

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

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

Esityksessä ehdotetaan tiukennettavaksi perusterveydenhuollon kiirettömään hoitoon pääsyn määräaikoja. Potilaan tulisi olla mahdollista saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteys perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja saada yksilöllinen arvio hoidon tarpeesta. Perusterveydenhuollon kiirettömässä sairaanhoidossa ensimmäinen hoitotapahtuma tulisi järjestää seitsemässä vuorokaudessa, jos hoitotapahtuma liittyy sairastumiseen, vammaan, pitkäaikais-sairauden vaikeutumiseen, uusien oireiden esilletuloon tai toimintakyvyn alenemiseen. 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 niitä tilanteita varten, joissa potilas on ensin ohjattu muun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin tai hammaslääkärin vastaanotolle.

Seitsemän vuorokauden määräaika perusterveydenhuollossa ei koskisi hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanottoja, asiakasryhmään liittyviä seuranta- ja tarkastuskäyntejä tai terveyttä ja hyvinvointia edistäviä palveluja kuten terveystarkastuksia, matkailun vuoksi annettavia rokotuksia eikä palveluihin liittyviä todistuksia. Palvelut, joita ei koske seitsemän vuorokauden määräaika, 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. Suun terveydenhuollossa kolmen kuukauden määräaika ei koskisi tilanteita, joissa hoitosuunnitelmaan on kirjattu potilaan yksilöllinen tutkimusväli, jollei ilmene tarvetta kohtaa nopeampaan tutkimukseen tai hoitoon pääsyyn.

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

Hyvinvointialueen, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön ja Vankiterveydenhuollon yksikön tulisi julkaista tiedot hoitoon pääsyn toteutumisesta. Sääntelyä julkaistavista tiedoista tarkennettaisiin.

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

Ehdotetut lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1.4.2023.

SISÄLLYS

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ.....	1
PERUSTELUT	4
1 Asian tausta ja valmistelu	4
1.1 Tausta	4
1.2 Valmistelu	4
2 Nykytila ja sen arviointi.....	6
2.1 Nykyinen lainsäädäntö	6
2.1.1 Oikeus hoitoon	6
2.1.2 Hoitoon pääsyä koskeva sääntely kunnan ja kuntayhtymän, jatkossa hyvinvointialueen järjestämässä terveydenhuollossa.....	7
2.1.3 Perusterveydenhuollon asiakasmaksut	10
2.1.4 Opiskeluterveydenhuolto	12
2.1.5 Vankiterveydenhuolto	14
2.1.6 Puolustusvoimien järjestämä terveydenhuolto.....	16
2.1.7 Hoitoon pääsyn valvonta.....	18
2.2 Toimintaympäristö ja sen muutokset	19
2.2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva uudistus	19
2.2.2 Covid-19-pandemia ja sen vaikutukset terveydenhuoltojärjestelmään	29
2.2.3 Työn organisoinnin mallit.....	32
2.3 Terveydenhuollon sairaanhoidon ja suun terveydenhuollon toiminta ja talous	33
2.3.1 Johdanto	33
2.3.2 Tilastotiedot kiireettömästä hoidosta	34
2.3.3 Hoidon tarpeen arvio, hoitoon pääsy ja hoidon syyt.....	38
2.3.4 Väestön kokemus hoidon tarpeeseen vastaamisesta ja hoitopääsystä	40
2.3.5 Terveydenhuollon henkilöstö	43
2.3.6 Perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset	46
2.3.7 Erikoissairaanhoito.....	48
2.3.8 Työterveyshuolto	49
2.3.9 Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto.....	51
2.3.10 Vankiterveydenhuolto	52
2.4 Nykytilan arvioinnin yhteenvedoa	53
3 Tavoitteet	57
4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset	58
4.1 Keskeiset ehdotukset.....	58
4.2 Pääasialliset vaikutukset.....	60
4.2.1 Taloudelliset vaikutukset	60
4.2.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan.....	66
4.2.3 Muut yhteiskunnalliset vaikutukset.....	75
5 Muut toteuttamisvaihtoehdot	80
5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset.....	80
5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot	83
6 Lausuntopalaute.....	86

7 Säännöskohtaiset perustelut	86
7.1 Terveydenhuoltolaki	86
7.2 Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta	101
7.3 Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki	107
7.4 Vankeuslaki	107
7.5 Tutkintavankeuslaki	108
7.6 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	109
8 Lakia alemman asteinen sääntely	109
9 Voimaantulo	110
10 Toimeenpano ja seuranta	110
11 Suhde muihin esityksiin	110
11.1 Esityksen riippuvuus muista esityksistä	110
11.2 Suhde talousarvioesitykseen	110
12 Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys	111
LAKIEHDOTUKSET	120
terveydenhuoltolain muuttamisesta	120
korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta	124
oppilas- ja opiskelijahuoltolain 17 §:n muuttamisesta	127
vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta	128
tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta	129
potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 4 §:n muuttamisesta	131
RINNAKKAISTEKSTIT	132
terveydenhuoltolain muuttamisesta	132
korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta	139
oppilas- ja opiskelijahuoltolain 17 §:n muuttamisesta	144
vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta	145
tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta	147
potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 4 §:n muuttamisesta	149

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 toimeenpanon 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 vastaanotto toimintaan 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 hoitoon pääsystä. 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 määrääjät – 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 määrääjät 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 vinyt alatyöryhmän muutosehdotuksia loppuraporttiinsa. Se totesi, että muutosten valmistelutyö jatkuu osana terveydenhuoltolain uudistamista. Hoitoon pääsyn määräaikojen 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 ja valtiovarainministeriö ovat käsitelleet yhdessä ehdotusluonnoksen taloudellisten vaikutusten arviointeja alkusyksynä 2021.

Esitysluonnoksesta pyydettiin lausunnot... (täydentyä myöhemmin)

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 vakaamustaan 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 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, hammaslääkäreiden, 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 hyväksytyjä 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.

Perustuslain 19 §:ssä säädetään oikeudesta riittäviin terveyspalveluihin. 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 toteamiseksi 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 seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoitoa, kotisairaanhoitoa, 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 paheutumista 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 taudinmääritys, 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. Sairaanhoito on toteutettava 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 laitos- tai avohoidossa. Kunnalla, jatkossa hyvinvointialueella ei ole velvollisuutta järjestää kuntoutusta, jos lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen on Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) 9 §:n perusteella Kansaneläkelaitoksen tehtävänä.

Kunnan on kuitenkin järjestettävä kuntoutussuunnitelmassa määritelty lääkinällinen 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 määräajan enimmäisaika on siis kuusi kuukautta.

Terveydenhuoltolaissa säädetään velvoitteesta antaa perusterveydenhuollon palveluja ja erikoissairaanhoitona annettavia palveluja. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan terveydenhuoltolain 3 §:n mukaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinälliseen 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 erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen 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 lähetteen saapumisesta toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

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

Terveydenhuollon 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 järjestämistä sääntely, joka varmistaa hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumista. Terveystenhooltolain 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. Terveystenhooltolain 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 erikoissairaanhoitolain muutoksilla vuonna 2005. Uudistuksen tavoitteena oli hoitoon pääsyn turvaaminen, väestön terveyserojen vähentäminen sekä oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden lisääminen hoitoon pääsyssä (HE 77/2004 vp). Terveystenhooltolaki säädettyäessä (voimaan 1.5.2011) hoitoon pääsyn määräaikoja koskeva sääntely säilyi sisällöllisesti muuttumattomana.

Terveystenhooltolain 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. Johtuen 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. Terveystenhoollon 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 terveydenhooltolain sääntelyssä, mukaan lukien edellä kuvatussa hoitoon pääsyn sääntelyssä, säädetään kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sijasta hyvinvointialueen velvoitteista (HE 56/2021 vp, laki XXX/2021). Sosiaali- ja terveystenpalveluiden järjestämisen uudistamista esitellään tarkemmin jaksossa 2.2.1.

2.1.3 Perusterveydenhuollon asiakasmaksut

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

Asiakasmaksulain 1 §:n mukaan kunnallisista sosiaali- ja terveystenpalveluista 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 suuruisen.

Asiakasmaksulain 5 §:ssä säädetään maksuttomista terveysterveyspalveluista sekä maksuttomuutta koskevista poikkeuksista. Pykälän 1 kohdan mukaan terveydenhuollon palveluista ovat lähtökohtaisesti maksuttomia terveydenhuoltolain 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 terveydenhuollon palveluista. Maksua ei kuitenkaan saa periä edes 18 vuotta täyttäneeltä kouluterveydenhuollon palvelusta, mielenterveyshuollon avosairaanhoidon palveluista eikä sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai kättilön vastaanotosta.

Perusterveydenhuollon maksuja voidaan periä myös laitoshoidosta ja laitoshoidon annettua kuntoutuksesta sekä niihin liittyvästä osittaisesta ylläpidosta sekä erilaisista terapiapalveluista (terveydenhuollon ammattihenkilön antama fysioterapia, neuropsykologinen kuntoutus, ravitsemusterapia, jalkojenhoito, puheterapia, toimintaterapia ja muu niihin rinnastettavasta toimintakykyä parantava ja ylläpitävä hoito). Maksuja voidaan periä terveydenhuollon 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 terveysterveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalvelujen ja terveysterveyskeskuksen suun terveydenhuollon palveluiden maksut.

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

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

2) enintään 20,60 euron käyntimaksu: maksun saa kuitenkin periä ainoastaan kolmelta ensimmäiseltä käynniltä samassa terveysterveyskeskuksessa kalenterivuoden aikana.

Terveysterveyskeskuksen päivystyksessä voidaan 18 vuotta täyttäneiltä periä arkisin kello 20.00–8.00 sekä lauantaisin, sunnuntaisin ja pyhäpäivinä näiden maksujen sijaan periä enintään 28,30 euroa käynniltä.

Edellä todetun mukaisesti asiakasmaksulaissa säädetään, että sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai kättilön vastaanotot ovat maksuttomia. Tämä hallitusohjelman perustuva uudistus tuli voimaan 1.7.2021 (laki 1201/2020, HE 129/2020 vp). Terveysterveyskeskuksessa annettua yksilökohtaisesta fysioterapiasta voidaan periä asiakasmaksuasetuksen mukaan enintään 11,40 euroa hoitokerralta.

Terveysterveyskeskuksessa annettua suun ja hampaiden tutkimuksesta ja hoidosta voidaan periä perusmaksuna enintään 10,20 euroa käynniltä, kun hoidon antaa suuhygienisti. Hammaslääkärin antamasta hoidosta voidaan perusmaksuna periä enintään 13,10 euroa ja erikoishammaslääkärin antamasta hoidosta enintään 19,20 euroa käynniltä. Näiden perusmaksujen lisäksi voidaan periä

erilaisista toimenpiteistä maksuja, joiden määrä vaihtelee välillä 8,40–222,70 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 2020 ja 2021 on 683 euroa. Maksukattoa tarkistetaan joka toinen vuosi kansaneläkeindeksin mukaisesti, joten vuoden 2022 maksukatto tulee olemaan korkeampi. Asiakkaalta perittävien maksujen yhteismäärää laskettaessa otetaan huomioon kalenterivuodelta laissa määritellyt maksut.

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 opiskelukyvyyn 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 terveystieteiden ministeriö 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 läsnä oleviksi ilmoittautuneiden opiskelijoiden määrällä. Terveydenhoitomaksu on saman suuruinen kaikille opiskelijoille. Terveydenhoitomaksun suuruudesta säädetään vuosittain ennen marraskuun 30 päivää annettavalla valtioneuvoston asetuksella. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon maksuista 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 ennakoimattomasta 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, *opiskeluhuoltolaki*) mukaista opiskeluhuoltoa sekä ammatillisesta koulutuksesta annetun lain (531/2017) 99 §:n 3 momentin mukaista opiskelijahuoltoa. Opiskeluhuoltolaissa säädetään perusopetuslaissa (628/1998) tarkoitetussa opetuksessa olevan oppilaan sekä lukiolaissa (629/1998) ja ammatillisesta koulutuksesta annetussa laissa (630/1998) tarkoitetussa koulutuksessa olevan opiskelijan oikeudesta opiskeluhuoltoon. Opiskeluhuollolla tarkoitetaan opiskelijan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa oppilaitosyhteisössä. Opiskeluhuoltoa toteutetaan yhteisöllisenä ja yksilöllisenä opiskeluhuoltona. Yksilökohtaisella opiskeluhuollolla tarkoitetaan yksittäiselle opiskelijalle annettavia koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja sekä opiskeluhuollon psykologi- ja kuraattoripalveluja sekä muita opiskeluhuoltolain 5 §:ssä tarkoitettuja yksilökohtaisen opiskeluhuollon palveluja. Kouluterveydenhuollolla tarkoitetaan terveydenhuoltolain 16 §:n mukaista kouluterveydenhuoltoa ja opiskeluterveydenhuollolla terveydenhuoltolain 17 §:n mukaista opiskeluterveydenhuoltoa. Psykologi- ja kuraattoripalveluilla tarkoitetaan opiskeluhuollon 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 opiskeluhuollon järjestämisvastuusta. Pykälään on osana sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistamista hyväksytyt 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 opiskeluhuollon psykologi- ja kuraattoripalvelujen järjestämisestä alueellaan sijaitsevien oppilaitosten opetuksessa tai koulutuksessa oleville opiskelijoille. 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 opiskeluhuollon toteuttamisesta. Lain 15 § sisältää lakisääteisen määräajan palveluiden saamiseksi. Pykälän 1 momentin mukaan opiskelijalle on järjestettävä mahdollisuus keskustella henkilökohtaisesti opiskeluhuollon psykologin tai kuraattorin kanssa viimeistään seitsemäntenä oppilaitoksen työpäivänä sen jälkeen, kun opiskelija on tätä pyytänyt. Kiireellisessä tapauksessa mahdollisuus keskusteluun on järjestettävä samana tai seuraavana työpäivänä. Lain 17 §:n 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 opiskeluhuoltolain 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 puhelimitse. 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. Vankilalojen 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 optikko-palveluiden 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 sääntöjä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä muun muassa yksinäisyysrangaistuksen vaikutuksiin ja muihin vankilalojen 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 järjestämisessä terveydenhuollossa on noudatettava terveydenhuoltolain mukaisia tai muita hoitoon pääsyn määräaikoja terveydenhuolto järjestäessä.

Edellä kuvatusta normaalisuuspriaatteesta johtuen Vankiterveydenhuollon yksikkö kuitenkin käytännössä kokee velvoittavaksi noudattaa terveydenhuoltolaissa säädettyjä määräaikoja järjestäessään terveydenhuollon palvelut. Yhdenvertaisuuspriaatteen, vankeinhoidon normaalisuuspriaatteen 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.

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 palvelukseen astuessa 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 sotilaiden 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. Puolustusvoimilla on kumppanuussopimuksia sairaanhoitopiirin kanssa erikoissairaanhoitotasoisten 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 palveluskelpoisuutta 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.

Erikoissairanhoidon osalta Puolustusvoimien solmimisissa kumppanuussopimuksissa on sovittu, että palvelusta suorittava pääsee lähetteen perusteella erikoissairaanhoitotasoiseen hoi-

toon seitsemässä vuorokaudessa. Hoitoon pääsee siis huomattavasti nopeammin kuin terveydenhuoltolaissa säädetään kunnallisen järjestämistä 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 järjestämistä osaan, jolloin hänen jatkohoitoaan 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 terveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon osalta 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 lakihanketta.

2.1.7 Hoitoon pääsyn valvonta

Terveydenhuoltolain 55 §:ssä säädetään odotusaikojen julkaisemisesta. 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.

Odotusaikojen julkaisemisesta 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. Terveydenhuoltolain 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 hoi-

toon pääsyä perusterveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa sekä Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön palveluissa. Valvira valvoo kii-reettömään 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, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tiedonkeruuseen perustuvien suunniteltujen organisaatiotarkastusten tai valvontaviranomaisen muun oma-aloitteisen valvonnan käynnistämisen seurauksena.

Hoitoon pääsyn valvonnassa hyödynnetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen keräämää tietoa. Terveyden 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 tehtävälänsä tietoperustasta ja sen hyödyntämisestä, ylläpitää alan laaturekistereitä.

Lain 5 §:n mukaan edellä 2 §:n 1 momentin 1–3, 4 ja 4 d kohdassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle säädettyjen tehtävien hoitamista varten laitoksella on oikeus saada maksutta sekä salassapitovelvoitteiden ja muiden tietojen käyttöä koskevien rajoitusten rajoittamatta tunniste-tietoineen 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 laitoshoidon ja avopalveluita sekä ensihoitoa koskevia tietoja.

Terveydenhuollon 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 palveluntuottajan 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 säädettyjen palvelujen ja tehtävien

järjestämisvastuu siirretään kunnilta uusille hyvinvointialueille 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 terveystalouden rakennemuutoksen 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 terveystalouden 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 aluevaltuusto. Hyvinvointialueet perustetaan uudella sosiaali- ja terveydenhuolto- ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaantulusta annettavalla lailla (616/2021, *voimaantulolaki*), 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. Väliaikainen valmistelutoimielin johtaa hyvinvointialueen toiminnan ja hallinnon käynnistämisen valmistelua, kunnes ensimmäinen aluevaltuusto on valittu ja aluevaltuuston asettama aluehallitus on aloittanut toimintansa. Ensimmäiset aluevaalit toimitetaan 23.1.2022. HUS-yhtymä perustetaan vuonna 2022 Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin valtuustojen hyväksymällä perussopimuksella. HUS-yhtymän hallinnon ja toiminnan käynnistämisestä vastaa väliaikainen HUS-valmisteluryhmä, joka toimii HUS-sairaanhoidopiirin osana ja vastaa toiminnasta, kunnes HUS-yhtymän hallitus on valittu.

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 erikoissairaanhoitoon 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 palvelusetelilaisissa. Sosiaali- ja terveystieteiden 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 terveystieteiden uudistuksesta johtuvat teknisluonteiset muutokset. Näiden muutosten toteutuessa palvelusetelilain 4 §:ssä säädettäisiin, että hyvinvointialue päättää ne sosiaali- ja terveystieteiden 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, omavastuuosuuden 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-järjestämislaissa säädetään lisäksi muun muassa kielellisten oikeuksien turvaamisesta, hyvinvointialueiden yhteistyöstä, asiakas- ja potilastietojen rekisterinpidosta, henkilöstön täydennuskoulutuksesta, valmiudesta ja varautumisesta sekä ohjauksesta ja 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.

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 terveyspalvelut kootaan yhden hallintorakenteen, hyvinvointialueen, alle. Myös Uudellamaalla integraatio etenee järjestämisvastuussa olevien organisaatioiden koon kasvaessa ja määrän selvästi vähetessä verrattuna aiempaan, vaikka HUS-yhtymän erikoissairaanhoito 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. Erityisosaimista kannattaa eri tavoin tuoda perustason tueksi, jolloin asiakasta ei tarvitse siirtää palvelutasolta toiselle. Oleellista on myös hillitä päivystysaikaisia, 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 allokoi 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. Erikoissairaanhoidon rahoittaminen on koettu kunnissa vaikeaksi ennakoida ja hallita suoritteiden määrän tai kustannusten ylittäessä arvioidun. Uudistuksen myötä myös erikoissairaanhoidon siirtyä hyvinvointialueen niin sanotun kokonaisbudjetin piiriin. Näin sekä peruspalveluiden että erikoissairaanhoidon kustannukset tulee kattaa saman, yhteisen käytettävissä olevan rahoituksen sisältä. Uudellamaalla viisi hyvinvointialuetta ja HUS-yhtymä määrittelevät sopimusperusteisesti erikoissairaanhoidon 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 tilinpäätöstiетоjen 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 laskennallisina 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 säädettyä siirtymäaikana hyvinvointialueiden tulee sopeuttaa toimintaansa uuden järjestelmän mukaiseen laskennalliseen rahoitukseen. Voimaantulovuonna 2023 hyvinvointialuekohtaisten siirtyvien kustannusten ja laskennallisen rahoituksen erotus tasataan täysimääräisesti hyvinvointialueiden välillä siirtymätasauksella. Siirtymätasausta 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 analyysimallin¹ 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 otettuna 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. 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 suoritua 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

¹ 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.

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 taoussuunnitelman mukaisia poistoja ja arvonalentumisia. Asiakasmaksut, kuten myös hyvinvointialueiden käyttömaksut sekä muut toiminta- ja rahoitustuotot, otetaan vähennyksenä huomioon tarkasteltaessa sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia käyttökustannuksia.

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 täytyessä 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, hyvinvointialueella 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 yhteensovittamalla 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 ennakoivaan 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 hankeoppas (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:27²)

² <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163349>

Kiireettömän hoidon saatavuuden parantamiseen tähtäviä kokeilu- ja kehittämistoimia osana Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus -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 terveystieteiden yhteydessä vahvistamaan asiakkaiden palvelutarpeiden integraatiota,
- 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 suunniteluun ja työtapoihin,
- kysynnän vähentäminen esimerkiksi ottamalla käyttöön ja hyödyntämällä pitkäaikais-sairaiden hoitosuunnitelmia sekä yksilöllisiä hoito- ja seurantavälejä,
- uudenlaisten varasuunnitelmien luominen poissaoloja ja kysyntäpiikkejä varten,
- hukkatyön vähentäminen ja
- vapaan hoitopääsyn 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 terveystieteiden tutkimuskeskuksissa on käytössä kansallisesti yhtenäisiä ja asukkaiden tarpeisiin vastaavia, hyväksi todettuja ja integroituneita toimintamalleja. Hankesuunnitelmissa alueiden on tullut esittää kansallisesti yhtenäisellä tavalla hoitoon pääsyn lähtötilanne ja mitattavat tavoitteet sen vaiheittaiselle parantumiselle. Samoin on tullut kuvata toiminnallisten ja taloudellisten hyötyjen saavuttamisen mekanismeja sekä kehittämisen ja ylläpidon jatkuvuus ja rahoitus hankekauden jälkeen. Hoitoon pääsyn paranemista seurataan ja raportoidaan hankeajana osana ohjelman ja hankkeiden säännöllistä seuranta.

Terveystieteiden tutkimuskeskus on julkaissut Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi -raportin 23.8.2021³

³ <https://www.julkari.fi/handle/10024/140996>

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 seuranta, 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 (1552/2011) 3 §:n 5 kohdan mukaiset poikkeusolot. Tuolloin annettiin valtioneuvoston asetus valmiuslain 86, 88, 93 ja 94 §:ssä tarkoitettujen toimivaltuuksien käyttöönotosta. 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 erikoissairaanhoidon 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. Tautiryypäitä ja niiden vuoksi tapahtuvia suuria ja nopeita vaihteluita tautitilanteessa on kuitenkin todettu epidemian aikana myös muilla alueilla. Syksyllä 2021 covid-19-taudin vuoksi sairaalahoitoa tarvitsivat kuormittavat edelleen palvelujärjestelmää, ja potilasmäärät ovat kääntyneet uudelleen kasvuun kesän tilanteeseen verraten, mutta kuormitus laskenut kuitenkin huomattavasti kevään 2021 huippujaksoista. Viikolla 42 erikoissairaanhoidossa oli yhteensä 120 covid-potilasta, joista 89 oli hoidossa tavanomaisilla vuodeosastoilla ja 31 teho-osastoilla.

Covid-19-rokotukset käynnistyivät Suomessa 27.12.2020 alkaen ikääntyneistä ja muista vakavalle koronavirustaudille alttiista ryhmistä. Rokotukset 12-15-vuotiaille alkoivat 9.8.2021. Rokotukset antavat hyvän suojan vakavaa tautia vastaan, ja rokotuskattavuuden kasvu on muuttanut epidemian kulkua. Tällä hetkellä tartuntoja ilmaantuu ja sairaalahoidon tarvetta esiintyy ennen kaikkea rokottamattomien keskuudessa. Suomessa 79,9 % rokotusten kohdeväestöön kuuluvista eli 12 vuotta täyttäneistä oli 9.11.2021 mennessä saanut kaksi rokoteannosta. Epidemialla 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 3/2021⁴, raportti 14/2020⁵). Palvelujärjestelmään kohdistuvat vaikutukset ovat kohdistuneet niin perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon kuin sosiaalipalveluihinkin. Epidemia on lisännyt merkittävästi palvelujärjestelmän kuormitusta epidemian edellyttämien

⁴ <https://www.julkari.fi/handle/10024/142536>

⁵ <https://www.julkari.fi/handle/10024/140661>

testaus- ja jäljitystoiminnan, koronapotilaiden vastaanottoiminnan ja vuodeosastohoidon, rokkottamisen sekä valtakunnan rajoilla tehtävien tartuntataudin ehkäisytoimien organisoimiseksi. Koronaepidemian hallintaan ja koronapotilaiden hoitoon kohdenneet voimavarat ovat olleet pois muusta, tavanomaisesta sairauksien hoidosta ja palveluista. Koronaepidemia on muuttanut sosiaali- ja terveyspalvelujen 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. Elektiiviset läheteet erikoissairaanhoidon ovat vähentyneet useilla erikoisaloilla, ja erikoissairaanhoidossa on vuoden 2020 aikana annettu hoitoa selvästi vähemmän kuin aiempina vuosina keskimäärin. Myös elektiivistä leikkaustoimintaa on epidemiatilanteesta riippuen jouduttu väkällä supistamaan sairaala- ja tehohoitokapasiteetin kuormittuessa. Vaikka tilanne on palautunut palvelutuotannon osalta kohti tavanomaisia volyymejä syksystä 2020 alkaen, ovat kuitenkin hoitoa odottavien potilaiden määrä ja odotusajat jääneet koholle aiempaan verrattuna. 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. Myös suun terveydenhuollossa toteutui vuonna 2020 yli miljoona käyntiä vähemmän kuin edellisenä vuonna. Lasten ja nuorten perusterveydenhuollon palvelujen toimintaedellytykset ovat heikentyneet neuvolassa, kouluterveydenhuollossa ja opiskeluterveydenhuollossa, kun koronaepidemia aikana on tehty näissä palveluissa runsaasti henkilöstösiirtoja ja terveystarkastuksia on vähennetty. Kuitenkin lasten, nuorten ja lapsiperheiden tuen tarpeet ovat kasvaneet epidemian aikana. 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-seuraus-suhteet 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 isovolyymisen 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 infektiovastaanotoille, näyttöön, jäljittämiseen ja rokotamiseen. Terveydenhuollon 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 sijaisen saaminen on ollut vaikeaa, koska hoitohenkilöstön saatavuus on ollut valtakunnallisesti epidemian aikana huono. Käytännössä monet uudet toiminnot 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. työvuo-rojärjestelyin 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 kestävän kasvun ohjelma ja EU:n elpymis- ja palautumistukiväline (RRF)

Suomen kestävän kasvun ohjelmalla tuetaan hallitusohjelman tavoitteiden mukaisesti ekologisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävää 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 terveyspalvelut yhdenvertaisesti, helposti ja kynnyksettömästi sekä monikanavaisesti. Tavoitteena on lisätä myös uusien digitaalisten ratkaisujen käyttöönottoa mahdollisimman laajana alueiden välisenä ja kansallisena yhteistyönä.

