon yksikköä vankeuslakia sovellettaessa.

Momentissa olisi lisäksi tarkentava säännös terveydenhuoltolain 51 §:n soveltamista siltä osin, kuin kyse on yhteyden saamisesta perusterveydenhuollon palveluissa, jotta vanki saa yksilöllisen arvion hoidon tarpeesta. Vankiterveydenhuollon yksikön olisi järjestettävä toiminta siten, että vanki voi saada yhteyden vankilan poliklinikkaan tai Vankiterveydenhuollossa yksikössä toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön. Tällä hetkellä yhteys vanki ottaa yhteyden vankilan poliklinikkaan siten, että vanki täyttää paperisen yhteydenottolomakkeen, jonka Rikosseuraamuslaitoksen vartija toimittaa poliklinikalle. Viittaus erikseen myös Vankiterveydenhuollossa yksikössä toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön ehdotetaan lisättäväksi siksi, että jos toimintaa kehitetään esimerkiksi siten, että tällaisia hoidon tarpeen arvioita tehdään tulevaisuudessa ainakin osittain sähköisesti keskitetysti Vankiterveydenhuollon yksikössä, sanamuoto ei estäisi tällaista toimintamallia.

Tämä hallituksen esitys koskee pääosin perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentamista. Koska vankiterveydenhuollossa ei tällä hetkellä säädetä lainkaan hoitoon pääsyn määräaikojen noudattamisesta, viitattaisiin 3 momentissa myös terveydenhuoltolain erikoissairanhoidon hoitoon pääsyä koskeviin 52 ja 53 §:ään. Sen sijaan pykälässä ei viitattaisi terveydenhuoltolain 51 c §:ään, jossa säädetään hoitoon pääsystä perusterveydenhuollon yhteydessä annettavassa erikoissairanhoidossa. Tällainen toimintamalli ei ole käytössä vankiterveydenhuollossa.

Pykälän 4 momentissa säädettäisiin Vankiterveydenhuollon yksikön velvoitteesta julkaista hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumista koskevat tunnusluvut vankiterveydenhuoltoa koskien. Pykälä vastaisi keskeisiltä ehdotuksiltaan terveydenhuoltolain muutettavaksi ehdotettavaa 55 §:ää. Myös Vankiterveydenhuollon yksikkö julkaisisi jatkossa sivuillaan THL:n tuottamat tiedot hoitoon pääsystä, eikä siis julkaisisi tietoa vain omaan tiedonkeruuseensa perustuen. Myös Vankiterveydenhuollon yksikön osalta tiedon keruu perustuu THL-lain 5 §:ään, jonka mukaisesti THL kerää lakisääteisten tehtäviensä (muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan seuranta ja arviointi) toteuttamiseksi muun muassa sosiaali- ja terveystietoa julkaisemalla

viranomaisilta sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoidon ja avopalveluita koskevia tietoja, muun ohella palvelun antamisen aloittamis- ja päättymisajankohdasta, palvelun antamisen perusteesta ja saatavuudesta sekä palvelun tarpeesta, lajista ja määrästä. Myös mainitun lain 5 c §:ssä säädetään tiedonkeruista. Pykälän perustelujen osalta viitataan terveydenhuoltolain 55 §:n perusteluihin.

Vankiterveydenhuollon yksikön tulisi julkaista tunnusluvut kustakin sairaalastaan ja vankilan poliklinikasta erikseen. Edellä esityksen jaksossa 2.3.10 on kuvattu sitä, että Vankiterveydenhuolto käytännössä ostaa kaikki somaattisen erikoissairaanhoidon palvelut sairaanhoitopiireiltä, eli jatkossa hyvinvointialueilta. Koska tällaisessa tilanteessa hoitoon pääsyä koskevat tiedot eivät ole kohdennettavissa mielekkäällä tavalla tiettyyn terveydenhuollon toimipisteeseen, erikoissairaanhoidon ostopalvelujen hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumista koskevat tunnusluvut julkaistaisiin koko Vankiterveydenhuollon yksikköä koskien.

Momentissa olisi lisäksi vankiterveydenhuoltoa koskeva erityissäännös tunnuslukujen julkaisutapaa koskien. Jotta myös vangeilla olisi mahdollista nähdä tiedot, tulisi tiedot julkaista internetin lisäksi myös vankiloissa siten, että ne ovat vankien saatavilla. Tiedot voitaisiin julkaista esimerkiksi ilmoitustaululla.

Pykälän 4 momentissa olisi lisäksi terveydenhuoltolain 55 §:n 3 momenttia vastaava asetuksen-antovaltuutus.

Pykälän voimassa oleva 3 momentti siirtyisi muuttumattomana uudeksi 5 momentiksi.

7.7 Tutkintavankeuslaki

6 luku Sosiaali- ja terveydenhuolto

1 §. Tutkintavangin terveyden- ja sairaanhoito. Pykälään ehdotetaan voimassa olevaan pykälään nähden lisättäväksi uudet 3 ja 4 momentti koskien hoitoon pääsyä Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämässä terveydenhuollossa. Momenteissa viitattaisiin niihin terveydenhuoltolain pykäliin, joissa säädetään hoitoon pääsystä. Momentit vastaisivat ehdotettuja vankeuslain 10 luvun 1 §:n uusia 3 ja 4 momentteja, joten niitä koskevien perusteluiden osalta viitataan vankeuslain perusteluihin.

Pykälän voimassa oleva 3 momentti siirtyisi 5 momentiksi. Pykälän voimassa olevassa 3 momentissa säädetään, että sen lisäksi, mitä 1 momentissa säädetään (terveyspalveluiden järjestämisestä), alle 18-vuotiaalle tutkintavangille on pyynnöstä tehtävä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön tarkastus terveydentilan selvittämiseksi ilman aiheutonta viivästystä, jollei tarkastuksen tekeminen ole ilmeisen tarpeetonta. Momenttiin ehdotetaan lisättäväksi viittaus myös uuteen 3 momenttiin, koska jatkossa myös 3 momentissa olisi palveluiden järjestämisen kannalta oleellista sääntelyä. Pykälän 5 momentissa oleva säännös terveystarkastuksen järjestämisestä on erityissäännös terveydenhuoltolain hoitoon pääsyn määräaikoja koskevaan sääntelyyn. Ruotsinkieliseen versioon tehdään stilistisen sanamuutos.

Koska pykälään lisättäisiin uusia momentteja ja muutettaisiin yhtä voimassa olevaa momenttia, ehdotetaan pykälä annettavaksi kokonaan uudestaan. Pykälän voimassa olevat 1 ja 2 momentti säilyisivät muuttumattomina. Pykälän voimassa oleva 4 momentti siirtyisi muuttumattomana 6 momentiksi.

Vankeuslain ja tutkintavankeuslain osalta ei ehdoteta säädettävän väliaikaisesti voimassa olevaa lakia, jolla toteutettaisiin hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentaminen ajallisesti vaiheittain, kuten terveydenhuoltolain ja YTHS-lain osalta ehdotetaan tehtäväksi. Tämä johtuu siitä, että vankeuslaki ja tutkintavankeuslaki viittaavat terveydenhuoltolain pykäliin, jolloin suoraan sovelletaan kulloinkin voimassa olevia terveydenhuoltolain säännöksiä. Myös vankiterveydenhuoltoa kuitenkin siis koskisi sama ajallisesti vaiheittain tiukentuva hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentuminen perusterveydenhuollossa.

7.8 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

4 §. Pääsy hoitoon. Pykälän 1 momentin mukaan potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy ilmoitettava potilaalle välittömästi. Lisäksi 1 momentin viimeinen virke on informatiivinen säännös, jonka mukaan hoitoon pääsystä ja hoidon järjestämisestä kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yksiköissä säädetään erikseen terveydenhuoltolaissa.

Hoitoon pääsyn määräajoista säädetään jatkossa terveydenhuoltolain lisäksi YTHS-laissa, ja säännöksiä sovellettaisiin myös vankiterveydenhuollossa. Lisäksi ilmaisu ”hoitoon pääsy ja hoidon järjestäminen” on laajempi, kuin vain hoitoon pääsyn määräaikoja koskeva sääntely. Hoitoon pääsystä ja hoidon järjestämisestä säädetään myös esimerkiksi terveydenhuollosta Puolustusvoimissa annetussa laissa. Potilaslain soveltamisala ei rajaudu vain hyvinvointialueiden järjestämään terveydenhuoltoon, joten viittaus on muutenkin tarpeettoman kapea. Koska ei ole tarkoituksenmukaista luetella pykälässä eri lakeja, joissa hoitoon pääsystä ja hoidon järjestämisestä säädetään, ehdotetaan 1 momentin viimeinen virke muutettavaksi muotoon ”hoitoon pääsystä ja hoidon järjestämisestä säädetään erikseen”.

Pykälän ruotsinkielinen otsikko ehdotetaan muutettavaksi.