Ohjelman toimeenpanosuunnitelma on valmisteluvaiheessa syksyllä 2021. Suomen lopullisen elpymisvälineestä saadun rahoituksen suuruus on marraskuussa 2021 vielä avoin. Suunnitelma on rakennettu siten, että pilari 4:lle kohdennettaisiin 400 miljoonaa euroa. Suurin osa, 230 miljoonaa euroa kohdennettaisiin hoitopääsyn 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. Rahoituksen suuruus ja kohdentaminen tarkentuvat valmistelun myötä. Suomen kestävä kasvun ohjelmaan liittyvä palvelujärjestelmän kehittäminen toteutettaisiin jakamalla alueille valtionavustukset kehittämistointia varten. Valtionavustuskokonaisuus perustuu valtionavustuslakiin ja sitä varten annetaan sosiaali- ja terveysministeriön asetus syksyllä 2021. Se ohjaa hankkeiden tavoiteasetantaa ja toteutusta sekä seurantaa ja raportointia.

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 kyselytutkimuksen 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 kliinisiin 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 heikompi vuonna 2020 kuin vuonna 2018. Hoidon jatkuvuuden on todettu vähentävän merkittävästi kuolleisuutta ja akuutin sairaalahoidon tarvetta.⁶

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 hammaslääkäreiden 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 asiakaslähtöisten, 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 esitettyjä vuosien 2020 ja 2021 tietoja 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 terveystieteistä, joista 75 oli kuntien, 33 kuntayhtymien ja 26 vastuukuntien terveystieteitä. Alle 20 000 asukkaan terveystieteistä oli 69 ja yli 20 000 asukkaan terveystieteistä oli 65.

Kunnat ostavat osan järjestämisvastuunsa piiriin kuuluvista sosiaali- ja terveystieteistä yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Ostopalvelusopimukset kattavat kokonaisulkoistussopimukset,

⁶ 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>

osaulkoistussopimukset sekä muut kuntien ja kuntayhtymien ostopalvelut. Vuonna 2021 Manner-Suomessa järjestämisvastuussa olevista kunnista tai yhteistoiminta-alueista yhteensä noin 15 prosenttia oli ulkoistanut terveysasematoiminnan 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 erikoissairaanhoidon 57 prosenttia, perusterveydenhuoltoon 34 prosenttia ja suun terveydenhuoltoon 9 prosenttia. Perusterveydenhuollossa palveluseteliä käytettiin yleisimmin kotisairaanhoidon palveluissa.

Valtiovarainministeriön Kunnat käännekohtassa – kuntien tilannekuva 2020 -julkaisun (2020:13⁷) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon menot muodostavat noin puolet kuntien käyttömenoista. Tässä on kuitenkin suuria eroja kuntien välillä. Sosiaali- ja terveys -menojen osuus vaihtelee yli 100 000 asukkaan kuntien noin 45 prosentista alle 2 000 asukkaan kuntien 55 prosenttiin. Pienemmissä kuntakokoluokissa perusterveydenhuollon menojen 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 Kuntatalous-tilaston 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 Tilastotiedot kiireettömästä hoidosta

Valtakunnallinen luotettava arviointi perusterveydenhuollon kiireettömän avosairaanhoidon ajantasaisesta hoitopääsystä 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

⁷ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162061>

liittyen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on tukenut yhtenäistä tilastointia ja kirjaamista sekä kehittänyt uusia tilastoinnin ja raportoinnin malleja vuosien 2019 - 2021 aikana.

Hoitoonpääsyn toteutumista raportoidaan niistä kiireettömistä avosairaanhoidon käynneistä, joita edeltää hoidon tarpeen arviointi ja siihen liittyvä tilastointimerkintä. Näiden käyntien osuus kaikista kiireettömän avosairaanhoidon käynneistä vaihtelee. Hoitoonpääsyn toteutumista seurataan yleensä lääkärin tai hammaslääkärin käynneistä, mutta ei niinkään sairaanhoitajan/terveydenhoitajan tai suuhygienistin käynneistä. Hoitoonpääsyn seuraamiseksi tarvittavat tilastomerkinnot ovat osoittautuneet hankaliksi uusien toimintamallien (tiimimallit, hoitaja-lääkärikonsultaatiot, etävastaanotot) arvioinnissa, kun hoitoonpääsy saattaa tapahtua samanaikaisesti kuin hoidon tarpeen arviointi. Näin ollen erilaisten uusien toimintamallien myötä hoidon tarpeen toteumatiedoissa saattaa näkyä tilastollisesti vähenemistä. Hoidon tarpeen arviointia ei myöskään tehdä esimerkiksi ennen hoitosuunnitelman mukaisia kontrolli- tai seurantakäyntejä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen avohoidon hoitoilmoitusrekisteristä (Avohilmo) saatavien hoitoonpääsytietojen 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 vuosien 2020 ja 2021 aikana ja vaikeuttaa merkittävästi vuosien 2020 ja 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. Terveyskeskuksien 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 avosairaanhoidon 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 ja 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 ja 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 syksyn 2021 tilanteeseen 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). Näistä lääkärikäyntejä oli 5,9 miljoonaa (vuonna 2020 noin 7,0 miljoonaa) ja käyntejä muun terveydenhuollon ammattihenkilökunnan luona oli 16,9 miljoonaa (vuonna 2020 noin 16,8 miljoonaa). Asiakkaita oli yhteensä 3,7 miljoonaa eli 67 prosenttia väestöstä (vuonna 2020 noin 4,3 miljoonaa eli 77 prosenttia väestöstä). Kaikista terveyskeskuskäynneistä suhteellisesti eniten oli perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käyntejä (44 prosenttia, vuonna 2020 noin 42 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 2019 perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käyntejä oli keskimäärin 3,8 käyntiä yhtä asiakasta kohden (vuonna 2020 noin 3,4 käyntiä yhtä asiakasta kohden). Avosairaanhoidon asiakkaita oli vuoden aikana 2,6 miljoonaa eli 44 prosenttia väestöstä, vuonna 2020 avosairaanhoidon asiakkaita oli vuoden aikana 2,9 miljoonaa (53 prosenttia väestöstä).

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). 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 keskimääriin 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).

Vuonna 2019 perusterveydenhuollon mielenterveystyön asiakkaita oli 117 436 (116 229 henkilöä vuonna 2020) ja käyntejä 827 468 (726 693 vuonna 2020). Perusterveydenhuollon päihdetyön asiakkaita oli vuonna 2019 yhteensä 34 996 (33 191 henkilöä vuonna 2020) ja käyntejä 437 655 (373 504 vuonna 2020). Mielenterveyden häiriöiden perusterveydenhuolto toteutuu perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottokäynteinä sekä mielenterveystyön käynteinä perusterveydenhuollon avohoidon osana. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden (STM 2019:2) mukaisesti perusterveydenhuollolla tarkoitetaan lisäksi perusterveydenhuollon erillisiä mielenterveystyöryhmiä ja päihdetyöryhmiä sekä A-klinikkatyypisiä yksiköitä. 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 vuodelta 2019 ja 2020 ovat osin puutteellisia. Terveyskeskuskäyntien ja suun terveydenhuollon käyntien määrää ei siten suoraan voi verrata aikaisempiin vuosiin. Lisäksi toisen asteen opiskelijoiden avosairaanhoido kirjataan tällä hetkellä terveysasemilla perusterveydenhuollon avosairanhoidoksi, joten sen määrä sisältyy koko perusterveydenhuollon käyttöön eikä sitä voida tarkastella erillisenä.

Yksityiset palveluntuottajat ovat alkaneet tuottaa perusterveydenhuollon hoitoilmoitustietoja (Avohilmo) vuonna 2020. Avosairanhoidon 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 terveyskeskuskäynneistä noin 10 prosenttia oli työterveyshuollon käyntejä vuonna 2020.

Tilastoinnissa ”käynti” tarkoittaa konkreettisen vastaanotolla käynnin lisäksi muita hoitotapah-tumia, esimerkiksi puheluja, jotka korvaavat vastaanottokäynnin. Toisin sanoen ”käynti ” sisältää muun muassa puheluja, kirjevastauksia, sähköistä asiointia ja reaaliaikaista etäasiointia. Vuonna 2020 Avohilmo-tietoihin kertyi 10,7 miljoonaa etäasiointikäyntiä. Etäasioinnit avosai- raanhoidossa kasvoivat sekä lääkäri- että sairaanhoitaja/terveydenhoitajakäynneissä edellisvuoteen verrattuna. Vuonna 2020 avosairanhoidon etäasiointeja lääkärille oli noin kaksi miljoonaa, 21 prosenttia enemmän kuin vuonna 2019. Etäasiointien määrä sairaanhoitajalle/terveydenhoitajalle kasvoi fyysisten vastaanottokäyntien määrää suuremmaksi vuonna 2020. Avosai- raanhoidon etäasiointeja sairaanhoitajalle/terveydenhoitajalle oli noin 5,4 miljoonaa, 24 prosenttia enemmän kuin vuonna 2019. Kaikista etäasiointikäynneistä kiireettömät käynnit muodostavat valtaosan, päivystyskäyntejä näissä yhteystavissa 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 kokonaisuus 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 Kunnallissalan 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 terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt -kyselyn⁸ mukaan kiireettömissä ajanvaraus tilanteissa 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 kehitymässä nopeasti, esimerkiksi erilaiset viestiyhteydet, chat ja oirearviot. Vuoden 2019 terveyskeskuskyselyn mukaan noin kolmasosa terveyskeskuksista 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. Lääkärien ja hoitajien 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 kiireevastaanottoa aamulla ennen virka-ajan alkua, iltaisin 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.

Maaliskuussa 2021 kiireettömälle lääkärin avosairaanhoidon vastaanottokäynnille pääsi 64 prosentissa käynneistä viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Hyvinvointialueittain tarkasteltuna hoitoon pääsyssä on kuitenkin suuriakin eroja. Yli 7 vuorokautta odottaneiden osuus oli maaliskuussa 2021 yli puolet kaikista toteutuneista kiireettömistä lääkärin vastaanottokäynneistä Kanta-Hämeen (50,8 %), Varsinais-Suomen (52,8 %) ja Etelä-Karjalan (54,2 %) tulevien hyvinvointialueiden alueilla. Pienin osuus yli 7 vuorokautta odottaneita oli Kainuun (10 %), Pohjois-Karjalan (11,1 %) ja Keski-Uusimaan hyvinvointialueilla.

⁸ <https://www.julkari.fi/handle/10024/138981>

Eri aluehallintovirastojen toimialueittain tarkasteltaessa tässä oli eroja Itä-Suomen 70 prosentista Lounais-Suomen ja Pohjois-Suomen 52 prosenttiin. Yli kolme kuukautta lääkärin vastaanottokäyntiä odotettiin Pohjois-Suomen aluehallintoviraston alueella neljässä prosentissa käynneistä ja Lapin aluehallintoviraston alueella yhdessä prosentissa käynneistä.

Potilaat pääsevät sairaanhoitajan vastaanotolle yleensä nopeammin kuin lääkärin vastaanotolle. Keväällä 2021 noin 80 prosenttia käynneistä kiirettömään hoitoon sairaan- / terveydenhoitajan vastaanotolle, joista hoitoonpääsyyn kulunut aika on tiedossa, tapahtui viikon kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista.

Suun terveydenhuollossa syyskuussa 2021 kiirettömistä vastaanottokäynneistä toteutui kolmen kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista 87 prosenttia (yli kuuden kuukauden sisällä 2 prosentti). Aluehallintovirastokohtaiset prosentiosuudet olivat: Etelä-Suomi 91 (1), Lounais-Suomi 76 (3), Itä-Suomi 85 (1), Länsi- ja Sisä-Suomi 78 (4), Pohjois-Suomi 95 (1), Lappi 88 (1). Hammaslääkärin vastaanottokäynneistä toteutui kolmen kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista 86 prosenttia (yli kuuden kuukauden sisällä 2 prosenttia). Aluehallintovirastokohtaiset osuudet vaihtelivat Lounais-Suomen 74 prosentista Pohjois-Suomen 95 prosenttiin. Suuhygienistin vastaanottokäynneistä toteutui kolmen kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista 80 prosenttia (yli kuuden kuukauden sisällä 2 prosenttia). Aluehallintovirastokohtaiset osuudet vaihtelivat Länsi- ja Sisä-Suomen 80 prosentista Itä-Suomen 91 prosenttiin.

Covid-19-epidemian vauhdittamana etäasiointi ja erilaiset uudet toimintamallit terveyskeskuksissa ovat lisääntyneet, mikä näkyy lisääntyneinä etäasiointina myös hoitoonpääsytiedoissa. Siksi myös perusterveydenhuollon hoitoonpääsyn raportointia on laajennettu etäasiointitiedoilla. Niiden etäasiointikäyntien, joista hoitoonpääsytiedot olivat käytettävissä, osuus kaikista avosairaanhoidon kiirettömistä 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 terveyspalvelujen tuottajiin. Näitä ovat esimerkiksi syntyvyyden säännöstely tai terveystarkastus. Mielenterveyden häiriöitä kirjattaneen vähemmän kuin mitä potilailla niitä on. Somaattisesti sairailta henkilöillä

on merkittävästi 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 tammi-syyskuussa. Valtaosa (76 % vuonna 2019) ICDC-10-koodeilla kirjatuista käyntisyistä oli ruu-ansulatuselinten sairauksia.

Pitkät odotusajat terveyskeskuksen 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 TerveysHilmo-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 eritele 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, hoitopääsyn nykytilaa on tarkoituksenmukaista arvioida myös väestön kokemuksen perusteella. THL toteuttaa yhdessä terveyskeskusten kanssa lääkärin ja hoitajien vastaanottojen asiakaspalautekyselyn⁹ 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 kaupunkia yhteydenaanti oli pieniä kuntia hankalampaa. Palautteiden mukaan lääkärille ei saanut aikaa, vaan asiakkaita ohjattiin hoitajalle ja vasta hoitajan 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 asiakastytyväisyyskysely hammaslääkärin ja suuhygienistin vastaanotoista viimeksi vuonna 2018¹⁰. Tuolloin asiakkaat olivat hyvin tyytyväisiä julkisten hammashoitoloiden palveluihin; kokonaisarvosana palveluista oli 4,8/5. Alueelliset erot olivat vähäisiä, asiakastytyväisyys 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 tyy-

⁹ <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus/asiakaspalaute/terveysasemien-asiakaspalaute> , viitattu 18.10.2021

¹⁰ <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus/asiakaspalaute/hammashoitoloiden-asiakaspalaute>, viitattu 18.10.2021

tyväisiä oltiin hinnoista kertomiseen (3,6), hinta-laatusuhteeseen (4,2) ja yhteydensaannin helpouteen (4,4). Tyytyväisyys palvelujen toteutumiseen kohtuuajassa oli parantunut vuodesta 2014 (4,2) vuoteen 2018 (4,6), mikä liittyy siihen, että kunnissa oli purettu pitkiä hoitajajonoja ja entistä suurempi osa vastaanottokäynneistä toteutui alle kolmessa kuukaudessa hoidon tarpeen arvioinnista. Alueelliset erot olivat tässäkin pieniä, vuonna 2018 arvot vaihtelivat 4,4:stä 4,8:aan. Kysely toteutetaan jälleen marraskuussa 2021.

Finsote-tutkimuksessa vuonna 2020¹¹ 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 suosion ja suosion lisääntymisen vuodesta 2000 lähtien saattaa osaltaan ilmentää tyytymättömyyttä julkisen terveydenhuollon kykyyn vastata väestön palvelutarpeisiin sekä myös kokemusta hoitoon pääsyn hitaudesta¹². Hammashoidon sairauskuluvakuutukset ovat harvinaisia, mutta yhteiskunnan tukemista aikuisten hammashoidon käynneistä noin 43 prosenttia toteutui yksityissektorilla vuonna 2019. Odotusajat yksityisvastaanoille ovat lyhyitä, usein kiireettömän ajan saa jo samaksi tai seuraavaksi päiväksi, kun julkisella sektorilla kiireetön käynti toteutuu tavallisimmin kolmen kuukauden kuluessa.

Tämän vuoden (2021) kouluterveyskyselyn mukaan 4,7 % niistä ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista, joilla on ollut tarve päästä oppilaitoksen terveydenhoitajan luo muuten kuin terveystarkastuksessa, eivät ole päässeet terveydenhoitajan vastaanotolle, vaikka ovat yrittäneet lukuvuoden aikana. Lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoiden osalta vastaava osuus on 4,4 %. Kouluterveyskyselyn mukaan 6 % niistä ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista, joilla on ollut tarve päästä oppilaitoksen lääkärin luo muuten kuin terveystarkastuksessa, eivät ole päässeet

¹¹ <https://www.julkari.fi/handle/10024/142634>

¹² 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>

lääkäriin vastaanotolle, vaikka ovat yrittäneet lukuvuoden aikana. 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-kyselyssä¹³ 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 lisääntyi jonkin verran epidemian aikana, ja viimeisimmässä kyselyssä 22.9.2021 huolestuneisuutta raportoi 29 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.

Muutokset väestössä ja lainsäädännössä vaikuttavat olennaisesti perusterveydenhuollon palveluiden tarpeeseen. Tilastokeskuksen väestöennusteen 2021 - 2070¹⁴ 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 prosentilla 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 voimakkaana osassa maakuntia. Suurissa kasvukeskuksissa muutokset tapahtuvat hitaammin. Suun terveydenhuollossa kalliit oikomishoidot vähenevät lasten määrän vähenyessä, toisaalta resursseja tarvitaan lisää väestön ikääntyessä hampaallisena.

¹³ <https://www.stat.fi/tup/htpalvelut/tutkimukset/kansalaispulssi.html> , viitattu 18.10.2021

¹⁴ https://www.stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn_2021_2021-09-30_fi.pdf

Lähivuosina 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 parantua 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 Terveydenhuollon henkilöstö

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden määrä ja saatavuus

Lokakuussa 2020 kunta-alalla työskenteli 425 000 henkilöä. Terveys- ja sosiaalialan koulutus on ollut kunnallisen henkilöstön yleisin koulutusala jo pitkään. Kunnallinen työmarkkinailaitos KT:n mukaan kuntien henkilöstöstä 47,1 prosentilla on terveys- ja hyvinvointialan koulutus.

Suurin osa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöistä on lähihoitajia (75 513 työllistä) ja lähes yhtä paljon on sairaanhoitajia (71 514 työllistä). Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotto toiminnan 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.

Lääkäriliiton vuoden 2019 vuositilaston mukaan Suomessa oli 31.12.2018 yhteensä 21 148 työikäistä laillistettua lääkäriä. Tuhatta asukasta kohden Suomessa on 3,8 lääkäriä. Noin puolet lääkäreistä työskentelee päätoimisesti sairaaloissa ja noin neljäsosa terveyskeskuksissa. Yksityisillä lääkäriasemilla toimivia on 16 prosenttia.

Lääkäriliitto on vuosittain selvittänyt kyselytutkimuksella terveyskeskusten johtavilta lääkäreiltä terveyskeskusten lääkäritilannetta. Kyselyssä, jossa kartoitettiin 7.10.2020 ollutta tilannetta, terveyskeskuksissa oli yhteensä 4 028,5 vakanssia, joista 294,5 oli täyttämättä. Lääkäritilanteen arvioi kokonaisuudessaan erittäin tai melko hyväksi 66 prosenttia vastaajista ja erittäin tai melko huonoksi 19 prosenttia vastaajista. Ei hyväksi, eikä huonoksi tilanteen arvioi 16 prosenttia vastaajista (n=139). Lääkärivaje arvioitiin suurimmaksi Kainuussa (31,4 %), Pohjois-Karjalassa (19,6 %) ja Etelä-Savossa (19,2 %). Pienin lääkärivaje oli Pohjois-Pohjanmaalla, Kanta-Hämeessä ja Pirkanmaalla (1,4 % kussakin). Kyselyssä kysyttiin myös arviota lisävakanseista tarpeesta, jos tavoitteeseen 7 päivän hoitotakuuseen pyritään. Keskimäärin vastaajat arvioivat tarvittavan noin 18 prosenttia lisää vakansseja suhteessa terveyskeskusten kokonaisvakanssimäärään tarkoittaen koko maassa noin 725 vakanssia. Noin joka kuudes vastannut terveyskeskus ilmoitti, että lisää vakansseja ei tarvita.

Valviran tilastojen mukaan tammikuussa 2021 Suomessa laillistettuja alle 65-vuotiaita hammaslääkäreitä oli 5 367 ja suuhygienistejä 3 163. 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 7.10.2020 oli 104 terveyskeskushammaslääkäriavokanssia tyhjänä, hammaslääkäriavajae vaihteli huomattavasti sairaanhoitopiireittäin. Hammaslääkäriavokanssit olivat täynnä Länsi-Pohjassa ja Etelä-Savossa. Hammaslääkäriavajetta ilmoittaneista sairaanhoitopiireistä vaje oli vähäisintä HUS:n (1,0 %), Pohjois-Karjalan (1,7 %) ja Pohjois-Savon (1,8 %) alueilla. Eniten vajetta oli Vaasan (18,5 %), Etelä-Karjalan (15,0 %) ja Satakunnan (12,4 %) alueilla. Vuokratyövoimaa käytettiin suhteellisesti eniten Etelä-Karjalassa, jossa 15,6 prosenttia hammaslääkäreistä oli vuokratyöntekijöitä. Kunnissa, joissa ei ollut terveyskeskushammaslääkäriavokansseja tyhjänä, oli yhteensä noin 2,5 miljoonaa asukasta, 1 - 9 prosentin hammaslääkäriavajeen kunnissa oli noin 1,7 miljoonaa asukasta ja yli 9 prosentin vajeen kunnissa 1,1 miljoonaa asukasta. Ostopalveluina erikoishammaslääkäripalveluja osti 72 prosenttia, säännöllisen työajan ulkopuolisia päivystyspalveluja 37 prosenttia ja tavanomaisia hammaslääkäripalveluja 32 prosenttia terveyskeskuksista. Kyselyssä pyydettiin myös arviota suuhygienisti- ja hammashoitajatyövoiman saatavuudesta. Suuhygienistien saatavuuden huonoksi tai erittäin huonoksi arvioi lähes 40 prosenttia terveyskeskuksista ja vastaavan arvion hammashoitajien saatavuudesta antoi lähes 60 prosenttia terveyskeskuksista. 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 vakansseissa oli 2 800 vakanssin 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 vakansseista 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 (09/2021) arvion mukaan 15 yleisimmän työvoimapula-ammattin joukossa on yhdeksän sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluvaa ammattia. Lähitulevaisuudessa on pulaa muun muassa sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista, lähihoitajista, puheterapeuteista, yleis- ja erikoislääkäreistä sekä hammaslääkäreistä. Vastaavasti niihin ammatteihin, joissa on hakijoista eniten ylitarjontaa, ei lukeudu yhtään sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattia.

Rekrytointiongelmien ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa yleisempiä kuin toimialoilla keskimäärin. TEM:n toimialaraportin (2021:2) mukaan sote-alalla jäi vuonna 2019 saamatta lähes 25 000 työntekijää. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tulevaisuuden näkymät näyttävät selvitysten valossa haasteellisina, ja työvoiman saatavuutta turvaaviin toimenpiteisiin ja

alan veto- ja pitovoimaan on kiinnitettävä huomiota. Tulevina vuosina kunta-alalla henkilöstömäärään vaikuttaa myös voimakas eläköityminen, mikä näkyy myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrässä. 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. Terveystieteen henkilöstön poistuman korvaamiseen ja työllisten määrän kasvuun arvioitiin tarvittavan terveystieteen palveluissa 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 lisätalousarvion 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: terveystieteen palveluihin 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 uramalleihin 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 riittävyttä 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 Terveystieteiden 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.

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 Terveystieteidenhuollon menot ja rahoitus 2019 -tilastoraporttiin. Niiden sekä sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntija-arvioiden, Avohilmo-tietojen sekä järjestäjätahoilta saatujen tietojen ja arvioiden perusteella on arvioitu perusterveydenhuollon avohoidon kustannuksia. Ensimmäiset käsitellyt kustannusarviot eivät sisällä suuren terveydenhuollon kustannuksia, jota käsitellään erikseen tämän kappaleen lopussa.

Perusterveydenhuollon avohoidon -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 järjestämisvastuuseen 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). Vastaanotto palvelut 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 hoitotapah-tumia.

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 käyn-tejä. 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 terveyskeskuksissa toteutetun fysioterapian kustannukset noin 140 miljoonaa eu-roa, laboratoriotutkimukset noin 59 miljoonaa euroa sekä kuvantaminen noin 35 miljoonaa eu-roa.

Vuonna 2019 terveyskeskusten suun terveydenhuollon palvelujen nettokustannusten ja kerätty-jen 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. Palveluseteleiden, joilla hankittiin perusterveydenhuollon avohoidon pal-veluita, maksuosuuksiin kunnat ja kuntayhtymät käyttivät noin 8 miljoonaa euroa ja suun ter-veydenhuollon 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 terveysasemista oli ulkoistettu 58 eli 11 pro-

senttia. Ulkoistettujen terveysasemapalvelujen piirissä oli 7,8 prosenttia väestöstä. Hammaslääkäriliiton työvoimaselvityksen 2020 mukaan ulkoistettujen suun terveydenhuollon yksiköiden piirissä oli tuolloin 4,0 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 hoitjaksoa 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 hoitajaksojen 3,1 prosenttia. Sen sijaan hoitopäivien määrä väheni 2,8 prosenttia, ja hoitajakson kesto lyheni 4,7:sta päivästä 4,4 päivään. Avohoidon käyntien määrä potilasta kohti väheni 5,2:sta 5,1:een vuodesta 2018 vuoteen 2019, mutta hoitajaksojen määrä potilasta kohti pysyi samana (1,6 hoitjaksoa 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.

Terveyden 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 vuodeosastohoitjaksoa. Etäkontaktien määrä on selvästi kasvanut viime vuosina. Vuonna 2020 toteutui yli 1,6 miljoonaa etäkontaktia ja tammi-syyskuussa 2021 1,4 miljoonaa. 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-vuotialilla. 15,3 prosenttia päivystyksessä hoidetuista ja kotiutetuista potilaista palasi päivystykseen 48 tunnin kuluttua uudelleen.

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

Vuoden 2020 tilastojen mukaan lähetteitä tuli erikoissairaanhoidon 1,77 miljoonaa, eli määrä väheni 7,2 prosenttia pääsääntöisesti covid-19-epidemian vuoksi. Tammi-huhtikuussa 2021 lähetemäärä oli 653 522 eli kasvua edelliseen ensimmäiseen epidemiakevääseen verrattuna oli 11,7 prosenttia.

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

Työterveyshuoltolaisissa (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 iohuva tarve edellyttää. Ehkäisevän toiminnan lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöilleen sairaanhoitoa ja muita terveydenhuollon palveluja. Tällaisten palveluiden järjestäminen on vapaaehtoista. Yrittäjälle ja muulle omaa työtään tekeväälle työterveyshuollon järjestäminen on vapaaehtoista. Heidän osaltaan työterveyshuoltolakia 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 työterveyshuoltopalvelujen tuottaja. Vuonna 2019 ne tarjosivat työterveyshuoltopalvelut 1,7 miljoonalle henkilölle eli 85 prosentille työterveyshuollon piiriin kuuluvista.

Työterveyshuoltolain mukaan työnantajalla, vrittäijällä 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 vapaaehtoisesta 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 palveluista ja 451 miljoonaa euroa sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palveluista. Kelan työnantajille työterveyshuollosta maksamat korvaukset olivat 367 miljoonaa euroa. Sairaanhoitokäynnejä tehtiin 4,3 miljoonaa. Näistä käynneistä 3 miljoonaa toteutui lääkärille, 860 000 terveydenhoitajalle, 200 000 fysioterapeutille ja 200 000 muulle asiantuntijalle. Sairaanhoitokäynnejä tehtiin keskimäärin kaksi työntekijää kohti. Laboratoriotutkimuksia tehtiin sairaanhoitoon liittyen 4,3 miljoonaa ja kuvantamistutkimuksia 400 000. Työterveyshuollon sairaanhoidon käytännöt vastaanotolle pääsyssä, ammattiryhmien työnoissa (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 työssäkäyvistä työikäisistä voi niiden lisäksi käyttää työnantajan järjestämää sairaanhoitoa, 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 henkilötyövuosimäärä vuonna 2019 jakautui siten, että yleisterveydessä toteutettiin 182, mielenterveydessä 61, suunterveydessä 137 sekä säätiön hallinnossa 53 henkilötövuotta. 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 henkilötövuodet 30.9.2021 olivat yhteensä 548 htv, joista oli yleisterveydessä 220 htv, mielenterveydessä 113 htv, suunterveydessä 187 htv sekä hallinnossa 28 htv. 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.

YTHS:n käyntimäärä oli ajalta 1.1.-30.9.2021 kaikki palvelut huomioon ottaen yhteensä 520 762 käyntiä. Yleis- ja mielenterveyspalveluita oli 398 482 käyntiä ja suun terveydenhuollossa 122 280 käyntiä. Samalla ajanjaksolla yleis- ja mielenterveyspalveluja käytti 80 868 opiskelijaa ja suun terveydenhuollon palveluja 50 996 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 koronavastaanotoille 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 yhteydenosaantia 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 lukuun ottamatta Suomenlinnaa, jonka vankien terveydenhuolto järjestetään Helsingin vankilan poliklinikalla. 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, sekä Vantaalla, joka on Suomen suurin tutkintavankila, lääkäri on paikalla jokaisena arkipäivänä, ja pienemmillä poliklinikoilla, kuten Mikkelissä tai Kylmäkoskella, lääkäri on paikalla kahtena – kolmena päivänä viikossa. Pienimmissä vankiloissa sairaanhoitaja käy kerran viikossa ja lääkäri 1–2 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 jälkipoliklininista toimintaa. Vankisairaalassa on mahdollisuus neurologin ja gynekologin konsultaatioihin. Neurologi konsultoi myös kroonisten kipupotilaiden hoitoja. Psykiatrisen vankisairaala erikoissairaanhoidon yksikkö, jolla on 40 vuodepaikkaa Turun vankilan ja 14 vuodepaikkaa Vantaan vankilan yhteydessä. Yksiköissä tutkitaan ja hoidetaan psykiatrista sairaalahoitoa vaativia moniongelmaisia potilaita. Vankiterveydenhuollon yksikkö ostaa kaikki somaattisen erikoissairaanhoidon palvelut sairaanhoitopiireiltä.

Vuonna 2019 vankiterveydenhuollon avohoidon potilastyösuoritteiden määrä poliklinikoilla oli 189 777. Ulkopuolisten poliklinikkakäyntien määrä on vähentynyt vuodesta 2017 lähtien ollen 3746 vuonna 2019. Hoitovuorokausia ulkopuolisissa sairaaloissa oli 380 vuonna 2019. Suun terveydenhuollossa hoitoa vuonna 2019 sai 2 785 potilasta, potilaskäyntejä hammashuollossa oli 7 793 ja lisäksi ulkopuolisia hammashuoltokäyntejä oli 308. Suun terveydenhuollossa ei ole

eritelty 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 erikoissairaanhoidoa.

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. Yksi toimipiste palvelee useamman vankilan vankipotilaita. Syksyllä 2021 keskimääräinen tarkastukseen pääsyn odotusaika on 40 päivää. 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. Lähetä käsitellään 1–7 päivän kuluessa sen saapumisesta. Psykiatrisessa vankisairaalassa hoitoon 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 yhteenvetoa

Sisällöllisten muutostarpeiden yhteenvetoa

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.

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 puolittaisi lakisääteisen hoitoon pääsyn määräajan.

Suurin osa kiireettömän perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä toteutuu jo a seitsemässä vuorokaudessa ja suun terveydenhuollossa jo kolmessa kuukaudessa. Alueelliset erot 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 terveyskeskus -hankkeissa.

Ennen hoitotakuun tiukentamisen säädösmuutosten voimaantuloa on tarpeen jatkaa kuntien ja kuntayhtymien (1.1.2023 alkaen hyvinvointialueiden) vastuulla olevaa perusterveydenhuollon toiminnan kehittämistä siten, että hoitoonpääsy paranee. Myös covid-19-epidemian aiheuttama hoito- ja palveluvelka on kurottava umpeen ennen hoitotakuun muutosten voimaantuloa. Vaikka kertynyt hoito- ja palveluvelka saataisiin purettua, tulee määräajoissa pysyminen edellyttämään pysyvää lisäresursointia palvelujärjestelmään. Tämän lisäresussin tarvetta voidaan vähentää, kun uusia toimintatapoja ja digitaalisia palveluita saadaan kehitettyä tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -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 hoitoonpääsyn 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 ja näyttöä 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 salkku-mallit, neuvolan vieminen päiväkotiin)
- kuljetusten järjestymisen varmistaminen hoitoon pääsemiseksi haavoittuvassa ase-massa oleville ryhmille alueilla, joilla julkinen liikenne ei mahdollista palvelujen ta-voittamista

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

Toimintaympäristön laaja muuttuminen on otettava tarkastelussa huomioon. Keskeistä on, mi-ten nopeasti palvelujärjestelmä pystyy vastaamaan tähän muutokseen ja realisoimaan sote-uu-distukseen 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 palvelutar-peen muutokset. Kaikissa näissä kriittisissä kohdissa alueet ovat erilaisia, mikä korostaa alueel-lisen tarkastelun merkitystä.

Lainsäädäntömuutostarpeiden arviointia

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen voimassa olevassa 51 §:ssä säädetään perusterveydenhuollon hoidon tar-peen arvioinnista, pääsystä perusterveydenhuollon palveluihin, perusterveydenhuollon suun ter-veydenhuollon palveluihin ja pääsystä perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavaan eri-koissairaanhoitoon. Pykälän hoitoon pääsyä koskeva sääntely on melko yksinkertaista, koska siinä säädetään hoitoon pääsystä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa tai kuudessa kuu-kaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Uudistuksen tavoitteena on turvata perustervey-denhuollon hoitoon pääsy seitsemässä vuorokaudessa siitä, kun on tehty yksilöllinen arvio hoi-don tarpeesta. Käytännössä palvelujärjestelmän resurssit eivät riitä siihen, että kaikkiin perus-terveydenhuollon hoitokäynteihin sovellettaisiin seitsemän vuorokauden määräaika, vaan lain-säädännöllä 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 määräajan piirissä, ja myös siitä, millaiset sään-nökset koskevat niitä hoitotapahtumia, joihin ei sovelleta seitsemän vuorokauden määräaika.

Suun terveydenhuollossa hoitoon pääsyn määräaika on jatkossakin resurssisyistä muuta perus-terveydenhuoltoa pidempi, vaikka sitä edellä todetun mukaisesti onkin syytä lyhentää. Sään-nökset tulee laatia ottaen huomioon alan erityispiirteet ja pidemmästä hoitoon pääsyn määrä-ajasta seuraavat vaikutukset sääntelytapaan. Koska perusterveydenhuollon yhteydessä toteutet-tavassa erikoissairaanhoidossa noudatetaan erilaista läheteeseen perustuvaa sääntelyä ja pi-dempää hoitoon pääsyn määräaika, on siitäkin perusteltua säätää erikseen.

Edellä todetusta johtuen on perusteltua erottaa jatkossa omiksi pykäläksien hoidon tarpeen ar-viota sekä perusterveydenhuoltoa, suun terveydenhuoltoa ja perusterveydenhuollon yhteydessä

annettavaa erikoissairaanhoidon 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 vankiterveydenhuollon 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. 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 puolena 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 vaihtoehdon 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 määräajoista), vain tiettyjen lakien listaaminen säännökseen ei välttämättä palvele informatiivisuutta ja voi olla jopa harhaanjohtavaa. Täten perustellumpaa on muuttaa säännösviittausta 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 kiirettömässä 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.

Hoitoon pääsyä koskeva sääntely koskisi hyvinvointialueiden järjestämän terveydenhuollon lisäksi Kansaneläkelaitoksen järjestämää ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tuottamaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisen Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämää vankiterveydenhuoltoa. Hoitoon pääsyn

määräajoista nimenomaisesti säätämällä vankiterveydenhuoltoa koskien tavoitellaan vankeinhoidon normaalisuusperiaatteen ja yhdenvertaisuuden toteutumisen turvaamista.

Nykyisen lainsäädännön mukaan hoidon tarpeen arvioinnissa tarpeelliseksi todettu kiireetön hoito perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa 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 erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä sääntely, nimenomaisesti koskisi myös Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisen Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämää vankiterveydenhuoltoa.

Toiminta tulisi järjestää siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja saada 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, joka perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa liittyy sairastumiseen, vammaan, pitkäaikais-sairauden vaikeutumiseen, uusien oireiden esilletuloon tai toimintakyvyn alenemiseen. 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 hoitoaikaa 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 tietynä 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 epäsovivia vastaanottoaikoja, vaikka enemmänkin aikoja olisi vapaana, ja tähän vedoten kieltäydytään ohjaamasta potilasta muun palveluntuottajan palveluihin. 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. Arvioinnissa tulisi myös arvioida sitä, tarvitseeko potilas hoitoa nopeammin kuin seitsemässä vuorokaudessa tai suun terveydenhuollossa kolmessa kuukaudessa. Sama koskisi korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa ja vankiterveydenhuoltoa.

Lisäksi säädettäisiin, että jos hoidon tarpeesta tehdyn arvion perusteella potilas on ohjattu muun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin tai hammaslääkärin vastaanotolle, ja tässä ensimmäisessä hoitotapahtumassa todetaan lääkärin tai hammaslääkärin tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen tarve, tämä lääkäriin pääsy on toteutettava perusterveydenhuollon sairaanhoidossa seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä ja hammaslääkäriin pääsy seuraavan neljän viikon sisällä. 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, asiakasryhmään liittyviä seuranta- ja tarkastuskäyntejä taikka terveyttä ja hyvinvointia edistäviä palveluja kuten terveysneuvontaa, terveystarkastuksia tai matkailun vuoksi annettavia rokotuksia eikä palveluihin liittyviä todistuksia. Seitsemän vuorokauden määräaika ei myöskään koskisi perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanottokäyntejä.

Perusterveydenhuollon kiireetön hoito, hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät palvelut sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävät palvelut, joita ei koske seitsemän vuorokauden määräaika, 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.

Suun terveydenhuollossa kolmen kuukauden määräaika ei koskisi tilanteita, joissa hoitosuunnitelmaan on kirjattu potilaan yksilöllinen tutkimusväli, jollei hoidon tarvetta koskevassa arvioinnissa ilmene tarvetta tutkimusvälin määrittämää ajankohtaa nopeampaan tutkimukseen tai hoitoon pääsyyn. Hoitoon pääsyä koskevaa sääntelyä tarkennettaisiin myös siten, että hoitajakso tulee saattaa valmiiksi kohtuullisessa ajassa ilman tarpeetonta viivytystä hoitokäyntien välillä. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hammaslääketieteellinen perustelu hoidon jaksottamiselle.

Laissa selvyuden vuoksi säädettäisiin siitä, että edellä kuvattua hoitoon pääsyn sääntelyä ei sovellettaisi seulontoja taikka neuvolatoimintaan tai koulu- tai opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia määräaikaistarkastuksia järjestettäessä. Sääntelyä ei myöskään sovellettaisi annettaessa muita kuin kiireettömään sairaanhoitoon kuuluvia rokotuksia. Näistä säädetään erikseen asetuksella ja tartuntatautilaissa siten, että säädetään ajanjaksosta, järjestyksestä tai ikä- tai muista väestöryhmistä, jolloin tai joihin kohdistuen seulonta, määräaikaistarkastus tai rokotus on suoritettava, jolloin hoitoon pääsyn määräaikoja koskevan sääntelyn logiikka ei sovi tällaisiin toimenpiteisiin. Tällaiset palvelut tulee antaa niitä koskevan lainsäädännön ja hyvän hoitokäytännön edellyttämällä tavalla. Jos kuitenkin tällaista palvelua antaessa havaitaan tarve jatkotutkimukselle tai hoidolle, taikka jos muuten terveystilaa antaessa havaitaan tarve muulle hoidolle tai tutkimuksille, hoitoon pääsyä koskeva sääntely soveltuisi.

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, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön ja Vankiterveydenhuollon yksikön tulisi julkaista internetissä, Vankiterveydenhuollon yksikön myös vankilassa, tiedot hoitoon pääsystä. Säännöstä julkaistavista tiedoista tarkennettaisiin, jotta hoitoon pääsyn vertailu mahdollistuisi nykyistä paremmin. Perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon toimintayksiköiden ja suun terveydenhuollon osalta säännöstä muutettaisiin siten, että jatkossa tiedot yhteyden saamisesta terveyskeskukseen ja odotusajoista perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon 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 avosairaanhoidon ja lisärahoituksen turvin esimerkiksi lisättävä 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 hoitopääsyn määrääjat ovat poikkeuksellisen pitkiä verrattuna esimerkiksi valtaosaan muihin Euroopan maihin. Lisäksi Suomen perusterveydenhuolto on monikanavaisuudessaan verrattain poikkeuksellinen suhteessa eurooppalaisiin verrokkimaihin.

Esityksen vaikutus perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palvelujen käyttöön olisi todennäköisesti suurinta ensimmäisen vuoden aikana lain voimaantultua. On todennäköistä, että palvelujen käyttö tämän jälkeen tasoittuu, mutta joka tapauksessa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kapasiteettia olisi arvion mukaan nostettava pysyvästi nykytilaa korkeammalle tasolle. Hyvinvointialueiden suun terveydenhuollon palveluiden ei arvioida vaativan lisäkapasiteettia jonojen purkua lukuun ottamatta, koska lakiesityksen mukainen kolmen kuukauden odotusaika kiirettömään hoitoon on edelleen pitkä.

Esityksellä on heijastusvaikutuksia moneen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon liittyvään palvelusektoriin. Erikoissairaanhoidon palveluihin kohdistuisi niin kustannuksia lisääviä kuin kustannusten kasvua hillitseviä vaikutuksia. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon vältettävissä olevine vuodeosastojaksojen arvioidaan vähenevän. Arvioidaan, että esityksen johdosta osa nykyisin päivystyksessä hoidettavista potilaista hoidetaan jatkossa perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa. Sairausrakuutuksen avulla rahoitetusta ja työnantajien työterveys- huollon 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. Kaikki taloudelliset arvioinnit sisältävät huomattavaa epävarmuutta ja niiden tarkentamista jatketaan ennen esityksen antamista eduskuntaan. Tarkentamiseen käytetään lausuntokierroksella saatavaa tietoa.

Vaikutukset hyvinvointialueiden talouteen

Esitys aiheuttaisi hyvinvointialueille tarpeen lisätä perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kapasiteettia. Tarve aiheutuu siitä, että asiakkaat ylipäättään saattavat hakeutua aikaisempaa enemmän hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon palveluihin. Hyvinvointialueiden palveluiden kanssa rinnakkaisten palvelujen, eli lähinnä työterveys- ja sairaanhoidollisten palvelujen ja sairaanhoidovakuutuksen korvaamien yksityisten palvelujen, sijaan asiakkaat saattavat hakeutua aikaisempaa enemmän hyvinvointialueiden palveluihin. Työterveys- ja sairaanhoidollisten palveluiden ostavat työnantajat saattavat myös vähitellen hankkia vähemmän työterveys- ja sairaanhoidollisia palveluita. Tiukentuvat hoitopääsyn edellytykset saattavat aiheuttaa myös jonkin verran tehottomuutta, kun ajanvarauskalenterissa täytyy olla aikaisempaa enemmän vapaita aikoja. On myös arvioitu, että esityksen voimaantulosta ensimmäisenä vuotena 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, hankkimalla perusterveydenhuollon palveluita ostopalveluina muilta palveluntuottajilta ja palvelusetelijärjestelyjä.

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kapasiteetin tarpeen arvioidaan kasvavan siten, että nykyistä toimintaa tulisi laajentaa lain voimaantulosta alkaen kahdeksan prosenttia suhteessa nykytilan kustannuksiin. Lisäksi patoutuneen kysynnän, jonotilanteen purun, mukaan lukien alla tarkemmin kuvattu suun terveydenhuollon jonojen purku, ja muiden muutuskustannusten arvioidaan aiheuttavan tarpeen laajentaa toimintaa voimaantulosta lukien ensimmäiseksi vuodeksi kolme prosenttia suhteessa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon nykytilan kustannuksiin. Työterveyshuollon sairaanhoidollisista, terveystieteiden avosairaanhoidon palveluja vastaavista palveluista siirtyvän kysynnän aiheuttaman kustannuspaineen on arvioitu olevan 3 prosenttia työterveyshuollon sairaanhoidollisten palvelujen kustannuksista vuonna 2023, 6 prosenttia vuonna 2024 ja 10 prosenttia vuodesta 2025 lukien. Vastaavasti sairausvakuutuksen korvaamista, terveystieteiden avosairaanhoidon palveluja vastaavista palveluista siirtyvän kysynnän aiheuttaman kustannuspaineen on arvioitu olevan 5 prosenttia sairausvakuutuksen korvaamista palveluista vuonna 2023 ja 10 prosenttia vuodesta 2024 lukien. Kysynnän siirtymiseen liittyen on kuitenkin arvioitu, että vain kolmasosa työterveyshuollon sairaanhoidollisten palveluiden ja sairausvakuutuksen korvaamien palveluiden tutkimuksista toteutettaisiin jatkossa terveystieteiden keskuksissa.

Kaiken kaikkiaan hyvinvointialueiden terveystieteiden keskuksiin kohdistuva kustannuspaineen arvioidaan olevan koko Manner-Suomessa nykytilaan verrattuna noin 156 miljoonaa euroa vuonna 2023, 184 miljoonaa euroa vuonna 2024 ja 180 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien. Suhteessa toiminnan nykycustannuksiin laajennus on 8,9 prosenttia vuonna 2023, 10,5 prosenttia vuonna 2024 ja 10,3 prosenttia vuodesta 2025 lukien. Taloudellisesti merkittävimpien henkilöstöresurssien osalta tämän kustannuspaineen arvioidaan tarkoittavan 495 lääkärin ja 420 sairaanhoitajan henkilötyövuoden panosta vuonna 2023, 605 lääkärin ja 455 sairaanhoitajan henkilötyövuoden panosta vuonna 2024 ja 620 lääkärin ja 425 sairaanhoitajan henkilötyövuoden panosta vuonna 2025. Tämä arvio perustuu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Terveydenhuollon 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 2025 lukien edellä mainittu tarkoittaisi laskennallisesti noin 950 000 lääkärikäynnin ja 935 000 sairaanhoitajakäynnin lisäystä verrattuna vuoteen 2019 hyvinvointialueiden terveystieteiden keskuksissa.

Esityksen toimeenpano edellyttää perusterveydenhuollon suun terveydenhuollossa yli kolme kuukautta kiireetöntä tutkimusta tai hoitoa odottaneiden jonon purkamista. Jonon purun laskennallinen arvo voidaan arvioida koronaepidemiaa edeltävän vuoden 2019 vastaanottokäynti- ja talous- ja hoitopääsytietojen perusteella sekä syksyn 2021 hoitopääsytietojen 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 voidaan ar-

vioida, että yli kolme kuukautta hoitoonpääsyyn odottaneita voisi olla vuonna 2023 poikkileikkajajankohdalla ennen hoitotakuumuutosta yhteensä enimmillään noin 10 000 henkilöä, mikäli jonoja ei pureta jo aiemmin.

Suun terveydenhuollon bruttokustannukset vuonna 2019 olivat 326 euroa/asiakas ja nettokustannukset (asiakasmaksutuotot huomioitu) 283 euroa/asiakas. Näin ollen yllä mainitun noin 10 000 henkilön jonon purkamisen bruttokustannukset olisivat noin 3,3 miljoonaa euroa ja nettokustannukset noin 2,8 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 määräajan tiukentaminen kuudesta kolmeen kuukauteen edellyttää yhteensä noin 5 miljoonan euron kertaluontoisen rahoituksen. Asiakasmaksutulojen arvioidaan kasvavan tämän jonojen purun johdosta 0,5 miljoonaa euroa.

Suun terveydenhuollon jononpurun jälkeen kiireettömään hoitoon pääsyn aikarajan ylläpitäminen alle kolmessa kuukaudessa arvioidaan olevan kustannusneutraalia, koska kolme kuukautta on edelleen pitkä aika odottaa tutkimukseen tai hoitoon pääsyä verrattuna yksityissektoriin. Jononhallintakustannusten poistuminen, ennaltaehkäisevän ja varhishoidon oikea-aikainen kohdentaminen sekä päivystyskäyntien väheneminen laskisivat mitä todennäköisimmin hoidon kokonaiskustannuksia. Nopeamman hoitoon pääsyn ylläpitämistä tukisi toimintakäytäntöjen jatkuva parantaminen, kuten eri ammattiryhmien välisen tarkoituksenmukaisen työnjaon kehittäminen ja digitalisaation hyödyntäminen.

Esityksellä olisi taloudellisia heijastusvaikutuksia muihin hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla oleviin palveluihin. 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. Toisaalta ympärivuorokautisen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisesti toteuttaman perusterveydenhuoltotoimien päivistyksen kysyntäpaineen arvioidaan vähenevän virka-aikaisten perusterveydenhuollon palveluiden saatavuuden parantuessa siten, että tämän toiminnan volyyymi suhteessa nykytilaan pienenesi 5 prosenttia vuonna 2023, 10 prosenttia vuonna 2024 ja 15 prosenttia vuodesta 2025 lukien. Perusterveydenhuollon palveluiden käytön lisääntymisen ja hoitoonpääsyn nopeutumisen arvioidaan myös korvaavan erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöä ja ehkäisevän vaivojen ja tarpeiden pahenemista niin, että erikoissairaanhoidon sairaalajaksoista yksi prosentti voitaisiin välttää ja 15 prosenttia terveyskeskusten nykytilaan nähden uusista lääkärikäynneistä korvaisi erikoissairaanhoidon avosairaanhoitokäynnin. Kokonaisuudessaan erikoissairaanhoidon palveluiden kustannuspaineen arvioidaan vähenevän suhteessa nykytilaan (vuoden 2019 tilanne) 32 miljoonaa euroa vuonna 2023, 50 miljoonaa euroa vuonna 2024 ja 58 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien. Kustannuspaineen pieneminen jää alle prosenttiin erikoissairaanhoidon kustannuksista, joten vaikutuksia voidaan pitää enemmänkin kustannusten kasvua hillitsevinä kuin varsinaisina säästöinä. Myös perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon vuodeosastojaksojen arvioidaan vähenevän perusterveydenhuollon avosairaanhoitoon käytön lisääntymisen sekä hoitoonpääsyn parantumisen ansiosta kahdella prosentilla, joka vähentää hyvinvointialueiden kustannuspainetta nykytilaan verrattuna 15 miljoonaa euroa vuonna 2023, 20 miljoonaa euroa vuodesta 2024 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 109 miljoonaa euroa vuonna 2023 (ottaen huomioon, että voimaantulo on huhtikuun alussa), 114 miljoonaa euroa vuonna 2024 ja 103 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien. Toiminnan volyymin muutokset johtaisivat kokonaisuudessaan asiakasmaksutulojen kasvamiseen noin kolmella miljoonalla eurolla vuosina 2023 ja 2024 ja kahdella miljoonalla eurolla vuodesta 2025 lukien. Valtion rahoitus kohdennetaan hyvinvointialueille hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain mukaisesti.

Vaikutukset muiden viranomaisten talouteen

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 jaksossa. YTHS:lle arvioidaan aiheutuvan esityksen johdosta muutokustannuksia sekä tarve pysyvälle kapasiteetin kasvattamiselle yleislääketieteen alan ja mielenterveydenhoidon palveluissa. YTHS:n osalta kustannuspainearvioon sisältyy jopa muita arvioita enemmän epävarmuutta, koska säätiön palvelut ovat keskellä koronapandemiaa laajentuneet koskemaan ammattikorkeakouluopiskelijoita. YTHS:n kustannusten arvioidaan kasvavan noin 1,3 miljoonaa euroa vuonna 2023 ja miljoonaa euroa vuodesta 2024 lukien. YTHS:n kustannusten rahoitus jakautuu toimintaa koskevan lain mukaan niin, että valtio rahoittaa 77 prosenttia kustannuksista ja opiskelijat vuosimaksuilla 23 prosenttia kustannuksista.

Esityksen arvioidaan aiheuttavan vankiterveydenhuollossa tarpeen Vankiterveydenhuollon yksikön kapasiteetin pysyvälle kasvattamiselle. Arvion mukaan yhteydenottojen määrä lisääntyisi esityksen johdosta vuoteen 2019 verrattuna 20 prosenttia ja Vankiterveydenhuollon yksikköön 16,9 sairaanhoitajan ja 3,2 lääkärin henkilötyövuotta vastaavia työpanoksia. Suunterveydenhuollon osalta esityksellä ei olisi merkittävää vaikutusta vankiterveydenhuollossa. Vankiterveydenhuollon yksikön lisäksi esitys edellyttäisi arvion Rikosseuraamuslaitoksen lisäresursointia. Vuositasolla vankiterveydenhuollon kustannukset kasvaisivat yhteensä arviolta 1,2–2 miljoonaa euroa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaisille arvioidaan aiheutuvan esityksen johdosta kustannuksia vuositasolla yhteensä 0,5–1 miljoonaa euroa.

Vaikutukset valtion talouteen

Hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain mukaisesti valtion rahoituksen tasoa muutettaisiin ottamaan huomioon laajeneva tehtävä. Asiakasmaksujen laskennallinen kasvu huomioidaan rahoituksen tasoa kasvatettaessa. Näin ollen hyvinvointialueiden rahoituksen tason kasvu lisäisi nykytilaan verrattuna valtion menoja 105 miljoonaa euroa vuonna 2023, 111 miljoonaa euroa vuonna 2024 ja 100 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien.

Valtion talouteen vaikuttaisivat lisäksi edellä esitetyt määrärahatarpeet korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palveluihin, vankiterveydenhuoltoon ja valvontaviranomaisille. Toisaalta valtion sairaanhoitovakuutuksen menojen arvioidaan pienenevän. Nämä kaikki tarkoittavat arvion mukaan sitä, että valtion menot kasvavat suhteessa nykytilaan 107–108 miljoonaa euroa vuonna 2023, 112–114 miljoonaa euroa vuonna 2024 ja 102–103 miljoonaa euroa vuonna 2025. Valtion talouteen vaikuttavia eriä on koottu alla olevaan taulukkoon.