8 Lakia alemman asteinen sääntely

Terveydenhuoltolain 55 §:ssä, YTHS-lain 10 d §:ssä, vankeuslain 10 luvun 1 §:n 4 momentissa ja tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n 4 momentissa säädettäisiin hyvinvointialueiden, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön ja Vankiterveydenhuollon yksikön velvoitteesta julkaista hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumista kuvaavia tietoja. Asetuksella voitaisiin säätää tarkemmin hoitoon pääsyn tunnusluvuista, jotka on julkaistava.

Säädöstasoksi ehdotetaan sosiaali- ja terveysministeriön asetusta. Voimassa olevassa laissa tarkempia säännöksiä voidaan antaa valtioneuvoston asetuksella. Hoitoon pääsyn määräajoista tarkemmin säätämisen arvioidaan olevan toiminnan käytännön toteuttamiseen liittyvä kokonaisuus, jossa säännökset voidaan antaa ministeriön asetuksella. Säädöstaso on linjassa sotejärjestämislain 29 §:n kanssa, jonka mukaan palveluiden saatavuutta koskevien tietojen vähimmäistietosisällöistä voidaan säätää sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

9 Voimaantulo

Ehdotetaan, että lait tulevat voimaan 1.9.2023 kuitenkin siten, että 1. lakiehdotuksen 51 a ja 51 b § ja 3. lakiehdotuksen 10 a ja 10 b § tulevat voimaan 1.11.2024. Väliaikaisesti voimassa olevat 2. ja 4. lakiehdotus ehdotetaan olevan voimassa 1.9.2023–31.10.2024. Tällaisilla voimaantuloajoilla toteutettaisiin se, että hoitoon pääsyn määräajat tiukentuisivat vaiheittain siten, että ajalla 1.9.2023–31.10.2024 on voimassa perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa 14 vuorokauden ja perusterveydenhuollon suun terveydenhuollossa neljän kuukauden hoitoon pää-

syn määräaika, ja 1.11.2024 tulisi voimaan perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa seitsemän vuorokauden ja perusterveydenhuollon suun terveydenhuollossa kolmen kuukauden hoitoon pääsyn määräaika.

10 Toimeenpano ja seuranta

Esityksen toimeenpanoa tukee Tulevaisuuden sosiaali- ja terveysterveyskeskus -ohjelma²⁸. Ohjelmaa on esitelty jaksossa 2.2.1.

Hoitoonpääsyn tietopohjan parantamista tehdään erillisissä kehittämishankkeissa valtionrahoituksella. Tämä tukee yhdenmukaisen, vertailukelpoisen tietopohjan saatavuutta tulevaisuudessa eri tiedon hyödyntämistarkoituksia varten.

Vakiintuneena toimintana ja myös pidemmällä aikavälillä esityksen seuranta ja jälkiarviointi kytkeytyvät Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sosiaali- ja terveydenhuollon vuosittaiseen arviointitoimintaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tekee sosiaali- ja terveysterveysterveysministeriön tulossopimuksen mukaisesti arvioinnit eri alueiden sosiaali- ja terveysterveyspalveluista. Arvioinnin kohteina ovat muun muassa yhdenvertainen saatavuus ja kustannustehokas toteutus. Palvelujen onnistunutta toteutusta alueilla tarkastellaan tehtäväkokonaisuuksittain (mukaan lukien perusterveydenhuollon palvelut) ja palvelujärjestelmää arvioidaan läpileikkaavien ulottuvuuksien kautta.

Valvovat viranomaiset eli aluehallintovirastot ja Valvira seuraavat hoitoonpääsyä perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa säännönmukaisesti osana tavanomaista valvontaohjelmaansa.

Esityksessä kuvattuja muihin toimintoihin oletettuja vaikutuksia pystytään arvioimaan useasta lähteestä. Kelan tietopohjan kautta voidaan analysoida yksityiseen terveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon aiheutuneita vaikutuksia. Hyvinvointialueiden on mahdollista analysoida päivystykseen, sairaalahoitoon ja erikoissairaanhoitoon aiheutuneita vaikutuksia osana tietojohdantamista muun muassa läheteiden määrän, toteutuneiden käyntien, hoitajaksojen ja -päivien kautta.

11 Suhde muihin esityksiin

11.1 Esityksen riippuvuus muista esityksistä

Hallituksen esitykseen HE 56/2021 vp sisältyy laki terveydenhuoltolain muuttamisesta, jossa lakiin ehdotetaan tehtäväksi tekniset muutokset, eli esimerkiksi viittaukset kuntaan ja sairaanhoitopiiriin muutettaisiin viittaamaan hyvinvointialueeseen. Tämän hallituksen esityksen eduskuntakäsittelyn yhteydessä on hoitoon pääsyä koskeva sääntely terveydenhuoltolaissa (HE 56/2021 vp 51–55 §; tämän hallituksen esityksen 51, 51a–c, 54 ja 55 § ja 69 §:n 2 momentti) sovitettava yhteen erityisesti 1. lakiehdotuksen johtolauseen osalta, jos eduskunta hyväksyy 1. lakiehdotuksen.

Eduskunta hyväksyi 29.4.2022 hallituksen esitykseen laiksi oppilas- ja opiskelijahuoltolain muuttamisesta sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi (HE 19/2022 vp) sisältyvät lait, ja hyväksyi muutoksen YTHS-lain 8 §:ään. Tässä esityksessä YTHS-lain 10 c §:ssä ehdotetaan viitattavan 8 §:n 2 momenttiin. Tämä momenttiviittaus muuttuu eduskunnan hyväksymän lakimuutoksen

²⁸ <https://soteuudistus.fi/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma>

myötä viittaukseksi 8 §:n 3 momenttiin. Mainittua lakia ei ole vielä vahvistettu. Eduskunnassa on korjattava momenttiviittaus tämän hallituksen esityksen käsittelyn yhteydessä, jos eduskunta hyväksyy tähän esitykseen sisältyvän YTHS-lain 8 §:n muuttamisen.

11.2 Suhde talousarvioesitykseen

Esitys liittyy vuoden 2023 talousarvioon. Esityksen jaksossa 4.2.1 (Taloudelliset vaikutukset) alajaksossa ”Vaikutukset valtion talouteen” on tehty selkoa vaikutuksista valtion talouteen, eli hyvinvointialueiden, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön, Vankiterveydenhuollon yksikön, Rikosseuraamuslaitoksen, aluehallintovirastojen sekä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston tarvitsemista lisäresursseista esityksen toimeenpanemiseksi. Samassa jaksossa on esitetty vaikutukset vuosille 2024–2026.

Julkisen talouden suunnitelmassa vuosille 2023–2026 hallitus sopi, että seitsemän päivän hoitotakuun kiristämiseen on varattu 95 miljoonaa euroa vuodelle 2023. Määrärahavaraus kasvaa 130 miljoonaa euroon JTS-kaudella. Yksityiskohdat täsmentyvät hallituksen esityksen valmistelun yhteydessä.

Esityksen vaikutukset valtion talouteen vuonna 2023 (72,7 miljoonaa euroa vuoden 2023 tasossa) alittavat yhteensä julkisen talouden suunnitelman yhteydessä sovitun 95 miljoonaa euroa.

Julkisen talouden suunnitelmassa hoitotakuun toteuttamiseksi tarvittavat lisäresurssit on merkitty valtion yleiskatteelliselle valtiovarainministeriön momentille. Vuodelle 2024 on suunnitelmassa laskettu 110 miljoonan euron rahoitus. Tämä ylittyy 6,8 miljoonalla eurolla. Vuoden 2025 rahoitus ylittää 0,2 miljoonalla eurolla sovitun 130 miljoonan euron rahoituksen. Hallituksen esityksen eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain ja ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista annetun lain muuttamisesta sekä niihin liittyviksi laeiksi (HE 231/2021 vp) käsittelyn yhteydessä perustuslakivaliokunta kehotti sosiaali- ja terveysvaliokuntaa poistamaan esityksestä tai täsmentämään merkittävästi niin sanottua turva-auttamispalvelua (1.lakiehdotuksen 19 b §) koskevan lakiehdotuksen. Jos eduskunta päätyy poistamaan ehdotuksen, sille ehdotettu rahoitus (nettoperusteisesti 6,7 miljoonaa/vuosi, turva-auttamispalvelun muuttuminen hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle sekä turva-auttamispalvelun kelpoisuuskriteerien asettaminen) voitaisiin kohdentaa kompensoimaan ylitystä. Nämä muutokset on tehtävä julkisen talouden suunnitelmaan vuoden 2024–2027 suunnitelman valmistelun yhteydessä sekä myös kohdennettava eri viranomaisille ja YTHS:lle aiheutuvat kustannukset niiden omille momenteille. Kohdennukset vuodelle 2023 toteutetaan talousarvioesityksen yhteydessä.

12 Suhde perustuslakiin ja sääätämisjärjestys

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevia, tämän hallituksen esityksen kannalta erityisen keskeisiä, 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 (SopS 60/1991).

TSS-sopimuksen 12 artiklassa määrätään siitä, 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 kaikkiin soveltuvin keinoin ja varsinkin lainsäädäntötoimenpitein tässä yleissopimuksessa tunnustettujen oikeuksiensa toteuttamiseksi asteittain kokonaisuudessaan.

TSS-sopimuksen 2 artiklan 2 kohdassa määrätään, että sopimusvaltiot sitoutuvat takaamaan, että yleissopimuksessa mainittuja oikeuksia käytetään ilman minkäänlaista rotuun, väriin, sukupuoleen, kieleen, uskontoon, poliittiseen tai muuhun mielipiteeseen, kansalliseen tai yhteiskunnalliseen alkuperään, omaisuuteen, syntyperään tai muuhun seikkaan perustuvaa syrjintää.

Taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitea (TSS-komitea) esittää yleiskommentissa nro 14²⁹ tulkintansa ihmisarvoista elämää edistävästä jokaisen oikeudesta nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielen terveydestä. 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 riittävässä määrin saatavilla sopimusvaltiossa.

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.

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 terveystalouteihin, 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 siirtää mahdollisimman nopeasti ja tehokkaasti kohti 12 artiklan täysimääräistä täytäntöönpanoa.

Uudistetussa Euroopan sosiaalisessa peruskirjassa on useita sopimusmääräyksiä, jotka liittyvät terveysoikeuksiin. Artiklan 11 luetelmakohdan 1 mukaan sopimuspuolet sitoutuvat varmistaakseen, että oikeutta terveyden suojeluun voidaan käyttää tehokkaalla tavalla, joko suoraan tai yhteistyössä julkisten tai yksityisten järjestöjen kanssa, ryhtymään asianmukaisiin toimiin, joiden tarkoituksena on muun muassa poistaa terveyttä heikentävät syyt mahdollisuuksien mukaan. Tämä kohta tarkoittaa sosiaalisten oikeuksien komitean mukaan *access to health care* -näkökulmasta muun muassa sitä, että sopimusvaltioiden on taattava kaikille yksilöille pääsy

²⁹ General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11.8.2000

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. Hoitoon pääsyn on perustuttava kansallisella tasolla sovittuihin läpinäkyviin kriteereihin ja niissä on otettava huomioon riski potilaan kliinisen tilan tai elämänlaadun heikkenemisestä. Terveystenhuollon henkilökuntaa ja laitteita on oltava riittävästi.³⁰ Terveystenhuollon kannalta keskeisiä sopimusmääräyksiä ovat myös oikeus sosiaaliavustukseen ja lääkinnälliseen 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 varmistaakseen 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 täyttämisessä. Sopimuksen 3 artiklan mukaan kaikissa julkisen tai

³⁰ Digest of the case law of the European Committee of Social Rights 2018 siinä olevine viitteineen

yksityisen sosiaalihuollon, tuomioistuinten, hallintoviranomaisten tai lainsäädäntöelimien toimituksissa, jotka koskevat lapsia, on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu.

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 todennut, että lapsilla on oikeus laadukkaisiin terveyspalveluihin, joihin kuuluu terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kuntouttavat ja palliatiiviset palvelut. Perustasolla nämä palvelut tulee järjestää siten, että niiden määrä, laatu ja toimivuus ovat riittävät ja että ne ovat koko lapsiväestön saatavissa sekä fyysisesti että taloudellisesti ja kaikkien kannalta hyväksyttävissä. 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.³¹

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.

Terveyteen liittyviä sopimusmääräyksiä on myös muun muassa kaikkinaisen 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.

Perustuslain 19 §:n 1 momentissa on turvattu oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännöksen tarkoittama huolenpito tarkoittaa sosiaali- ja terveyspalveluja. Julkisen vallan on perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin 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 17/2021 vp, kappale 69, PeVL 63/2016 vp, s. 2, PeVL 67/2014 vp, s. 3/II, ks. myös HE 309/1993 vp, s. 71).

Perustuslain 19 §:n 3 momentissa mainitulle oikeudelle riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin on vakiintunut tietty oikeudellinen sisältö ja arviointiperusteet. Palvelujen riittävyyden arvioimisessa lähtökohtana on niiden mukaan sellainen palvelujen taso, joka luo "jokaiselle ihmiselle

³¹ 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

edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä" (ks. HE 309/1993 vp, s. 71/II). Viittaus jokaiseen terveystalouteen oikeutettuna edellyttää "viime kädessä yksilökohtaista arviointia palvelujen riittävydestä" (ks. PeVL 30/2013 vp, s. 3/I). Oikeus riittäviin terveystalouteen turvaa vakavimmissa tilanteissa perustuslain 7 §:ssä perusoikeutena turvattua oikeutta elämään (ks. PeVL 17/2021 vp, kappale 71, 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 17/2021 vp, kappale 72, PeVL 26/2017 vp, s. 32 ja 36—41 ja PeVL 12/2015 vp, s. 3 ja PeVL 11/1995 vp, s. 2). Valiokunta on painottanut nimenomaisesti, että säännöksellä veloitetaan julkinen valta turvaamaan palvelujen saatavuus (ks. PeVL 26/2017 vp, erit. s. 44—45 ja PeVL 54/2014 vp, s. 2/I). Säännös merkitsee siten vaatimusta palvelujen riittävästä tarjonnasta maan eri osissa asuville (PeVL 17/2021 vp, kappale 72, PeVL 26/2017 vp, s. 33, PeVM 25/1994 vp, s. 32/II).

Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Julkisella vallalla tarkoitetaan tässä valtiota, kuntia ja kuntia suurempia itsehallinnollisia hallintoalueita eli keskeisesti jatkossa hyvinvointialueita. 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 terveystaloutukset tulevat turvatuiksi.

Kunnallisen itsehallinnon perusteista säädetään perustuslain 121 §:ssä. Sen 1 momentin mukaan kuntien hallinnon on perustuttava kunnan asukkaiden itsehallintoon. Pykälän 2 momentin mukaan kuntien hallinnon yleisistä perusteista ja kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla. Pykälän 4 momentti edellyttää, että itsehallinnosta kuntia suuremmilla hallintoalueilla säädetään lailla. Perustuslakivaliokunta on korostanut maakuntaitsehallinnon välttämättömyyden peruselementteinä itsehallinnon kansanvaltaista perustaa ja siihen nojautuvaa päätöksentekoa sekä maakunnan tehtävien ja hallinnon lakiperustaa (PeVL 17/2021 vp, kappale 9,17, PeVL 26/2017 vp s.18-30).

Hoitoon pääsyn määräaikaisten tiukentumista perusterveydenhuollossa koskeva sääntely koskisi kuntia suurempien itsehallintoalueiden eli hyvinvointialueiden järjestämää terveydenhuoltoa. Uudistus ehdotetaan tulevan voimaan siten, että tiukentuva sääntely ei ehdi koskea kuntia, jotka voimassa olevan lainsäädännön nojalla järjestävät terveydenhuollon, vaan siis velvoittaisi hyvinvointialueita. Hyvinvointialueiden perustamista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämistä koskevien tehtävien siirtämistä hyvinvointialueille on käsitelty laajasti perustuslakivaliokunnan lausunnossa HE 241/2020 vp – PeVL 17/2021 vp. Luonteeltaan nyt ehdotettava hoitoon pääsyn määräaikaisten tiukentuminen perusterveydenhuollossa olisi voimaan tullessaan syyskuussa 2023 hyvinvointialueilla jo olevan tehtävän muutos, edellyttäen, että eduskunnan hyväksyy hallituksen esitykseen HE 56/2021 vp sisältyvät terveydenhuoltolain muutokset, jossa voimassa oleva terveydenhuoltolain hoitoon pääsyn määräaikoja koskeva sääntely ehdotetaan muutettavaksi koskemaan hyvinvointialueita.

Hyvinvointialueiden tulee terveydenhuollon palveluja järjestäessään noudattaa sote-järjestämislain, hyvinvointialueesta annetun lain sekä muiden terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta koskevien lakien sääntelyä. Nyt ehdotettu sääntely ei sisällä poikkeuksia perustuslakivaliokunnan ja eduskunnan hyväksymiin, esimerkiksi hyvinvointialueen omaa palvelutuotantoa tai muilta palveluntuottajilta tehtäviä hankintoja koskeviin, säännöksiin. Terveystalouttoilaissa kuitenkin ehdotetaan olevan jatkossakin voimassa olevaa terveydenhuoltolain

54 §:ää vastaava säännös palvelun järjestäjän velvoitteesta hankkia palveluja muilta palveluntuottajilta, jos se ei voi antaa hoitoa laissa säädetyissä enimmäisajoissa. Säännöstä myös täsmennettäisiin erityisellä velvoitteella arvioida sitä, voidaanko hoito järjestää enimmäisajassa. Tulkinnallisesti tällaisten palveluiden hankkimista koskevien velvoitteiden voidaan arvioida seuraavan jo siitä, että hyvinvointialueella on lakisääteinen velvoite noudattaa hoitoon pääsyn määräaikoja, ja järjestämistä koskevassa lainsäädännössä säädetään erilaisista ja toisiaan täydentävistä tavoista tuottaa palveluja. Mainitun 54 §:n mukaiset velvoitteet kuitenkin korostavat palveluiden järjestämisvastuun toteutumista ja turvaavat osaltaan asiakkaiden oikeuksia.