Valtion talouteen vaikuttava tekijä, miljoonaa euroa vuoden 2019 ta- sossa	2023	2024	2025
Hyvinvointialueet (kustannuspaine asiakasmaksujen kasvu huomioiden), josta	105,4	111,0	100,4
Perusterveyden avosairaanhoido ja suun terveydenhuolto	155,6	183,6	180,5
Perusterveyden vuodeosastohoido	-14,9	-19,9	-19,9
Erikoissairaanhoido	-32,0	-50,2	-57,8
Asiakasmaksujen kasvu	-3,2	-2,6	-2,4
Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö	1,0	0,7	0,7
Vankiterveydenhuollon yksikkö ja Rikosseuraamuslaitos	0,9–1,5	1,2–2	1,2–2
Valvontaviranomaiset	0,3–0,8	0,5–1	0,5–1
Sairaanhoitovakuutus	-0,38	-1,02	-1,02
Yhteensä	107-108	112-114	102-103

Yritysvaikutukset

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

Hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon kapasiteetin laajeneminen arvioidaan johtavan hankintalain puitteissa niin nykyisten asiakkaille tarjottavia palveluja (ns. lopputuoteostoja) koskevien sopimusten laajenemiseen sekä uusien syntymiseen kuin myös palveluseleiden kautta tapahtuvan palvelutuotannon lisääntymiseen. Terveyskeskusten toiminnan laajeneminen johtaisi vuoden 2019 lopputuoteostojen osuuden, jonka käyttäminen todennäköisesti aliarvioi tulevaa, perusteella arvioituna noin 15 miljoonan euron kasvuun muilta kuin hyvinvointialueilta tapahtuvissa lopputuoteostoissa vuonna 2025. Toisaalta sairausvakuutuksen korvaamana tapahtuvan palvelutuotannon arvioidaan supistuvan noin 14 miljoonaa euroa ja työterveyshuollon sairaanhoidollisten palveluiden kautta muodostuvan liikevaihdon arvioidaan supistuvan noin 22 miljoonaa euroa. Lisäksi hyvinvointialueiden muilta kuin hyvinvointialueilta tapahtuvien lopputuoteostojen erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa arvioidaan supistuvan noin 4 miljoonaa euroa. Jäljempänä mainitut tulonmenetykset osaltaan korostavat perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan lopputuoteostojen kasvuarvion varovaisuutta. Lisäksi hyvinvointialueet tulevat arvion mukaan tarvitsemaan nykyistä suuremmissa määrin uusia, puitejärjestelyjä muistuttavia, asiakkaille tarjottavia palveluja koskevia sopimuksia, joilla hoitoon pääsyn varmistamiseksi tasataan kysynnän vaihtelua läpi vuoden sekä vuosittaisissa kausivaihteluissa.

Tilastokeskuksen toimialakohtaisten yritystietojen mukaan luokkaan 86 Terveyspalvelut luet-
taviin yritysten liikevaihto oli vuonna 2019 noin 5,4 miljardia euroa. Toimialaluokka 86 Ter-
veyspalveluiden yrityksiä oli vuonna 2019 15 060 yritystä, joista 14 442 yritystä oli henkilös-
töltään 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 hoitopääsytilan parantuessa. 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 terveystalvelujen 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 omarahoitussuus 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. Erikoissairanhoidon palvelujen käytön ja vuodeosastohoitojaksojen arvioidaan vähenevän. Kokonaisuudessaan asiakkaiden hyvinvointialueille maksamien asiakasmaksujen arvioidaan kasvavan noin kolmella miljoonalla eurolla vuodesta 2023 lukien.

Yksityisten, sairausvakuutuksen korvaamien terveystalvelujen 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.

Hoitopääsyn 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 toimintaa 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 avosairanhoidon vastaanotto toimintaan. Toisaalta paraneva

perusterveydenhuollon saatavuus vähentää painetta raskaampiin erityispalveluihin, päivystykseen ja erikoissairaanhoidon.

Tiukentuvan perusterveydenhuollon hoitotakuun tullessa voimaan, on järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollosta juuri siirtynyt hyvinvointialueille. Hyvinvointialueilla on kuitenkin pystytty valmistautumaan kiristyviin määräaikoihin useamman vuoden ajan. Erittäin merkittävillä valtionavustuksilla ja kehittämisen ohjauksella Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelman ja Suomen kestävä kasvun -ohjelman avulla on vuodesta 2020 alkaen tuettu perustason avosairaanhoidon vastaanottojen toimintamallien kehittämistä ja hyvien käytäntöjen jalkauttamista 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 ennakkoon kaikilla alueilla. Kiristyvän hoitotakuun toimeenpanoa tukevia toimenpiteitä on siis tehty jo useampia vuosia ennen järjestämisvastuun siirtymistä hyvinvointialueille ja ennen varsinaisten lakimuutosten voimaantuloa.

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 lääkäreiden työpareina. Lisäksi siihen tarvitaan erikoissairaanhoidon kanssa määritelty yhteistyö ja konsultaatiotuki. Mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä käyntisyitä perusterveydenhuollossa, ja muutos tuo perusterveydenhuollossa 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 toteutuu jo uusien kiristyvien määräaikojen puitteissa avosairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa. Näillä alueilla määräaikojen tiukentaminen ei käytännössä edellytä 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.

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 kiireettömällä 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. Arvioissa on lähdetty oletuksesta, että käynnit vähenevät yhteispäivystyksessä 5 prosenttia vuonna 2023, 10 prosenttia vuonna 2024 ja 15 prosenttia vuonna 2025 verrattuna lähtötilanteeseen ennen säästöjen 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 sairaalaanotot 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 monisairaant, toimintakyvyltään vajaat ja jo palveluiden piirissä olevat potilaat, heidän läheisensä, omaishoitajansa ja kotihoidon työntekijät pystyvät luottamaan siihen, että omaan hoitajaan tai lääkäriin todella saa yhteyden ja pääsee arvioon ja hoitoon muutamassa päivässä. On arvioitu, että sairaalahoitajaksoista vähenisi 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 elektiiiviseen kysyntään. Kun perusterveydenhuollon vastaanotokäynnit lisääntyisivät ja uusia tarpeita ja sairauksia tulisi ilmi, johtaisi osa käynneistä lähetteeseen erikoissairaanhoidon lääkärikäynneistä olisi sellaisia, joissa tehtäisiin lähete. Tämä lisäisi erikoissairaanhoidon kysyntää ja kustannuksia. Toisaalta, kun perusterveydenhuollon saatavuus paranisi, 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 15 prosenttia olevan sellaisia, jotka korvaavat käynnin erikoissairaanhoidossa. Hyvinvointialueiden mahdollisuus varmistaa potilastietojen siirtyminen ja tehokkaiden hoitopolkujen ja toimintamallien hyödyntäminen sekä erikoisosaamisen tuominen perustason tueksi on selvästi parempi kuin aiemmassa pirstaloituneessa järjestämismallissa.

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 ammatillaisen 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 viisi prosenttia toteutettavaksi julkisessa perusterveydenhuollossa vuonna 2023 ja 10 prosenttia vuonna 2024, minkä jälkeen 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 lisääntyä jonkin verran, kun suun terveydenhuollossa yli kolme kuukautta hoitoa odottaneiden henkilöiden jonoja puretaan. Ostoja saattaa lisätä myös esitykseen aiempaa vahvemmin kirjattu velvoite palvelujen hankkimisesta muualta, mikäli omassa toiminnassa ei pystytä järjestämään hoitoa säädetyissä määräajoissa.

Muutosten vaikutus siirtymiin työterveyshuollon sairaanhoidon palveluista hyvinvointialueen palveluihin

Lakiesityksen ei arvioida lyhyellä aikavälillä vähentävän työnantajien halukkuutta tarjota sairaanhoidollisia palveluja työntekijöilleen, sillä terveyskeskusten 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 vuonna 2023 työterveyshuollon sairaanhoidon käynneistä siirtyisi toteutettavaksi hyvin-vointialueiden perusterveydenhuollossa kolme prosenttia ja vuonna 2024 kuusi prosenttia. Vuonna 2025 käynneistä olisi siirtynyt 10 prosenttia, minkä jälkeen tilanne vakiintuisi.

Vaikutukset henkilöstöön

Esityksen mukaan arvion hoidon tarpeesta tekisi jatkossa laillistettu terveydenhuollon ammat-tihenkilö 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 teh-täviin ja sijoittumiseen liittyviä muutostarpeita niissä toimintayksiköissä, joissa hoidon tarpeen on arvioinut nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö. Voidaan kuitenkin arvioida näi-den yksiköiden osuuden oleva pieni, ja jo nyt valtaosassa perusterveydenhuollon, opiskeluter-veydenhuollon ja vankiterveydenhuollon toimintayksiköitä hoidon tarpeen arvioi laillistettu ter-veydenhuollon ammattihenkilö.

Perusterveydenhuollon palvelujen kysynnän lisääntyminen lisäisi perusterveydenhuollon käyn-timääriä ja siten tarvetta henkilöstöresurssien lisäämiselle. Esityksen henkilöstövaikutukset kohdistuisivat erityisesti laillistettuihin terveydenhuollon ammattihenkilöihin ja pääsääntöisesti lääkäreihin ja sairaanhoitajiin, jotka ovat suurimmat laillistettujen terveydenhuollon ammatti-laisten henkilöstöryhmät. Heidän riittävä määränsä olisi avainasemassa lakiesityksen toimeen-panossa. Toisaalta hyvinvointialueille suunnattaisiin merkittävässä määrin rahoitusta ja hyvin-vointialueet voisivat muun muassa väestön palvelutarve ja olemassa oleva palveluverkko huo-mioiden järjestää esityksen mukaiset palvelut valitsemallaan henkilöstöresurssien kombinaa-tiolla.

Edellä kohdassa 4.2.1 tässä esityksessä on arvioitu, että perusterveydenhuollon avosairaanhoi-don vastaanottokäyntien lisääntymistä aiheutuva lisäystarve olisi ammattiryhmittäin noin 495 lääkärin ja noin 420 sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan henkilötyövuoden panosta ensimmäi-senä toimeenpanovuonna eli vuonna 2023. Seuraavana vuonna tarve olisi hieman suurempi tar-koittaen 605 lääkärin ja 455 sairaanhoitajan henkilötyövuoden panosta ja 620 lääkärin ja 425 sairaanhoitajan henkilötyövuoden panosta vuonna 2025.

Tällä hetkellä hoitoonpääsyssä on vaikeuksia erityisesti lääkärille, joskin alueiden välillä on vaihtelua. Avohilmo-rekisterin tietojen perusteella muiden laillistettujen terveydenhuollon am-mattihenkilöiden, kuten sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanotolle pääsyn osalta hoi-totakuun aikarajan ylittävien käyntien määrä on pienempi. Toisaalta esimerkiksi fysioterapeuteille toteutuu nykyisin vähän käyn-tejä ylipäättään.

Lääkärityövoiman saanti on yksi kriittisin tekijä esityksen toimeenpanon onnistumiselle. Esi-tyksen lisäksi pidemmällä aikavälillä väestön vanheneminen ja palvelujen käytön lisääntyminen tulee kasvattamaan lääkäreiden kysyntää, ainakin jollei toiminnallisia uudistuksia, kuten digi-talisaatiota kyetä hyödyntämään täysimääräisesti. Lääkäriliiton selvityksen mukaan lokakuussa

2020 terveyskeskuksissa oli lähes 295 lääkärin tehtävää täyttämättä. Alueellisesti tarkasteltuna lääkäri työvoiman tilanne on Lääkäriliiton selvityksessä ja Ammattibarometrissä raportoitu olevan tasapainoisimmassa tilanteessa tietyillä alueilla Pirkanmaata ja Pohjois-Pohjanmaata. Muualla Suomessa lääkäri työvoimasta on tällä hetkellä pulaa, mikä käytännössä aiheuttaa lääkäri työvoiman saatavuuden haasteita monella alueella. Suomessa ei käytännössä tällä hetkellä ole työttömiä lääkäreitä, ja lääkäreiden rekrytointi julkisen sektorin sisällä aiheuttaisi työvoimaa jossakin toisaalla. Yleislääkärin vastaanottoaikojen saatavuus on yksityissektorilla hyvä ja yleislääkäreitä saattaisi olla jossakin määrin rekrytoitavissa sieltä.

Voidaan arvioida, että lääkäri työvoiman 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 valmistuttuaan¹⁵. Ulkomailta valmistuneiden lisäksi tulevaisuuden lääkäritilannetta helpottaa yliopistojen lääketieteen ja hammaslääketieteen koulutusmäärien lisäykset 50 aloituspaikalla vuosille 2021 ja 2022¹⁶. Lääkäriliiton mukaan lähivuosina työmarkkinoille tulee lähivuosina nettomääräisesti noin 300 - 400 lääkärinä vuosittain lisää eläkepoistuma huomioiden¹⁷. Lääkäreiden sopimusallalla myös osa-aikatyö on ollut yleistä, ja vuonna 2020 osa-aikatyötä tekevien osuus on ollut lähes 23 prosenttia¹⁸. Terveyskeskuksissa osa-aikatyö on yleisempää kuin sairaaloissa. Jos osa-aikaista työaikaa tekevästä lääkäreistä siirtyisi jatkossa tekemään koko-aikaista työaikaa, olisi myös näin mahdollista saada lisää lääkäri työpanoksia.

Lääkäri työvoiman lisäksi Suomessa on tällä hetkellä pulaa myös sairaanhoitajista. Ammattibarometrin mukaan sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista on pulaa valtakunnallisesti, ja valtaosalla alueista pulaa on paljon. Myös näiden ammattilaisten koulutusmääriä on kuitenkin lisätty etupainotteisesti. Sairaanhoitajakoulutuksen koulutusmääriä lisättiin valtion erityisavustuksella jo vuonna 2019, ja vuosina 2021 - 2022 sairaanhoitajakoulutukseen suunnataan 665 lisäaloiutuspaikkaa. 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, päiväkodossa työpaikalla tai kotona.

Sosiaali- ja terveysalan työvoiman riittävyyteen 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.

¹⁵ Ulkomailla lääketiedettä opiskelevien määrä kasvoi taas. Lääkärilehti 35/2019. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/ulkomailla-laaketiedetta-opiskelevien-maara-kasvoi-taas/>

¹⁶ Runsaat 10 200 aloituspaikkaa lisää korkeakouluihin vuosina 2020-2022. <https://minedu.fi/-/runsaat-10-200-aloituspaikkaa-lisaa-korkeakouluihin-vuosina-2020-2022>

¹⁷ Lääkäriliitto: Lääketieteen aloituspaikkojen lisääminen vaarantaa opetuksen laadun. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/laakariliitto-laaketieteen-aloituspaikkojen-lisaaminen-vaarantaa-opetuksen-laadun/>

¹⁸ Osa-aikatyö yleistynyt lääkäreillä. Kuntatyönantaja. <https://www.kuntatyonantajalehti.fi/2021/3/osa-aikatyo-yleistynyt-laakareilla>

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 lisääisivät 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 (mm. 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.

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 keskeisiksi kysymyksiksi. Tulosten perusteella perusterveydenhuollon sairaanhoitajat tarvitsevat erikoisosamista 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 terveyskeskustyöhön hakeutumiselle ja työssä pysymiselle.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden saatavuuden haasteista johtuen voi olla epätodennäköistä, että edellä olevassa arviossa olevat henkilöstölisäykset olisi mahdollista täysimääräisesti toteuttaa yksinomaan uutta henkilöstöä rekrytoimalla. Henkilöstön rekrytoinnin lisäksi lisähenkilöstötarpeeseen vastattava muuttamalla pysyvästi perusterveydenhuollon toimintatapoja. Eri-tyisesti työnjakoa sekä työskentelymalleja uudistamalla eri ammattihenkilöiden työaika ja osaa-

minen voitaisiin kohdistaa parhaalla mahdollisella tavalla. Palvelujen, kuten sähköisten ajanvarausten, chat-palvelujen tai etävastaanottopalvelujen käytön laajentamista ja lisäämistä olisi harvittava mahdollisuutena kohdentaa ammattihenkilöiden työpanosta tarkoituksenmukaisesti.

Suun terveydenhuollon hoitopääsyn määräajan lyhentäminen kolmeen kuukauteen ei juurikaan lisäisi henkilöstötarvetta, koska kyse olisi lähinnä 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.

Kokonaisuutena arvioiden esityksen toimeenpanon kannalta suurimmaksi riskiksi arvioidaan olevan henkilöstön saatavuuteen liittyvät seikat.

Tietojärjestelmävaikutukset

Lakiesityksen toimeenpano ja hoitopääsyn toteutumisen raportointi ja seuranta edellyttävät tuekseen hyvin toimivia tietojärjestelmiä. Tällä hetkellä muutoksen ohjaukseen käytettävissä olevat tiedot vaihtelevat eri alueilla johtuen muun muassa erilaisista potilastietojärjestelmistä sekä kirjaamistavoista, mikä aiheuttaa tarpeen tietojärjestelmien kehittämiseen. Kehittämistyössä on otettava huomioon mahdollisuudet raportoida hoitopääsytietoja myös uusista toimintamalleista, Päivystysapu 116117 -palvelusta ja ostopalveluista.

Lakiesityksen voimaantuloaikataulu huomioiden seuranta jatketaan voimaantulovaiheessa nykyisellä toteutuksella, joka perustuu Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisterin (Avohilmo) tietoihin. Pidemmän aikavälin tavoitteena on saada hoitopääsyn seurantatiedot valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluihin eli Kanta-palveluihin tallennetuista asiakastiedoista ns. toissijaisen käytön kautta. Avohilmoon ja Kantapalveluihin tallennettavia rakenteisia asiakas- ja potilastietoja, jotka syntyvät tietojen ensisijaisessa käytössä, on kehitettävä uusia, toissijaisen käytön tietotarpeita vastaaviksi. THL:n toteuttamaa perusterveydenhuollon hoitopääsytiedon raportointia on kehitettävä vastaamaan paremmin kansalaisten ja kuntien sekä palvelujärjestelmän ohjauksen ja valvonnan tarpeisiin. Tämä tarkoittaa muun muassa uusia aikaleimoja potilastietojärjestelmiin, jotta terveydenhuoltolain esitetyn 55 §:n mukaiset julkaistavat hoitopääsytiedot voidaan niistä saada ja myös siirtää kansallisiin rekistereihin. 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 hoitopääsyajoissa tullaan ottamaan myös huomioon Kelan tekemässä opiskeluterveydenhuollon seurannassa ja auditoinneissa (erityisesti hoitopääsyajojen seurannassa).

YTHS täydentää opiskeluterveydenhuoltopalveluitaan 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 pääsyaikojen toteutumista, jotta hoitoon pääsy toteutuu valtakunnallisesti yhdenvertaisella tavalla. Kelan arvioin mukaan hoitotakuun kiristämisestä saatava 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 koskevissa 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 Rikosseuraamusviraston kanssa. Vankiterveydenhuollossa noudatetaan menettelyä, jossa kiireetöntä hoitoa tarvitsevan 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 lääkäriä tai hoitajaa päivittäin paikalla. Kun jatkossa hoidon tarve on arvioitava välittömästi, käytännössä saman päivän aikana, Vankiterveydenhuollon yksikön ja Rikosseuraamuslaitoksen on kehitettävä toimintatapoja, jotka mahdollistavat välittömän yhteyden saamisen vankilan poliklinikkaan ja välittömän hoidon tarpeen arvioinnin. 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 viranomaishallintovalvontaa. 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 toteutumisessa ja toimivan viranomaisvalvonnan kannalta merkityksellistä on myös sote-järjestämislain 40 §:ssä tarkoitettu hyvinvointialueen ja yksityisen palveluntuottajan oma valvonta.

Ehdotettu velvoite julkaista hoitoon pääsyn tiedot internetissä perusterveydenhuollosta, mukaan lukien suun terveydenhuollosta, jatkossa kuukauden eikä neljän kuukauden välein, sekä tietosäilytöjen tarkempi määrittely, 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.

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. 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. Työterveyshuollon palveluiden saatavuuden ulkopuolella on esimerkiksi ikäihmiset, työttömät ja osa maahanmuuttajista ja vammaisista henkilöistä.

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

Kielelliset oikeudet

Potilaan oikeudesta käyttää joko suomea tai ruotsia terveydenhuollon palveluissa on säädetty terveydenhuollon lainsäädännössä. Muutos ei vaikuta kielellisiä oikeuksia koskevaan sääntelyyn. Kielellisten oikeuksien toteutumisessa on arvioitava myös oikeuksien toteutumista käytännön tilanteissa. Muutoksella ei myöskään oleteta olevan merkittävää vaikutusta kielellisten oikeuksien toteutumiseen käytännön toiminnassa.

Vaikutukset väestön terveydentilaan ja palvelujen saatavuuteen

Hallituksen esityksessä ehdotetuilla lakimuutoksilla tiukennettaisiin hoitoon pääsyn aikarajoja julkisen palvelujärjestelmän perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa. Näitä palveluita annetaan terveyskeskuksissa ja tulevissa 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 määräajat 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 kiirettömässäkin asioissa työterveyshuollon sairaanhoitoon nopeammin. Pitkällä aikavälillä ehdotettu muutos voi täten tasoittaa terveyseroja.

Palvelujen parempi saatavuus kiirettömässä 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 tunnistettu, eivätkä he ole päässeet tarvitsemiinsa palveluihin ja oikean etuuden piiriin. Lisäksi heille on työssä käyvää väestöä vähemmän tarjolla ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa. Kun palvelutarpeita ei tunnisteta riittävän varhain, ongelmat vaikeutuvat ja kasautuvat. Palveluiden parempi saatavuus mahdollistaa terveyserojen kaventumisen tältäkin pohjalta.

Hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentumisen kanssa samanaikaisesti tulisi huolehtia siitä, että voimavaroja ei ohjattaisi yksipuolisesti uusien kiirettömien asioiden arviointiin ja hoitoon, vaan tarjottaisiin väestölle palveluja hoidon tarpeen mukaan. Määräaikojen 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)¹⁹, 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.

Sukupuolivaikutukset

Sukupuolten välillä on eroja hyvinvoinnissa, sosiaalisessa osallisuudessa, terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Tilastokeskuksen väestötilastojen mukaan naisten elinajanodote

¹⁹ 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>

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. Sukupuolivähemmistöihin kuuluvien ihmisten terveydestä ja hyvinvoinnista ei ole kattavaa tutkimustietoa.

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. Sukupuolivähemmistöihin kuuluvilla ihmisillä on vaihtelevia kokemuksia palveluista. Esimerkiksi Euroopan unionin perusoikeusviraston LGBTI-kyselytutkimukseen (2020) vastanneista suomalaisista transihmisistä 20 % oli vältellyt terveyspalveluja, ja 23 % oli kokenut syrjintää sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Edellisestä johtuen esityksen sukupuolivaikutukset kohdistuisivat eri tavoin eri sukupuolta olevien palvelujen käyttöön. Koska naiset käyttävät eniten sosiaali- ja terveyspalveluja, koskettaisi myös palvelujen saatavuuden parantaminen useammin naisia. Uudistuksella olisi kuitenkin mahdollisuus saavuttaa merkittäviä tasa-arvovaikutuksia, jos hyvinvointialueet uudistuksen toimeenpanovaiheessa tunnistaisivat ja ottaisivat huomioon erot palveluihin hakeutumisessa.

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 erikoislääkärikäynneitä 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. Esityksen vaikutukset peruspalvelujen vahvistamisesta ja hoitoon pääsyn nopeuttamisesta kaventaisi huomattavasti eri väestöryhmien välisiä eroja hoitoon pääsyssä lasten ja nuorten osalta. Esitys parantaisi yhdenvertaisesti lasten mahdollisuuksia päästä nopeammin hoitoon. Kuitenkin 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. 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 veloitteesta huolimatta ja osa lapsista joudutaan jopa sijoittamaan kodin ulkopuolelle riittämättömien terveyspalvelujen takia. Sillä, että myös heikoimmassakin asemassa olevat lapset ja nuoret pääsisivät hoitoon nopeammin, olisi myös pidemmällä aikavälillä myönteinen vaikutus koko väestön terveys- 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 terveystalouden piiriin voisi merkitä huomattavaa parannusta sekä lapsen että hänen perheensä hyvinvointiin ja terveyteen.

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 terveysongelmien 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 aloitokyky, toimintakyky ja joissakin tilanteissa myös hoitomotiivit 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 kiirettömään hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa mielenterveys- ja päihdeongelmissa hoitoon ensi kertaa hakeuduttaessa ja sairauden uusiutuessa tai vaikeutuessa silloin, kun hoitosuunnitelman mukainen hoito ei ole käynnissä. Esitys vahvistaisi mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidon saatavuutta perusterveydenhuollossa ja niiden rahoitusta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (PALKO) 1.11.2018 hyväksymässä suosituksessa todetaan, että vaikuttaviksi todetut psykoterapiat ja psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät kuuluvat mielenterveys- ja päihdehäiriöissä terveydenhuollon palveluvalikoimaan osana tavoitteellista hoitoa tai kuntoutusta niiden kaikissa vaiheissa, perusterveydenhuollosta alkaen. Hoitoon pääsyn nopeuttamisella mahdollistuu tarpeenmukainen ja oikea-aikaisesti aloitettu 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 palvelujen hakemista. Hyvinvointialueiden olisikin toimintaa kehittäessään ja esitystä toimeenpannessaan pohdittava ja käynnistettävä myös näiden henkilöiden parempaan tunnistamiseen ja tavoittamiseen 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 terveystalveluja kuin muukin väestö. Näin ollen esityksen vaikutukset vammaisten ihmisten kohdalla olisivat lähtökohtaisesti samanlaisia ja samansuuntaisia kuin vaikutukset koko väestöön. On kuitenkin otettava huomioon, että vammaiset henkilöt ovat harvemmin työelämässä muuhun väestöön verrattuna, joten heillä ei ole käytettävissä työterveyshuollon palveluita samassa määrin kuin muulla aikuisväestöllä ja siten esitys parantaisi vammaisten henkilöiden tilannetta. Koska vammaiset henkilöt tarvitsevat terveydenhuollon palveluja muuta väestöä enemmän, esitys parantaisi merkittävästi heidän asemaansa. Kuntoutuspalvelujen viivästyminen toimintakyvyn heikentyessä voi vaarantaa vammaisen henkilön itsenäisen asumisen ja lisätä palvelujen tarvetta merkittävästi. Terveysthuollon palvelujen nopea saatavuus edistäisi vammaisten henkilöiden toimintakyvyn ylläpitämistä, mikä vähentäisi heidän avun tarvettaan, johon vastaaminen edellyttää sosiaalihuollon vammais- palveluja.

Riskinä kuitenkin on, että hoidontarvetta arvioitaessa vammaisten henkilöiden hoidontarve arvioitaisiin kunnissa herkästi pitkäaikaissairauteen liittyväksi. Tämän vuoksi seitsemän vuorokauden hoitopääsy voisi toteutua vammaisilla henkilöillä muita väestöryhmiä heikommin, vaikka esityksen mukaan myös esimerkiksi toimintakyvyn heikkenemisen tulisi olla peruste nykyistä nopeammalle hoitopäälle.

5 Muut toteuttamisvaihtoehdot

5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset

Hoitojonot syntyvät, kun terveydenhuollon palvelujen tarve, kysyntä ja tarjonta ovat epätasapainossa tai eivät kohta. Hoitopääsyn 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 säättämällä hoitoon pääsyn määräajoista, eli hoitotakuusta, voidaan lukea näistä kolmanteen tapaan.

1) Toimenpiteet, jolla pyritään vaikuttamaan hoidon tarjontaan

- Lakisääteinen henkilöstömitoitus

Tämä strategia on otettu käyttöön, kun Sanna Marinin hallitus paransi iäkkäiden palveluja säättämällä ympärivuorokautisten hoivapalvelujen hoitajamitoituksesta (laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista uusi 3 a §, 565/2020). Säädöksiä henkilöstömitoituksesta voisi soveltaa esimerkiksi lääkäreille myös perusterveydenhuollossa. Pelkkä lääkärimäärä 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 yleislääkit 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.

Terveysthuollon 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 kiirettömään hoitoon pääsyyn on edelleen pitkä, minkä vuoksi jononpurun jälkeen ei katsota tarvittavan lisärahoitusta.