Hoitoon pääsyn määräajan tiukentaminen perusterveydenhuollossa säännöksessä esitetyllä tavalla seitsemään vuorokauteen ja suun terveydenhuollossa kolmeen kuukauteen parantaa merkittävästi potilaan mahdollisuuksia riittävien palvelujen saamiseen. Myöskin niiden perusterveydenhuollon palvelujen osalta, jotka eivät kuulu esitetyn seitsemän vuorokauden määräajan piiriin, säilyy ennallaan nykyinen kolmen kuukauden hoitoon pääsyn määräaika. Sääntely toteuttaa useassa ihmisoikeussopimuksessa määrättyä velvoitetta mahdollistaa potilaiden yhdenvertainen hoitoon pääsy terveydenhuollon palveluiden piiriin.

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 kieltä 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 syrjintäkielto, 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). Yhdenvertaisuudesta ja syrjinnän kiellosta määrätään myös useassa ihmisoikeussopimuksessa.

Muutos parantaa ihmisten välistä yhdenvertaisuutta, koska nykyisin hoitoon pääsyn toteutumisessa on alueellisesti merkittäviä eroja. Nykyinen kolmen kuukauden määräaika perusterveydenhuollossa ja kuuden kuukauden määräaika suun terveydenhuollossa mahdollistaa huomattavat alueelliset erot. Nykyisin työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen piirissä olevien henkilöiden hoitoon pääsy on ollut huomattavasti nopeampaa kuin julkista sektoria käyttävien potilaiden. Myöskin tätä kautta yhdenvertaisuus paranee, kun julkisen sektorin hoitoon pääsy nopeutuu merkittävästi.

Lakimuutos koskisi myös valtion järjestämistä palveluista korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa ja vankiterveydenhuoltoa. Perustuslakivaliokunta on arvioinut korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa koskevaa sääntelyä YTHS-laki säädettäessä (PeVL

33/2018 vp). Tuolloin valiokunta katsoi, että hallituksen esityksestä ilmenee sellaisia erityispiirteitä, joiden perusteella korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen ja tuottaminen muista väestöryhmistä poikkeavalla tavalla on hyväksyttävää perustuslain 6 §:n yhdenvertaisuussääntelyn kannalta. Merkityksellistä on myös, että korkeakouluopiskelijat voisivat vastaisuudessaakin käyttää myös yleisiä terveyspalveluja. (PeVL 33/2018 vp, s. 2) Tässä hallituksen esityksessä hoitoon pääsyn määräajoista säädettäisiin hyvinvointialueiden järjestämässä perusterveydenhuollossa ja Kansaneläkelaitoksen järjestämässä korkeakouluopiskelijoiden opiskelijaterveydenhuollossa keskeisiltä osin toisiaan vastaavasti. Jo voimassa olevassa laissa säädetään velvoitteesta noudattaa YTHS-lain mukaisessa opiskeluterveydenhuollossa terveydenhuoltolain perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn sääntelyä.

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 Kudla v. Puola, 26.10.2000).

Yhdenvertaisuuden ja vankeinhoidon normaalisuusperiaatteen (ks. jakso 2.1.5) kannalta merkityksellistä myös on, että laissa nimenomaisesti säädettäisiin, että hoitoon pääsyn määräaikoja koskeva sääntely niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa koskee myös vankiterveydenhuoltoa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen alainen Vankiterveydenhuollon yksikkö käytännössä tosin jo nyt kokee velvoittavaksi noudattaa terveydenhuoltolain hoitoon pääsyn määräaikoja koskevaa sääntelyä.

Perustuslain 17 §:n mukaan suomi ja ruotsi ovat maamme kansalliskieliä. Perustuslain 17 §:n 2 momentin mukaan jokaisen oikeus käyttää tuomioistuimessa ja muussa viranomaisessa asiassaan omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia, sekä saada toimituskirjansa tällä kielellä turvataan lailla. Pykälän 3 momentissa säädetään saamelaiden, romanien ja muiden ryhmien sekä viittomakieltä käyttävien ja vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien kieleen liittyvistä oikeuksista. Näitä oikeuksia turvataan useassa laissa. Ehdotetut hoitoon pääsyn määräaikoja koskevat säännökset eivät muuta kielellisiä oikeuksia koskevaa sääntelyä. Ruotsia puhuvan henkilöstön saatavuuteen, suomea puhuvan henkilöstön saatavuuteen ruotsinkielisellä alueella sekä muiden kieliryhmien hoidossa tarvittavan henkilöstön saatavuuteen liittyvillä seikoilla voi kuitenkin olla merkitystä kielioikeuksien tosiasiallisen toteutumisen kannalta.

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentuminen ehdotetulla tavalla merkitsee merkittävää terveyspalvelujärjestelmän uudistusta. Uudistuksen myötä hyvinvointialueet tarvitsevat henkilöstö- ja muita lisäresursseja ja niiden on kehitettävä hoito- ja palveluketjujaan sekä muita toimintamallejaan. 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). Perustuslakivaliokunta on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen rakenneuudistusta käsitellessään painottanut, että valtioneuvoston on seurattava uudistuksen vaikutuksia perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisten oikeuksien toteutumiseen tarkasti ja puututtava mahdollisesti havaittuihin epäkohtiin viipymättä. Uudistuksen toimeenpanossa on lisäksi perustuslain 6 §:stä ja 19 §:n 3 momentista johtuvista syistä välttämätöntä huolehtia palveluiden riittävästä ja yhdenvertaisesta saatavuudesta niin valtakunnallisesti kuin eri hyvinvointialueiden sisälläkin. (PeVL 17/2021 vp, kappale 74).

Esityksen toimeenpantavuuden kannalta suurimmaksi riskiksi on arvioitu henkilöstön saatavuuteen liittyvät seikat. Perustuslakivaliokunta on henkilöstömitoitusta koskevassa sääntely-yhteydessä kiinnittänyt huomiota sääntelyn toteutettavuuteen. Valiokunta on kahden lakihankkeen yhteydessä katsonut, että ehdotetun henkilöstömitoituksen toteuttaminen voi olla vaikeata erityisesti saatavilla olevien henkilöstöresurssien niukkuuden vuoksi. Valiokunta on pitänyt tärkeänä, etteivät muut palvelut heikkene sen seurauksena, että henkilöstöä siirtyy henkilöstömitoituksen piiriin kuuluviin tehtäviin. Se on todennut, että sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan on syytä kiinnittää erityistä huomiota ammattitaitoisen ja pätevän henkilöstön saatavuuteen. (PeVL 15/2020 vp, s. 6—7, PeVL 45/2021 vp). Tässä hankkeessa ei ehdoteta henkilöstömitoitusta tai siihen vertautuvaa sääntelyä, mutta esityksen toimeenpanon kannalta henkilöstön saatavuudella on merkitystä.

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä koskevien määräaikojen tiukentuminen osuu ajallisesti samaan aikaan, kun hyvinvointialueet vasta aloittavat toimintansa. Lisäksi tällä hetkellä ei pystytä varmuudella arvioimaan, missä määrin covid-19-pandemia ja siitä johtuva palveluvelka vielä lain voimaantullessa rasittaa palvelujärjestelmää.

Edellä kuvattujen seikkojen yhteisvaikutuksesta seuraa riskejä palvelujärjestelmän toimivuudelle. Uudistuksen toteutettavuuden kannalta merkittävää on hallituksen merkittävät panostukset Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden -ohjelmaan ja siinä oleviin hoidon saatavuuden parantamiseen liittyviin kehittämishankkeisiin (ks. jakso 2.2.1). Hallitus on myös ohjannut rahoitusta pandemian aiheuttaman hoitovelan hoitamiseen. Hallitus on käynnistänyt toimet terveydenhuollon henkilöstön saatavuuden parantamiseksi, joskaan ne eivät todennäköisesti ehdi merkittävästi vaikuttaa lyhyellä aikavälillä (ks. jakso 2.3.5).

Arvioidessaan hyvinvointialueiden rahoitusta perustuslakivaliokunta katsoi (PeVL 17/2021 vp, kappale 93 ja 94), 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 (PeVL 26/2017 vp, s. 22, ks. myös PeVL 10/2015 vp ja PeVL 37/2009 vp). Rahoitusperiaate sisältyy myös Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 9 artiklan 2 kappaleeseen. Sen mukaan paikallisviranomaisten voimavarojen tulee olla riittävät suhteessa niihin velvoitteisiin, jotka niille on annettu perustuslaissa ja muissa laeissa. Perustuslakivaliokunta on lisäksi katsonut, että budjettirajoitteella ei voida rajoittaa lakisääteisten palvelujen saatavuutta (PeVL 26/2017 vp, s. 22—22, ks. myös PeVL 20/2004 vp, PeVL 63/2014 vp, PeVL 19/2016 vp). Sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa rahoitusperiaatteen merkitystä korostaa perustuslain 19 §:n 3 momentin ja 22 §:n mukainen turvaamisvelvollisuus. Perustuslakivaliokunnan mukaan perustuslain 121 §:n 4 momentissa tarkoitettujen alueiden rahoitusta tulee soveltuvin osin arvioida perustuslakivaliokunnan rahoitusperiaatetta koskevan käytännön valossa (PeVL 15/2018 vp). Rahoitusperiaatteen merkitys kuntia suurempia hallintoalueita koskevan sääntelyn valtiosääntöisessä arvioinnissa poikkeaa kuitenkin muun muassa puuttuvan verotusoikeuden vuoksi arvioinnista kuntien osalta (PeVL 15/2018 vp, s. 21). Ratkaissavassa asemassa hyvinvointialueille osoitettujen tehtävien asianmukaisen hoitamisen turvaamisessa on siten nimenomaan valtion rahoituksen riittävyys ja sen oikea kohdentaminen (PeVL 15/2018 vp, s. 21).

Perustuslakivaliokunta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan uudistuksen käsittelyn yhteydessä myös totesi, että se pitää mahdollisena, että valtion hyvinvointialueille osoitama rahoitus erkaantuu vähitellen palvelujen todellisista järjestämiskustannuksista erityisesti sellaisilla alueilla, joissa kustannustaso on korkea. Valiokunnan mielestä merkityksellisiä ovat rahoituslain 10 §:n säännökset toteutuneiden kustannusten huomioon ottamisesta ja 11 §:n säännökset hyvinvointialueen lisärahoituksesta. (PeVL 17/2021 vp, kappale 99—102)

Uudenlainen rahoitusmalli ja perustuslakivaliokunnan käytäntö edellyttävät esityksen taloudellisten ja muiden vaikutusten huolellista arviointia. Esityksen yleisperusteluissa ja edellä tässä jaksossa esiin tuodulla tavalla esityksen vaikutuksiin liittyy epävarmuustekijöitä. Vaikutukset on kuitenkin pyritty arvioimaan kattavasti sen tietopohjan perusteella, mikä on saatavilla. Valtiosääntöoikeudellisen hyväksyttävyyden kannalta pidetään merkityksellisenä sitä, että hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentuminen olisi vaiheistettu siten, että ensin tulee voimaan voimassa olevaa sääntelyä lyhyempi, mutta uutta toistaiseksi voimassaolevaa hoitoon pääsyn määräaikaa pidempi hoitoon pääsyn määräaika, eli perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa 14 vuorokautta ja suun terveydenhuollossa neljä kuukautta. Nämä määräajat tulisivat voimaan vasta 1.9.2023, eli hyvinvointialueilla olisi lain ennakoidun hyväksymisajankohdan (syksy 2022) jälkeen vajaa vuosi valmistautua muutokseen. Tämän jälkeen niillä olisi 14 kuukauden aika varautua seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaikaan ja suun terveydenhuollossa kolmen kuukauden määräaikaan. Rahoituksen osalta hyvinvointialueiden mahdollisuutta suoriutua tehtävistään turvaavat edellä mainitut rahoituslain säännökset. Hallituksen käsityksen mukaan esityksen vaikutuksiin liittyvistä epävarmuustekijöistä huolimatta ehdotuksessa ei ole sellaisia ongelmia, jotka nousisivat valtiosääntöoikeudellisiksi ongelmiksi perustuslakivaliokunnan tarkoittamalla tavalla.

Perustuslakivaliokunta katsoi myös korkeakouluopiskelijoiden terveydenhuoltoa koskevan lakiehdotuksen käsittelyssä, että riittävän rahoituksen turvaaminen on olennaista perustuslain 19.3 §:n mukaisten oikeuksien toteutumisen arvioinnissa. (PeVL 33/2018 vp, s. 2-3). YTHS-laissa on rahoituksen turvaamista koskevat säännökset (2 luku, erityisesti 16 ja 18 §).

Tasavallan presidentti, valtioneuvosto ja ministeriö voivat perustuslain 80 §:n 1 momentin mukaan antaa asetuksia perustuslaissa tai muussa laissa säädetyn valtuuden nojalla. Lailla on kuitenkin säädettävä yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien perusteista sekä asioista, jotka perustuslain mukaan muuten kuuluvat lain alaan. Laeissa ehdotetaan säädettävän perussäännökset internetissä julkaistavista hoitoon pääsyyn liittyvistä tiedoista. Tietojen keruu perustuisi perustuslakivaliokunnan myötävaikutuksella säädettyyn Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain 5 ja 5 c §:ään (laki 553/2019; HE 157/2017 vp). Ehdotetut säännökset sisältävät asetuksenantovaltuutuksen, jonka mukaan sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää tarkemmin niistä hoitoon pääsyä koskevista tiedoista (tunnusluvuista), jotka on julkaistava. Ehdotettu asetuksenantovaltuus on perustuslain edellyttämällä tavalla riittävän tarkkarajainen ja asetuksella ei ehdoteta säädettäväksi seikoista, jotka tulisi säätää lailla.

Hallituksen käsityksen mukaan ehdotukset ovat perustuslain mukaisia. Hallituksen käsityksen mukaan lakiehdotukset voidaan säätää tavallisen lain säätämisjärjestyksessä. Hallitus pitää kuitenkin suotavana, että perustuslakivaliokunta antaa esityksestä lausunnon.

Ponsi

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäväksi seuraavat lakiehdotukset:

1.

Laki

terveydenhuoltolain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 51, 54 ja 55 § sekä 69 §:n 2 momentti, sellaisena
kuin se on laissa 1303/2014 ja
lisätään lakiin uusi 51 a –51 c § seuraavasti:

51 §

Yhteyden saaminen perusterveydenhuollon yksikköön ja arvio hoidon tarpeesta

Hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana yhteyden terveystieteeseen 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.

51 a §

Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan hoitoon

Edellä 51 §:ssä tarkoitetussa arviossa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien seitsemän vuorokauden aikana, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. 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 1 ja 2 momentissa säädetyt määräajat 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.

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 määräaikoja noudattaen.

51 b §

Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan suun terveydenhuoltoon

Poiketen siitä, mitä 51 a §:ssä säädetään, 51 §:ssä tarkoitetussa arvioissa, joka koskee perusterveydenhuoltoon kuuluvaa suun terveydenhuoltoa, hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu tutkimus tai hoito 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 tarkoitetusta arviosta.

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.

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 arvioissa tule esille seikkoja, joiden perusteella yksilöllisestä tutkimus- tai hoitovälistä tulee tai voidaan poiketa.

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.

51 c §

Pääsy perusterveydenhuollon yhteydessä annettavaan erikoissairaanhoitoon

Perusterveydenhuollon yhteydessä annettavan erikoissairaanhoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä perusterveydenhuollon yhteydessä annettavassa erikoissairaanhoidossa potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Enimmäisaika saadaan ylittää enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä tai hammaslääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

54 §

Hyvinvointialueen velvollisuus hankkia palveluja muualta

Jos hyvinvointialue ei voi itse tuottaa tutkimuksia, hoitoa tai kuntoutusta 51 a – 51 c, 52 tai 53 §:ssä säädettyissä enimmäisajoissa, sen on järjestettävä ne hyvinvointialueesta annetun lain (611/2021) 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 (569/2009).

Edellä 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 määraajoissa.

55 §

Tietojen julkaiseminen

Hyvinvointialueen on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 51, 51 a ja 51 b §:ssä säädettyjen määraajojen noudattaminen toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten 51 c, 52 ja 53 §:ssä säädettyjen määraajojen noudattaminen toteutui. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot hyvinvointialueelle.

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.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää tarkemmin niistä 1 momentissa tarkoitetuista tunnusluvuista, jotka on julkaistava.

69 §

Lastensuojelulain mukaiset velvoitteet

Jos lastensuojelun tarve johtuu riittämättömistä terveydenhuollon palveluista, lapselle ja hänen perheelleen on sen estämättä, mitä hoitoon pääsystä 51, 51 a–51 c, 52 ja 53 §:ssä säädetään, järjestettävä viipymättä lapsen terveyden ja kehityksen kannalta välttämättömät terveydenhuollon palvelut.

Tämä laki tulee voimaan päivänä _____ kuuta 20 ____ . Lain 51 a ja 51 b § tulevat kuitenkin voimaan 1 päivänä marraskuuta 2024.

2.

Laki

terveydenhuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti

lisätään terveydenhuoltolakiin (1326/2010) väliaikaisesti uusi 51 a ja 51 b § seuraavasti:

51 a §

Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan hoitoon

Edellä 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.

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 1 ja 2 momentissa säädetty määräajat eivät koske hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, käyntejä perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikosisalojen 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.

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 määräaikoja noudattaen.

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 hoito 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.

Jos potilas on 51 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muulle suun terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille, ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille on järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta tai neljän kuukauden kuluessa 51 §:ssä tarkoitetusta arviosta.

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.

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

Jos neuvolapalveluihin tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun määräämällisen 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.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä syyskuuta 2023 ja on voimassa 31 päivään lokakuuta 2024.