- Palvelujen valinnanvapauden lisääminen

Juha Sipilän hallituksen yhtenä 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 seulonta-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 seulonta-asetuksen (339/2011) muutoksella 752/2021, voimaan 1.1.2022. Ehkäisevän terveydenhuollon vaikutukset palvelujen kysyntään näkyvät kuitenkin pitkällä aikavälillä, usein vasta vuosien jälkeen interventio 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) kunnille veloitteen antaa terveyskeskuksissaan 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 terveyskeskuksien 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 hoitopääsyn 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 ylittyessä, 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 hoitopääsyn määräajoista. Se on siten osa terveydenhuoltojärjestelmämme toiminnan sääntelyä eikä hoitotakuun tiukennus tuo mukanaan kokonaan uusia elementtejä. Tiukennus aiheuttaa jonkin verran muutospainetta palveluiden järjestäjille, mutta toisaalta tätä muutospainetta voidaan pitää kohtuullisena. 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 tavoitteen.

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

5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot

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

Ruotsi

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

Ruotsissa hoitotakuu on porrastettu neljään luokkaan. Potilaan on saatava kontakti perusterveydenhuoltoon samana päivänä, kun yhteydenotto tapahtuu. 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 erikoissairaanhoitoon on toteutettava 90 päivän kuluessa lähetteen antamisesta tai jos lähete on tarpeeton, 90 päivän kuluessa potilaan yhteydenotosta erikoissairaanhoitoon. Hoitopäätöksen jälkeen suunniteltu hoito on aloitettava 90 päivän kuluessa.

Jos hoitoa antava yksikkö ei pysty tarjoamaan hoitoa määräajan sisällä, sen on informoitava asiasta potilasta ja tarjottava mahdollisuutta hoitoon toisella palveluntuottajalla saman tai toisen alueen (region) sisällä. Tästä ei saa koitua potilaalle lisäkustannuksia. Potilas voi kieltäytyä toisen palveluntuottajan hoidosta ja päättää jäädä odottamaan. Siinä tapauksessa hoitotakuun aikarajat eivät ole voimassa. Jos potilas myöhemmin päättää toisin, hän voi olla uudelleen yhteydessä hoitoa antavaan yksikköön, jolloin hoitotakuu astuu voimaan yhteydenotosta lähtien. Hoitotakuu ei myöskään koske uusintakäyntejä, laboratorio- ja röntgentutkimuksia, apuvälineiden luovutusta (kuulokojeita lukuun ottamatta) eikä tilanteita, joissa lääketieteellisistä syistä on perustelua odottaa pidempään kuin hoitotakuun aikaraja.

Ruotsissa otettiin vuonna 2009 käyttöön taloudellinen kannuste terveydenhuollon jonojen lyhentämiseksi. Hoitotakuun kriteerit täyttävät maakäräjät (nykyisin region eli alue) saivat kannustinrahaa (kömiljarden). Kannustimesta luovuttiin vuonna 2015. Sen katsottiin johtaneen tilanteeseen, jossa pienemmän hoidontarpeen potilaat saattoivat saada hoitoa ennen suuren hoidontarpeen potilaita. Sen sijaan otettiin käyttöön toisenlainen kannustin (professionsmiljard),

LUONNOS
17.11.2021

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 terveystakuuslain säädännön mukaan oikeutetuille.

Tanska

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

Sairaalaan lähetteen saaneella potilaalla on oikeus valita arvioinnin, tutkimuksen tai hoidon toteuttava sairaala kaikkien Tanskan julkisten sairaaloiden ja eräiden erikoissairaaloiden joukosta. Julkiseen sairaalahoitoon tulee päästä yhden kuukauden kuluessa läheteestä. Eräiden syöpä- ja sydänsairauksien osalta on säädetty erikseen lyhyempi enimmäisodotusaika (määräys BEK 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 terveystakuuslain säädännön mukaan väestö voi valita kahden eri vakuutusluokan välillä. Ensimmäisen luokan on valinnut yli 99 prosenttia maan väestöstä. Sen perusteella asiakkailla ei perusterveydenhuollossa ole lainkaan asiakasmaksuja. He listautuvat perusterveydenhuollon lääkärille, joka puolestaan toimii portinvartijana erikoissairaanhoidon toisen luokan on valinnut vain alle yksi prosenttia väestöstä. He maksavat asiakasmaksuja perusterveydenhuoltoon, mutta voivat hakeutua erikoislääkärin vastaanotolle ilman lähetettä.

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 aika 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. Yleislääkärijärjestelmää koskevien sääntöjen mukaan yleislääkäriin on voitava vastaanottaa ja arvioida kaikenlaiset aukioloaikoina tulevat yhteydenotot. Yleislääkäriin 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 omavastuuosuuden 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. Lääkäriin voi valita myös oman asuinalueen ulkopuolelta. Lääkäriä voi vaihtaa kahdesti vuodessa. Potilas voi pyytää toista järjestelmän piirissä olevan yleislääkäriä arvioimaan hänen terveydentilansa, jos potilas on tyytymätön oman lääkärinsä arvioon.

Potilaalla, joka on ohjattu erikoissairaanhoidon, on oikeus valita, mikä julkinen tai yksityinen yksikkö arvioi läheteen 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 hoitotakuuaika 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 lääkäri vastaanottojen palvelut tuottavat yksityiset ammattinharjoittajat 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 hoitopääsyn 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 toteutui kuuden viikon enimmäisajan sisällä. Virossa erikoissairaanhoidon pitkien hoitojonojen lyhentämiseksi on lisätty tiettyjen alojen erikoislääkärien määrää. Rahoitusta on myös ohjattu erikseen hoitojonojen purkamiseen sekä sairauksia ehkäiseviin ja terveyttä edistäviin toimenpiteisiin.

6 Lausuntopalaute

(Täydennetään lausuntokierroksen jälkeen)

7 Säännöskohtaiset perustelut

7.1 Terveydenhuoltolaki

51 §. Yhteyden saaminen perusterveydenhuoltoon ja arvio hoidon tarpeesta. Pykälän 1 momentin mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja saada yksilöllisen arvion tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttamaa hoitoa tai tutkimuksia potilas tarvitsee. Säännös välittömästä yhteyden saannista terveyskeskukseen vastaa nykyistä terveydenhuoltolain 51 §:ää.

Potilas voi saada yhteyden terveystakeskukseen käymällä paikan päällä, puhelimitse, sähköisesti, terveystakeskusten internetsivujen kautta, viestin tai chatin kautta. Jos terveystakeskuksessa ei pysytä vastaamaan puhelimeen välittömästi, käytetään yleensä takaisinsoittojärjestelmää. Säännöstä välittömästä yhteydensaannista käytännössä tulkitaan siten, että yhteys tulee saada saman päivän aikana.

Tässä pykälässä virka-ajalla tarkoitetaan arkipäivisin noin kello 8 ja 16 välistä aikaa. Virka-aikaa kunnallisessa terveystakeskussa ei ole määritelty säädösten avulla. Valtion virastojen aukioloa annettu 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. Terveystakeskuksissa yleisenä käytäntönä on aukioloajat, jossa maanantaista torstaihin terveystakeskus on auki 8–16, perjantaisin ja aatoina 8–15. Tällaiset aukioloajat ja niiden mukainen yhteydensaantimahdollisuus täyttäisivät pykälässä tarkoitettua velvoitetta saada virka-aikana yhteys terveystakeskukseen tai muuhun perusterveystakeskukseen 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 terveystakeskuksella tai muulla perusterveystakeskusten toimintayksiköllä on edellä kuvattua laajempia aukioloajat ja vastaanottoaikoja järjestetään myös ilta-aikaan ja viikonloppuisin. Koska pykälässä velvoitetaan järjestämään toiminta siten, että yhteys ja arvio hoidon tarpeesta on saatava arkipäivisin virka-aikana, laajempia terveystakeskusten aukioloaikoja pitäessä iltaisin ja viikonloppuna ei tämän pykälän nojalla näinä aikoina olisi velvoitetta välittömästä yhteydensaannista. Terveystakeskusten 50 §:n 2 momentissa säädetään erikseen hyvinvointialueen velvoitteesta iäriestä terveystakeskusten ilta-aikana ja viikonloppuna päivittäinen perusterveystakeskusten kiireellinen vastaanotto toiminta silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää.

Säännöksessä oleva velvoite saada yhteys terveystakeskukseen tai muuhun perusterveystakeskukseen yksikköön ei velvoita siihen, että kouluterveystakeskussa ja toisen asteen opiskeluterveystakeskussa toiminta on järjestettävä siten, että juuri tietyssä oppilaitoksessa olevaan hoitopisteeseen ja siellä toimivaan terveystakeskusten ammattihenkilöön on saatava yhteys saman päivän aikana. Kunnat järjestävät perusopetusta antavien oppilaitosten oppilaille perusterveystakeskusten avosairaanhoitoa palvelut osana terveystakeskusten toimintaa. Opiskeluterveystakeskusten perusterveystakeskusten palveluihin kuuluvat avosairaanhoitoa palvelut järjestetään usein osittain osana terveystakeskusten toimintaa. Hyvinvointialue täyttäisi velvoitteensa, jos nämä palvelut organisoitetaan siten, että oppilaat voivat saada yhteyden terveystakeskukseen tai johonkin muuhun toimintayksikköön.

Tässä pykälässä ja muissa terveystakeskusten hallituksen esitykseen ehdotettavissa pykälissä säädetään hyvinvointialueen velvoitteista. Uusimaa-lain 3 ja 4 §:n nojalla Uudellamaalla perusterveystakeskusten palvelut järjestää neljän hyvinvointialueen lisäksi Helsingin kaupunki. Uusimaa-lain 2 §:n 2 momentin Helsingin kaupunkiin sovelletaan, mitä hyvinvointialueista ja sosiaali- ja terveystakeskusten iäriestämisestä säädetään muualla laissa. iollei Uusimaa-laissa toisin säädetä. Näin ollen se, mitä ehdotetuissa 51, 51a–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 arkikolmantena päivänä yhteydenotosta. Tämä kolmen päivän määräaika ehdotetaan poistettavaksi, koska hoidon tarpeen arvio 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 välittömästi 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 potilaan tarvetta päästä terveyskeskukseen hoitoon, mutta myös jatkuva arviointia potilaan terveydentilasta ja tarvittavista tutkimus-, hoito- ja kuntoutustoimenpiteistä.

Tässä 51 §:ssä tarkoitettussa yksilöllisessä arvioissa hoidon tarpeesta selvittäisiin 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 hoidon toteuttamista varten. Kaikkia potilaita ei ole tarpeen ohjata lääkärin vastaanotolle, vaan potilaan terveysongelman hoidossa saattaa olla tarkoituksenmukaista ohjata potilas esimerkiksi sairaanhoitajan tai fysioterapeutin vastaanotolle. Jos arvioinnissa todetaan tarve terveydenhuollon ammattihenkilölle, 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 yhteydessä tarvittaessa neuvontaa ja ohjausta. Hoidon tarpeen arvio on eri asia kuin lääketieteelliseen tai hammaslääketieteelliseen tutkimukseen perustuva taudinmääritys, joka on lääkärin tai hammaslääkärin tehtävä.

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.

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 voidaan tehdä joko tapaamalla potilas henkilökohtaisesti, puhelimitse tai käyttäen avuksi erilaisia teknisiä sovelluksia. Hoidontarpeen 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 vain apuna hoidon tarpeen arviossa, eikä niillä voida 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.

Pykälän 2 momentissa määriteltäisiin terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka voivat tehdä 1 momentissa tarkoitetun arvion. Nykyisin arvion hoidon tarpeesta voi tehdä joko laillistettu tai nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö. Säännöstä ehdotetaan muutettavaksi siten, että yksilöllisen arvion tekisi jatkossa laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Tämä on perusteltua, koska arvion tekevällä 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 lääkärin ja hammaslääkärin lisäksi proviisori, psykologi, puheterapeutti, ravitsemusterapeutti, farmaseutti, sairaanhoitaja, kättilö, terveydenhoitaja, fysioterapeutti, laboratoriohoitaja, röntgenhoitaja, suuhygienisti, toimintaterapeutti, optikko ja hammasteknikko.

Pääsäännöstä poiketen hoidon tarpeen arvion voi tehdä suun terveydenhuollossa laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön lisäksi myös nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö. Poikkeuksesta on tarpeen säätää henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi. Suun terveydenhuollossa hammashoitajat tekevät nykyisin laajalti suun terveydenhuollon 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.

Edellytyksenä sille, että arvioinnin tekee muu terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri tai hammaslääkäri, on muulle ammattihenkilölle annettu yhtenäinen ohjeistus sekä mahdollisuus konsultoida lääkäriä tai hammaslääkäriä.

51 a §. *Perusterveydenhuollon hoitoon pääsy.* Pykälässä säädettäisiin pääsystä perusterveydenhuollon kiireettömään sairaanhoitoon seitsemän vuorokauden sisällä sen jälkeen, kun 51 §:ssä tarkoitettussa arviossa on todettu tarve lääkärin tekemälle tutkimukselle, tutkimus-, hoito- tai kuntoutussuunnitelmalle tai hoidolle tai muun ammattihenkilön tekemälle potilaan tutkimukselle tai hoidolle. Tätä pykälää sovellettaisiin hyvinvointialueen järjestämistä vastaavalla olevaan

perusterveydenhuoltoon sen tuottamistavasta riippumatta. Tätä pykälää ei kuitenkaan sovellettaisi perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon palveluihin, jonka hoitoon pääsyn määräajoista säädettäisiin 51 b §:ssä.

Sen jälkeen, kun yksilöllinen arvio on tehty ja todettu kiireettömän perusterveydenhuollon hoidon tarve, on ensimmäinen hoitotapahtuma järjestettävä seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä arvioinnista. Määräaika koskisi niin fyysisten kuin psyykkisten terveysongelmien hoitoa. 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.

Hoitotapahtumalla tarkoitettaisiin hoitoon liittyviä erilaisia tapahtumia, eli erilaisia tutkimustoimenpiteitä, taudinmäärittystä, hoitoa taikka tutkimus-, hoito- tai kuntoutussuunnitelman laatimista. 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 velvoitteen täytyminen edellyttäisi hoitoon liittyvien toimenpiteiden toteuttamista.

Hoito voidaan toteuttaa eri tavoin, eli käytännössä vastaanotolla, puhelimitse, etäyhteydellä tai kotikäynnillä. Hoidon antamisen tavasta sovitaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Etäyhteyksillä tarkoitetaan puhelimen, älypuhelimien, videon, nettiyhteyden, sähköpostin tai muun vastaavan etäyhteyden välityksellä tapahtuvaa yhteyttä. Etäpalveluilla tarkoitetaan terveydenhuollossa sitä, 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. Etäpalvelujen toteutuksessa on myös huolehdittava palvelun saavutettavuudesta. Tarvittaessa hoito on järjestettävä vastaanotolla tai kotikäyntinä.

Pykälän 2 momentissa määriteltäisiin tarkemmin perusterveydenhuollossa annettavaa hoitoa, joka tulee järjestää 51 §:ssä tarkoitettua arvioinnista seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä. Perusterveydenhuollon kiireettömällä sairaanhoidolla tarkoitetaan pykälässä yleislääketieteen alaan kuuluvaa kiireetöntä laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön antamaa hoitoa.

Yleislääketieteen alaan kuuluvilla sairauksilla tarkoitetaan väestöllä yleisesti esiintyviä, usein pitkään kestäviä ja toiminta- tai työkykyyn vaikuttavia sairauksia, jotka edellyttävät pidempiaikaista lääkkeetöntä tai lääkkeellistä hoitoa, omahoitoa ja ammattihenkilön toteuttamaa seuranta- 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 hoitamia 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 lääkärin arvio siitä, voidaanko potilasta hoitaa terveyskeskuksessa vai tarvitseeko hän lähetteen erikoissairaanhoitoon.

On perusteltua, että määräajassa 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 lääkärien tehtäviin kuuluu fyysisten ja psyykkisten sairauksien hoito. Seitsemän vuorokauden määräaika ei koske pääsääntöisesti 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. Tällaisia lääkäreitä voivat olla esimerkiksi perusterveydenhuollon yhteydessä konsultaatiotoimintaa toteuttavat erikoislääkärit. Riippuen tehtävänkuvastaan voi samakin lääkäri välillä toimia yleislääkärinä ensimmäisessä hoitokäynnissä, jota seitsemän vuorokauden määräaika koskee ja toisaalta erityisosaamisensa puitteissa konsultaatiotoimintaa toteuttavana tai tiettyyn asiakasryhmään keskittyvänä, jolloin määräaika ei koske, vaan hänelle ohjataan potilaat tässä tehtävässä lähetteen tai toisen terveydenhuollon ammattihenkilön, myös lääkärin, tekemän tutkimus-, hoito- ja kuntoutussuunnitelman perusteella. Jälkimmäisessä tapauksessa tarkoitettua hoitoon pääsystä säädetään 4 momentissa.

Perusterveydenhuoltoon liittyviä terveystalvuuksia voivat antaa myös hoitajat tai muut terveydenhuollon ammattihenkilöt. Hoitajapalveluita ovat esimerkiksi lääkkeenmäärämisoikeuden omaavan sairaanhoitajan palvelut. Jos muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastaanotolle voidaan hakeutua suoraan ilman lääkärin tai hoitajan arviota, koskee näitä tilanteita seitsemän vuorokauden määräaika.

Pääsy kuntoutustyöntekijän vastaanotolle edellyttää terveydenhuollossa yleensä hoitosuunnitelmaa. Seitsemän vuorokauden määräaika ei koske pääsääntöisesti hoitosuunnitelman mukaisen kuntoutustyöntekijän vastaanotolle. Näistä tilanteista säädetään 4 momentissa. Tällaisia ovat esimerkiksi ravitsemusterapiaan, puheterapiaan, toimintaterapiaan, jalkaterapiaan tai kuntoutuksena annettavaan fysioterapiaan liittyvät käynnit. Joissain terveystalvuuksissa kuitenkin järjestetään esimerkiksi fysioterapeutin suoravastaanottoja, jolloin potilaalle varataan 51 §:n mukaisen arvioon perusteella suoraan aika heidän vastaanotolleen, eikä potilasta lähetetä ensin hoitajan tai lääkärin vastaanotolle. Näitä tilanteita koskee seitsemän vuorokauden määräaika.

Perusterveydenhuollossa järjestetään psykososiaalisin menetelmin lisä- ja täydennyskoulutettujen hoitajien ja muiden laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden helposti ja nopeasti saatavia mielenterveys- tai päihdetyön vastaanottoja, joihin voi ottaa yhteyttä suoraan neuvonnan tai ohjauksen saamiseksi, elämäntilanteisiin liittyvissä kriiseissä, psyykkisen kuormituksen tilanteissa tai tuen saamiseksi mielenterveyden oireiden tai mielenterveyteen liittyvän toimintakyvyn alenemisen vuoksi. Ohjaus voi tarkoittaa myös kohdennettujen menetelmien käyttämistä, esimerkiksi päihteiden riskikäyttäjän lyhytneuvontaa (niin sanottu mini-interventio) tai mielenterveyden oireisiin tarkoitettuja psykososiaalisia lyhyitä terapiajaksoja. Tällaiset vastaanotot ovat seitsemän vuorokauden määräajan piirissä. Jos potilas tarvitsee mielenterveyden häiriöiden arvioimiseksi lääketieteellistä arviota, hänet ohjataan seitsemän vuorokauden sisällä lääkärin vastaanotolle. Psykoterapiat ja muut mielenterveyteen, päihteisiin ja riippuvuuskäyttäytymiseen liittyvät psykososiaaliset mielenterveyden häiriön hoitoon tarkoitettut interventiot ovat hoitosuunnitelman mukaisia käyntejä, eikä siten seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika siten koske näitä palveluja.

Perusterveydenhuollon kiireettömään sairaanhoitoon kuuluu sairastumisen, vamman, pitkäaikaisairauden vaikeutumisen, uusien oireiden esilletulon tai toimintakyvyn alenemisen vuoksi tarpeelliset oireiden, toimintakyvyn ja sairauksien tutkimukset ja toteaminen sekä niiden perusteella annettava hoito, ohjaus sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatiminen. 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.

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 hoidon tarpeen arvioinnissa 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 tietynä hyvin tarkkana ajankohtana.

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 epäsoivia 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.

Pykälän 3 momentissa säädetään tilanteesta, jossa potilas on ohjattu ensin muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, mutta tutkimus, hoito- tai kuntoutustapahtuman yhteydessä todetaan, että tilanteen ratkaiseminen edellyttääkin lääkärin antamaa hoitoa. Tässä tilanteesta myös seuraava hoitotapahtuma on järjestettävä ensimmäisestä hoitotapahtumasta seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä, ellei todettua tarvetta voida hoitaa saman hoitotapahtuman yhteydessä. Momentissa tarkoitettussa tilanteesta potilas on hoidon tarpeen arvioon perusteella ohjattu esimerkiksi sairaanhoitajan tai fysioterapeutin vastaanotolle, jossa todetaankin tarve saada lääkärin antamaa hoitoa. Jos tässä tilanteesta lääkärin kannanottoa ei ole

mahdollista saada saman käynnin aikana, tulee seuraava pääsy lääkärille järjestää seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä tästä käynnistä.

Jäljempänä 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 hoitotakuun 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 tilanteesta riippuen 2 tai 3 momentissa tarkoitettulla hoitokäynnillä tutkimus-, hoito- tai kuntoutussuunnitelma, tai jos tällainen suunnitelma jo esimerkiksi pitkäaikaissairaudesta johtuen jo on, on tarpeen mukaan päivitettävä sitä. Velvoitteesta suunnitelman laatimiseen säädetään potilaslain 4 a §:ssä ja terveydenhuoltolain 24, 25, 28 ja 30 §:ssä.

Pykälän 3 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 sote-järjestämislain 8 §:n sääntely, jonka mukaan hyvinvointialueella on oltava riittävä osaaminen, toimintakyky ja valmius vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja sen on huolehdittava asukkaidensa palvelutarpeen mukaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuudesta kaikissa tilanteissa. Näin ollen lainsäädännön velvoitteiden vastaista olisi kiertää hoitoon pääsyn sääntelyä esimerkiksi siten, että potilaita tietoisesti ohjataan heidän terveydentilansa ja tarpeidensa vastaisesti hoitajavastuuta, jos potilaalla on tarve lääkärikäynnille.

Pykälän 4 momentissa on määritelty tilanteita, joita 1–3 momentissa tarkoitettujen seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräajat eivät koske. Pääsääntönä on, että 1 ja 2 momentissa tarkoitettu seitsemän vuorokauden määräaika koskee potilaan ensimmäistä yhteydenottoa uuden terveysongelman johdosta taikka tilannetta, jossa pitkäaikaissairaus pahenee tai toimintakyky alenee, ja 3 momentissa tarkoitettu määräaika tällaisen terveysongelman jatkoselvittämiseen ja hoitamiseen liittyvää käyntiä.

Määräajassa toteutettavaan perusterveydenhuollon kiireettömään sairaanhoitoon eivät kuulu hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaiset tietyn ajanjakson päähän 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 määräaika. Tietyn terveysongelman hoitoon voi toki kuulua hoitotapahtumia, johon 1–3 momentissa säädetty määräajat ovat soveltuneet, ennen kuin hoitoa ja kuntoutusta aletaan toteuttaa hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti.

Esimerkiksi erilaisissa terapiapalveluissa voi olla hoitopolkuja, joissa hoitoon pääsy toteutuu hieman eri tavalla järjestämistavasta riippuen. Edellä 2 momentin perusteluissa on kuvattu sitä, että tietyissä tilanteissa esimerkiksi fysioterapeutit järjestävät suoravastuuta, 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 interventioon koulutetun työntekijän vastaanotolle erilaisissa mielenterveyteen liittyvissä terapiapalveluissa, kuten psykoterapiassa, lyhytpsykoterapioissa ja muissa hoitosuunnitelmaan perustuvissa psykososiaalisissa menetelmissä, vaan potilas ohjataan ensin lääkärin vastaanotolle, jossa tutkitaan tällaisten palveluiden tarve, ja hoito toteutetaan suunnitelman mukaisesti. Kuten 2 momentin perusteluissa on kuvattu, seitsemän vuorokauden määräajan piirissä ovat kuitenkin vastaanotot, joille hakeudutaan suoraan mielenterveyteen liittyvien oireiden tai toimintakyvyn alenemisen vuoksi.

Seitsemän vuorokauden määräajan piiriin eivät kuulu myöskään esimerkiksi hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaissairauden seurannan määräaikaiskäynnit taikka muut hoitovasteen tai lääkityksen seurantaan liittyvät käynnit. Tiettyyn asiakasryhmään kohdistuvat tarkastus- ja seuranta käynnit eivät ole myöskään määräajan piirissä. Tällaisia ovat esimerkiksi työttömien terveystarkastukset tai hyvinvointialueen järjestämät tiettyyn ikäryhmään kohdistuvat tarkastukset. Terveystarkastukset tai hyvinvointialueen järjestämät tiettyyn ikäryhmään kohdistuvat tarkastukset, kuten ajoterveystarkastukset tai ehkäisyneuvonta sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävät palvelut eivät myöskään ole seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräajan piirissä. Myöskään matkailijoiden tarvitsemat hoitoon liittyvät rokotukset eivät ole määräajan piirissä. Määräaika ei myöskään koske erilaisten todistusten laatimista.

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 2 momentin perusteluissa.

Nykyisen lainsäädännön mukaan kiireetön hoito perusterveydenhuollossa on järjestettävä kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arviosta. Tämä kokonaisuus sisältää sellaisia perusterveydenhuollossa annettavaa hoitoa ja palveluja, jotka eivät olisi seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräajan piirissä. Muu perusterveydenhuollon kiireetön hoito, hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät palvelut sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävät palvelut olisi ehdotetun 5 momentin mukaan järjestettävä potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja ennakoitavissa oleva sairauden tai vamman kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, viimeistään kuitenkin kolmen kuukauden sisällä yhteydenotosta ja 51 §:n mukaisesta arviosta taikka hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Tällaisia palveluita olisivat siis keskeisesti 4 momentissa seitsemän vuorokauden määräajan ulkopuolelle rajatut palvelut.

Ilmaisu ”järjestettävä potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja ennakoitavissa oleva sairauden tai vamman kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, viimeistään kuitenkin kolmen kuukauden sisällä yhteydenotosta” ei ole tarkoitettu tulkittavan siten, että lainsäädännön edellytykset automaattisesti toteutuvat, kunhan hoito järjestetään viimeistään kolmen kuukauden päästä. Säännöksessä nimenomaisesti edellytetään suhteuttamaan palvelun saaminen ajankohta potilaan terveydentilaan, työ-, opiskelu- ja toimintakykyyn, palveluiden tarpeeseen 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 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 suorittamiselle eivät tule vastaan.

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 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 hyväksytyistä 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 pohjoismainen työvoimapalvelumalli toukokuussa 2022. Mallin mukaisesti asiakkaan kohtaamisissa arvioitaisiin 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.

Hallituksen esityksessä HE 152/2021 vp esitetään sairausvakuutuslain (1224/2004) 8 luvun 5 a §:ää sekä 12 luvun 6 §:ää muutettavaksi siten, että työntekijän jäljellä oleva työkyky ja työssä jatkamisen mahdollisuus selvitetäisiin 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 5 momentissa säädetty velvoite järjestää siinä säädetyt 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 5 momentin säännösten mukaisesti.

Pykälän 6 momentissa säädettäisiin selvyuden vuoksi tilanteista, joihin edellä selostettuja momenteja ei sovellettaisi. Terveystarkastuslain 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), seulonnoista annetussa valtioneuvoston asetuksessa (339/2011) sekä tartuntatautilaissa (1227/2016) ja sen nojalla annetussa rokotuksista annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (149/2017) säädetään väestötason ennaltaehkäisevistä terveydenhuollon toimenpiteistä, eli tiettyihin väestöryhmiin kohdennetuista valtakunnalliseen seulontaohjelmaan kuuluvista tai hyvinvointialueen järjestämistä seulonnoista, tiettyjen potilasryhmien määräaikaistarkastuksista sekä kansalliseen rokotusohjelmaan kuuluvista ja kohdennetuista rokotuksista (tartuntatautilaki 44 §). Lisäksi tartuntatautilain nojalla voidaan säätää valtioneuvoston asetuksella muista vapaaehtoisista rokotuksista (45 §), pakollisista rokotuksista (47 §) sekä julkisen terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimintayksiköiden velvoitteesta järjestää rokotus potilaalleen ja asiakkailleen sekä näitä hoitavalle tai huoltavalle henkilökunnalle (49 §:n 2 momentti). Esimerkiksi covid-19-rokotukset ovat tartuntatautilain 45 §:n mukaisia rokotuksia, ja näiden rokotteiden antamisen järjestyksestä säädetään vapaaehtoisista covid-19-rokotuksista annetussa valtioneuvoston asetuksessa (1105/2020). Osa rokotusohjelmaan kuuluvia rokotuksia ovat myös ne rokotukset, joita sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevät tai työharjoitteluun osallistuvat opiskelijat tarvitsevat tartuntatautilain 48 §:n nojalla.

Mainituissa säädöksissä säädetään tietyistä ajanjaksosta, järjestyksestä tai ikä- tai muista väestöryhmistä, jolloin tai joihin kohdistuen seulonta, määräaikaistarkastus tai rokotus on suoritettava, jolloin hoitoon pääsyn määräaikoja koskevan sääntelyn logiikka ei sovi tällaisiin toimenpiteisiin. Tällaiset toimenpiteet ehdotetaan rajattavan siksi pois 1-5 momentin soveltamisalasta. Käytännössä tämä tarkoittaa, että potilaalla ei ole oikeutta esimerkiksi vaatia, että seulonta suoritetaan juuri tiettyä ajankohtana, kunhan hyvinvointialue toteuttaa velvoitteensa järjestää potilaalle seulonta seulonta-asetuksen mukaisesti. Tyypillisesti seulontaan lähetetään kutsu. Jos kutsussa oleva aika ei sovi potilaalle, sovitaan muu potilaalle sopiva aika.

Asetuksen 338/2011 9 §:ssä säädetään määräaikaistarkastuksista esimerkiksi siten, että lasta odottavalle perheelle on järjestettävä vähintään yksi laaja terveystarkastus sekä säädetään lapselle neuvolassa annettavien tarkastusten määrästä tiettyinä ikäkausina, mutta ei yksilöidä, että minä ajankohtana kukin tarkastus tulee suorittaa. Terveystarkastus ja hyvinvoinnin laitos on antanut ohjeistusta äitiys- ja lastenneuvolan määräaikaisten terveystarkastusten ajankohdista. Usean rokotuksen osalta kansallista rokotusohjelmaa koskevassa asetuksessa säädetään ikä, jolloin rokotus voidaan antaa, ja rokotus voi edellyttää tiettyä ajallista rokoteannosten antoväliä. Lapsille annettavat rokotusohjelmaan kuuluvat rokotukset annetaan tyypillisesti neuvolakäyntien yhteydessä.

Momentissa tarkoitetuissa palveluissa hyvinvointialueen on luonnollisesti noudatettava näitä palveluja koskevia säännöksiä sekä suoritettava toimenpiteet hyvän hoitokäytännön edellyttämällä tavalla. Esimerkiksi työhön ja opiskeluun liittyvät rokotukset tulee antaa työskentelyn ja opiskelun mahdollistavalla aikataululla, ja tietyillä alueilla rokotusohjelmaan kuuluvan puutiaisaiivokuumerotteen antaminen tulee järjestää siten, että rokote ehtii antaa suojaa ennen aktiivista puutiaisikautta.

Momentissa olisi kuitenkin poikkeus siitä, ettei 1–5 momenttia sovelleta, niitä tilanteita varten, joissa rokotteen antaminen on osa perusterveydenhuollon kiireetöntä sairaanhoitoa. Esimerkiksi pernan poiston jälkeen annetaan tiettyjä rokotuksia. Tällaiset rokotukset annetaan hoitosuunnitelman mukaisesti ja tällaisiin toimenpiteisiin siten sovellettaisiin hoitoon pääsyä koskevaa sääntelyä.

Ehdotetun 51 §:n ja 1–5 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 väestönryhmään kohdistetun yleisemmän terveystarkastuksen yhteydessä voidaan huomata luomi tai patti, jota on syytä tutkia lisää. Lisäksi esimerkiksi seulonnan seurauksena esiin voi tulla tarve jatkotutkimuksiin. Tällaisessa tilanteessa soveltuisi 1–5 momenttien säännökset hoitoon pääsyn määräajoista ja tapauksen mukaan hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesta jatkohoidosta. Asiasta säädettäisiin selvyuden vuoksi 7 momentissa.

51 b §. *Hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa.* Hoitoon pääsyn määräaika suun terveydenhuollossa tiukennettaisiin nykyisestä kuudesta kuukaudesta kolmeen kuukauteen. Pykälän 1 momentissa säädettäisiin, että 51 §:ssä tarkoitettujen arvioinnin yhteydessä hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.

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 hammaslääkärin arvioita, minkä vuoksi ei ole tarpeen potilasturvallisuuden kannalta muuttaa nykyistä työnjakoa. Tätä linjausta puoltaa myös henkilöstön saatavuustilanne ja talousnäkökulma; terveydenhuollon laillistettujen ammattihenkilöiden, kuten suuhygienistien työpanos on järkevä suunnata heidän koulutustaan vastaavaan työhön.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin tilanteesta, jossa potilas on ohjattu muun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin hammaslääkärin vastaanotolle. Pääsääntöisesti potilas ohjataan ensin hammaslääkärin vastaanotolle, mutta on tilanteita, joissa suuhygienistin tai hammashoitajan hoito vastaa hammaslääkärin tutkimusta tai hoitoa paremmin potilaan hoidon tarpeeseen. Mikäli tällaisessa ensimmäisessä hoitotapahtumassa suuhygienistin tai hammashoitajan vastaanotolla kuitenkin todetaan tarve hammaslääkärin tutkimukseen tai hoitoon, hammaslääkäriin pääsy on toteutettava neljän viikon kuluessa käynnistä. Tällä neljän viikon aikamääreellä varmistetaan,

ettei potilaan tarpeen mukainen tutkimus tai hoito viivästy kohtuuttomasti pykälän 1 momentissa säädetystä kolmen kuukauden määräajasta. 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 määräaikaakaan 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 hoitajakso 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 hoitajakson eri käyntikertojen välit ovat kohtuuttoman pitkiä ja potilaan suun sairaudet pahenevat asianmukaisen hoidon viivästyessä.

Pykälän 5 momentissa säädettäisiin rajausta tilanteesta, jossa ei sovellettaisi 1 momentissa tarkoitettua kolmen kuukauden määräaikaan hoitoon pääsyssä. Suun terveydenhuollossa potilaalle määritellään tyypillisesti yksilöllinen tutkimusväli, esimerkiksi tutkimus kahden vuoden välein. Potilaalle voidaan myös määrittellä seuraavan hoitokerran ajankohta, esimerkiksi hampaiden kiinnityskudossairauksien hoitoon tai juurenhoidon jälkikontrolliin. Tutkimus tai hoito tulisi järjestää hoitosuunnitelmaan kirjatun tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti, ellei hoidon tarpeen arvioinnissa ole tullut esille seikkoja, joiden perusteella tutkimus tai hoito tulee järjestää jo aiemmin.

Pykälän 6 momentissa säädettäisiin 5 momentin lisäksi toisesta tilanteesta, johon 1 momenttia ei sovellettaisi. Terveydenhuoltolain 15 ja 16 §:ssä sekä asetuksen 338/2011 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 määräaikaisten tarkastukset sekä suun terveydentilan, suun terveysneuvonnan ja palvelujen tarpeen arviointi tulee suorittaa niitä koskevan lainsäädännön ja hyvän hoitokäytännön edellyttämällä tavalla tiettyinä ajankohtina, joten ei ole tarpeen säätää niiden toteuttamisesta pykälän 1 momentin mukaisessa kolmen kuukauden määräajassa.

Pykälän 2 - 4 momentit koskevat myös 6 momentissa tarkoitettuja määräaikaista tarkastuksia. Toisin sanoen, mikäli määräaikaistarkastuksessa havaitaan hammaslääkäriin tutkimuksen tai hoidon tarve, hammaslääkäriin pääsy on toteutettava neljän viikon kuluessa käynnistä pykälän 2 momentin mukaisesti. Vastaavasti erikoishammaslääkäriin pääsy on toteutettava kolmen kuukauden kuluessa, kuten 3 momentissa säädetään. Määräaikaistarkastuksessa mahdollisesti alkaava hoitajakso tulee saattaa valmiiksi kohtuullisessa ajassa ilman tarpeetonta viivytystä hoitokäyntien välillä, kuten momentissa 4 säädetään.

51 c §. *Hoitoon pääsy perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa.* Pykälässä säädettäisiin perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavasta erikoissairaanhoidosta ja sääntely vastaisi sisällöltään nykyistä lainsäädäntöä. Asiasta säädetään nyt osana 51 §:n sääntelyä, ja selvyuden 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 palvelusetelilaisissa. 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 hoidon tarpeen 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 hoitoa potilas tarvitsee. Erikoissairaanhoidon lähetteen perustuvasta hoidon tarpeen arvioinnista säädetään 51 c, 52 ja 53 §:ssä. Jos tarpeelliseksi todettua hoitoa ei pystytä toteuttamaan, tulee hoito järjestää hankkimalla se muulta palveluntuottajalta. Tämä on ollut säännöksen tarkoituksena jo aikaisemmin, mutta täsmennyksellä on tarkoitus korostaa veloitteen noudattamista.

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 jaksossa 2.2.1. Hyvinvointialueita koskevassa lainsäädännössä rajataan hyvinvointialueen mahdollisuuksia 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 vastaanottaminen on potilaalle vapaaehtoista. Palveluseteliä käytettäessä asiakkaalle jäävä omavastuu voi palvelusetelilain mukaan olla suurempi kuin hyvinvointialueen järjestämän palvelun asiakasmaksu. Tällaisen palvelusetelin tarjoaminen ei täyttäisi 54 §:n mukaista veloitetta hankkia palvelu muulta palveluntuottajalta, vaan hyvinvointialue täyttäisi veloitteensa ainoastaan silloin, jos asiakkaalle jäävä omavastuu on saman kokoinen tai pienempi kuin asiakasmaksulain mukainen maksu olisi. Potilaalle voidaan tuki tarjota myös suuremman omavastuun sisältävää palveluseteliä palvelusetelilainsäädännön mukaisesti, mutta tällöinkin on selostettava potilaan oikeus saada palvelu määrääjässä 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 maksettavaksi omavastuuosuutta. Tästä säädetään palvelusetelilain 7 §:n 2 momentissa.

55 §. Tietojen julkaiseminen. Pykälän 1 momentissa tarkennettaisiin tietoja, jotka tulee julkaista perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon toimintayksiköiden odotusajoista. Tiedot edellisen kuukauden odotusajoista tulisi julkaista kuukausittain. Voimassa olevan 55 §:n mukaan tiedot on julkaistava neljän kuukauden välein.

Tiedot tulisi julkaista internetissä. Tältä osin sääntely vastaisi voimassa olevaa sääntelyä. Pykälästä ehdotetaan kuitenkin 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 ilman, että asiasta säädetään.

Toimintayksiköstä tulisi momentin 1 kohdan mukaan julkaista terveyskeskukseen välittömästi yhteyden saaneiden henkilöiden osuus kaikista yhteyttä ottaneista. Välittömästi yhteyden saaneina pidetään samana päivänä yhteyden saaneita tai sellaisia henkilöitä, joille on soitettu takaisin tai joihin on oltu sähköisesti yhteydessä saman päivän aikana.

Toimintayksiköstä tulee julkaista momentin 2 kohdan mukaan seitsemässä vuorokaudessa ensimmäiseen hoitotapahtumaan hoitoon päässeiden osuus 51 a §:n 1-3 ja 7 momentissa tarkoitetuissa palveluissa. Lisäksi momentin 3 kohdan mukaan tulee julkaista kolmessa kuukaudessa hoitoon päässeiden potilaiden osuus niistä, jotka ovat oikeutettuja hoitoon pääsyyn kolmen kuukauden sisällä. Säännöksellä on tarkoitus yhdenmukaistaa julkaistavia tietoja, siten että kuntien tiedot hoitoon pääsyn odotusajoista olisivat keskenään vertailukelpoisia. Aikaisemmin kunnat ja kuntayhtymät ovat julkaisseet hoitoon pääsyä koskevia tietoja eri muodoissa, joten hoitoon pääsyn vertailu kuntien kesken on ollut vaikeaa.

Suun terveydenhuoltoa koskevan 51 b §:n 2 momentissa säädetään, että jos potilas on ohjattu muun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin hammaslääkärin vastaanotolle, ja tässä ensimmäisessä hoitotapahtumassa todetaan tarve hammaslääkärin tutkimukseen tai hoitoon, hammaslääkäriin pääsy on järjestettävä neljän viikon kuluessa käynnissä. Hyvinvointialueella ei olisi velvoitetta erikseen raportoida tämän määräajan toteutumisesta, koska arvioidaan, että tämän tiedon saaminen ja raportointi olisi vaikeaa. Tavoitteena kuitenkin on tietojärjestelmien kehittäminen siten, että tämän tiedon seuraaminen on myöhemmin mahdollista.

Tietojen julkaiseminen kalenterikuukausittain antaa potilaalle nykyistä paremmin tietoa hoitoon pääsystä eri toimintayksikössä. Potilas voi käyttää tietoa hoitoon pääsystä esimerkiksi valitessaan hoidostaan vastaavaa terveyskeskusta (terveydenhuoltolaki 47 ja 48 §). Tietojen julkaiseminen tuo myös toimintaan läpinäkyvyyttä ja toimii valvonnan tukena.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin velvollisuudesta julkaista tietoja 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 tietojen julkaisua koskeva sääntely vastaa nykyistä sääntelyä.

Hyvinvointialueen tulee 3 momentin mukaan julkaista tiedot kustakin sairaalasta ja muusta terveydenhuollon toimintayksiköstä erikseen. Jos terveyskeskuksen alaisuudessa toimii terveysasemia tai useita suun terveydenhuollon toimintayksiköitä (hammashoitoloita), tai hyvinvointialueella on muita erillisiä yksiköistä, julkaistaan tiedot erikseen yksikkökohtaisesti.

Jos toimintayksikkö käyttää ostopalveluja oman palvelutuotantonsa täydentämiseksi, hoitoon pääsyä koskevat tiedot julkaistaan osana kyseisen toimintayksikön tietoja.

Pykälän 4 momentissa säädettäisiin asetuksenantovaltuutuksesta. Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä edellä tarkoitettujen tietojen sisällöistä ja muodoista.

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

74 §. Tartuntataudit. Pykälässä on informatiivinen viittaus, jonka mukaan tartuntatautiin vastustamistyöstä säädetään tartuntatautilaissa (1227/2016). Säännöksestä poistettaisiin tartuntatautilain numero, koska se mainittaisiin jo 51 a §:n 6 momentissa.

7.2 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 potilas voi saada arkipäivisin aukioloaikana välittömästi 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 terveystalveluiden aukioloaikoina, eli aamukahdeksasta ja 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 kiireellisyyden sekä antaa itsehoito-ohjeita. YTHS:ssä on käytössä takaisinsoittojärjestelmä, jos toimipisteessä ei pystytä vastaamaan puhelimeen välittömästi. Säännös välittömästä yhteydensaannista tarkoittaa, että yhteys 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 ajanvarausluvan. 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.

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 veloitetta 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.* Pykälän 1 momentin mukaan 10 §:ssä tarkoitettussa yksiköllisessä arviossa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviosta seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä.

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 hoitotapah-tuma, jossa jo toteutetaan hoitotoimenpiteitä, eli pelkästään se, että vastuutiimi on arvioinut potilaan tilannetta keskenään ja ottanut potilaaseen yhteyden ajanvarauksen tekemiseksi, ei täyt-täisi momentissa säädettyjä edellytyksiä. Nämä hoitotapahtumat voidaan kuitenkin toteuttaa eri tavoin eli käytännössä vastaanotolla, puhelimitse tai etäyhteydellä, eli hoitokin voi alkaa jo sa-massa yhteydessä, kun potilaaseen otetaan yhteyttä. Hoidon antamisen tavasta sovitaan yhteis-ymmärryksessä potilaan kanssa. Hoitoon pääsyn määräajat ovat enimmäisaikoja ja yksilöllis-sessä hoidon tarpeen arvioinnissa arvioidaan myös se, tarvitseeko potilas hoitoa nopeammin kuin lain edellyttämässä enimmäisajassa. Momentin perustelujen osalta viitataan myös tervey-denhuoltolain 51 a §:n 1 momentin perusteluihin. Mainituissa perusteluissa mainitaan mahdol-lisuus kotikäyntien tekemiseen. YTHS ei tee kotikäyntejä.

Pykälän 2 momentissa määriteltäisiin tarkemmin hoito, joka tulee järjestää 10 §:n mukaisesta arvioinnista seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä.

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoon kuuluu terveydenhuoltolain 17 §:ssä määritellyt palvelut. Tämän pykälän mukaan opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvät perustervey-denhuollon 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 jat-kotutkimuksiin 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 päihde-ongelmien varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaus. Lisäksi siihen kuuluvat seksuaaliterveyttä edistävät palvelut, jotka sisältävät seksuaalisuutta ja parisuhdetta koskevan neu-vonnan, hedelmättömyyden ehkäisyn, seksuaalisen ja sukupuolisen suuntautumisen tukemisen, sukupuolitautien torjunnan ja seksuaalisen väkivallan ehkäisyn sekä seksuaaliterveyteen liitty-vän 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 teh-tävistä ja annetaan ohjeita niiden käytännön toimeenpanosta sekä suosituksia toimintakäytän-nöiksi. Oppaassa tarkennetaan muun muassa opiskeluterveydenhuollon palveluiden sisältöä ja kuvataan palvelut, jotka eivät kuulu opiskeluterveydenhuoltoon. Opiskeluterveydenhuoltoon kuulumattomia palveluja ovat oppaan mukaan muun muassa sairauksien diagnostiikkaan liitty-vät erityistutkimukset, pitkäaikaissairauksiin liittyvät erikoissairaanhoidon määräämät seuran-takäynnit ja -tutkimukset, joiden hoitovastuu on erikoissairaanhoidossa, terveydenhuoltolain 29 §:n mukainen lääkinnällinen kuntoutus ja lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelut.

Asetuksessa 338/2011 säädetään myös tarkemmin määräaikaisista terveystarkastuksista (ks. 6 momenttia koskevat perustelut). Suun terveydenhuoltoa koskevat säännökset on esitelty 10 b §:n perusteluissa.

Pykälän 2 momentin mukaan seitsemän vuorokauden määräaika koskee terveydenhuoltolain 17 §:ssä tarkoitettuun opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia kiireettömän sairaanhoidon hoitotapahtumia, jotka liittyvät sairastumiseen, vammaan, pitkäaikaissairauden vaikeutumiseen, uusien oireiden esilletuloon tai toimintakyvyn alenemiseen. Viittaus momentissa terveydenhuoltolain 17 §:ään kattaa myös asetuksessa 338/2011 täsmennetyt sairaanhoidolliset palvelut. Kiireetön sairaanhoito perusterveydenhuollossa, myös siis opiskeluterveydenhuollossa, koskee oireiden, toimintakyvyn ja sairauksien tutkimuksia ja toteamista sekä niiden perusteella annettavaa hoitoa, ohjausta sekä hoitosuunnitelman laatimista.

Perusterveydenhuollon kiireettömällä sairaanhoidolla tarkoitetaan pykälässä kiireetöntä laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön antamaa hoitoa. Määräajassa annettava hoito on perusteltua toteuttaa sen laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolla, jolla tarkoituksenmukaisimmin voidaan vastata asiakkaan hoidon tarpeeseen. Hoidon antaja voi olla YTHS:ssä työskentelevä lääkäri tai potilas voidaan ohjata myös esimerkiksi sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai fysioterapeutin vastaanotolle.

Pykälän 3 momentissa säädettäisiin tilanteesta, jossa opiskelija on ohjattu ensin muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, mutta tutkimus tai hoitotapahtuman yhteydessä todetaan, että tilanteen ratkaiseminen edellyttääkin lääkärin antamaa hoitoa. Tässä tilanteessa myös seuraava hoitotapahtuma on järjestettävä ensimmäisestä hoitotapahtumasta seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä, ellei todettua tarvetta voida hoitaa saman hoitotapahtuman yhteydessä. Jos opiskelijan terveysongelman hoitaminen ei selviä hoitokäynnillä, tutkimusten, hoidon ja kuntoutuksen tarpeesta on laadittava tilanteesta riippuen 2 tai 3 momentissa tarkoitettulla hoitokäynnillä tutkimus- tai hoitosuunnitelma, tai jos tällainen suunnitelma esimerkiksi pitkäaikaissairaudesta johtuen jo on, tarpeen mukaan päivitettävä sitä. Veloitteesta suunnitelman laatimiseen säädetään potilaslain 4 a §:ssä.

Pykälän 3 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 veloitteiden vastaista olisi kiertää hoitoon pääsyn sääntelyä esimerkiksi siten, että potilaita tietoisesti ohjataan heidän terveydentilansa ja tarpeidensa vastaisesti hoitajavastanoitoille, 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 4 momentissa säädettäisiin tilanteista, joita 1–3 momentissa tarkoitettujen seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräajat eivät koske. Pääsääntönä on, että 1 ja 2 momentissa tarkoitettu seitsemän vuorokauden määräaika koskee opiskelijan ensimmäistä yhteydenottoa uuden terveysongelman johdosta taikka tilannetta, jossa pitkäaikaissairaus pahenee tai toimintakyky alenee, ja 3 momentissa tarkoitettu määräaika tällaisen terveysongelman jatkoselvittämiseen ja hoitamiseen liittyvää käyntiä.

Seitsemän vuorokauden määräajassa järjestettävään perusterveydenhuollon kiireettömään sairaanhoitoon eivät 4 momentin mukaan kuuluisi hoitosuunnitelman mukaiset, tietyn ajanjakson päähän suunnitellut hoitotapahtumat. Käytännössä esimerkiksi 10 §:ssä tarkoitetun arvioinnin perusteella potilasta ei suoraan lähetetä terapeutin luokse psykoteriapalveluissa, 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 eritellystä tilanteesta.

Seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaikaan ei myöskään sisältyisi erinäiset terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvät palvelut. Tämä sinänsä seuraa jo 1 ja 2 momentin sääntelystä, jonka mukaan seitsemän vuorokauden määräaika koskee tiettyntyyppisiä sairaanhoidon hoitotapahtumia. Momentissa silti säädettäisiin asiasta selvyuden vuoksi. Määräaika ei koskisi yksilöllisen tarpeen mukaisia terveystarkastuksia, terveysneuvontaa, muita seksuaaliterveyttä edistäviä palveluja kuin sairaanhoidollisia palveluita, matkailun vuoksi annettavia rokotuksia, eikä muita terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyviä palveluja tai niihin liittyviä todistuksia. Ilmaisu ”muut seksuaaliterveyttä edistävät palvelut kuin sairaanhoidolliset palvelut” viitataan siihen, että seitsemän vuorokauden määräaika koskee esimerkiksi sukupuolitautien hoitoa, mutta ei seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa erillisenä palveluna. Sukupuolitautien hoitoon liittyvään hoitokäyntiin voi tuki samalla liittyä tällaista neuvontaa.

Pykälän 5 momentissa säädettäisiin hoitoon pääsystä niissä palveluissa, joita ei koske seitsemän vuorokauden määräaika. Sääntelyssä keskeisesti tarkoitetaan siis 4 momentissa tarkoitettuja palveluita. Nämä palvelut tulee järjestää potilaan terveydentila, opiskelu-, työ- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja ennakoitavissa oleva sairauden tai vamman kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa yhteydenotosta ja hoidon tarpeen arviosta taikka hoitosuunnitelman mukaisesti.

Ilmaisu ”järjestettävä potilaan terveydentila, palveluiden tarve, opiskelu-, työ- ja toimintakyky ja ennakoitavissa oleva sairauden tai vamman kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, viimeistään kuitenkin kolmen kuukauden sisällä yhteydenotosta” ei ole tarkoitettu tulkittavan 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 ehkäisyyn aloittamiseen liittyvät palvelut voivat vaatia nopeaa

vastaanottoaika. Matkailuun liittyvät rokotteet potilas hankkii itse, mutta ne annetaan opiskeluterveydenhuollossa. Kohtuullista on varmistaa, että matkaa varten otettava rokotus annetaan siten, että matka voidaan toteuttaa, erityisesti kun kyse on vaihto-opiskeluun liittyvästä rokotamisesta. Luonnollisesti myös opiskelijalla on vastuu olla asiassa ajoissa liikkeellä.

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

Pykälän 6 momentissa säädettäisiin selvyuden vuoksi tilanteista, joihin edellä selostettuja momentteja ei sovellettaisi. Asetuksen 338/2011 9 §:n mukaan korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa on järjestettävä ensimmäisenä opiskeluvuonna terveystarkastus, jonka perusteella tehdään tarvittaessa terveystarkastus. Lisäksi opiskeluterveydenhuollossa voidaan antaa kansalliseen rokotusohjelmaan kuuluvia rokotuksia. 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. Kausi-influenssarokotteiden antaminen järjestetään YTHS:ssä nyt joko ajanvarauksella tai sitten siten, että järjestetään joukkorokotuspäiviä. Kausi-influenssarokotteiden antaminen sijoittuu tyypillisesti loppusyksyyn ja alkuvuoteen. Joidenkin opiskelijoiden kohdalla ikäkauteen (25 v) osuu kurkkumätä-jäykkäkouristusrokotteen tehosteannoksen antaminen. Koska tällaisten terveystarkastusten ja rokotusten järjestäminen noudattaa ainakin osin erilaista logiikkaa kuin hoitoon hakeutumista ja hoidon saamista koskeva sääntely, ei hoitoon pääsyn määräaikoja koskeva sääntely koskisi tällaisia palveluja. Momentissa sen sijaan säädettäisiin, että tällaiset tarkastukset ja rokotukset tulee suorittaa niitä koskevan lainsäädännön ja hyvän hoitokäytännön edellyttämällä tavalla. Tartuntatautilain 48 §:n 2 ja 3 momentissa tarkoitettujen rokotusten tulee antaa sellaisella aikataululla, että opiskelija voi tosiasiallisesti osallistua työharjoitteluun.

Ehdotetun 10 §:n ja edellä kuvattujen 1-5 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. 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 1-5 momenttien säännökset hoitoon pääsyn määräajoista ja tapauksen mukaan hoitosuunnitelman mukaisesta jatkohoidosta. Asiasta säädettäisiin selvyuden vuoksi 7 momentissa.

10 b §. Hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa. Pykälän perustelujen osalta viitataan terveydenhuoltolain 51 b §:n perusteluihin. Tämän 10 b §:n 6 momentin mukaan kolmen kuukauden hoitoon pääsyn määräaika ei sovelleta järjestettäessä opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia suun terveydenhuollon määräaikaistarkastuksia tai suun terveydentilan, suun terveystarkastuksen ja palvelujen tarpeen arviointia. Tällaiset tarkastukset tulee suorittaa niitä koskevan lainsäädännön ja hyvän hoitokäytännön edellyttämällä tavalla. Viitattu lainsäädäntö on terveydenhuoltolain 17 § sekä asetuksen 338/2011 10 §. Asetuksen 10 §:n 4 kohdan mukaan opiskelijalle tulee järjestää vähintään kerran opiskeluaikana suun terveystarkastus, jossa selvitetään suun terveystarkastuksen ja palvelujen tarve.

10 c §. Arvio mahdollisuudesta tuottaa palvelut määräajassa. Pykälässä säädettäisiin velvoitteesta arvioida 10 §:ssä tarkoitettujen arviointien yhteydessä sitä, pystyykö YTHS tuottamaan hoidon

10 ja 10 a–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 palveluita muulta palveluntuottajalta noudattaen ulkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista annettua lakia (1397/2016). Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö vastaa alihankinnan yksittäiselle opiskelijalle antamasta palvelusta ja on kokonaisvastuussa yksittäisen opiskelijan saamista opiskeluterveydenhuollon palveluista. Käytännössä sääntely tarkoittaa, että jos YTHS ei pysty itse tuottamaan palveluja laissa säädettyissä määräajoissa, on sen ostettava niitä ostopalveluina.

10 d §. Tietojen julkaiseminen. Pykälässä säädettäisiin YTHS:n veloitteesta julkaista odotusaikoja koskevat tiedot internetissä. Tiedot tulisi julkaista kustakin YTHS:n toimipisteestä. Jos jonkin YTHS:n toimipisteen palveluita tuotetaan osittain alihankintana, julkaistaan alihankintana hankittavien palveluiden hoitoon pääsyä koskevat tiedot osana YTHS:n toimipisteen tietoja. Tiedot julkaistaisiin kuukausittain edellistä kalenterikuukautta koskien.

Toimipisteestä tulisi momentin 1 kohdan mukaan julkaista toimipisteeseen välittömästi yhteyden saaneiden henkilöiden osuus kaikista yhteyttä ottaneista. Välittömästi yhteyden saaneina pidetään samana päivänä yhteyden saaneita tai sellaisia henkilöitä, joille on soitettu takaisin saman päivän aikana. Momentin 2 kohdan mukaan toimipisteestä tulisi julkaista seitsemässä vuorokaudessa ensimmäiseen hoitotapahtumaan hoitoon päässeiden osuus 10 a §:n 1-3 ja 7 momentissa tarkoitetuissa palveluissa. Lisäksi momentin 3 kohdan mukaan tulee julkaista kolmessa kuukaudessa hoitoon päässeiden potilaiden osuus niistä, jotka ovat oikeutettuja hoitoon pääsyyn kolmen kuukauden sisällä.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin asetuksenantovaltuutuksesta. Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä tietojen sisällöistä ja muodoista.

7.3 Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki

17 §. Terveystieteiden ja lääkärin tavoitettavuus koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Pykälän 2 momentissa on pykäläviittaus terveydenhuoltolain hoidon tarpeen arviointia ja hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettua hoitoa koskevaan 51 §:ään. Pykäläviittaus päivitetäisiin vastaamaan terveydenhuoltolain uutta sääntelyä eli pykälässä viitattaisiin jatkossa 51, 51 a ja 51 b §:ään.

7.4 Vankeuslaki

10 luku Sosiaali- ja terveydenhuolto

1 §. Vangin terveyden- ja sairaanhoito. Lain 10 luvun 1 §:ään ehdotetaan lisättäväksi säännökset terveydenhuoltolain hoitoon pääsyn sääntelyn noudattamisesta vankiterveydenhuoltoon 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. Mitä mainituissa pykälissä säädetään hyvinvointialueesta, koskisi Vankiterveydenhuollon yksikköä.

Momentissa olisi lisäksi tarkentava säännös koskien 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 muuten 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 erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä koskeviin 52 ja 53 §:ään. Sen sijaan pykälässä ei viitattaisi terveydenhuoltolain 51 c §:ään, jossa säädetään hoitoon pääsystä perusterveydenhuollon yhteydessä annettavassa erikoissairaanhoidossa. Tällainen toimintamalli ei ole käytössä vankiterveydenhuollossa.

Pykälän 4 momentissa säädettäisiin Vankiterveydenhuollon yksikön velvoitteesta julkaista terveydenhuoltolain 55 §:ssä 1 ja 2 momentissa säädetyt tiedot vankiterveydenhuoltoon koskien. Vankiterveydenhuollon yksikön tulisi julkaista tiedot 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 ei ole kohdennettavissa mielekkäällä tavalla tiettyyn toimintayksikköön, tällaiset erikoissairaanhoidon ostopalveluja tiedot julkaistaisiin koko Vankiterveydenhuollon yksikköä koskien.

Momentissa olisi lisäksi vankiterveydenhuoltoon koskeva erityissäännös tietojen julkaisutapaa koskien. Terveydenhuoltolaissa säädetään, että hoitoon pääsyä koskevat tiedot tulee julkaista internetissä. Jotta myös vangeilla olisi mahdollista nähdä tiedot, tulisi tiedot julkaista internetin lisäksi myös vankiloissa siten, että ne ovat vankien saatavilla. Tiedot tulisi julkaista kussakin vankilassa vähintään kyseisen vankilan poliklinikkaa koskien, erikseen Vankisairaala ja Psykiatriasta vankisairaala koskien sekä ostopalveluina hankitun erikoissairaanhoidon osalta koko Vankiterveydenhuollon yksikköä koskien. Tiedot voitaisiin julkaista esimerkiksi ilmoitustaululla.

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

Pykälän voimassa oleva 3 momentti siirtyisi muuttumattomana uudeksi 5 momentiksi.

7.5 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

pykälisiin, 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 aiheetonta 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.

7.6 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 eikä 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.

Pykälissä eriteltäisiin tiedot, jotka tulee julkaista. Pykälien mukaan valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä tietojen sisällöistä ja muodoista. Tietojen julkaisemisesta on säädetty tarkemmin kuin voimassa olevassa terveydenhuoltolain 55 §:ssä. Tavoitteena on, että hyvinvointialueet julkaisisivat tiedot samalla tavoin ja samassa muodossa, jotta hoitoon

pääsyn odotusaikojen vertailu hyvinvointialueen sisällä ja hyvinvointialueiden välillä olisi mahdollista. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa ja vankiterveydenhuollossa sääntely turvaisi tietojen yhteismitallisuutta ja vertailtavuutta eri toimipisteiden välillä. Valtioneuvoston asetuksella olisi mahdollista edelleen täsmentää sitä, miten ja mitä koskien tiedot julkaistaan.

Säädöstasoksi ehdotetaan valtioneuvoston asetusta. Perustuslain 80 §:n 1 momentin mukaan asetukset lähtökohtaisesti antaa valtioneuvosto. Säädeltävän asian sisällön kannalta on mahdollista, että sosiaali- ja terveysministeriön asetus olisi riittävä säädöstaso. Sääntely koskee kuitenkin myös oikeusministeriön hallinnonalan lainsäädäntöä ja asialla on yhteys potilaan oikeuksien toteutumiseen, joten voimassa olevan terveydenhuoltolain 55 §:n sääntelyä vastaavasti ehdotetaan, että mahdolliset tarkentavat säännökset annettaisiin valtioneuvoston asetuksella.

9 Voimaantulo

Ehdotetaan, että lait tulevat voimaan 1.4.2023.

10 Toimeenpano ja seuranta

Esityksen toimeenpanoa tukee Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma²⁰. Ohjelmaa on esitelty jaksossa 2.2.1.

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

11 Suhde muihin esityksiin

11.1 Esityksen riippuvuus muista esityksistä

Esitys ei ole riippuvainen muista esityksistä, edellyttäen, että eduskunta hyväksyy hallituksen esitykseen HE 56/2021 vp sisältyvän lain terveydenhuoltolain muuttamisesta ennen, kuin tämä hallituksen esitys annetaan eduskunnalle. Jos eduskunta ei ole hyväksynyt mainittuun hallituksen esitykseen sisältyvää lakia terveydenhuoltolain muuttamisesta ennen tämän hallituksen esityksen käsittelyä eduskunnassa, on eduskuntakäsittelyn yhteydessä sovitettava yhteen hallitusten esitysten hoitoon pääsyä koskeva sääntely terveydenhuoltolaissa (HE 56/2021 vp 51-55 §; tämän hallituksen esityksen 51, 51a-c, 54, 55 ja 74 §).

11.2 Suhde talousarvioesitykseen

(Täydennetään myöhemmin)

²⁰ <https://soteuudistus.fi/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma>

12 Suhde perustuslakiin ja säätämisjärjestys

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 kaikin 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 yleiscommentissa nro 14²¹ tulkintansa ihmisarvoista elämää edistävästä jokaisen oikeudesta nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä. TSS-komitea toteaa, että saatavuus (availability), saavutettavuus (accessibility), hyväksyttävyyys (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, talousarvion 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

²¹ General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11.8.2000

toimenpiteet sen varmistamiseksi, että kaikilla on pääsy hoitopaikkoihin, terveyshyödykkeisiin ja terveyspalveluihin, jotta jokainen ihminen voisi mahdollisimman pian nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta fyysisen ja psyykkisen terveyden tasosta. TSS-komitean mukaan terveyttä koskevan oikeuden asteittainen toteuttaminen tarkoittaa sitä, että sopimusvaltioilla on erityinen ja jatkuva velvollisuus siirtää mahdollisimman nopeasti ja tehokkaasti kohti 12 artiklan täysimääräistä täytäntöönpanoa.

Seitsemännessä Suomea koskevassa määräaikaistarkastelussa (30.3.2021) 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 paperittomien henkilöiden hoidon saatavuutta. Komitea panee huolestuneena merkille mielenterveyspalveluiden saatavuuden vajeen, johtuen muun muassa palvelujen epätasaisen maantieteellisen kattavuudesta ja epäedullisessa asemassa 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.²²

Uudistetussa Euroopan sosiaalisessa peruskirjassa on useita sopimusmääräyksiä, jotka liittyvät terveysoikeuksiin. Artiklan 11 luetelmakohtan 1 mukaan sopimuspuolet sitoutuvat varmistaakseen, että oikeutta terveyden suojeluun voidaan käyttää tehokkaalla tavalla, joko suoraan tai yhteistyössä julkisten tai yksityisten järjestöjen kanssa, ryhtymään asianmukaisiin toimiin, joiden tarkoituksena on muun muassa poistaa terveyttä heikentävät syyt mahdollisuuksien mukaan. Tämä kohta tarkoittaa sosiaalisten oikeuksien komitean mukaan *access to health care* -näkökulmasta muun muassa sitä, että sopimusvaltioiden on taattava kaikille yksilöille pääsy terveydenhuollon piiriin ja terveydenhuoltojärjestelmän täytyy olla koko väestön saavutettavissa. Potilaille ei saa tulla liiallisia kustannuksia. Lisäksi hoidon saatavuutta koskevissa ehtoissa 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. Terveydenhuollon henkilökuntaa ja laitteita on oltava riittävästi.²³ Terveysoikeuksien kannalta keskeisiä sopimusmääräyksiä ovat myös oikeus sosiaaliavustukseen ja lääkinälliseen apuun (13 artikla), vammaisten henkilöiden oikeus itsenäisyyteen, yhteiskuntaan sopeutumiseen ja yhteiskunnalliseen elämään osallistumiseen (15 artikla), lasten ja nuorten oikeus sosiaaliseen, oikeudelliseen ja taloudelliseen suojeluun (17 artikla) ja ikääntyneiden henkilöiden oikeus sosiaaliseen suojeluun (23 artikla).

YK:n vammaisyleissopimuksen mukaan sopimuksen soveltamisalan mukaisiin vammaisiin henkilöihin kuuluvat ne henkilöt, joilla on sellainen pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, joka voi vuorovaikutuksessa erilaisten esteiden kanssa estää

²² Concluding observations on the 7th periodic report of Finland: Committee on Economic, Social and Cultural Rights, kohdat 42 ja 43.

²³ Digest of the case law of the European Committee of Social Rights 2018 siinä olevine viitteineen

heidän täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa. Vammaissopimuksen tarkoituksena on kattaa vammaisuuden käsite mahdollisimman laajasti. Vammaisuuden kuvaamisen lähtökohtana on oltava henkilön suhde ympäröivään yhteiskuntaan, ei lääketieteellinen diagnoosipohjainen määrittely. Vammaissopimuksen 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 täyttämässä. Sopimuksen 3 artiklan mukaan kaikissa julkisen tai yksityisen sosiaalihuollon, tuomioistuinten, hallintoviranomaisten tai lainsäädäntöelimien toimissa, jotka koskevat lapsia, on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu.

Lapsen oikeuksien sopimuksen 24 artiklan 1 kohdan mukaan sopimusvaltiot tunnustavat, että lapsella on oikeus nauttia parhaasta mahdollisesta terveydentilasta sekä sairauksien hoitamiseen ja kuntoutukseen tarkoitettuista 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 saavutettavissa sekä fyysisesti että taloudellisesti ja kaikkien kannalta hyväksyttävissä. Valtioiden tulisi ensisijaisesti pyrkiä takaamaan lapsille yleinen pääsy perusterveydenhoitopalveluihin, joita tarjotaan mahdollisimman lähellä lasten ja heidän vanhempiansa asuinpaik-

kaa ja etenkin paikallisympäristössä. Valtioilla on muun muassa velvollisuus tarjota asianmukaista hoitoa ja kuntoutusta mielenterveydellisistä ja psykososiaalisista häiriöistä kärsiville lapsille.²⁴

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 kieltö (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 edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä" (ks. HE 309/1993 vp, s. 71/II). Viittaus jokaiseen terveyspalveluihin oikeutettuna edellyttää "viime kädessä yksilökohtaista arviointia palvelujen riittävyydestä" (ks. PeVL 30/2013 vp, s. 3/I). Oikeus riittäviin terveyspalveluihin turvaa vakavimmissa tilanteissa perustuslain 7 §:ssä perusoikeutena turvattua oikeutta elämään (ks. PeVL 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 itsehal-

²⁴ 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

linnollisia 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 terveyspalvelut 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 välttämättöminä 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 määräaikojen 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 määräaikojen tiukentuminen perusterveydenhuollossa olisi voimaan tullessaan huhtikuussa 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 järjestämistä ja tuottamista koskevien lakien sääntelyä. Nyt ehdotettu sääntely ei sisällä poikkeuksia perustuslakivaliokunnan ja eduskunnan hyväksymiin, esimerkiksi hyvinvointialueen omaan palvelutuotantoa tai muilta palveluntuottajilta tehtäviä hankintoja koskeviin, säännöksiin. Terveydenhuoltolaissa 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. Velvoitteet kuitenkin korostavat palveluiden järjestämistä vastuun 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 kieltö ja vaatimus samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa (HE 309/1993 vp, s. 42). Yhdenvertaisuussäännös kohdistuu myös lainsäätäjään. Lailla ei voida mielivaltaisesti asettaa ihmisiä tai ihmisryhmiä toisia edullisempaan tai epäedullisempaan asemaan. Yhdenvertaisuussäännös ei kuitenkaan edellytä kaikkien ihmisten kaikissa suhteissa samanlaista kohtelua, elleivät asiaan vaikuttavat olosuhteet ole samanlaisia. Yhdenvertaisuusnäkökohdilla on merkitystä sekä myönnettäessä lailla etuja ja oikeuksia ihmisille että asetettaessa heille velvollisuuksia. Toisaalta lainsäädännölle on ominaista, että se kohtelee tietyn hyväksyttävän yhteiskunnallisen intressin vuoksi ihmisiä eri tavoin edistääkseen muun muassa tosiasiallista tasa-arvoa (HE 309/1993 vp, s. 42—43, ks. myös PeVL 31/2014 vp, s. 3/I).

Yleistä yhdenvertaisuussäännöstä täydentää perustuslain 6 §:n 2 momentin sisältämä syrjintäkieltö, jonka mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Säännöksessä lueteltuja erotteluperusteita voidaan pitää syrjintäkiellon ydinalueena. Luetteloa ei ole tarkoitettu tyhjentäväksi, vaan eri asemaan asettaminen on kielletty myös muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Tällainen syy voi olla esimerkiksi yhteiskunnallinen asema, varallisuus, yhdistystoimintaan osallistuminen, perhesuhteet, raskaus, aviollinen syntyperä, seksuaalinen suuntautuminen ja asuinpaikka (HE 309/1993 vp, s. 43—44, ks. myös PeVL 31/2014 vp, s. 3/I). Yhdenvertaisuudesta ja syrjinnän kiellosta määrätään myös useassa ihmisoikeussopimuksessa.

Muutos parantaa ihmisten 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 koski 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 Kudła 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. Terveyden 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 asiaansa 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 tulkittamis- ja käännösapua tarvitsevien kieleen liittyvistä oikeuksista. Näitä oikeuksia turvataan useassa laissa. Ehdotetut hoitoon pääsyn määräaikoja koskevat säännökset eivät muuta kielellisiä oikeuksia koskevaa sääntelyä.

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentuminen ehdotetulla tavalla merkitsee merkittävää terveystalouden 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).

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. Näiden seikkojen yhteisvaikutuksesta seuraa riskejä palvelujärjestelmän toimivuudelle. Uudistuksen toteutettavuuden kannalta merkittävää on hallituksen merkittävät panostukset Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaan ja siinä oleviin hoidon saatavuuden parantamiseen liittyviin kehittämishankkeisiin (ks. jakso 2.2.1). Hallitus on myös ohjannut rahoitusta pandemian aiheuttaman hoitovelan hoitamiseen.

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). 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 terveystieteissä 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). Ratkaisevassa asemassa hyvinvointialueille osoitettujen tehtävien asianmukaisen hoitamisen turvaamisessa on siten nimenomaan valtion rahoituksen riittävyys ja sen oikea kohdentaminen (PeVL 15/2018 vp, s. 21).

Perustuslakivaliokunta myös totesi, että se pitää mahdollisena, että valtion hyvinvointialueille osoittama 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. (*Vaikutusarvioita täydennetään lausuntokierroksen aikana ja sen perusteella.*) Rahoituksen osalta hyvinvointialueiden mahdollisuutta suoriutua tehtävistään turvaavat edellä mainitut rahoituslain säännökset. Hallituksen käsityksen mukaan esityksen vaikutuksiin liittyvistä tietyistä epävarmuustekijöistä huolimatta ehdotuksessa ei ole perustuslakivaliokunnan tarkoittamia valtiosääntöoikeudelliseksi ongelmiksi nousevia ongelmia.

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). YTHSLaissa 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 internetissä julkaistavista hoitoon pääsyyn liittyvistä tiedoista. Ehdotetut säännökset sisältävät asetuksenantovaltuuden, jonka mukaan valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä tietojen sisällöistä ja muodoista. Ehdotettu asetuksenantovaltuus on perustuslain edellyttämällä tavalla 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 säätämisyksessä.

LUONNOS
17.11.2021

Ponsi

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäväksi seuraavat lakiehdotukset:

LUONNOS

1.

Laki

terveydenhuoltolain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 51, 54, 55 ja 74 § ja
lisätään lakiin uusi 51 a –c § seuraavasti:

51 §

Yhteyden saaminen perusterveydenhuoltoon ja arvio hoidon tarpeesta

Hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveystieteelliseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja saada yksilöllisen arvon tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttamaa hoitoa tai tutkimuksia potilas tarvitsee.

Arvion tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Suun terveydenhuollossa arvion voi tehdä myös nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö.

51 a §

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsy

Edellä 51 §:ssä tarkoitettussa arvioissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arvioinnista seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä.

Seitsemän vuorokauden määräajassa järjestettävällä perusterveydenhuollon kiireettömällä sairaanhoidolla tarkoitetaan edellä 51 §:ssä tarkoitettuun yksilölliseen arvioon perustuvaa yleislääketieteen alaan kuuluvaa kiireetöntä laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön antamaa hoitoa. Määräaika koskee perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa hoitotapahtumia, jotka liittyvät sairastumiseen, vammaan, pitkäaikaissairauden vaikeutumiseen, uusien oireiden esilletuloon tai toimintakyvyn alenemiseen.

Jos 51 §:ssä tarkoitettun arvon perusteella potilas on ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja tässä ensimmäisessä hoitotapahtumassa todetaan tarve lääkärin tutkimukseen, hoitoon tai kuntoutukseen, tämä lääkäriin pääsy on järjestettävä seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä.

Edellä 1–3 momentissa tarkoitettujen seitsemän vuorokauden määräajat eivät koske hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanottokäyntejä, asiakasryhmään liittyviä seuranta- ja tarkastuskäyntejä, terveydenhuoltolain 13 §:ssä tarkoitettuja palveluja, matkailun vuoksi annettavia rokotuksia taikka palveluihin liittyviä todistuksia.

Perusterveydenhuollon kiireetön hoito, hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät palvelut sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävät palvelut, joita ei koske seitsemän vuorokauden määräaika, tulee 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 51 §:n mukaisesta arviosta taikka hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti.

Edellä 1–5 momenttia ei sovelleta järjestettäessä valtakunnallisen seulontaohjelman mukaisia tai hyvinvointialueen järjestämiä muita seulontoja, neuvolatoimintaan tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia määräaikaistarkastuksia tai terveysneuvontaa taikka annettaessa tartuntatautilain (1227/2016) 44, 45, 47 §:ssä tai 49 §:n 2 momentissa tarkoitettuja rokotuksia. Jos kuitenkin rokote annetaan osana perusterveydenhuollon kiireetöntä sairaanhoitoa, 1-5 momenttia sovelletaan. Tällaiset seulonnat, tarkastukset, neuvonta ja rokotukset tulee suorittaa niitä koskevan lainsäädännön ja hyvän hoitokäytännön edellyttämällä tavalla.

Jos potilaan hoitotapahtumassa taikka terveyttä tai hyvinvointia edistävää palvelua toteutettaessa havaitaan tarve muuta terveysongelmaa koskevalle perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon tutkimukselle, hoidolle tai kuntoutukselle kuin mitä hoitotapahtuma tai muu palvelu koskee, tai 6 momentissa tarkoitettussa palvelussa esiin tulee tarve perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon tutkimukselle, hoidolle tai kuntoutukselle, palvelut on toteutettava 1-5 momentissa säädettyjen määräaikojen mukaisesti.

51 b §

Hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa

Poiketen siitä, mitä 51 a §:ssä säädetään, suun terveydenhuollossa 51 §:ssä tarkoitettun 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 51 §:ssä tarkoitettu arviointi on tehty.

Jos 51 §:ssä tarkoitettun arvon perusteella potilas on ohjattu muun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin hammaslääkärin vastaanotolle, ja tässä ensimmäisessä hoitotapahtumassa todetaan tarve hammaslääkärin tutkimukseen tai hoitoon, hammaslääkəriin pääsy on järjestettävä neljän viikon kuluessa käynnistä.

Jos hammaslääkäri toteaa tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimuksille tai hoidolle, erikoishammaslääkəriin pääsy on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hammaslääkäri on todennut tarpeen tällaiselle palvelulle.

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

Edellä 1 momentissa tarkoitettu määräaika ei koske tilanteita, joissa potilaalle on laadittu yksilöllinen hoitosuunnitelma. Tutkimus tai hoito tulee järjestää hoitosuunnitelmaan kirjatun tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti, ellei 51 §:n mukaisessa arvioinnissa ole tullut esille seikkoja, joiden perusteella tutkimus tai hoito tulee järjestää jo aiemmin.

Edellä 1 momenttia ei sovelleta järjestettäessä neuvolatoimintaan tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia suun terveydenhuollon määräaikaistarkastuksia tai suun terveydentilan, suun terveysneuvonnan ja palvelujen tarpeen arviointia. Tällaiset tarkastukset ja arvioinnit tulee suorittaa niitä koskevan lainsäädännön ja hyvän hoitokäytännön edellyttämällä tavalla.

51 c §

Hoitoon pääsy perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa

Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon 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 toteutettavassa erikoissairaanhoidossa 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 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, 51a – 51 c, 52 tai 53 §:n mukaisissa enimmäisajoissa, on sen järjestettävä ne hyvinvointialueesta annetun lain 9 §:n 1 momentissa tarkoitettulla tavalla tuottamalla ne yhteistoiminnassa toisen hyvinvointialueen kanssa tai hankkimalla ne sopimukseen perustuen muilta palvelun tuottajilta. Palvelusetelin käytöstä säädetään erikseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetussa laissa (569/2007).

Edellä 51 §:ssä tarkoitetun arvion ja erikoissairaanhoidon hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä on arvioitava, pystyykö hyvinvointialue tuottamaan tutkimukset, hoidon ja kuntoutuksen 51, 51a – 51 c, 52 ja 53 §:ssä tarkoitetuissa määräajoissa.

55 §

Tietojen julkaiseminen

Hyvinvointialueen on julkaistava kuukausittain internetissä edellisestä kalenterikuukaudesta 51, 51 a ja 51 b §:n mukaisista määräajoista seuraavat tiedot:

- 1) välittömästi yhteyden saaneiden potilaiden osuus kaikista yhteyttä ottaneista potilaista;
- 2) seitsemässä vuorokaudessa hoitoon päässeiden potilaiden osuus 51 a §:n 1-3 ja 7 momentissa tarkoitetuissa palveluissa;
- 3) kolmessa kuukaudessa hoitoon päässeiden potilaiden osuus 51 a §:n 4, 5 ja 7 momentissa sekä 51 b §:ssä tarkoitetuissa palveluissa.

Hyvinvointialueen on julkaistava internetissä tiedot 51 c, 52 ja 53 §:ssä tarkoitettua erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä neljän kuukauden välein.

Hyvinvointialueen on julkaistava tiedot erikseen kustakin sairaalasta, terveyskeskuksesta tai muusta terveydenhuollon toimintayksiköstä. Jos toimintayksikön alaisuudessa toimii terveysasema, hammashoitola tai muu vastaava erillinen yksikkö, tiedot on julkaistava erikseen kustakin tällaisesta yksiköstä.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkemmat säännökset edellä 1–3 momentissa tarkoitettujen tietojen sisällöistä ja muodoista.

LUONNOS
17.11.2021

74 §

Tartuntataudit

Tartuntatautien vastustamistyöstä säädetään tartuntatautilaissa.]

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

LUONNOS

2.

Laki

korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019) 10 § ja
lisätään lakiin uusi 10 a– d § seuraavasti:

10 §

Yhteyden saaminen ja arvio hoidon tarpeesta

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön on tuotettava opiskeluterveydenhuollon palvelut siten, että opiskelija voi saada arkipäivisin aukioloaikoina välittömästi yhteyden terveydenhoitosäätiön toimipisteeseen ja saada yksilöllisen arvion tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttamaa hoitoa tai tutkimuksia opiskelija tarvitsee.

Arvion tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Suun terveydenhuollossa arvion voi tehdä myös nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Jos yhteydenoton perusteella arvioidaan kiireellisen hoidon tarve tai tarve sellaisille palveluille, jotka eivät kuulu korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoon, on opiskelijaa neuvottava tällaisten palveluiden järjestäjistä ja palveluista.

10 a §

Kiireettömään hoitoon pääsy

Edellä 10 §:ssä tarkoitetussa arviossa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arvioinnista seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä.

Seitsemän vuorokauden määräajassa järjestettävällä perusterveydenhuollon kiireettömällä sairaanhoidolla tarkoitetaan edellä 10 §:ssä tarkoitettuun yksilölliseen hoidon tarpeen arvioon perustuvaa yleislääketieteen alaan kuuluvaa kiireetöntä laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön antamaa hoitoa. Määräaika koskee terveydenhuoltolain 17 §:ssä tarkoitettuun opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia kiireettömän sairaanhoidon hoitotapahtumia, jotka liittyvät sairastumiseen, vammaan, pitkäaikaissairauden vaikeutumiseen, uusien oireiden esilletuloon tai toimintakyvyn alenemiseen.

Jos 10 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella potilas on ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja tässä ensimmäisessä hoitotapahtumassa todetaan tarve lääkärin tutkimukseen tai hoitoon, tämä lääkäriin pääsy on järjestettävä seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä.

Edellä 1–3 momentissa tarkoitettujen seitsemän vuorokauden määräajat eivät koske hoitosuunnitelman mukaisia ennalta sovittuja hoitotapahtumia, perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanottokäyntejä, psykologin vastaanottokäyntejä, yksilöllisen tarpeen mukaisia terveystarkastuksia, terveysneuvontaa, muita seksuaaliterveyttä edistäviä palveluja kuin sairaanhoidollisia palveluita, matkailun perusteella annettavia rokotuksia eikä muita terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyviä palveluja taikka palveluihin liittyviä todistuksia.

Perusterveydenhuollon kiireetön hoito ja hoitoon liittyvät palvelut sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävät palvelut, joita ei koske seitsemän vuorokauden määräaika, tulee järjestää opiskelijan terveydentila, palveluiden tarve, opiskelu-, työ- ja toimintakyky ja ennakoitavissa oleva sairauden tai vamman kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa yhteydenotosta ja hoidon tarpeen arviosta taikka hoitosuunnitelman mukaisesti.

Edellä 1–5 momenttia ei sovelleta järjestettäessä opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia määräaikaistarkastuksia tai annettaessa kansalliseen rokotusohjelmaan kuuluvia rokotuksia. Jos kuitenkin rokote annetaan osana kiireetöntä sairaanhoitoa, 1–5 momenttia sovelletaan. Tällaiset tarkastukset ja rokotukset tulee suorittaa niitä koskevan lainsäädännön ja hyvän hoitokäytännön edellyttämällä tavalla.

Jos opiskelijan hoitotapahtumassa taikka terveyttä tai hyvinvointia edistävää palvelua toteutettaessa havaitaan tarve muuta terveysongelmaa koskevalle perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon tutkimukselle tai hoidolle kuin mitä hoitotapahtuma tai muu palvelu koskee, tai 6 momentissa tarkoitettussa palvelussa esiin tulee tarve perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon tutkimukselle tai hoidolle, palvelut on toteutettava 1–5 momentissa säädettyjen määräaikojen mukaisesti.

10 b §

Hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa

Poiketen siitä, mitä 10 a §:ssä säädetään, suun terveydenhuollossa 10 §:ssä tarkoitettun arvioinnin yhteydessä hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä opiskelijan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun 10 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty.

Jos 10 §:ssä tarkoitettun arvion perusteella opiskelija on ohjattu muun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin hammaslääkärin vastaanotolle, ja tässä ensimmäisessä hoitotapahtumassa todetaan tarve hammaslääkärin tutkimukseen tai hoitoon, hammaslääkäriin pääsy on järjestettävä neljän viikon kuluessa käynnissä.

Jos hammaslääkäri toteaa tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimuksille tai hoidolle, erikoishammaslääkäriin pääsy on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hammaslääkäri on todennut tarpeen tällaiselle palvelulle.

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

Edellä 1 momentissa tarkoitettu määräaika ei koske tilanteita, joissa opiskelijalle on määritelty yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli. Tutkimus ja hoito tulee järjestää hoitosuunnitelman kirjatun tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti, ellei 10 §:n mukaisessa arvioinnissa ole tullut esille seikoja, joiden perusteella tutkimus tai hoito tulee järjestää jo aiemmin.

Edellä 1 momenttia ei sovelleta järjestettäessä opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia suun terveydenhuollon määräaikaistarkastuksia tai suun terveydentilan, suun terveysneuvonnan ja palvelujen tarpeen arviointia. Tällaiset tarkastukset tulee suorittaa niitä koskevan lainsäädännön ja hyvän hoitokäytännön edellyttämällä tavalla.

10 c §

Arvio mahdollisuudesta tuottaa palvelut määräajassa

Edellä 10 §:ssä tarkoitetun arvion yhteydessä on arvioitava, pystyykö Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö tuottamaan hoidon 10, 10 a ja 10 b §:ssä tarkoitetuissa määräajoissa. Velvoitteesta hankkia palveluja muilta palveluntuottajilta, jos tämän lain mukaista tuottamisvelvollisuutta ei voida muuten toteuttaa, säädetään 8 §:n 2 momentissa.

10 d §

Tietojen julkaiseminen

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön on julkaistava kustakin toimipisteestään kuukausittain internetissä edellisestä kalenterikuukaudesta 10, 10 a ja 10 b §:n mukaisista määräajoista seuraavat tiedot:

- 1) välittömästi yhteyden saaneiden potilaiden osuus kaikista yhteyttä ottaneista potilaista;
- 2) seitsemässä vuorokaudessa hoitoon päässeiden opiskelijoiden osuus 10 a §:n 1-3 ja 7 momentissa tarkoitetuissa palveluissa;
- 3) kolmessa kuukaudessa hoitoon päässeiden potilaiden osuus 10 a §:n 4, 5 ja 7 momentissa sekä 10 b §:ssä tarkoitetuissa palveluissa.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkemmat säännökset 1 momentissa tarkoitettujen tietojen sisällöistä ja muodoista.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

3.

Laki

oppilas- ja opiskelijahuoltolain 17 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan oppilas- ja opiskelijahuoltolain (1287/2013) 17 §:n 2 momentti seuraavasti:

17 §

Terveystenhoitajan 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, 51 a ja 51 b §:n mukaisesti.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

4.

Laki

vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
lisätään vankeuslain (767/2005) 10 luvun 1 §:ään uusi 3 ja 4 momentti, jolloin nykyinen 3 momentti, sellaisena kuin se on laissa 1236/2016, siirtyy uudeksi 5 momentiksi seuraavasti:

10 luku

Sosiaali- ja terveydenhuolto

1 §

Vangin terveyden- ja sairaanhoito

Vankiterveydenhuollon yksikön 1 momentin nojalla järjestämissä palveluissa noudatetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 51, 51 a, 51 b ja 52–54 §:n säännöksiä hoitoon pääsystä. Mitä mainituissa pykälissä säädetään hyvinvointialueesta, koskee Vankiterveydenhuollon yksikköä. Mitä terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädetään yhteyden saamisesta terveystieteiden tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön, koskee yhteyden saamista vankilan poliklinikkaan tai muuten Vankiterveydenhuollon yksikössä toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön.

Vankiterveydenhuollon yksikön on julkaistava terveydenhuoltolain 55 §:n 1 ja 2 momentissa tarkoitetut tiedot internetissä ja siten, että tiedot ovat vankilassa vankien saatavilla. Tiedot on julkaistava erikseen kustakin Vankiterveydenhuollon yksikön sairaalasta ja poliklinikasta sekä ostopalveluna hankittujen erikoissairaanhoidon palveluiden osalta koko Vankiterveydenhuollon yksikköä koskien. Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkemmat säännökset tietojen sisällöistä ja muodoista.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

5.

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 järjestämissä palveluissa noudatetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 51, 51 a, 51 b ja 52 –54 §:n säännöksiä hoitoon pääsystä. Mitä mainituissa pykälissä säädetään hyvinvointialueesta, koskee Vankiterveydenhuollon yksikköä. Mitä terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädetään yhteyden saamisesta terveyskeskukseen tai muihin perusterveydenhuollon toimintayksikköön, koskee yhteyden saamista vankilan poliklinikkaan tai muuten Vankiterveydenhuollon yksikössä toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön.

Vankiterveydenhuollon yksikön on julkaistava terveydenhuoltolain 55 §:n 1 ja 2 momentissa tarkoitettut tiedot internetissä ja siten, että tiedot ovat vankilassa vankien saatavilla. Tiedot on julkaistava erikseen kustakin Vankiterveydenhuollon yksikön sairaalasta ja poliklinikasta sekä ostopalveluna hankittujen erikoissairanhoidon palveluiden osalta koko Vankiterveydenhuollon yksikköä koskien. Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkemmat säännökset tietojen sisällöistä ja muodoista.

Sen lisäksi, mitä 1 ja 3 momentissa säädetään, alle 18-vuotiaalle tutkintavangille on pyynnöstä tehtävä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön tarkastus terveydentilan selvittämiseksi ilman aiheetonta 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 (559/1994), mielenterveyslaissa, tartuntatautilaissa (1227/2016) ja työterveyshuoltolaissa (1383/2001) säädetään.

LUONNOS
17.11.2021

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

LUONNOS

6.

Laki

potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 4 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 4 §:n 1 momentti, sellaisena kuin se on 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 x.x.20xx

Pääministeri

Sanna Marin

Perhe- ja peruspalveluministeri Krista Kiuru

Laki

terveydenhuoltolain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 51, 54, 55 ja 74 § ja
lisätään lakiin uusi 51 a –c § seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

51 §

51 §

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsy

*Yhteyden saaminen perusterveydenhuoltoon
ja arvio hoidon tarpeesta*

Kunnan on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveyskeskukseen 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.

Hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja saada yksilöllisen arvion tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttamaa hoitoa tai tutkimuksia 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 erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Arvion tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Suun terveydenhuollossa arvion voi tehdä myös nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö.

(uusi)

51 a §

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsy

Edellä 51 §:ssä tarkoitetussa arvioissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arvioinnista seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä.

Seitsemän vuorokauden määräajassa järjestettävällä perusterveydenhuollon kiireettömällä sairaanhoidolla tarkoitetaan edellä 51 §:ssä tarkoitettuun yksilölliseen arvioon perustuvaa yleislääketieteen alaan kuuluvaa kiireetöntä laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön antamaa hoitoa. Määräaika koskee perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa hoitotapahtumia, jotka liittyvät sairastumiseen, vammaan, pitkäaikaissairauden vaikeutumiseen, uusien oireiden esilletuloon tai toimintakyvyn alenemiseen.

Jos 51 §:ssä tarkoitettun arvion perusteella potilas on ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja tässä ensimmäisessä hoitotapahtumassa todetaan tarve lääkärin tutkimukseen, hoitoon tai kuntoutukseen, tämä lääkäriin pääsy on järjestettävä seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä.

Edellä 1–3 momentissa tarkoitetut seitsemän vuorokauden määräajat eivät koske hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanotokäyntejä, asiakasryhmään liittyviä seuranta- ja tarkastuskäyntejä, terveydenhuoltolain 13 §:ssä tarkoitettuja palveluja, matkailun vuoksi annettavia rokotuksia taikka palveluihin liittyviä todistuksia.

Voimassa oleva laki

Ehdotus

Perusterveydenhuollon kiireetön hoito, hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät palvelut sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävät palvelut, joita ei koske seitsemän vuorokauden määräaika, tulee 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 51 §:n mukaisesta arviosta taikka hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti.

Edellä 1–5 momenttia ei sovelleta järjestetäessä valtakunnallisen seulontaohjelman mukaisia tai hyvinvointialueen järjestämiä muita seulontoja, neuvolatoimintaan tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia määräaikaistarkastuksia tai terveysneuvontaa taikka annettaessa tartuntatautilain (1227/2016) 44, 45, 47 §:ssä tai 49 §:n 2 momentissa tarkoitettuja rokotuksia. Jos kuitenkin rokote annetaan osana perusterveydenhuollon kiireetöntä sairaanhoitoa, 1-5 momenttia sovelletaan. Tällaiset seulonnat, tarkastukset, neuvonta ja rokotukset tulee suorittaa niitä koskevan lainsäädännön ja hyvän hoitokäytännön edellyttämällä tavalla.

Jos potilaan hoitotapahtumassa taikka terveyttä tai hyvinvointia edistävää palvelua toteutettaessa havaitaan tarve muuta terveysongelmaa koskevalle perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon tutkimukselle, hoidolle tai kuntoutukselle kuin mitä hoitotapahtuma tai muu palvelu koskee, tai 6 momentissa tarkoitettussa palvelussa esiin tulee tarve perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon tutkimukselle, hoidolle tai kuntoutukselle, palvelut on toteutettava 1-5 momentissa säädettyjen määräaikojen mukaisesti.

(uusi)

51 b §

Hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa

Poiketen siitä, mitä 51 a §:ssä säädetään, suun terveydenhuollossa 51 §:ssä tarkoite-

Voimassa oleva laki

Ehdotus

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 51 §:ssä tarkoitettu arviointi on tehty.

Jos 51 §:ssä tarkoitettun arvion perusteella potilas on ohjattu muun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin hammaslääkäriin vastaanotolle, ja tässä ensimmäisessä hoitotapahtumassa todetaan tarve hammaslääkäriin tutkimukseen tai hoitoon, hammaslääkäriin pääsy on järjestettävä neljän viikon kuluessa käynnistä.

Jos hammaslääkäri toteaa tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkäriin tutkimuksille tai hoidolle, erikoishammaslääkäriin pääsy on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hammaslääkäri on todennut tarpeen tällaiselle palvelulle.

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

Edellä 1 momentissa tarkoitettu määräaika ei koske tilanteita, joissa potilaalle on laadittu yksilöllinen hoitosuunnitelma. Tutkimus tai hoito tulee järjestää hoitosuunnitelmaan kirjatun tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti, ellei 51 §:n mukaisessa arvioinnissa ole tullut esille seikkoja, joiden perusteella tutkimus tai hoito tulee järjestää jo aiemmin.

Edellä 1 momenttia ei sovelleta järjestettäessä neuvolatoimintaan tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia suun terveydenhuollon määräaikaistarkastuksia tai suun terveydentilan, suun terveysneuvonnan ja palvelujen tarpeen arviointia. Tällaiset tarkastukset ja arvioinnit tulee suorittaa niitä koskevan lainsäädännön ja hyvän hoitokäytännön edellyttämällä tavalla.

Voimassa oleva laki

Ehdotus

(uusi)

51 c §

Hoitoon pääsy perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa

Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon 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 toteutettavassa erikoissairaanhoidossa 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 enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä tai hammaslääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

54 §

54 §

Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän velvollisuus hankkia palveluja muualta

Hyvinvointialueen 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.

Jos hyvinvointialue ei voi itse tuottaa tutkimuksia, hoitoa tai kuntoutusta 51, 51a – 51 c, 52 tai 53 §:n mukaisissa enimmäisajoissa, on sen järjestettävä ne hyvinvointialueesta annetun lain 9 §:n 1 momentissa tarkoitetulla tavalla tuottamalla ne yhteistoiminnassa toisen hyvinvointialueen kanssa tai hankkimalla ne sopimukseen perustuen muilta palvelun tuottajilta. Palvelusetelin käytöstä säädetään erikseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetussa laissa (569/2007).

Edellä 51 §:ssä tarkoitetun arvion ja erikoissairaanhoidon hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä on arvioitava, pystyykö hyvinvointialue tuottamaan tutkimukset, hoidon ja kuntoutuksen 51, 51a – 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 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.

55 §

Tietojen julkaiseminen

Hyvinvointialueen on julkaistava kuukausittain internetissä edellisestä kalenterikuukaudesta 51,51 a ja 51 b §:n mukaisista määräajoista seuraavat tiedot:

1) välittömästi yhteyden saaneiden potilaiden osuus kaikista yhteyttä ottaneista potilaista;

2) seitsemässä vuorokaudessa hoitoon päässeiden potilaiden osuus 51 a §:n 1-3 ja 7 momentissa tarkoitetuissa palveluissa;

3) kolmessa kuukaudessa hoitoon päässeiden potilaiden osuus 51 a §:n 4, 5 ja 7 momentissa sekä 51 b §:ssä tarkoitetuissa palveluissa.

Hyvinvointialueen on julkaistava internetissä tiedot 51 c, 52 ja 53 §:ssä tarkoitettusta erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä neljän kuukauden välein.

Hyvinvointialueen on julkaistava tiedot erikseen kustakin sairaalasta, terveyskeskuksesta tai muusta terveydenhuollon toimintayksiköstä. Jos toimintayksikön alaisuudessa toimii terveysasema, hammashoitola tai muu vastaava erillinen yksikkö, tiedot on julkaistava erikseen kustakin tällaisesta yksiköstä.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkemmat säännökset edellä 1–3 momentissa tarkoitettujen tietojen sisällöistä ja muodoista.

Voimassa oleva laki

Ehdotus

74 §

74 §

Tartuntataudit

Tartuntataudit

Tartuntatautien vastustamistyöstä säädetään tartuntatautilaissa (1227/2016).

Tartuntatautien vastustamistyöstä säädetään tartuntatautilaissa.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20

LUONNOS

Laki

korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019) 10 § ja lisätään lakiin uusi 10 a– 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 välittömästi yhteyden terveydenhoitosäätiön toimipisteeseen ja saada yksilöllisen arvion tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttamaa hoitoa tai tutkimuksia opiskelija tarvitsee.

Arvion tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Suun terveydenhuollossa arvion voi tehdä myös nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Jos yhteydenoton perusteella arvioidaan kiireellisen hoidon tarve tai tarve sellaisille palveluille, jotka eivät kuulu korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoon, on opiskelijaa neuvottava tällaisten palveluiden järjestäjistä ja palveluista.

(uusi)

10 a §

Kiireettömään hoitoon pääsy

Edellä 10 §:ssä tarkoitettussa arviossa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä

Voimassa oleva laki

Ehdotus

arvioinnista seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä.

Seitsemän vuorokauden määräajassa järjestettävällä perusterveydenhuollon kiireettömällä sairaanhoidolla tarkoitetaan edellä 10 §:ssä tarkoitettuun yksilölliseen hoidon tarpeen arvioon perustuvaa yleislääketieteen alaan kuuluvaa kiireetöntä laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön antamaa hoitoa. Määräaika koskee terveydenhuoltolain 17 §:ssä tarkoitettuun opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia kiireettömän sairaanhoidon hoitotapahtumia, jotka liittyvät sairastumiseen, vammaan, pitkäaikaissairauden vaikeutumiseen, uusien oireiden esilletuloon tai toimintakyvyn alenemiseen.

Jos 10 §:ssä tarkoitettun arvion perusteella potilas on ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja tässä ensimmäisessä hoitotapahtumassa todetaan tarve lääkärin tutkimukseen tai hoitoon, tämä lääkäriin pääsy on järjestettävä seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä.

Edellä 1–3 momentissa tarkoitettut seitsemän vuorokauden määräajat eivät koske hoitosuunnitelman mukaisia ennalta sovittuja hoitotapahtumia, perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanottokäyntejä, psykologin vastaanottokäyntejä, yksilöllisen tarpeen mukaisia terveystarkastuksia, terveysneuvontaa, muita seksuaaliterveyttä edistäviä palveluja kuin sairaanhoidollisia palveluita, matkailun perusteella annettavia rokotuksia eikä muita terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyviä palveluja taikka palveluihin liittyviä todistuksia.

Perusterveydenhuollon kiireetön hoito ja hoitoon liittyvät palvelut sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävät palvelut, joita ei koske seitsemän vuorokauden määräaika, tulee järjestää opiskelijan terveydentila, palveluiden tarve, opiskelu-, työ- ja toimintakyky ja ennakoitavissa oleva sairauden tai vamman kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa,

Voimassa oleva laki

Ehdotus

kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa yhteydenotosta ja hoidon tarpeen arviosta taikka hoitosuunnitelman mukaisesti.

Edellä 1–5 momenttia ei sovelleta järjestetäessä opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia määräaikaistarkastuksia tai annettaessa kansalliseen rokotusohjelmaan kuuluvia rokotuksia. Jos kuitenkin rokote annetaan osana kiireetöntä sairaanhoitoa, 1–5 momenttia sovelletaan. Tällaiset tarkastukset ja rokotukset tulee suorittaa niitä koskevan lainsäädännön ja hyvän hoitokäytännön edellyttämällä tavalla.

Jos opiskelijan hoitotapahtumassa taikka terveyttä tai hyvinvointia edistävää palvelua toteutettaessa havaitaan tarve muuta terveysongelmaa koskevalle perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon tutkimukselle tai hoidolle kuin mitä hoitotapahtuma tai muu palvelu koskee, tai 6 momentissa tarkoitettussa palvelussa esiin tulee tarve perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon tutkimukselle tai hoidolle, palvelut on toteutettava 1–5 momentissa säädettyjen määräaikojen mukaisesti.

(uusi)

10 b §

Hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa

Poiketen siitä, mitä 10 a §:ssä säädetään, suun terveydenhuollossa 10 §:ssä tarkoitetun arvioinnin yhteydessä hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä opiskelijan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun 10 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty.

Jos 10 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella opiskelija on ohjattu muun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin hammaslääkärin vastaanotolle, ja tässä ensimmäisessä hoitotapahtumassa todetaan tarve hammaslääkärin tutkimukseen tai hoitoon, hammaslääkäriin pääsy on järjestettävä neljän viikon kuluessa käynnissä.

Voimassa oleva laki

Ehdotus

Jos hammaslääkäri toteaa tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimuksille tai hoidolle, erikoishammaslääkäriin pääsy on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hammaslääkäri on todennut tarpeen tällaiselle palvelulle.

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

Edellä 1 momentissa tarkoitettu määräaika ei koske tilanteita, joissa opiskelijalle on määritetty yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli. Tutkimus ja hoito tulee järjestää hoitosuunnitelman kirjatun tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti, ellei 10 §:n mukaisessa arvioinnissa ole tullut esille seikkoja, joiden perusteella tutkimus tai hoito tulee järjestää jo aiemmin.

Edellä 1 momenttia ei sovelleta järjestettäessä opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia suun terveydenhuollon määräaikaistarkastuksia tai suun terveydentilan, suun terveysneuvonnan ja palvelujen tarpeen arviointia. Tällaiset tarkastukset tulee suorittaa niitä koskevan lainsäädännön ja hyvän hoitokäytännön edellyttämällä tavalla.

(uusi)

10 c §

Arvio mahdollisuudesta tuottaa palvelut määräajassa

Edellä 10 §:ssä tarkoitettun arvion yhteydessä on arvioitava, pystyykö Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö tuottamaan hoidon 10, 10 a ja 10 b §:ssä tarkoitetuissa määräajoissa. Velvoitteesta hankkia palveluja muilta palveluntuottajilta, jos tämän lain mukaista tuottamisvelvollisuutta ei voida muuten toteuttaa, säädetään 8 §:n 2 momentissa.

Voimassa oleva laki

Ehdotus

(uusi)

10 d §

Tietojen julkaiseminen

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön on julkaistava kustakin toimipisteestään kuukausittain internetissä edellisestä kalenterikuukaudesta 10, 10 a ja 10 b §:n mukaisista määräajoista seuraavat tiedot:

1) välittömästi yhteyden saaneiden potilaiden osuus kaikista yhteyttä ottaneista potilaista;

2) seitsemässä vuorokaudessa hoitoon päässeiden opiskelijoiden osuus 10 a §:n 1-3 ja 7 momentissa tarkoitetuissa palveluissa;

3) kolmessa kuukaudessa hoitoon päässeiden potilaiden osuus 10 a §:n 4, 5 ja 7 momentissa sekä 10 b §:ssä tarkoitetuissa palveluissa.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkemmat säännökset 1 momentissa tarkoitettujen tietojen sisällöistä ja muodoista.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20

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 välittömästi yhteys opiskeluterveydenhuoltoon. Hoidon tarpeen arviointi ja hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä terveydenhuoltolain 51, 51 a ja 51 b §:n mukaisesti.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20

Laki

vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
lisätään vankeuslain (767/2005) 10 luvun 1 §:ään uusi 3 ja 4 momentti, jolloin nykyinen 3 momentti, sellaisena kuin se on laissa 1236/2016, siirtyy uudeksi 5 momentiksi seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

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 yksikön 1 momentin nojalla järjestämissä palveluissa noudatetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 51, 51 a, 51 b ja 52 –54 §:n säännöksiä hoitoon pääsystä. Mitä mainituissa pykälissä säädetään hyvinvointialueesta, koskee Vankiterveydenhuollon yksikköä. Mitä terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädetään yhteyden saamisesta terveyskeskukseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön, koskee yhteyden saamista vankilan poliklinikkaan tai muuten Vankiterveydenhuollon yksikössä toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön.

Vankiterveydenhuollon yksikön on julkaistava terveydenhuoltolain 55 §:n 1 ja 2 momentissa tarkoitetut tiedot internetissä ja siten, että tiedot ovat vankilassa vankien saatavilla. Tiedot on julkaistava erikseen kustakin Vankiterveydenhuollon yksikön sairaalasta ja poliklinikasta sekä ostopalveluna hankittujen erikoissairaanhoidon palveluiden osalta koko Vankiterveydenhuollon yksikköä koskien. Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkemmat säännökset tietojen sisällöistä ja muodoista.

LUONNOS
17.11.2021

Voimassa oleva laki

Ehdotus

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.

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.

Tämä laki tulee voimaan päivänä _____ kuuta 20____.

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 järjestämissä palveluissa noudatetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 51, 51 a, 51 b ja 52 –54 §:n säännöksiä hoitoon pääsystä. Mitä mainituissa pykälissä säädetään hyvinvointialueesta, koskee Vankiterveydenhuollon yksikköä. Mitä terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädetään yhteyden saamisesta terveyskeskukseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön, koskee yhteyden saamista vankilan poliklinikkaan tai muuten Vankiterveydenhuollon yksikössä toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön.

Voimassa oleva laki

Sen lisäksi, mitä 1 momentissa säädetään, alle 18-vuotiaalle tutkintavangille on pyynnöstä tehtävä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön tarkastus terveydentilan selvittämiseksi ilman aiheetonta 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 (559/1994), mielenterveyslaissa, tartuntatautilaissa (1227/2016) ja työterveyshuolto-laissa (1383/2001) säädetään.

Ehdotus

Vankiterveydenhuollon yksikön on julkaisettava terveydenhuoltolain 55 §:n 1 ja 2 momentissa tarkoitetut tiedot internetissä ja siten, että tiedot ovat vankilassa vankien saatavilla. Tiedot on julkaistava erikseen kustakin Vankiterveydenhuollon yksikön sairaalasta ja poliklinikasta sekä ostopalveluna hankittujen erikoissairaanhoidon palveluiden osalta koko Vankiterveydenhuollon yksikköä koskien. Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkemmat säännökset tietojen sisällöistä ja muodoista.

Sen lisäksi, mitä 1 ja 3 momentissa säädetään, alle 18-vuotiaalle tutkintavangille on pyynnöstä tehtävä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön tarkastus terveydentilan selvittämiseksi ilman aiheetonta 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 (559/1994), mielenterveyslaissa, tartuntatautilaissa (1227/2016) ja työterveyshuolto-laissa (1383/2001) säädetään.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20

Laki

potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 4 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 4 §:n 1 momentti, sellaisena kuin se on 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