3.

Laki

korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019) 10 § ja lisätään lakiin uusi 10 a–10 d § seuraavasti:

10 §

Yhteyden saaminen ja arvio hoidon tarpeesta

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön on tuotettava opiskeluterveydenhuollon palvelut siten, että opiskelija voi saada arkipäivisin aukioloaikoina saman päivän aikana yhteyden terveydenhoitosäätiön toimipisteeseen ja saada yksilöllisen arvion tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön tekemiä tutkimuksia tai antamaa hoitoa hän tarvitsee.

Arvion tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Suun terveydenhuollossa arvion voi tehdä myös nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Jos yhteydenoton perusteella arvioidaan, että opiskelija tarvitsee kiireellistä hoitoa tai muita sellaisia palveluja, jotka eivät kuulu korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoon, on opiskelijaa neuvottava tällaisista palveluista ja niiden järjestäjistä.

10 a §

Kiireettömään hoitoon pääsy

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

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 1 ja 2 momentissa säädetty määrääjat 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.

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 kiireettömään sairaanhoidon tutkimuksen tai hoidon tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun, se on toteutettava 1–4 momentissa säädettyjä määräaikoja noudattaen.

10 b §

Hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa

Poiketen siitä, mitä 10 a §:ssä säädetään, 10 §:ssä tarkoitetussa arviossa, joka koskee suun terveydenhuoltoa, hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu tutkimus tai hoito 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.

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 määritelty yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli. Tutkimus tai hoito tulee järjestää hoitosuunnitelmaan kirjatun tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti, jollei 10 §:ssä tarkoitetussa 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 ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille on järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta. Hoitoon sovelletaan lisäksi 3 ja 4 momenttia.

10 c §

Arvio mahdollisuudesta tuottaa palvelut määräajassa

Edellä 10 §:ssä tarkoitetun arvion yhteydessä on arvioitava, pystyykö Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö tuottamaan hoidon 10 a ja 10 b §:ssä tarkoitetuissa määräajoissa. Palveluiden hankkimisesta muilta palveluntuottajilta säädetään 8 §:n 2 momentissa.

10 d §

Tietojen julkaiseminen

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön on julkaistava kustakin toimipisteestään kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 10, 10 a ja 10 b §:ssä säädettyjen määräaikojen noudattaminen toteutui. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot säätiölle.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää tarkemmin niistä 1 momentissa tarkoitetuista tunnusluvuista, jotka on julkaistava.

Tämä laki tulee voimaan _____ päivänä _____ kuuta 20 ____ . Lain 10 a ja 10 b § tulevat kuitenkin voimaan 1 päivänä marraskuuta 2024.

4.

Laki

korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain väliaikaisesta muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
lisätään korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annettuun lakiin (695/2019) väliaikaisesti uusi 10 a ja 10 b § seuraavasti:

10 a §

Kiireettömään hoitoon pääsy

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

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 1 ja 2 momentissa säädetty määräajat 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.

Jos opiskelijaa hoidettaessa taikka hänelle terveyttä tai hyvinvointia edistävää palvelua annettaessa havaitaan, että hän tarvitsee muuta terveysongelmaansa koskevan opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömän sairaanhoidon tutkimuksen tai hoidon tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän 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 määräaikoja noudattaen.

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 hoito on järjestettävä opiskelijan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin neljän 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 neljän kuukauden kuluessa 10 §:ssä tarkoitettusta 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.

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 määritelty yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli. Tutkimus tai hoito tulee järjestää hoitosuunnitelmaan kirjatun tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti, jollei 10 §:ssä tarkoitettussa arvioinnissa tule esille seikkoja, joiden yksilöllisestä tutkimus- tai hoitovälistä tulee tai voidaan poiketa.

Jos opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun määräämisen 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.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä syyskuuta 2023 ja on voimassa 31 päivään lokakuuta 2024.

5.

Laki

oppilas- ja opiskelijahuoltolain 17 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan oppilas- ja opiskelijahuoltolain (1287/2013) 17 §:n 2 momentti seuraavasti:

17 §

Terveystieteiden ja lääkärin tavoitettavuus koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa

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.

Tämä laki tulee voimaan _____ päivänä _____ kuuta 20 ____.

6.

Laki

vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
lisätään vankeuslain (767/2005) 10 luvun 1 §:ään, sellaisena kuin se on laeissa 1640/2015 ja 1236/2016, uusi 3 ja 4 momentti, jolloin nykyinen 3 momentti siirtyy uudeksi 5 momentiksi seuraavasti:

10 luku

Sosiaali- ja terveydenhuolto

1 §

Vangin terveyden- ja sairaanhoito

Vankiterveydenhuollon yksikön 1 momentin nojalla järjestämiin palveluihin pääsyä koskeviin määräaikoihin sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain (1326/2010) 51, 51 a, 51 b ja 52 –54 §:ssä säädetään hoitoon pääsystä. Mitä mainituissa pykälissä säädetään hyvinvointialueesta, koskee tätä lakia sovellettaessa Vankiterveydenhuollon yksikköä. Mitä mainitun lain 51 §:ssä säädetään yhteyden saamisesta terveystieteiden tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön, koskee tätä lakia sovellettaessa yhteyden saamista vankilan poliklinikkaan tai Vankiterveydenhuollon yksikössä toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön.

Vankiterveydenhuollon yksikön on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten hoitoon pääsyn määräaikojen noudattaminen perusterveydenhuollon palveluissa toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten noudattaminen erikoissairaanhoidon palveluissa toteutui. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot Vankiterveydenhuollon yksikölle. 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. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää tarkemmin niistä hoitoon pääsyä koskevista tunnusluvuista, jotka on julkaistava.

Tämä laki tulee voimaan päivänä _____ kuuta 20 ____.

7.

Laki

tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan tutkintavankeuslain (768/2005) 6 luvun 1 §, sellaisena kuin se on laeissa 1641/2015, 1238/2016 ja 326/2019, seuraavasti:

6 luku

Sosiaali- ja terveydenhuolto

1 §

Tutkintavangin terveyden- ja sairaanhoito

Vankiterveydenhuollon yksiköstä annetussa laissa (1635/2015) tarkoitettu Vankiterveydenhuollon yksikkö vastaa tutkintavangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä. Rikosseuraamuslaitoksen on turvattava tutkintavangin pääsy tällaiseen hoitoon tai kuntoutukseen.

Tutkintavangilla on oikeus Vankiterveydenhuollon yksikön lääkärin luvalla omalla kustannuksellaan saada lääkitystä, tutkimusta ja muuta terveydenhuoltoa vankilassa, jollei siitä aiheudu vaaraa tutkintavankeuden tarkoitukselle.

Vankiterveydenhuollon yksikön 1 momentin nojalla järjestämiin hoitoihin pääsyä koskeviin määräaikoihin sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain (1326/2010) 51, 51 a, 51 b ja 52 –54 §:ssä säädetään hoitoon pääsystä. Mitä mainituissa pykälissä säädetään hyvinvointialueesta, koskee tätä lakia sovellettaessa Vankiterveydenhuollon yksikköä. Mitä mainitun lain 51 §:ssä säädetään yhteyden saamisesta terveyskeskukseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön, koskee tätä lakia sovellettaessa yhteyden saamista vankilan poliklinikkaan tai Vankiterveydenhuollon yksikössä toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön.

Vankiterveydenhuollon yksikön on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten hoitoon pääsyn määräaikojen noudattaminen perusterveydenhuollon palveluissa toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten noudattaminen erikoissairaanhoidon palveluissa toteutui. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot Vankiterveydenhuollon yksikölle. 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. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää tarkemmin niistä hoitoon pääsyä koskevista tunnusluvuista, jotka on julkaistava.

Sen lisäksi, mitä 1 ja 3 momentissa säädetään, alle 18-vuotiaalle tutkintavangille on pyynnöstä tehtävä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön tarkastus terveydentilan selvittämiseksi ilman aiheutonta viivästystä, jollei tarkastuksen tekeminen ole ilmeisen tarpeetonta.

Terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisessä noudatetaan, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992), terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa

HE 74/2022 vp

(559/1994), mielenterveyslaissa, tartuntatautilaissa (1227/2016) ja työterveyshuoltolaissa (1383/2001) säädetään.

Tämä laki tulee voimaan päivänä _____
kuuta 20 .

8.

Laki

potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 4 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 4 §:n otsikon ruotsinkielinen sanamuoto ja 1 momentti, sellaisina kuin ne ovat laissa 1335/2010, seuraavasti:

4 §

Pääsy hoitoon

Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy ilmoitettava potilaalle välittömästi. Hoitoon pääsystä ja hoidon järjestämisestä säädetään erikseen.

Tämä laki tulee voimaan päivänä _____
kuuta 20 ____.

Helsingissä 12.5.2022

Pääministeri

Sanna Marin

Perhe- ja peruspalveluministeri Aki Lindén

1.

Laki

terveydenhuoltolain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 51, 54 ja 55 § sekä 69 §:n 2 momentti, sellaisena
kuin se on laissa 1303/2014 ja
lisätään lakiin uusi 51 a–51 c § seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

51 §

51 §

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsy

***Yhteyden saaminen perusterveydenhuollon
yksikköön ja arvio hoidon tarpeesta***

Kunnan on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. 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.

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.

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa

Arvion tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Suun terveydenhuollossa arvion voi tehdä myös nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö.

*Voimassa oleva laki**Ehdotus*

erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

(uusi)

51 a §

Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan hoitoon

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

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 1 ja 2 momentissa säädettyt määräajat 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-

Voimassa oleva laki

Ehdotus

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.

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, kiireettömään sairaanhoidon tutkimuksen tai hoidon, kuntoutuksen tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun, se on toteutettava 1–4 momentissa säädettyjä määräaikoja noudattaen.

(uusi)

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 hoito 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 nel-

Voimassa oleva laki

Ehdotus

jän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta tai kolmen kuukauden kuluessa 51 §:ssä tarkoitettusta arviosta.

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.

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 määritetty yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli. Tutkimus tai hoito tulee järjestää hoitosuunnitelmaan kirjattun 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 määräämisen 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.

(uusi)

51 c §

Pääsy perusterveydenhuollon yhteydessä annettavaan erikoissairaanhoidon

Perusterveydenhuollon yhteydessä annettavan erikoissairaanhoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä

*Voimassa oleva laki**Ehdotus*

perusterveydenhuollon yhteydessä annettavassa erikoissairaanhoidossa potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Enimmäisaika saadaan ylittää enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä tai hammaslääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

54 §

Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän velvollisuus hankkia palveluja muualta

Jos kunta tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ei voi itse antaa hoitoa 51–53 §:n mukaisissa enimmäisajoissa, on sen järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta.

54 §

Hyvinvointialueen velvollisuus hankkia palveluja muualta

Jos hyvinvointialue ei voi itse tuottaa tutkimuksia, hoitoa tai kuntoutusta 51 a – 51 c, 52 tai 53 §:ssä säädettyissä enimmäisajoissa, sen on järjestettävä ne hyvinvointialueesta annetun lain (611/2021) 9 §:n 1 momentissa tarkoitetulla tavalla tuottamalla ne yhteistoiminnassa toisen hyvinvointialueen kanssa tai hankkimalla ne sopimukseen perustuen muilta palvelun tuottajilta. Palvelusetelin käytöstä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetussa laissa (569/2009).

Edellä 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 määräajoissa.

55 §

Odotusaikojen julkaiseminen ja asetuksenantovaltuus

Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on julkaistava internetissä tiedot 51–53 §:n mukaisista odotusajoista neljän kuukauden välein. Jos kunnalla tai sairaanhoitopiirillä on useita toimintayksiköitä, on tiedot julkaistava erikseen kustakin toimintayksiköstä. Tiedot

55 §

Tietojen julkaiseminen

Hyvinvointialueen on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 51, 51 a ja 51 b §:ssä säädettyjen määräaikojen noudattaminen toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten 51 c, 52 ja 53 §:ssä

Voimassa oleva laki

voi julkaista internetin lisäksi muulla kunnan tai kuntayhtymän päättämällä tavalla.

Palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkemmat säännökset tutkimukseen ja hoitoon pääsystä sekä odotusaikojen julkaisemisesta.

69 §

Lastensuojelulain mukaiset velvoitteet

Jos lastensuojelun tarve johtuu riittämättömistä terveydenhuollon palveluista, lapselle ja hänen perheelleen on sen estämättä, mitä hoitoon pääsystä 51–53 §:ssä säädetään, järjestettävä viipymättä lapsen terveyden ja kehityksen kannalta välttämättömät terveydenhuollon palvelut.

Ehdotus

säädettyjen määräaikojen noudattaminen toteutui. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot hyvinvointialueelle.

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.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää tarkemmin niistä 1 momentissa tarkoitetuista tunnusluvuista, jotka on julkaistava.

69 §

Lastensuojelulain mukaiset velvoitteet

Jos lastensuojelun tarve johtuu riittämättömistä terveydenhuollon palveluista, lapselle ja hänen perheelleen on sen estämättä, mitä hoitoon pääsystä 51, 51 a–51 c, 52 ja 53 §:ssä säädetään, järjestettävä viipymättä lapsen terveyden ja kehityksen kannalta välttämättömät terveydenhuollon palvelut.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 . Lain 51 a ja 51 b § tulevat kuitenkin voimaan 1 päivänä marraskuuta 2024.

2.

Laki

terveydenhuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
lisätään terveydenhuoltolakiin (1326/2010) väliaikaisesti uusi 51 a ja 51 b § seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

(uusi)

51 a §

Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan hoitoon

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

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 1 ja 2 momentissa säädetyt määräajat 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

Voimassa oleva laki

Ehdotus

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.

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 määräaikoja noudattaen.

(uusi)

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 hoito 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.

Voimassa oleva laki

Ehdotus

Jos potilas on 51 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muulle suun terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille, ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille on järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta tai neljän kuukauden kuluessa 51 §:ssä tarkoitetusta arviosta.

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.

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 määriteltä yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli. Tutkimus tai hoito tulee järjestää hoitosuunnitelmaan kirjatus tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti, jollei 51 §:ssä tarkoitetussa arviossa tule esille seikkoja, joiden perusteella yksilöllisestä tutkimus- tai hoitovälistä tulee tai voidaan poiketa.

Jos neuvolapalveluihin tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun määräämisen 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.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä syyskuuta 2023 ja on voimassa 31 päivään loka-kuuta 2024.

3.

Laki

korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019) 10 § ja
lisätään lakiin uusi 10 a–10 d § seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

10 §

10 §

Kiireettömään hoitoon pääsy

Yhteyden saaminen ja arvio hoidon tarpeesta

Kansaneläkelaitoksen järjestämään ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tuottamaan opiskeluterveydenhuoltoon sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädetään perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä.

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön on tuotettava opiskeluterveydenhuollon palvelut siten, että opiskelija voi saada arkipäivisin aukioloaikoina saman päivän aikana yhteyden terveydenhoitosäätiön toimipisteeseen ja saada yksilöllisen arvion tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön tekemiä tutkimuksia tai antamaa hoitoa hän tarvitsee.

Arvion tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Suun terveydenhuollossa arvion voi tehdä myös nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Jos yhteydenoton perusteella arvioidaan, että opiskelija tarvitsee kiireellistä hoitoa tai muita sellaisia palveluja, jotka eivät kuulu korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoon, on opiskelijaa neuvottava tällaisista palveluista ja niiden järjestäjistä.

(uusi)

10 a §

Kiireettömään hoitoon pääsy

Edellä 10 §:ssä tarkoitettussa arviossa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun opiskelu-

Voimassa oleva laki

Ehdotus

terveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien seitsemän vuorokauden aikana, jos opiskelijan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

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 1 ja 2 momentissa säädetyt määräajat eivät koske hoitosuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, käyntejä opiskeluterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanotolla, psykologin vastaanotto-käyntejä 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.

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

Voimassa oleva laki

Ehdotus

sen, mitä hoitotapahtuma tai muu palvelu koskee, taikka muuten palveluja annettaessa tulee esiin tulee, että opiskelija tarvitsee opiskelu-terveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömän sairaanhoidon tutkimuksen tai hoidon tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun, se on toteutettava 1–4 momentissa säädettyjä määräaikoja noudattaen.

(uusi)

10 b §

Hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa

Poiketen siitä, mitä 10 a §:ssä säädetään, 10 §:ssä tarkoitetussa arviossa, joka koskee suun terveydenhuoltoa, hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu tutkimus tai hoito 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 tarkoitettusta arviosta.

Jos hammaslääkäri toteaa tarpeen opiskelu-terveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hammaslääkäri 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 määritetty yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli. Tutkimus tai hoito tulee järjestää hoitosuunnitelmaan kirjatun tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti,

Voimassa oleva laki

Ehdotus

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

(uusi)

10 c §

Arvio mahdollisuudesta tuottaa palvelut määräajassa

Edellä 10 §:ssä tarkoitetun arvion yhteydessä on arvioitava, pystyykö Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö tuottamaan hoidon 10 a ja 10 b §:ssä tarkoitetuissa määräajoissa. Palveluiden hankkimisesta muilta palveluntuottajilta säädetään 8 §:n 2 momentissa.

(uusi)

10 d §

Tietojen julkaiseminen

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön on julkaistava kustakin toimipisteestään kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 10, 10 a ja 10 b §:ssä säädettyjen määräaikojen noudattaminen toteutui. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot säätiölle.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää tarkemmin niistä 1 momentissa tarkoitetuista tunnusluvuista, jotka on julkaistava.

Voimassa oleva laki

Ehdotus

*Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta
20 . Lain 10 a ja 10 b § tulevat kuitenkin voi-
maan 1 päivänä marraskuuta 2024.*

4.

Laki

korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain väliaikaisesta muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
lisätään korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annettuun lakiin (695/2019)
väliaikaisesti uusi 10 a ja 10 b § seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

(uusi)

10 a §

Kiireettömään hoitoon pääsy

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

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 1 ja 2 momentissa säädetyt määräajat eivät koske hoitosuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, käyntejä opiskeluterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanotolla, psykologin vastaanotto- käyntejä eikä hoitotapahtumia, jotka tehdään

Voimassa oleva laki

Ehdotus

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.

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 kuin sen, mitä hoitotapahtuma tai muu palvelu koskee, taikka muuten palveluja annettaessa tulee esiin tulee, että opiskelija tarvitsee opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömään sairaanhoidon tutkimuksen tai hoidon tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun, se on toteutettava 1–4 momentissa säädettyjä määräaikoja noudattaen.

(uusi)

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 hoito on järjestettävä opiskelijan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin neljän 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,

Voimassa oleva laki

Ehdotus

pääsy hammaslääkärille on järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta tai neljän kuukauden kuluessa 10 §:ssä tarkoitettusta 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.

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

Edellä 1 momentissa säädettyä ei sovelleta tilanteessa, jossa opiskelijalle on määritelty 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 määräraikaisen 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.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä syyskuuta 2023 ja on voimassa 31 päivään lokakuuta 2024.

5.

Laki

oppilas- ja opiskelijahuoltolain 17 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan oppilas- ja opiskelijahuoltolain (1287/2013) 17 §:n 2 momentti seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

17 §

17 §

*Terveystieteiden ja lääkärin tavoitettavuus
koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa*

*Terveystieteiden ja lääkärin tavoitettavuus
koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa*

Opiskelijalle on järjestettävä mahdollisuus saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteys opiskeluterveydenhuoltoon. Hoidon tarpeen arviointi ja hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä terveydenhuoltolain 51 §:n mukaisesti.

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.

Tämä laki tulee voimaan _____ päivänä _____ kuuta 20 ____.

6.

Laki**vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
lisätään vankeuslain (767/2005) 10 luvun 1 §:ään, sellaisena kuin se on laeissa 1640/2015 ja 1236/2016, uusi 3 ja 4 momentti, jolloin nykyinen 3 momentti siirtyy uudeksi 5 momentiksi seuraavasti:

*Voimassa oleva laki**Ehdotus*

10 luku

10 luku

Sosiaali- ja terveydenhuolto**Sosiaali- ja terveydenhuolto**

1 §

1 §

*Vangin terveyden- ja sairaanhoito**Vangin terveyden- ja sairaanhoito*

Vankiterveydenhuollon yksikkö vastaa vangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä. Vankiterveydenhuollon yksiköllä on sairaaloita ja poliklinikoita, joilla on toimipaikkoja Rikosseuraamuslaitoksen eri yksiköissä.

Vankiterveydenhuollon yksikössä potilaana olevaan vankiin sovelletaan tätä lakia ja rangaistusten täytäntöönpanosta yksikössä vastaa Rikosseuraamuslaitos. Rikosseuraamuslaitoksen on turvattava vangin pääsy 1 momentissa tarkoitettuun hoitoon ja kuntoutukseen.

Vankiterveydenhuollon yksikön 1 momentin nojalla järjestämiin palveluihin pääsyä koskeviin määräaikoihin sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain (1326/2010) 51, 51 a, 51 b ja 52 –54 §:ssä säädetään hoitoon pääsystä. Mitä mainituissa pykälissä säädetään hyvinvointialueesta, koskee tätä lakia sovellettaessa Vankiterveydenhuollon yksikköä. Mitä mainitun lain 51 §:ssä säädetään yhteyden saamisesta terveyskeskukseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön, kos-

Voimassa oleva laki

Ehdotus

kee tätä lakia sovellettaessa yhteyden saamista vankilan poliklinikkaan tai Vankiterveydenhuollon yksikössä toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön.

Vankiterveydenhuollon yksikön on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten hoitoon pääsyn määräaikojen noudattaminen perusterveydenhuollon palveluissa toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten noudattaminen erikoissairaanhoidon palveluissa toteutui. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot Vankiterveydenhuollon yksikölle. 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. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää tarkemmin niistä hoitoon pääsyä koskevista tunnusluvuista, jotka on julkaistava.

Terveiden- ja sairaanhoidon järjestämisessä noudatetaan, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992), terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994), mielenterveyslaissa (1116/1990), tartuntatautilaissa (1227/2016) ja työterveyshuoltolaissa (1383/2001) säädetään.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

7.

Laki

tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan tutkintavankeuslain (768/2005) 6 luvun 1 §, sellaisena kuin se on laeissa 1641/2015, 1238/2016 ja 326/2019, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

6 luku

6 luku

Sosiaali- ja terveydenhuolto

Sosiaali- ja terveydenhuolto

1 §

1 §

Tutkintavangin terveyden- ja sairaanhoito

Tutkintavangin terveyden- ja sairaanhoito

Vankiterveydenhuollon yksiköstä annetussa laissa (1635/2015) tarkoitettu Vankiterveydenhuollon yksikkö vastaa tutkintavangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä. Rikosseuraamuslaitoksen on turvattava tutkintavangin pääsy tällaiseen hoitoon tai kuntoutukseen.

Tutkintavangilla on oikeus Vankiterveydenhuollon yksikön lääkärin luvalla omalla kustannuksellaan saada lääkitystä, tutkimusta ja muuta terveydenhuoltoa vankilassa, jolle siitä aiheudu vaaraa tutkintavankeuden tarkoitukselle.

Vankiterveydenhuollon yksiköstä annetussa laissa (1635/2015) tarkoitettu Vankiterveydenhuollon yksikkö vastaa tutkintavangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä. Rikosseuraamuslaitoksen on turvattava tutkintavangin pääsy tällaiseen hoitoon tai kuntoutukseen.

Tutkintavangilla on oikeus Vankiterveydenhuollon yksikön lääkärin luvalla omalla kustannuksellaan saada lääkitystä, tutkimusta ja muuta terveydenhuoltoa vankilassa, jolle siitä aiheudu vaaraa tutkintavankeuden tarkoitukselle.

Vankiterveydenhuollon yksikön 1 momentin nojalla järjestämiin hoitoihin pääsyä koskeviin määräaikoihin sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain (1326/2010) 51, 51 a, 51 b ja 52 –54 §:ssä säädetään hoitoon pääsystä. Mitä mainituissa pykälissä säädetään hyvinvointialueesta, koskee tätä lakia sovellettaessa Vankiterveydenhuollon yksikköä. Mitä mainitun lain 51 §:ssä säädetään yhteyden saamisesta terveyskeskukseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön, kos-

Voimassa oleva laki

Ehdotus

kee tätä lakia sovellettaessa yhteyden saamista vankilan poliklinikkaan tai Vankiterveydenhuollon yksikössä toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön.

Vankiterveydenhuollon yksikön on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten hoitoon pääsyn määräaikojen noudattaminen perusterveydenhuollon palveluissa toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten noudattaminen erikoissairaanhoidon palveluissa toteutui. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot Vankiterveydenhuollon yksikölle. 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. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää tarkemmin niistä hoitoon pääsyä koskevista tunnusluvuista, jotka on julkaistava.

Sen lisäksi, mitä 1 momentissa säädetään, alle 18-vuotiaalle tutkintavangille on pyynnöstä tehtävä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön tarkastus terveydentilan selvittämiseksi ilman aiheutonta viivästystä, jollei tarkastuksen tekeminen ole ilmeisen tarpeetonta.

Terveiden- ja sairaanhoidon järjestämisessä noudatetaan, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992), terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994), mielenterveyslaissa, tartuntatautilaissa (1227/2016) ja työterveyshuolto-laissa (1383/2001) säädetään.

Sen lisäksi, mitä 1 ja 3 momentissa säädetään, alle 18-vuotiaalle tutkintavangille on pyynnöstä tehtävä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön tarkastus terveydentilan selvittämiseksi ilman aiheutonta viivästystä, jollei tarkastuksen tekeminen ole ilmeisen tarpeetonta.

Terveiden- ja sairaanhoidon järjestämisessä noudatetaan, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992), terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994), mielenterveyslaissa, tartuntatautilaissa (1227/2016) ja työterveyshuolto-laissa (1383/2001) säädetään.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

8.

Laki

potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 4 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 4 §:n otsikon ruotsinkielinen sanamuoto ja 1 momentti, sellaisina kuin ne ovat laissa 1335/2010, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

4 §

4 §

Pääsy hoitoon

Pääsy hoitoon

Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy ilmoitettava potilaalle välittömästi. Hoitoon pääsystä ja hoidon järjestämisestä *kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yksiköissä* säädetään erikseen *terveydenhuoltolaissa*.

Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy ilmoitettava potilaalle välittömästi. Hoitoon pääsystä ja hoidon järjestämisestä säädetään erikseen.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .