27.9.2022

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta

stv@eduskunta.fi

Hallituksen esityksen eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi (HE 74/2022 vp) – sosiaali ja terveysministeriön vastine

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt sosiaali- ja terveysministeriön vastineen hallituksen esityksen eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi (HE 74/2022 vp, perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentaminen) valiokuntakäsittelyn yhteydessä annettuihin lausuntoihin sekä perustuslakivaliokunnan (PeVL 38/2022 vp) ja sivistysvaliokunnan (SiVL 18/2022 vp) lausuntoihin.

Valiokunta on yhdistänyt hallituksen esityksen käsittelyyn terapiatakuuta koskevan kansalaisaloitteen (KAA 10/2019 vp), lakialoitteiden laeiksi mielenterveyslain ja terveydenhuoltolain 27 §:n muuttamisesta (LA 75/2020 vp ja LA 45/2021 vp) sekä toimenpidealoitteiden terapiatakuun tavoitteiden toteuttamisesta sekä terapiatakuun ottamisesta osaksi työllisyystoimia (TPA 106/2020 vp) ja Terapiatakuu-kansalaisaloitteen saattamisesta lakiin ja akuuttien resurssien kohdentamisesta mielenterveyspalveluihin pääsyn nopeuttamiseksi (TPA 142/2020 vp) käsittelyt.

Ministeriön käsityksen mukaan lausunnoissa yleisesti ottaen tuetaan hallituksen esityksen tavoitteita, mutta esitetään huomioita liittyen erityisesti tiettyihin kokonaisuuksiin, jotka on ryhmitelty alla. Lisäksi osa lausujista esittää pykälistä yksityiskohtaisempia huomioita.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa vastineenaan seuraavaa.

Rahoitus

Usea lausunnonantaja nostaa esiin kustannusvaikutuksiin liittyvät epävarmuustekijät ja osa (ainakin Kansanterveystyön johtajaverkosto, Suomen yleislääketieteen yhdistys, Suomen Kuntaliitto, Helsingin kaupunki, Lapin hyvinvointialue, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä) pitää esitettyä rahoitusta riittämättömänä tai mahdollisesti/todennäköisesti riittämättömänä. Suomen Kuntaliitto, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, ja Suomen Lääkäriliitto nostavat esiin erityisesti erikoissairaanhoidon osalta tehdyt arviot.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain 9 §:n noudattaminen edellyttää, että laista johtuva hyvinvointialueiden tehtävien laajeneminen huomioidaan valtion rahoituksen tasossa tehtävän laajenemisen täysimääräisen kustannuksen mukaisesti. Esityksen valmistelussa arviota tästä täysimääräisestä kustannuksesta on tehty laajassa yhteistyössä eri tahojen ja asiantuntijoiden kanssa, mutta lopullinen arvio on luonteeltaan ennen kaikkea sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntija-arvio. Ennakollisen arvion tekeminen esityksen johdosta laajenevien tehtävien täysimääräisestä kustannuksesta on erittäin haastavaa ja arvioon sisältyy luonnollisesti erittäin suurta epävarmuutta. Esitystä valmisteltaessa toimintaympäristöstä saatavilla oleva tilannekuva on vaikeasti muodostettavissa. Tämä johtuu muun muassa

koronapandemian aiheuttamasta hoito- ja palveluvelasta, mikä näkyy koko Suomessa, mutta voi painottua eri alueilla eri palveluihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtyminen 1.1.2023 alkaen hyvinvointialueille uudistaa koko palvelujärjestelmän organisoitumisen ja vaikuttaa ja muuttaa totuttua hoito- ja palveluketjujen johtamista ja lainalaisuuksia. Esityksen sisältämien ehdotusten edellyttämät muutokset hyvinvointialueiden toiminnassa vaikuttavat arvion mukaan laajasti koko terveyspalvelujärjestelmään, tarkemmin esityksen suoraan koskemien perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon palvelujen lisäksi eli myös hyvinvointialueiden muihin palveluihin sekä muiden yhteiskunnan tahojen toteuttamiin terveyspalveluihin kuten työterveyshuoltoon. Esityksen arvioinnissa tunnistettuihin, merkittävimpiin vaikutusketjuihin ei ole sosiaali- ja terveysministeriön käsityksen mukaan saatavilla empiiristä tutkimusta, jonka tuloksia voitaisiin uskottavasti yleistää esityksen vaikutusten arviointiin tulevassa toimintaympäristössä. Sosiaali- ja terveysministeriö on kuitenkin katsonut tärkeäksi pyrkiä arvioimaan vaikutuksia terveyspalvelujärjestelmään laajemmin. Sosiaali- ja terveysministeriö katsoo, että hyvinvointialueilla on nykyisiä kuntia ja kuntayhtymiä paremmat edellytykset ja vahvat kannustimet edesauttaa esityksen potentiaalisten hyötyjen syntymistä muissa palveluissaan.

Suurta epävarmuutta liittyy myös täysimääräisen kustannuksen kannalta kriittisimpään tekijään eli perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kapasiteetin kasvattamisen tarpeeseen. Sosiaali- ja terveysministeriön käsityksen mukaan kapasiteetin laajentamisen tarpeen ennakollinen arviointi saattaisi olla parhaiten toteutettavissa simulaatiomallinnoksilla, joissa nykyisten tuotanto- ja asiakasvirtaprosessien muodostaman tasapainotilanteen muutoksia tarkasteltaisiin eri tuotannon kapasiteeteilla ja asiakasvirtaamilla. Tämän kaltainen mallintaminen olisi kuitenkin yksityiskohtaisuudessaan väistämättä niin tilannesidonnaista, että tulosten yleistäminen koko maan tasolle ei olisi lainkaan ongelmatonta alati muuttuvassa tilanteessa. Nykyisten palvelunjärjestäjien tilanteessa on huomattavia eroja palveluihin osoitetuissa määrärahoissa, henkilöstön määrissä ja rakenteessa, väestön palvelutarpeessa, rinnakkaisten palvelusektorien roolissa, tuotannontekijämarkkinoissa, suoritetuottavuudessa sekä potentiaaleissa tuottavuuden parantamiseen. Tämänkaltaisessa mallinnuksessa jouduttaisiin lisäksi ottamaan näkemystä kapasiteetin laajentamisen toteuttamiseen niin yksityiskohtaisesti, että se ei välttämättä riittävällä tavalla kunnioittaisi hyvinvointialueiden osaamista ja valtaa toimeenpanon suunnittelussa ja toteuttamisessa.

Valtiovarainministeriö toteaa lausunnossaan, että huomioiden erittäin mittava hyvinvointialueiden tehtävän laajennus sekä rahoituslain 11 §:n sääntely, olisi vielä hyvä arvioida, vastaako alueellinen lisäresurssin tarve alueelle uudistuksen myötä kohdistettavaa rahoituslisäystä. Uudistuksesta ei saisi aiheutua hyvinvointialueiden rahoituslain mukaista lisärahoitustarvetta, joka ei väliaikaisena menettelynä edes sovellu pysyväisluonteisten tehtävien rahoittamiseen. Valtionvarainministeriö pitää perusteltuna, että hallituksen esitys käsitellään myös perustuslakivaliokunnassa. Valtiovarainministeriö nostaa esiin tarpeen käsitellä rahoituksen liitynnän alueelliseen rahoituspe-riaatteeseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että hallituksen esityksessä on avoimesti käsitelty sitä seikkaa, että tarkan kuvan muodostaminen kustakin hyvinvointialueesta on erittäin haastavaa. Esityksessä muun ohella todetaan (s. 74–75): ”…alueittainen tarkastelu sisältää huomattavaa epävarmuutta. Lähdetiedot esimerkiksi pääsääntöisesti koskevat laajempia kokonaisuuksia niiden nimenomaisten palvelujen sijaan, joita esitetty sääntely koskee. Lisäksi on esimerkiksi hyvä huomata, että Työssäkäyntitilaston, johon Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö -tilasto pohjaa, perusteella tehtävässä tarkastelussa julkista sektoria koskeva tieto ei sisällä työvoimavuokrauksen tai

asiakaspalveluostojen kautta toimivia työntekijöitä, ja lisäksi erinäiset liikelaitosjärjestelyt saattavat aiheuttaa sen, että julkisenkaan sektorin työntekijät eivät kohdennu tilastossa niille toimialoille, joille työpanos viime kädessä annetaan. Tarkastelun perusteella tehtäviin johtopäätöksiin tulee siis suhtautua huomattavan suurella varauksella. Hyvinvointialueittaista tarkastelua vaikeuttaa lisäksi se, että hoitoon pääsy, odotusajat ja henkilöstön saatavuus vaihtelevat alueittain nopeasti niin perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa kuin suun terveydenhuollossa. Esimerkiksi onnistuneet uusien toimintamallien käyttöönotot voivat nopeasti vaikuttaa saatavuutta parantuvasti. Toisaalta eri henkilöryhmissä voi tilanne nopeasti huonontua tai parantua alueilla." Järjestämisvastuu on siirtymässä vuoden 2023 alusta uusille oikeushenkilöille hyvinvointialueille, ja ne tullevat organisoimaan palveluja uusilla tavoilla. Covid 19 -pandemia ja siitä syntynyt hoitovelka vaikuttaa edelleen terveydenhuoltoon. Nämä seikat tekevät yksityiskohtaisen kokonaiskuvan saamisesta ja ennusteiden tekemisestä kustakin eri alueista lain voimaantullessa hyvin haastavaa.

Perustuslakivaliokunta on käsitellyt esityksen, eikä se esittänyt säätämisjärjestyshuomautuksia esityksen rahoitukseen liittyen, tai muutenkaan. Valiokunta totesi, että valtioneuvoston on seurattava tarkoin sääntelyn vaikutuksia perusoikeuksien toteutumiselle sekä hyvinvointialueiden rahoitukselle ja tarvittaessa ryhdyttävä tarvittaviin korjaustoimiin. Sosiaali- ja terveysministeriön käsityksen mukaan tällainen seuranta onkin tärkeää, ja toteutuu erityisesti lakisääteisen ohjauksen kautta (laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 4 luku) sekä hyvinvointialueen rahoituksesta annetun lain (617/2021) säädettyjen menettelyjen mukaisesti. Sosiaali- ja terveyshuollon järjestämisestä annetun lain 31 §:n nojalla sosiaali- ja terveysministeriö antaa vuosittain selvityksen, jossa arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaista toteutumista ja rahoituksen tason riittävyyttä. Selvityksen tulee sisältää ehdotus tarvittavista toimenpiteistä julkisen talouden suunnitelman ja valtion talousarvion laatimista varten.

Valtiovarainministeriö nostaa esiin 1.lakiehdotuksen 54 §:n ja pohtii siihen liittyviä rahoitusvaikutuksia. Valtiovarainministeriön mukaan ehdotetun 54 § osalta kustannusvaikutusarviointia - erityisesti niillä alueilla, joilla on jo nykyisin lääkäripulaa - olisi hyvä tarkentaa. Jos kyseisen pykälän kustannusvaikutus osoittautuisi huomattavaksi, sen velvoittavuutta olisi hyvä tarkastella uudelleen.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että jo voimassa olevassa laissa on sen 1 momenttia vastaava säännös, eikä kyse ole tältä osin uudesta velvoitteesta. Ehdotettu uusi 2 momentti lähinnä täydentää 1 momentin päävelvoitetta. Hallituksen esityksessä todetaan mainitusta pykälästä seuraavaa (s.146–147): "Terveydenhuoltolaissa…ehdotetaan olevan jatkossakin voimassa olevaa terveydenhuoltolain 54 §:ää vastaava säännös palvelun järjestäjän velvoitteesta hankkia palveluja muilta palveluntuottajilta, jos se ei voi antaa hoitoa laissa säädetyissä enimmäisajoissa. Säännöstä myös täsmennettäisiin erityisellä velvoitteella arvioida sitä, voidaanko hoito järjestää enimmäisajassa. Tulkinnallisesti tällaisten palveluiden hankkimista koskevien velvoitteiden voidaan arvioida seuraavan jo siitä, että hyvinvointialueella on lakisääteinen velvoite noudattaa hoitoon pääsyn määräaikoja, ja järjestämistä koskevassa lainsäädännössä säädetään erilaisista ja toisiaan täydentävistä tavoista tuottaa palveluja. Mainitun 54 §:n mukaiset velvoitteet kuitenkin korostavat palveluiden järjestämisvastuun toteutumista ja turvaavat osaltaan asiakkaiden oikeuksia." Mainittuun perustelukirjaukseen viitaten sosiaali- ja terveysministeriö ei katso mainitusta pykälästä johtuvan tarvetta tarkastella sen rahoitusvaikutuksia uudelleen.

Etelä-Suomen aluehallintoviraston näkemyksen mukaan esityksessä esitetty arvio aluehallintovirastojen valvontaan liittyvästä lisäresurssista (noin kuusi henkilötyövuotta, 600 000

euroa aluehallintovirastoille yhteensä) ei ole riittävä, vaan resurssitarve tulisi todennäköisesti olemaan suurempi, arvion mukaan yhteensä ainakin noin 7-8 henkilötyövuotta.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa olevan selvää, että hoitotakuun tiukentuminen edellyttää lisäresurssitarpeita valvoville viranomaisille. Arviota laadittaessa on tehty yhteistyötä niin aluehallintovirastojen kuin valtiovarainministeriön kanssa. Rahoitusesityksiä tehdessä on otettava huomioon niin tehtävän laajuus kuin valtiontaloudellinen tilanne. Sosiaali- ja terveysministeriö pitää aluehallintovirastoille esitettyjä 600 000 euron eli noin kuuden henkilötyövuoden lisäyksiä merkittävinä, eikä pidä tarpeellisena muuttaa esitystä tältä osin. Selvyyden vuoksi voidaan vielä todeta, että aluehallintovirastot ovat valtiovarainministeriön hallinnonalan viranomaisia.

Hallituksen esityksessä arvioidaan, että Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto tarvitsee noin yhden henkilötyövuoden (esityksessä käytetty 100 000 euroa hintaa, vuotta 2023 koskien neljän kuukauden resurssi eli noin 30 000 euroa) esityksen valvontaan. Hallitus ei esittänyt tätä talousarvioesityksessään vuodelle 2023. Viraston osuus tullaan huomioimaan tulevissa sosiaali- ja terveysministeriön talousarvio- ja kehysehdotuksissa.

Henkilöstön riittävyys

Useat lausunnonantajat (Suomen Kuntaliitto, Kansanterveystyön johtajaverkosto, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Pohjois-Savon hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, Satakunnan hyvinvointialue, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Helsingin kaupunki, SOSTE ry, Suomen yleislääketieteen yhdistys, Suomen yleislääkärit GPF ry, Suomen Hammaslääkäriliitto, Etelä-Suomen aluehallintovirasto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, valtiovarainministeriö) kiinnittävät huomiota henkilöstön riittävyyteen liittyviin kysymyksiin viitaten henkilöstön saatavuudessa oleviin ongelmiin. Eräissä lausunnoissa nimenomaisesti katsotaan, että henkilökuntaa hoitotakuun toteuttamiseen tarvitaan hallituksen esityksessä kuvattua enemmän. Valtiovarainministeriö katsoo, ettei hallituksen esityksessä riittävästi vastata kysymykseen siitä, mistä kyseiset ammattilaiset saadaan palkattua tai toisaalta, mikä on vaikutus, jos ko. ammattilaisten resurssi ostetaan yksityiseltä sektorilta.

Perustuslakivaliokunta toteaa lausunnossaan (PeVL 38/2022 vp, kappale 8), että perustuslakivaliokunta on aikaisemmin vastaavantyyppisissä sääntely-yhteyksissä kiinnittänyt huomiota sääntelyn toteutettavuuteen (PeVL 45/2021 vp, kappale 18 ja PeVL 15/2020 vp, s. 6—7). Myös nyt ehdotetun tiukentuvan perusterveydenhuollon hoitotakuun toteuttaminen voi valiokunnan mielestä olla vaikeata erityisesti saatavilla olevien henkilöstöresurssien niukkuuden vuoksi. Valiokunta pitää tärkeänä, etteivät muut palvelut heikkene hoitotakuun asteittaisen muutoksen seurauksena (ks. myös PeVL 45/2021 vp, kappale 18, PeVL 15/2020 vp). Sosiaali- ja terveysvaliokunnan on syytä kiinnittää erityistä huomiota ammattitaitoisen ja pätevän henkilöstön saatavuuteen. Valtioneuvoston on seurattava tarkoin sääntelyn vaikutuksia perusoikeuksien toteutumiselle sekä hyvinvointialueiden rahoitukselle ja tarvittaessa ryhdyttävä tarvittaviin korjaustoimiin.

Hyvinvointiala HALI ry katsoo, että resurssit riittävät hoitotakuun toteuttamiseen, jos niitä käytetään strategisesti oikein ja toimintatapoja muutetaan. Julkinen terveydenhuolto voisi hyödyntää nykyistä paljon tehokkaammin monituottajuutta eli kumppanuutta sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavien

yritysten ja järjestöjen kanssa. Suun terveydenhuollossa patoutunutta hoitovelkaa voidaan purkaa verraten nopeasti yksityisten palveluntuottajien avulla.

Muutamassa lausunnossa (ainakin Suomen yleislääkärit GPF ry, Tehy ry, Satakunnan hyvinvointialue) viitataan rakenteellisiin uudistustarpeisiin, kuten veto- ja pitovoimakysymyksiin, kuten palkkauksen ja työolojen kuntoon saattamiseen ja työelämän, perheen ja vapaa-ajan yhteensovittamiseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että lausunnoissa esiin nostetut henkilöstön riittävyyteen ja saatavuuteen liittyvät kysymykset ja ongelmat on hallituksen esityksen perusteluissa tuotu selkeästi esiin. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuun tiukentamisen onnistunut toimeenpano edellyttää kiistatta lisää pysyvää lääkärityövoimaa ja hoitohenkilöstöä. Perusterveydenhuollon veto- ja pitovoiman parantamiseksi ei ole yksinkertaisia, nopeita ratkaisuja. Erilaisia henkilöstön rekrytointia ja pysyvyyttä parantaneita työolojen ja palvelusuhteen ehtojen kehittämistoimia on onnistuneesti tehty ja raportoitu. Myös erilaiset uudet toimintamallit ja teknologian hyödyntäminen voivat vähentää henkilöstön tarvetta. Lisäksi organisaation henkilöstörakenteen kehittäminen (lääkärit, hoitajat, sihteerit ja muut tukihenkilöt) voi auttaa kriittisten ammattilaisten riittävyyteen.

Hallituksen esityksessä on arvioitu uuden henkilökunnan laskennallinen tarve. Työpanoksen laskennallisen tarpeen on arvioitu vähitellen enenevissä määrin painottuvan lääkärityövoimaan, koska muilta palvelusektoreista terveyskeskusten avosairaanhoitoon vähitellen kohdistuvan kysynnän arvioidaan kohdistuvan lähinnä lääkärien palveluihin. Se, miten kustannukset tulevat kohdentumaan eri hyvinvointialueilla, tulee vaihtelemaan paljon ja riippumaan alueellisista valinnoista ja painotuksista tarvittavan lisähenkilöstön ja sen eri ammattiryhmien, digitalisaation ja muiden uusien toimintamallien sekä ostopalveluiden ja palvelusetelien osalta. Hallituksen esityksen perusteluissa on tuotu esiin, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden riittävyyden ja saatavuuden haasteista johtuen on epätodennäköistä, että henkilöstötarpeisiin olisi mahdollista vastata yksinomaan uutta henkilöstöä rekrytoimalla. Henkilöstön rekrytoinnin lisäksi lisähenkilöstötarpeeseen on vastattava muuttamalla pysyvästi perusterveydenhuollon toimintatapoja.

Henkilöstön turvaamiseksi tarvitaan lukuisia eri haasteisiin tarttuvia toimenpiteitä. Hallitus käynnisti sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden -ohjelman marraskuussa 2021 ja ohjelman poikkihallinnollisen työryhmän toimikausi päättyy maaliskuun lopussa 2023. Ohjelma on strategisesti merkittävä ja sen tarkoituksena on löytää kestäviä ratkaisuja sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen kattamiseen lyhyellä, keskipitkällä ja pitkällä aikavälillä alueelliset erot huomioiden. Työsuunnitelmansa mukaisesti työryhmä valmisteli jouluun 2021 mennessä ensivaiheen ehdotukset ja kannanotot sote-henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaamiseksi, ja alkuvuoden 2022 aikana työryhmä on jatkanut työtään konkretisoimalla ja syventämällä ehdotuksia seitsemän teemakokonaisuuden alla. Teemoja ovat työn veto- ja pitovoima, kansainvälinen rekrytointi, palvelujärjestelmän uudistuvat osaamistarpeet koulutusjärjestelmässä, tehtävärakenteet ja työnjako sekä palvelujen vaikuttavuus, osaamisen johtaminen, digitalisaatio-osaaminen ja tietopohja. Ohjelmassa on suunniteltu vuosien 2022-23 toimet sekä aloitettu vuodelle 2027 ulottuvan tiekartan valmistelu. Poikkihallinnollisen työryhmän suunnitelma vuodelle 2023 sisältää yli 40 samanaikaista ja toisiinsa liittyvää toimenpidettä, joista monet on aloitettu tai päästään aloittamaan jo vuoden 2022 aikana.

Kuluvalla hallituskaudella lähes kaikkien sote-alan ammattiryhmien koulutusta on lisätty. Sairaanhoitajakoulutuksen aloittaneiden määrää on nostettu jopa neljänneksellä, ja sairaanhoitajakou-

lutuksen lisäykset alkavat näkyä tutkintomäärissä vuonna 2024 ja siitä eteenpäin. Suomalaisissa yliopistoissa annettavan lääkärikoulutuksen lisäksi merkittävä määrä suomalaisia nuoria opiskelee myös ulkomailla lääketieteellisissä tiedekunnissa esimerkiksi Ruotsissa, Latviassa, Romaniassa ja Virossa. Heistä suuri osa tulee Lääkäriliiton kyselytutkimusten perusteella palaamaan valmistuttuaan Suomeen töihin ja erikoistumaan. Lääkäriliiton mukaan työmarkkinoille tulee lähivuosina nettomääräisesti noin 300–400 lääkäriä vuosittain lisää eläkepoistuma huomioiden. Yleislääketiede on hyvin suosittu ja suurin lääkärien erikoistumisala, vuonna 2021 Suomessa oli ainakin 1 500 alalle erikoistuvaa. Lähivuosina työmarkkinoille tulee nykyisillä koulutusmäärillä myös enemmän psykologeja kuin heitä poistuu työmarkkinoilta.

Sote-uudistuksella edistetään osaavan henkilöstön saatavuutta. Hyvinvointialueen tehtävänä on arvioida väestön palvelutarvetta ja siihen vastaamisteen tarvittavan henkilöstön määrää ja osaamista. Useilla hyvinvointialueilla päällekkäisen toiminnan karsimisella ja palveluverkon hyvällä suunnittelulla voidaan vastata palvelutarpeen kasvuun. Hyvinvointialue pystyy vähentämään päällekkäistä työtä hyvin määriteltyjen palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien kautta. Hyvinvointialue on suurempana järjestäjänä houkuttelevampi työnantaja. Se pystyy tarjoamaan nykyisiä järjestäjiä paremmin esimerkiksi koulutus- ja tutkimus- ja erikoistumismahdollisuuksia sekä vaihtelevia työtehtäviä. Suurempi järjestäjä pystyy pientä paremmin panostamaan rekrytointien kehittämiseen ja sijaisjärjestelyihin.

Hyvinvointialueet voivat käyttää myös ostopalveluja henkilöstötyöpanoksen ja etenkin lääkärityöpanoksen hankkimiseen. Yksityisellä sektorilla on yleislääkärityöpanosta saatavilla.

Suun terveydenhuollossa riittävän henkilöstön turvaamiseksi tarvitaan pitkälti samoja toimia kuin perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa. Suun terveydenhuollossa yksityisen sektorin rooli on merkittävä, ja siellä olevaa vapaata kapasiteettia voidaan hyödyntää useimmilla alueilla. Hammaslääkärien erikoistumiskoulutusta kehitetään sosiaali- ja terveysministeriön Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksen koordinaatiojaostossa ja sen hammaslääketieteen alatyöryhmissä, tavoitteena on turvata erikoishammaslääkäripalvelujen saatavuus koko maassa.

Sosiaali- ja terveysministeriö seuraa henkilöstötilannetta hyvinvointi-alueiden kanssa käytävissä – sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain mukaisissa neuvotteluissa ja ryhtyy myös tarvittaessa korjaustoimiin.

Hoidon jatkuvuus

Useat lausunnonantajat (Helsingin kaupunki, Suomen yleislääketieteen yhdistys, Suomen yleislääkärit GPF ry, Suomen lääkäriliitto, Kansanterveystyön johtajaverkosto, Pohjois-Savon hyvinvointialue, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue, Lapin hyvinvointialue, SOSTE) kiinnittävät huomiota hoidon jatkuvuuden merkitykseen mm. potilasturvallisuuden ja potilastyytyväisyyden kannalta. Esimerkiksi Suomen yleislääkärit GPF ry katsoo, että liian lyhyt hoitotakuu johtaa hoidon jatkuvuuden rikkoutumiseen, tarpeettomaan palvelusetelien käyttöön tai muun hoitohenkilökunnan ensikäynnin kautta lääkärille hakeutumiseen.

Kansanterveystyön johtajaverkosto toteaa, että perusterveydenhuollon vuosikymmeniä kestänyt resursointivaje on heikentänyt hoidon jatkuvuutta kansallisesti niin merkittävästi, että sen ensisijainen korjaaminen on tutkittuun tietoon perustuen välttämätöntä. Tämä lisää kustannuksia

lyhyellä aikavälillä, mutta sen avulla voidaan vaikuttaa sekä saatavuuteen että erityisesti hoidon laatuun, vaikuttavuuteen ja sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. Tärkeää on, että turvataan lisäresursoinnin kohdentuminen hyvinvointialueilla perusterveydenhuoltoon vaikuttavalla ja hoidon jatkuvuutta sekä hoidon saatavuutta parantavalla tavalla.

SOSTE ry pitää kannatettavana STM:n omalääkärimallin selvitystä ja soveltuvan mallin käyttöönottoa hoitotakuun yhteydessä. Omalääkärimalli vahvistaa hoidon jatkuvuutta ja saatavuutta potilaan näkökulmasta, ja omalääkärimallin on todettu vähentävän päivystyskäyntejä sekä hoitojonoja.

Suomen Kuntaliitto pitää kahden määräajan soveltamisessa riskinä sitä, ettei pitkäaikaissairauksien ja hoitosuunnitelman mukaisten palvelujen hoitotakuun seurantaan löydy vastaavia työkaluja kuin seitsemän päivän määräajan seurantaan. Tällöin hoitotakuu kannustaisi kohdistamaan resursseja epätarkoituksenmukaisesti ensikäyntejä painottaen. Keskittyminen hoitotakuun määräaikoihin voi vaarantaa ennaltaehkäisyä ja kansansairauksien seurantaa ja hoitoa ja siten heikentää terveydenhuollon vaikuttavuutta.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että lain perusteluissa on tuotu esiin hoidon jatkuvuuden merkitys. Perusteluissa tähdennetään, että määräaikojen tiukentaminen ei saa johtaa siihen, että palveluiden tosiasiallinen saavutettavuus, ennalta ehkäisevät palvelut tai hoidon jatkuvuus, suunnitelmallisuus ja ehjät hoito- ja palveluketjut kärsivät tai muutoksen myönteiset vaikutukset väestön terveydentilaan voivat vaarantua. Esityksen toimeenpanossa ja toimintaa kehittäessä tulisi erityisesti parantaa myös hoidon jatkuvuutta ja suunnitelmallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuonna 2019 Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman, joka toteuttaa hallitusohjelman tavoitteita perustason palvelujen vahvistamisesta. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -kehittämisohjelman ensimmäisenä päätavoitteena on palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen. Paremman hoitoon pääsyn rinnalla kehitetään myös hoidon jatkuvuutta. Ei voi olla hoidon jatkuvuutta, jos hoitoon ei pääse. Lisäksi jatkuvuuden varmistaminen on yksi tapa parantaa saatavuutta.

Sosiaali- ja terveysministeriö on myös tilannut elokuussa 2022 julkaistun selvityksen omalääkäri-mallista. Selvitystyön kokonaistavoitteena oli arvioida ja kuvata miten uudenlainen omalääkäri-malli on mahdollista toteuttaa yhdessä hoitotakuun kanssa. Hoidon jatkuvuusmalli, Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportissa kuvataan hoidon malli, jonka keskeisenä elementtinä on potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuus, jossa potilaan hoidon tukena on omahoitaja ja tarvittaessa moniammatillisen tiimin muita jäseniä. Selvityksen mukaan hoidon jatkuvuusmallilla tuetaan parhaiten meneillään olevan sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttamista terveydenhuollossa. Kestävän kasvun ohjelman valtionavustuksella voidaan edistää hoidon jatkuvuutta, esimerkiksi rahoittamalla hoidon jatkuvuusmallin mukaisia omalääkärikokeiluja kokeilun kohdentuessa haavoittuvaan ryhmään.

Siirtymäajat

Kansanterveystyön johtajaverkosto, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue, Helsingin kaupunki, Lapin hyvinvointialue, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Pohjois-Savon hyvinvointialue, Suomen Lääkäriliitto, Suomen Hammaslääkäriliitto, SOSTE ry, Tehy ry, Suomen Kuntaliitto ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Etelä-Suomen aluehallintovirasto, valtiovarainministeriö kannattavat portaittaista siirtymäaikaa.

Nimenomaisen toiveen vielä pidemmälle siirtymäajalle esittävät Suomen yleislääketieteen yhdistys (siirtymäaika olisi esimerkiksi 18-20 kuukautta), Kanta-Hämeen hyvinvointialue, Satakunnan hyvinvointialue, Suomen yleislääketieteen yhdistys, Suomen yleislääkärit GPF ry (puolitoista vuotta) ja Etelä-Karjalan hyvinvointialue (esimerkiksi siten, että syksyllä 2023 perusterveydenhuollossa olisi kuukauden hoitotakuu); Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntayhtymä pitää syksyä 2023 vaativana tavoitteena.

Hyvinvointiala HALI ry katsoo, että 1.11.2024 asti siirretty aikaraja viikon hoitotakuun voimaan tulolle on liian pitkällä. Sen mukaan seitsemän päivän, tai edes nykyisen kolmen kuukauden, hoitotakuu olisi ollut jo suurimmaksi osaksi toteutettavissa yhteistyössä yksityisten palveluntuottajien kanssa hyödyntämällä mm. palveluseteliä ja muita ostopalveluita sekä kehittämällä toimintatapoja, mikäli tahtoa olisi.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että portaittaista siirtymäaikaa ja sen aikataulua linjatessa on punnittu sitä, että toimeenpanolle annetaan riittävää aikaa, mutta samalla potilaiden oikeuksia halutaan edistää mahdollisimman nopeasti. Ministeriö tiedostaa, että kysymys siirtymäajoista kiinnittyy henkilöstön saatavuuteen liittyviin kysymyksiin. Riskinä hyvin pitkissä siirtymäajoissa on, että järjestäjille ei synny riittävän tehokasta kannustetta alkaa määrätietoisesti kehittämään toimintaa hoitoon pääsyn määräaikojen tiukennuksen vaatimaan suuntaan. Siirtymäajat ovat hallituksen linjaamat eikä niihin esitetä valiokuntalausuntojen perusteella muutoksia.

Mielenterveyspalvelut ja terapiatakuu-aloitteet

Suomen Mielenterveys MIELI ry, Mielenterveyden keskusliitto ry, SOSTE ry ja Suomen Psykologiliitto ry esittävät lausunnoissaan, että eduskunta hyväksyisi kansalaisaloitteessa (ja muissa aloitteissa) esitetyn terapiatakuuta koskevan esityksen tai että sellaisen valmisteluun ryhdyttäisiin. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut valiokunnalle 10.6.2022 päivätyn lausunnon asiaan liittyen. Ministeriö pääosin viittaa mainittuun lausuntoon edelleen kantanaan asiasta. Ministeriö ei kannata terapiatakuu-aloitteen hyväksymistä lausunnossaan esitettyjen syiden johdosta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toteaa, että se kannattaa hoitotakuuesitystä hallituksen esittämässä muodossa. Laitos tuo lausunnossaan esiin, mitä ongelmia terapiatakuualoitteeseen sisältyy. Ministeriön näkemys vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen näkemyksiä asiaan liittyen.

Ministeriö esittää tässä vastineessa eräitä täsmennyksiä mielenterveyspalveluita koskevista seikoista.

Suomen Psykologiliitto ry:n ja MIELI ry:n lausunnoissa tuodaan esiin, että terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (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. Psykologiliitto ry ja MIELI ry katsovat, että hallituksen esitys hoitotakuusta mielenterveyden häiriöissä on riittämätön, eikä ole perusterveydenhuollon roolin osalta PALKOn suosituksen mukainen.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että PALKOn suositus edellyttää, että psykososiaalisia menetelmiä käytetään osana tavoitteellista hoitoa tai kuntoutusta. Tavoitteellisuudella tarkoitetaan, että interventiolla tavoitellaan terveysongelmana olevan mielenterveys- tai päihdehäiriön oireiden paranemista tai lievenemistä, päihteiden käytön vähenemistä tai toimintakyvyn kohenemista. PALKOn suositukset toisin sanoen koskevat hoitoa tilanteessa, jossa potilas on tutkittu ja hänellä on

todettu mielenterveys- tai päihdehäiriö. Sosiaali- ja terveysministeriö katsoo, että hoitotakuun 51 a § perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä nopeuttaa potilaan yksilöllistä arviota ja häiriön asianmukaista toteamista sekä hoidon suunnittelua ja hoitomuodon valintaa.

Sosiaali- ja terveysministeriö totesi 10.6.2022 päivätyssä terapiatakuuta koskevassa lausunnossaan keskeiseksi ongelmaksi psykososiaalisten hoitojen saatavuudessa näitä menetelmiä toteuttavan henkilöstön riittämättömyyden. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman kehittämishankkeissa on vuodesta 2020 lähtien otettu käyttöön psykososiaalisia menetelmiä. Sosiaali- ja terveysministeriön käsityksen mukaan tarvitaan ehkä minimissäänkin parin hallituskauden aika, jotta voidaan saavuttaa volyymiltaan riittävä, eri ikäryhmät ja eri hoidettavat oirekuvat ja häiriöt kattava psykososiaalisten menetelmien saatavuus.

Suomen Psykologiliiton mielestä hallituksen esityksen perustelukirjaukset eivät luo riittävää pohjaa mielenterveyden hoidolle ja jättävät avoimeksi kysymyksen siitä, kuka ja millä koulutuksella näitä hoitoja voi antaa. Liiton mukaan psykologien mielenterveysosaamisen hyödyntäminen perustason terveydenhuollon arviointi- ja hoitotyössä, esimerkiksi suoravastaanoton muodossa, olisi erittäin merkittävä parannus nykytilaan. Psykologiliiton mukaan on huolestuttavaa, että mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden varhaisen vaiheen hoito halutaan lakisääteisesti ilman erityisiä perusteita rajata vain sellaisten ammattiryhmien tarjottavaksi, joilla ei ole ”mielenterveyden häiriöiden interventioon tarkoitettua koulutusta”. Psykologiliitto katsoo, että eriarvoisuutta korostaa YTHS:n palveluja koskeva rajaus, jossa muun muassa osana palvelujärjestelmää jo kiinteästi olevien psykologien antamat palvelut rajataan hoitotakuun ulkopuolelle.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että psykologi on laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö ja voi siten toteuttaa suoravastaanottoa. Suoravastaanoton puitteissa psykologi voi esimerkiksi antaa psykososiaalista tukea tai oirekuvan mukaista hoitoa sellaiselle potilaalle, joka ei tarvitse lääketieteellistä arviota häiriön toteamiseksi ja hoidon suunnittelemiseksi. Tällaiset suoravastaanotot ovat 7 vuorokauden hoitotakuun piirissä. Jos vastaanoton yhteydessä ilmenee, että potilas tarvitsee lääketieteellistä arviota, sen tulisi toteutua 7 vuorokauden sisällä. Lääketieteelliseen arvioon kuuluvat tarpeelliset tutkimukset mielenterveyden häiriön diagnoosin asettamiseksi ja muiden sairauksien poissulkemiseksi sekä kokonaishoidon suunnitteleminen tutkimusten perusteella. Ministeriön käsityksen mukaan psykologeja työskentelee perusterveydenhuollossa melko vähän, mikä voi käytännössä rajoittaa psykologin suoraanvastaanottomallin yleisyyttä.

Lakia valmistellessa YTHS:n kanssa käydyissä keskusteluissa tuli esiin, ettei YTHS resurssien puolesta kykene tarjoamaan psykologin vastaanottoja 7 vuorokauden määräajassa. Asiasta ehdotetaan selvyyden nimenomainen rajaus lakiin korkeakouluopiskelijoiden terveydenhuollosta, joskin YTHS:n nykykäytänteissä psykologille ohjataan yleislääkärin tai psykiatrin toimesta, jolloin kyseessä on hoitosuunnitelman mukainen käynti, jota 10 c §:n 3 momentin mukaan muutenkaan ei koske 7 vuorokauden määräaika (ks. HE s. 135).

Psykologiliiton mukaan lakiesityksen määritelmä on varsin epämääräinen sen osalta, että mitä hoitotakuun sisältämillä menetelmäkoulutusten pohjalta toteutettavilla lyhyillä terapioilla käytännössä tarkoitetaan. Lakiesityksessä tulisi kiinnittää erityistä huomiota siihen, että käsitteet on määritelty selkeästi ja oikein.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että määritelmällisesti psykososiaaliset hoitomenetelmät ovat erilaisia monimuotoisia toimia, joilla edistetään potilaan toimintakykyä ja hyvinvointia. Psykoterapiat kuuluvat psykososiaalisiin hoitomuotoihin, ja niitä toteuttavat asianmukaisesti koulutetut

psykoterapeutit. (Lähde: Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa. Palveluvalikoimaneuvoston perustelumuistio, 2018) Psykososiaalisiin hoitoihin kuuluvat psykososiaalinen tuki, oireenmukainen hoito, erilaiset kohdennetut psykososiaaliset interventiot, lyhytpsykoterapiat sekä kuntouttava psykoterapia. Psykososiaaliset hoitomenetelmät ovat käyttökelpoisia sekä ennaltaehkäisyssä että hoidossa.

Terapia-sana on väljä yleiskielinen sana ja kattaa laajan kirjon erilaisia hoitoja. Sitä käytetään muun muassa yleisnimityksenä kaikenlaisille psykososiaalisille hoidoille tai yleensä keskusteluavulle, sekä joskus myös terveyspalvelujen ulkopuolella annettaville vaihtoehtohoidoille. Esimerkiksi valtakunnallisessa Terapiat etulinjaan -toimintamallissa käytetään psykososiaalisista menetelmistä yleiskielistä terapia-sanaa, joka on suurelle yleisölle tuttu, mutta edellä kuvatulla tavalla monimerkityksinen. Edellä mainittujen näkökohtien vuoksi ministeriössä harkittiin hallituksen esityksen valmisteluvaiheessa myös vaihtoehtoista muotoilua ilman terapia-sanaa: ”Ohjaus voi tarkoittaa myös kohdennettujen menetelmien käyttämistä, esimerkiksi päihteiden riskikäyttäjän lyhytneuvontaa (niin sanottu mini-interventio) tai menetelmäkoulutusten pohjalta toteutettavien lyhyiden, erilaisten psyykkisten vaikeuksien ja oireiden hoitoon kohdennettujen psykososiaalisten hoitomenetelmien käyttöä tilanteissa, joissa diagnoosiin perustuvalle hoidolle ei vielä ole tarvetta.” Tällä muotoilulla haluttiin korostaa, että neuvontaan, ohjaukseen ja tukeen tarkoitettujen suoravastaanottojen yhteydessä ohjaus ei sulje pois psykososiaalisten menetelmien käyttämistä.

Sivistysvaliokunta kiinnittää huomiota siihen, että lasten ja nuorten perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa olevat puutteet ja viiveet ovat aiheuttaneet mielenterveysongelmien pitkittymistä ja vaikeutumista ja sen myötä opiskelun keskeyttämistä samalla, kun erikoissairaanhoidon psykiatriset palvelut ovat pahoin ruuhkautuneet. Perusterveydenhuoltoa on tarpeen vahvistaa siten, että se edistää mielenterveyspalveluiden nykyistä nopeampaa saatavuutta, erikoissairaanhoitoon pääsy mukaan lukien. Valiokunta mietintöönsä SiVM 2/2022 vp viitaten korostaa myös psykoterapiapalvelujen saatavuuden turvaamista. Sivistysvaliokunta esittää, että sosiaali- ja terveysvaliokunta esittää seuraavaa lausumaa annettavaksi esityksen käsittelyn yhteydessä:

”Eduskunta edellyttää, että hallitus antaa vuoden 2022 aikana selvityksen, jossa täsmennetään erilaisten psykososiaalisten menetelmien ja lyhytpsykoterapian määritelmiä ja arvioidaan näiden hoitomuotojen käyttöä ja toteutusta osana hoitotakuuta. Lisäksi tulee selvittää ja arvioida, voitaisiinko edellä mainittujen hoito- ja kuntoutusmenetelmien käyttöä valmistella toteutettavaksi porrastetusti esimerkiksi osana hoitotakuuta, sekä arvioida, millaista lainsäädäntöä ja mahdollista lisäkoulutustarvetta vaatisi, että niiden saaminen voitaisiin jatkossa taata kuukauden sisällä hoidontarpeen arviosta.”

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että koska psykososiaalisten hoitojen määritelmiin liittyy yleisessä kielenkäytössä epäselvyyttä, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on 23.8.2022 selventänyt termistöä

Mielenterveys-verkkosivuillaan
https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/terapeuttiset-menetelmat-ja-terapiapalvelut.

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2019 julkaistuissa yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa esitetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoidon porrastus ja työnjako. Perustasolle kuuluvat sen mukaan muun muassa mielenterveyden tukeminen, ehkäisevän hoidon kohdennetut menetelmät erityistason tukemana (esimerkiksi unikoulut, jännittäjäryhmät) sekä

tavallisimpien oireiden ja häiriöiden ensisijainen hoitovastuu erikoissairaanhoidon tukemana. Erikoissairaanhoidolle kuuluu esimerkiksi keskitetysti koottua osaamista edellyttävien psykososiaalisten hoitomuotojen ja omahoidon tuen tarjoaminen perustason hoitovastuulla oleville potilaille sekä riittävän laajan näyttöön perustuvien psykososiaalisten hoitojen valikoiman järjestäminen perustason hoitovastuulla oleville potilaille (esimerkiksi psykoedukaatio, kohdennetut menetelmät, etäpsykoterapiat, sähköiset psykoterapiat). Hoitotakuun valmistelussa on otettu huomioon yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa esitetty työnjako.

Sosiaali- ja terveysministeriön näkemyksen mukaan psykososiaalisten hoitomenetelmien saatavuuden parantaminen edellyttää pitkäjänteistä kehittämistä myös tulevien hallituskausien aikana, jotta perusterveydenhuollon ja muun perustason, kuten oppilashuollon, käyttöön saadaan määrällisesti riittävä ja eri ikäryhmät sekä eri mielenterveyden häiriöryhmät kattava valikoima hoitomuotoja. Ensisijainen tarve koskee riittävän laajan hoitovalikoiman ottamista käyttöön ja sitä toteuttavan henkilöstön täydennyskoulutusta.

Ministeriö on todennut terapiatakuuta koskevassa lausunnossaan 10.6.2022, että terapiatakuualoitteen toteuttamisen edellyttämistä lyhyistä psykososiaalisista tai psykoterapeuttisista hoidoista on tehty painelaskelmia. Niiden mukaan arvio terapiatakuualoitteen edellyttämästä resurssitarpeesta olisi moninkertainen kansalaisaloitteessa esitettyyn arvioon nähden.

Ottaen huomioon ministeriön käsityksen siitä, että painotuksen tulisi olla käytännön toimeenpanotyössä ja aikajänne on verrattain pitkä, ministeriö ei pidä asiaan liittyvien lainsäädäntöselvitysten käynnistämistä lyhyellä aikajänteellä tarkoituksenmukaisena.

Pykäläkohtaiset huomiot

Terveydenhuoltolaki

51 §

Pykälän 1 momentissa ehdotetaan, että hyvinvointialueen on järjestettävä toiminansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana yhteyden perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja saada yksilöllisen arvion hoitonsa tarpeesta.

Lääkäriliitto pitää ehdotusta perusteltuna. Kansanterveystyön johtajaverkosto, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, Lapin hyvinvointialue, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue ja Pohjois-Savon hyvinvointialue pitävät perusteltuna muuttaa voimassa olevan lain sanamuodon muutosta ”välittömästä” yhteyden saannista viittauksen saman päivän aikana tapahtuvasta yhteyden saannista. Parissa lausunnossa nostetaan esiin, että yhteydensaannin ja hoidon tarpeen arvioinnin velvoite saman päivän aikana kaikkiin saapuneisiin yhteydenottopyyntöihin aiheuttaa kuitenkin sanamuodon muutoksesta huolimatta resursoinnin lisäämistä etenkin iltapäiviin, myös virka-ajan jälkeen. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto katsoo, että yksilöllisen arvion tekeminen samana päivänä tulee olemaan haastavaa.

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue toteaa, että asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna samana päivänä tapahtuva hoidon tarpeen arviointi tarkoittaa parantunutta asiakaskokemusta, mutta voitaneen kuitenkin myös perustellusti kysyä, onko tämä välttämätöntä kaikissa yhteydenotoissa, vai riittäisikö

esim. klo 14 tai 15 jälkeen tapahtuneissa yhteydenotoissa vastaaminen ja hoidon tarpeen arvio seuraavana päivänä?

Kanta-Hämeen hyvinvointialue katsoo, että yhteyden saamisen aikarajana määritelmä ”saman päivän aikana” on epämääräinen. Tässä yhteydessä toimivampaa olisi käyttää ilmaisua ”vuorokauden sisällä yhteydenotosta”.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto toteaa, että on hyvä, että säännöstä muutetaan tai tarkennetaan siten, että potilaan on saatava yhteys perusterveydenhuollon toimintayksikköön saman päivän aikana. Tämä vähentää väärinkäsityksiä. Virasto esittää harkittavaksi, voisiko saman päivän aikana korvata sanomalla samana päivänä.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että voimassa olevan lain mukaan yhteys on saatava välittömästi ja hoidon tarpeen arvio tehtävä kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta. Kuitenkin ministeriön käsityksen mukaan käytännössä arvio hoidon tarpeesta tehdään yhteydenoton yhteydessä, jolloin ehdotettu lakimuutos ei käytännössä merkitse merkittävää toiminnallista muutosta (so. voimassa olevan lainkin mukaan iltapäivälläkin tulee saada yhteys terveyskeskukseen, ja käytännössä hoidon tarve arvioidaan tällöin). Sosiaali- ja terveysministeriön käsityksen mukaan sanamuodoilla ”saman päivän aikana” ja ”samana päivänä” ei ole käytännössä merkityksellistä eroa tässä yhteydessä. Ministeriö ei näe tarpeelliseksi muuttaa sääntelyä esitetystä.

Säännösehdotuksen mukaan yhteys on saatava arkipäivisin virka-aikana. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto kiinnittää lausunnossaan huomiota siihen, että esityksen mukaan virka-aikaa ei ole määritelty kunnallisessa terveydenhuollossa säädöstasolla ja toimintayksikkö täyttää tältä osin velvollisuutensa, jos siihen saa yhteyden terveyskeskusten yleisenä käytäntönä olevina aukioloaikoina ja myös niiden ulkopuolella, kunhan yhteydenotto toteutuu saman päivän aikana. Ei ole lainsäädännöllisesti tyydyttävää, että pykälässä käytetään termiä, jota ei ole määritelty. Siinä tulisi ilmaista mahdollisimman tarkasti aika (esim. kellonajat), jolloin tehtyyn yhteydenottoon toimintayksikön on vastattava samana päivänä tai ainakin todeta, että yhteydenoton tulee tapahtua terveyskeskusten (perusterveydenhuollon toimintayksiköiden) yleisinä aukioloaikoina. Yleisten aukioloaikojen tarkempaa sisältöä voisi avata esityksessä.

Sosiaali- ja terveysministeriö tiedostaa, että on vaikea löytää sopivaa ilmaisua kattamaan ajan, jolla viitataan noin 8–16 väliseen aikaan, kun virka-aikaa ei ole määritelty lainsäädännössä. Kuitenkin ministeriön käsityksen mukaan ehdotettu sanamuoto on käytännössä ymmärrettävissä tarkoitetulla tavalla. Ministeriön käsityksen mukaan ei ole tarkoituksenmukaista säätää lainsäädännössä tarkoista kellonajoista, koska terveydenhuollon lainsäädännössä ei muutenkaan ohjata asioita tällaisella tarkkuudella, ja tällainen sääntely on turhan jäykkää eikä ota huomioon esimerkiksi juhlapyhien aattoihin liittyviä erityistilanteita. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston esittämä ilmaisu ”yleiset aukioloajat” periaatteessa on myös mahdollinen ilmaisu. Kuitenkin viittaaminen terveyskeskuksen yleisiin aukioloaikoihin voisi johtaa tulkintaan, että yhteys ja hoidon tarpeen arviointi on saatava esimerkiksi ilta-aikaan, jos kyseinen keskus sattuu olemaan myös ilta-aikoina auki. Sääntelyn tarkoitus on velvoittaa siihen, että yhteydensaanti ja arvio tulee ainakin toteuttaa noin 8–16 (mahdollisuus poikkeamiin erityistilanteissa) välisenä aikana. Ministeriö ei esitä sanamuotoa muutettavaksi.

Etelä-Suomen aluehallintovirasto katsoo, että perustelujen perusteella jää epäselväksi, riittääkö, että terveyskeskus tarjoaa mahdollisuuden saada yhteyden jollakin erilaisista mainituista yhteydenottotavoista. Aluehallintovirasto viittaa siihen, että perusteluissa tuodaan myöhemmin esiin,

että asioinnissa on yleisestikin varmistettava saavutettavuus, eli esimerkiksi kuulo- tai puhevammaisille henkilöille on järjestettävä heille sopiva asiointitapa. Aluehallintovirasto pitää tärkeänä, että jatkossakin terveyskeskukseen on mahdollista ottaa yhteyttä hakeutumalla sinne paikan päälle tai olemalla yhteydessä puhelimitse, niin että molemmat vaihtoehdot ovat potilaan käytettävissä. Myös takaisinsoittoon vastaaminen voi tuottaa ihmisille ongelmia, mistä syystä olisi perusteltua voida odottaa puheluun vastaamista myös puhelinlinjalla. Aluehallintoviraston näkemyksen mukaan valiokuntakäsittelyssä on vielä tarpeen täsmentää näitä kysymyksiä.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että vaikka edellä mainitut perustelukirjaukset on esitetty siinä yhteydessä, että saavutettavuuden varmistamiseksi esimerkiksi kuulovammaisille tulee huolehtia erilaisista yhteydenottotavoista, ei perustelujen tarkoituksena ole ohjata tulkintaa siten, että erilaisia yhteydenottotapoja tarjotaan vain tietyille asiakkaille, joskin näiden potilaiden kohdalla asiasta huolehtiminen on erityisen tärkeää. Ministeriön käsityksen mukaan ei ole perusteltua sitovasti määritellä sitä, että mitkä kaikki yhteydenottotavat on oltava kunkin terveyskeskuksen käytössä. Kuitenkin lainsäädännön tarkoitus on, että yhteydenottotapoja on useampia kuin yksi kaikkia potilaita koskien, koska hyvinvointialueen on joka tapauksessa järjestettävä vaihtoehtoiset yhteydenottotavat tällaisia erityisesti tarvitseville potilaille.

Hyvinvointiala HALI ry ehdottaa, että 51 §:n muotoilua tulisi täydentää seuraavasti: ”…tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja saada yksilöllisen arvion tutkimustensa, *hoitonsa tai kuntoutuksensa* tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä…”. Kuntoutusta ei ole syytä jättää pykälästä pois.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että HALI ry:n ehdottamaa muotoilua pohdittiin lakiesitystä valmistellessa. Valmistelussa tultiin kuitenkin siihen johtopäätökseen, että 51 §:ssä tarkoitetussa arviossa ei useinkaan ole vielä mahdollista arvioida, onko potilaalla kuntoutuksen tarve, vaan tämä tyypillisesti selviää vasta ammattihenkilön tutkiessa potilasta vastaanotolla. Ministeriö ei kannata kuntoutusta koskevan lisäyksen tekemistä.

Pykälässä ehdotetaan, että jatkossa perusterveydenhuollon sairaanhoidossa hoidon tarpeen voi arvioida laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, kun voimassa olevan lain mukaan arvion voi tehdä myös nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö. Käytännössä muutos koskee perus- ja lähihoitajia.

Suomen Lääkäriliitto ry pitää ehdotusta tarkoituksenmukaisena. Kansanterveystyön johtajaverkosto, Lapin hyvinvointialue, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointi-alueet pitävät esitystä perusteltuna, joskin toteavat voivan johtaa ongelmiin jossain päin aluetta sairaanhoitajien saatavuuteen liittyvien ongelmien takia.

SuPer ry vastustaa kriteerin kiristämistä. Sen mukaan rajaamalla nimikesuojattujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattioikeuksia vaikeutetaan entisestään ammattitaitoisten hoitajien saatavuutta ja riittävyyttä. Sen mukaan sosiaali- ja terveysalan perustutkinto tuottaa laaja-alaista osaamista hoidon ja palvelutarpeen arvioinnista hoitotyön eri sektoreille, jotka ovat keskeisiä sote-uudistuksessa. Suurella osalla lähihoitajista on lisäksi työkokemusta, täydennyskoulutusta, sekä alueen paikallista tuntemusta asiakkaista ja palveluista.

Mielenterveyden keskusliitto ry katsoo, että olisi syytä selvittää, missä määrin lähihoitajat voisivat kuitenkin myös jatkossa tehdä hoidontarpeen arviointeja lisäkoulutuksen, päätöspuiden (joita suunhoitoon painottuvan lähihoitajatutkinnon suorittaneet hammashoitajat hyödyntävät), kliinisten vastuualueiden ja asiakassegmentoinnin avulla, potilasturvallisuus huomioiden.

Suomen Kuntaliitto toteaa, että muutos edellyttää uusien sairaanhoitajien tehtävien perustamista ja rekrytointia kesken budjettivuoden tilanteessa, jossa sairaanhoitajista on pulaa koko maassa. Samalla hoitotakuun tiukentaminen edellyttää toimintaprosessien ja vastaanotoilla työskentelevien lähihoitajien tehtäväkuvien päivittämistä. Henkilöstöresurssien allokoinnin ja henkilöstömäärän todellisen tarpeen selville saamiseksi hyvinvointialueet tarvitsevat riittävästi aikaa hoitotakuun hallittuun toimeenpanoon.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto katsoo olevan perusteltua, että kaikessa perusterveydenhuollossa arvioita voisivat tehdä myös jatkossa jo tällä hetkellä hoidon tarpeen arviointia pitkään tehneet ja siihen koulutetut nimikesuojatut ammattihenkilöt, esimerkiksi lähihoitajat. Se pitää myös ongelmallisena, että resursseihin liittyvistä syistä johtuen suun terveydenhuollossa hoidon tarpeen arvioinnin voi tehdä nimikesuojattu ammattihenkilö, mutta muussa perusterveyden-huollossa ei.

Tehy ry ehdottaa siirtymäajan käyttöönottoa (vrt. ensihoitoasetus 11 § 5 momentti) nimekesuoja-tuille lähi- ja perushoitajille osaamisen täydentämiseksi vastaamaan laillistetun ammattihenkilön osaamista niille, jotka työskentelevät tällä hetkellä hoidon tarpeen arvioinnissa ja haluavat myös tulevaisuudessa jatkaa kyseisissä tehtävissä.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoidon tarpeen arviointi on erittäin vaativa tehtävä yhteydenottojen syiden kattaessa kaiken ikäisten ihmisten ongelmat laidasta laitaan, ja 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. 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. Hoidon tarpeen arviointi muuttuu vaativammaksi, minkä takia arvion tekevän henkilön osaamistasolle on perusteltua asettaa tiukemmat vaatimukset. Käytännössä terveyskeskusten avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan tehtävien vaativuus on jo johtanut siihen, että lähi- ja perushoitajien osuus on vähentynyt ja vastaavasti sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien osuus on lisääntynyt (vuonna 2019 perus- ja lähihoitajien osuus oli 9 % ja sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien osuus oli 47 % kaikista terveysaseman työntekijöistä).

Suun terveydenhuollossa hoidon tarpeen arviointi koskee avosairaanhoitoa suppeampaa osa-aluetta asiakkaan ongelmista, ja on siten lähihoitajan pohjakoulutuksella hyvin haltuun otettavissa oleva tehtävä. Lisäksi suun terveydenhuollossa hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä ilman vastaanottokäyntiä ratkaistavissa olevien ongelmien kirjo on hyvin rajallinen. Näin ollen sosiaali- ja terveysministeriö katsoo olevan perusteltua, että vaatimus hoidon tarpeen arvion tekevän ammattihenkilön koulutuksesta suun terveydenhuollossa poikkeaa avosairaanhoidosta.

Sosiaali- ja terveysministeriö katsoo, että on kuitenkin kohtuullista, että sääntelyyn liittyy siirtymäaika, joka mahdollistaa järjestäjiä organisoimasta toimintaansa uudella tavalla ja lähi- ja perushoitajien hakeutumisen organisaation sisällä muihin tehtäviin tai halutessaan kouluttautumaan laillistetuiksi terveydenhuollon ammattihenkilöiksi. Siirtymäaika voisi täten olla 4 vuotta.

Voimaantulosäännökseen voitaisiin lisätä esimerkiksi täten muotoiltu siirtymäsäännös:

> *Nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka tämän lain 51 §:n voimaan tullessa toimivat mainitun pykälän voimaan tullessa voimassa olleen 51 §:n 1 momentin*

mukaisessa tehtävässä, saavat hoitaa perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa tämän lain 51 §:n 1 momentissa tarkoitettua tehtävää 31 päivään elokuuta 2027 saakka, jos heillä on tehtävään riittävä osaaminen ja kokemus.

Selkeämpi, lakiteknisesti hieman epätarkempi säännös olisi esimerkiksi:

Nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka tämän lain 51 §:n voimaan tullessa tekevät perusterveydenhuollon sairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointia, saavat hoitaa tämän lain 51 §:n 1 momentissa tarkoitettua tehtävää 31 päivään elokuuta 2027 saakka, jos heillä on tehtävään riittävä osaaminen ja kokemus.

51 a §

1 momentti

Suomen yleislääkärit GPF ry pitää muotoilua ”jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan.” lääketieteellisiltä perusteluiltaan ongelmallinen ja ehdottaa määritelmän ”pitkäaikaissairauden vaikeutuminen” korvattavaksi muodolla ”pitkäaikaissairauden merkittävä vaikeutuminen”, ja ”uusien oireiden esilletulo” korvattavaksi muotoilulla ”uusien merkittävien oireiden esilletulo”.

Sosiaali- ja terveysministeriö katsoo, että merkittävä-sanan lisääminen voi johtaa siihen, että pahenemisvaiheisiin ei puututa ennen kuin tilanne akutisoituu. Kiireettömässä hoidossa on tarkoitus estää tilanteen pahentuminen. Hoidon tarpeen arvioinnissa arvioidaan potilaan pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai uusien oireiden merkittävyyttä ja lievemmissä tilanteissa pystytään monissa tapauksissa myös ratkaisemaan potilaan ongelma. Sosiaali- ja terveysministeriö ei näe olevan tarpeen muuttaa 51 a §:n 1 momentin sanamuotoja lausuntojen perusteella.

Sivistysvaliokunta toteaa, että valiokunnan asiantuntijakuulemisen yhteydessä on tullut esille, että käsite ”hoitotapahtuma” (mm. ehdotettu terveydenhuoltolain 51 a § ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a §) ei ole aivan yksiselitteinen, joten epäselvyyttä saattaa aiheutua siitä, millä toimenpiteillä edellä mainitun käsitteen sisältävien lainkohtien velvollisuudet tulevat täytetyiksi. Valiokunta pitää oikeusvarmuuden turvaamisen kannalta tarpeellisena, että edellä todettu käsite ”hoitotapahtuma” määritellään selkeästi siten, että säädökset ovat mainitun käsitteen kannalta selkeät ja yhdenmukaisesti tulkittavat.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toteaa, että määrittelyä asiakkaan hoitotapahtumasta on tarkennettu, joka selkiyttää riittävän hoitoon pääsyn määritelmää moniammatillisissa hoitomalleissa, joissa hoidon ajatellaan käynnistyvän heti potilaan yhteydenoton jälkeen, kun potilaan tilannetta aletaan selvittää ja hoitoa suunnitella. On hyvä, että pelkästään terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskenään tekemä hoitoprosessin käynnistäminen ei täyttäisi momentissa tarkoitettua velvoitetta hoitoon pääsystä.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto esittää harkittavaksi, voisiko 1 momentin kirjoittaa yksinkertaisemmin niin, että kyse on lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun kiireettömän hoidon ensimmäisestä hoitotapahtumasta. Pykälän otsikossa on jo todettu, että kyse on perusterveydenhuollosta, ja termi hoito kuvaa riittävästi, mistä on kyse.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että hoitotapahtuman käsitettä on haastavaa lain tasolla määritellä tarkasti. Hallituksen esityksessä (s. 116) asiaa kuvataan seuraavasti: ” Momentissa tarkoitetulla hoitotapahtumalla tarkoitettaisiin hoitoon liittyviä erilaisia tapahtumia, esimerkiksi tutkimustoimenpiteitä, taudinmääritystä, hoitoa taikka tutkimus-, hoito- tai kuntoutussuunnitelman laatimista. Hoito koostuu terveysongelmasta riippuen yhdestä tai useammasta hoitotapahtumasta. Jos 51 §:n mukaisen arvion yhteydessä potilas on lähetetty laboratoriotutkimuksiin, riittävää ei olisi, että näytteenotto toteutuu seitsemässä vuorokaudessa. Potilasta tulee alkaa hoitaa hänen oirekuvansa mukaan ja suunnitella hoitoa määräajassa, vaikka joissain tilanteissa tutkimukset jatkuvat hoidon toteuttamisen rinnalla. Samoin hoidon tulee alkaa määräajassa oireiden tai työdiagnoosin perusteella, vaikka nimenomaista taudinmääritystä ei ole vielä tehty.

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

Kuten edellä on todettu, hoitotapahtuman käsitteessä keskeistä on, että siinä tosiasiallisesti toteutetaan hoitoa. Tilanteet ovat niin moninaiset, että edellä kuvattua perustelukirjausta tarkempi määrittely ei ole ministeriön mielestä tarkoituksenmukaisella tavalla mahdollista.

Pyrkimys yksinkertaistaa sääntelyn sanamuotoja on sinänsä hyvä asia, mutta pitää perusteltuna itse pykälätekstissä viitata, että kyse on nimenomaan perusterveydenhuollosta. Ministeriö ei esitä pykälän sanamuotoa muutettavaksi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston lausunnossa esitetyn mukaisesti.

Pykälän 1 momentin mukaan hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Tehy ry kysyy, sulkeeko tämä kirjaus nimekesuojatut ammattihenkilöt (lähi- ja perushoitajat) hoidontarpeen arvion lisäksi myös hoitotehtävistä. Mielenterveyden keskusliitto ry katsoo, että 51 a §:n rajausta hoidon antajasta tulisi tarkastella uudestaan siten, että selvitettäisiin, voisivatko myös nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt antaa säännöksessä tarkoitettua hoitoa. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto katsoo perustelluksi, että myös nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö voisi toimia hoidon antajana ensimmäisessä hoitotapahtumassa, jos hän täyttää muuten hoidon antamisen edellytykset.

Lapin hyvinvointialue toteaa, että perusterveydenhuollossa toimii myös laillistettuja sosiaalihuollon ammattihenkilöitä, esimerkiksi sosiaalityöntekijöitä, sosionomeja ja kuntoutuksen ohjaajia sekä nimikesuojattuja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä, joiden antama palvelu on terveydenhuollon palvelua. Esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepalveluissa tarkoituksenmukainen ensimmäinen kontakti yksilöllisen hoidon tarpeen arvioinnin perusteella voi olla potilaan hyvin entuudestaan tunteva sosiaalihuollon ammattihenkilö. Esitetty sääntely jättää epäselväksi hoitotakuun tulkinnan silloin, kun potilaan tarpeeseen vastataan sosiaalihuollon ammattihenkilön antamalla palvelulla.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että 1 momentin säännöksen tarkoitus on se, että potilaat ohjataan riittävän pätevyyden omaavalle ammattihenkilölle ensimmäisessä hoitotapahtumassa. Tässä vaiheessa hoitoketjua potilaalle siis on tullut esiin esimerkiksi jokin oire tai vamma, ja tämän oireen tai vamman tutkimiseksi, taudinmääritykseksi, tai tutkimus-, hoito- tai kuntoutussuunnitelman

laatimiseksi tai asianmukaisen ja laadukkaan hoidon aloittamiseksi potilaat ohjataan laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön hoitoon. Mainittu 1 momentin säännös ei 3 momentin mukaisesti koske siis hoito-tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, eli potilaan jatkohoidossa luonnollisesti voi olla tilanteita, joissa hoidon antaja on esimerkiksi lähihoitaja. Säännöksen tarkoituksena ei siis ole estää nimikesuojattuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä osallistumasta potilaiden hoitoon. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 23 a §:n mukaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö voi koulutuksensa, kokemuksensa ja tehtäväkuvansa mukaisesti aloittaa hoidon potilaan oireiden ja käytettävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella. Rajaus ei luonnollisesti estä sitä, että moniammatillisessa hoitomallissa on mukana nimikesuojattuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä ensimmäisestä hoitotapahtumasta lähtien.

Lapin hyvinvointialueen esittämään tilanteeseen ministeriö toteaa, että terveydenhuoltoa annettaessa ei ole asianmukaista, että potilaan ensimmäisessä hoitotapahtumassa terveydenhuollon antaja on yksin sosiaalihuollon ammattihenkilö, ks. edellä todettu ja edellä mainittu 23 a §. Lisäksi, kun sosiaalihuollon ammattihenkilö antaa terveydenhuollon palvelua, työnantajan tehtävä on varmistaa, että henkilöllä on riittävä koulutus ja osaaminen kyseisen hoidon toteuttamiseen.

Ministeriö ei esitä säännökseen muutoksia lausuntojen perusteella.

Tehy ry katsoo, että hoitotyön johtamisen roolia on vahvistettava pykäläkirjauksella.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että hoitotyön laadukas johtaminen on tärkeä asia. Asiasta säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa, jonka 8 §:n 3 momentin mukaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa on oltava monialaista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaiden ja turvallisten palvelujen kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintakäytäntöjen kehittämistä. Ministeriön käsityksen mukaan tämän lakihankkeen yhteydessä ei ole tarkoituksenmukaista säätää johtamisestä tarkemmin.

Suomen yleislääkärit GPF ry ehdottaa ”pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä” muutettavaksi muotoon ”potilaalle on järjestettävä suora kontakti lääkäriin”, joka antaa enemmän liikkumavaraa lääketieteellisen hoidon järjestämisen tarkoituksenmukaisuuden näkökulmasta.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että pykälän perusteluissa on käsitelty Suomen yleislääkärit GPF ry:n esiin nostamaa asiaa. Hallituksen esityksessä todetaan (s. 116), että ” Hoito voidaan toteuttaa eri tavoin, eli käytännössä vastaanotolla, puhelimitse, muuten etäyhteydellä tai kotikäynnillä. Hoidon antamisen tavasta sovitaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.” Lisäksi 3 momentin perusteluissa todetaan (s. 119), että ” momentissa käytetty sana ”vastaanotto” kattaa hoidon antamisen erilaiset tavat edellä 1 momentin perusteluissa kuvatulla tavalla.” Ministeriö pitää perusteluna pidättäytyä pykälässä olevassa vastaanottoon liittyvässä sanamuodossa, koska se ohjaa tulkintaa tarkoittamaan sellaista tapahtumaa, jossa potilasta tutkitaan tai hoidetaan, eikä kyse ole vain mistä tahansa kontaktista. Ministeriön käsityksen mukaan pykälän perustelut ohjaavat tulkintaa tarpeeksi siihen, ettei pykälää tulkita esimerkiksi siten, että ainoastaan läsnävastaanotto täyttäisi lain velvoitteet.

Suomen yleislääkärit GPF ry katsoo, että kolmen viikon hoitotakuu olisi ollut riittävä ja silloin se olisi voinut kattaa kaiken hoidontarpeen.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että seitsemän päivän hoitotakuu on hallitusohjelmaan perustuva linjaus eikä esitä hoitoon pääsyn enimmäisaikaan muutoksia hallituksen esityksessä esitettyyn nähden.

2 momentti

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin, että jos potilas on 51 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja ammattihenkilö toteaa, että potilas tarvitsee 1 momentissa tarkoitetun terveysongelman hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana.

Mielenterveyden keskusliitto ry katsoo, että säännöksessä oikeus koskee vain lääkärin tekemiä tutkimuksia ja antamaa hoitoa, mutta säännös olisi syytä laajentaa koskemaan laajemminkin eri ammattiryhmiä. Mielenterveyspalveluissa tämä voisi tarkoittaa esimerkiksi potilaan oikeutta päästä psykologin vastaanotolle, jos potilaalla on tarve juuri tämän tarjoamalle hoidolle tai tutkimukselle.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että sen käsityksen mukaan saataville ei ole tarpeeksi psykologeja tai muitakaan kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä, jotta lakisääteisesti voitaisiin taata 14 vuorokaudessa 51 §:n mukaisesta arviosta pääsy esimerkiksi psykologille. Selvyyden vuoksi ministeriö toteaa, että jos hyvinvointialue on järjestänyt toimintansa siten, että se tarjoaa esimerkiksi psykologin suoravastaanottoaikoja, koskee tällaista toimintaa 1 momentin säännös 7 vuorokauden hoitoon pääsystä

3 momentti

Pykälän 3 momentissa säädettäisiin palveluista, joita 7 vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika ei koske.

Suomen Lääkäriliitto ry pitää rajauksia tarkoituksenmukaisina ja riittävän selkeästi määriteltyinä. Hyvinvointiala HALI ry katsoo, että avosairaanhoidon käyntien osalta hoitotakuu tulisi ulottaa kattamaan kaikki sairaanhoidolliset käynnit, jotta tavoiteltu lopputulos toteutuisi.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, ettei sen mielestä seitsemän vuorokauden hoitotakuun ulottaminen kaikkiin avosairaanhoidon käynteihin ole resurssisyistä mahdollista eikä edes tarkoituksenmukaista.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto toteaa, että pykälissä on käytetty termiä määräaika (esim. ehdotettu terveydenhuoltolain 51 a §:n 3 mom.) tai enimmäisaika (51 c §:n 2 mom.) sekaisin. Ehdotetussa terveydenhuoltolain 54 §:n 1 momentissa käytetään enimmäis- ja 2 momentissa määräaikaa. Virasto katsoo, että esityksessä ja ehdotetuissa pykälissä tulisi käyttää termiä enimmäisaika ja esityksen ja pykälien kieliasua tulisi korjata vastaavasti.

Sosiaali- ja terveysministeriö pitää Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston huomiota oleellisena ja ehdottaa 3 momentin (ja 54 §:n 2 momentin ja 55 §:n 1 momentin) sanamuotoa korjattavaksi esitetyllä tavalla:

> ” Edellä 1 ja 2 momentissa säädetyt *enimmäis*ajat eivät koske hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, käyntejä perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanotolla eikä hoitotapahtumia, jotka tehdään yksinomaan 22 §:ssä tarkoitetun tai muuten terveydenhuollossa laadittavan todistuksen tai lausunnon saamiseksi.”

Muutos tulisi tehdä sekä 1. että 2. lakiehdotukseen (laki terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä laki terveydenhuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta).

4 momentti

Pykälän 4 momentin mukaan muiden kuin 1 ja 2 momentissa tarkoitettujen perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon, kuntoutuksen sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävien palveluiden ensimmäinen hoito- tai kuntoutustapahtuma on järjestettävä potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa 51 §:n mukaisesta arviosta taikka hänelle tehdyn hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti.

Suomen Lääkäriliitto ry pitää kolmen kuukauden enimmäisaikaa kohtuuttoman pitkänä ja ehdottaa sen lyhentämistä kahteen kuukauteen.

Mielenterveyden keskusliitto ry katsoo (erityisesti mielenterveyspalveluihin viitaten), että kaksijakoinen systematiikka johtaa siihen, että mikäli jotain palvelua ei ole käytännössä mahdollista tuoda seitsemän päivän hoitotakuun piirin, se sijoittuu tästä syystä kolmen kuukauden hoitotakuun kategoriaan siitä huolimatta, että tuota palvelua olisi kuitenkin terveyspoliittisesti, työllisyyspoliittisesti sekä kansantaloudellisesti erittäin perusteltua tarjota tätä nopeammassa ajassa.

Sosiaali- ja terveysministeriö korostaa niin itse pykälätekstissä kuin perusteluissa esiin tuotua seikkaa, eli pykälässä olevan kolmen kuukauden enimmäisaika ei tarkoita sitä, että kolmen kuukauden hoitoon pääsy automaattisesti täyttäisi 4 momentin velvoitteet, vaan aikaa, jolloin palvelu annetaan, tulee suhteuttaa palveluiden tarpeeseen.

Asiaa on käsitelty hallituksen esityksen s. 121-122. Esityksessä muun muassa todetaan: ” Ilmaisu ”järjestettävä potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden sisällä 51 §:n mukaisesta arviosta” ei ole tarkoitettu 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. […] 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… […] kuntoutus pitää aloittaa nopeammin kuin kolmessa kuukaudessa niissä tilanteissa, joissa kuntouksen merkitys on suuri työ- ja toimintakyvyn säilyttämiseksi ja edistämiseksi, esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöissä tai lasten puheen ja kielen kehityksen häiriöissä.”

Hoitoon pääsyn sääntelyn suhdetta mielenterveyspalveluiden hoitokokonaisuuteen on selostettu myös sosiaali- ja terveysministeriön lausunnossa 10.6.2022. Lausunnossa todetaan, että hoitotakuusääntely koskee hoitoon pääsyä yleisesti. Olisi poikkeuksellinen sääntelytapa säätää tietyn hoitomuodon hoitoon pääsystä erikseen. Tällainen erillistakuu voisi nostaa esiin toiveen säätää myös

muunlaisille terveysongelmille ja hoitomuodoille yksityiskohtaisempia näiden hoitomuotojen alkamisen enimmäisaikoja. Käytännössä kuitenkin tällainen sääntelytapa olisi mahdotonta toteuttaa.

Eduskunnan apulaisoikeusasiamies katsoo, että pykälää on tarpeen vielä täsmentää sen selkeyttämiseksi, mikä määräaika koskee mitäkin terveyspalvelua. Apulaisoikeusasiamies viittaa erityisesti 51 a §:n 4 momenttiin, jonka perusteluiden mukaan momentissa säädettäisiin määräajasta antaa palvelut, joita ei koske seitsemän vuorokauden määräaika. Tällaisia palveluita olisivat keskeisesti 3 momentissa seitsemän vuorokauden määräajan ulkopuolelle rajatut palvelut sekä terveydenhuoltolain 13 §:ssä tarkoitetut palvelut (terveysneuvonta ja terveystarkastukset). Perusteluissa esitetyn tulisi näkyä lakitekstistä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toteaa, että hallituksen esityksessä tarkoitetun, hoitotakuun piiriin kuuluvan kiireettömän hoidon määrittely on tarkentunut. Tästä huolimatta lain voimaantulon jälkeen voi tulla tilanteita, jossa asiakkaan oikeutta hoitotakuun mukaiseen kiireettömään hoitoon joudutaan tulkitsemaan ilman, että laki tulee antamaan siihen tarkkaa vastausta.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että se ei pidä tarkoituksenmukaisena tai oikeastaan edes mahdollisena luetella kaikkia terveydenhuollon palveluita, joita koskee 3 kuukauden määräaika, pykälässä itsessään. Käytännössä tällaisessa sääntelymallissa kukin palvelu tulisi jaotella joko 7 vuorokauden tai 3 kuukauden kategoriaan. Tällaiseen sääntelytapaan lähdettäessä riskinä on, että jokin palvelu jää mainitsematta tai aikaa myöten esiintyy mahdollisimman tarkasta sääntelytavasta huolimatta tilanteita, joihin pykälä ei suoraan vastaa. Tällaisesta sääntelystä voisi myös syntyä virhetulkintoja sen suhteen, että jos jotain palvelua ei pykälässä mainita, on se merkki siitä, ettei palvelu kuulu järjestämisvastuun piiriin. Terveydenhuoltolain sääntelytapa on verrattain yleinen eikä palvelut ole jaoteltavissa vain esimerkiksi pykäläviittausten kautta (esimerkiksi 24 §:n mukaisessa sairaanhoidossa osa palveluista on 7 vuorokauden piirissä, osa ei). Lisäksi esimerkiksi raskauden keskeytyksistä ei säädetä terveydenhuoltolaissa vaan omassa laissaan. Ministeriö pitää erinäisten hankalien tulkintatilanteiden esiintuloa tällaisessa sääntelytavassa hyvin todennäköisenä.

Ministeriö tiedostaa, että lainsäädäntöä toimeenpannessa on hyvin todennäköistä, perusteluissa esitetyistä selvennyksistä huolimatta, että esiin tulee tulkintatilanteita ja tarve ohjaukselle. Tilanne ei sinänsä ole harvinainen uutta lainsäädäntöä toimeenpannessa.

Muita 51 a §:ään liittyviä kommentteja

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto toteaa, että esityksen 51 a §:ssä ei ole vastaavaa säännöstä kuin 51 b §:n 4 momentissa, jonka mukaan (suun terveydenhuollon) hoitojakso tulee saattaa valmiiksi kohtuullisessa ajassa ilman tarpeetonta viivytystä hoitokäyntien välillä. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hammaslääketieteellinen perustelu hoidon jaksottamiselle. 51 a §:n perusteluissa (s. 122) puhutaan hoidon rytmittämisestä ja siitä, ettei se, että palvelu voidaan järjestää hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti, oikeuta rytmittämään hoitokäyntejä hyvän hoitokäytännön vastaisesti (s. 122). Tarkoittaako rytmittäminen samaa kuin jaksottaminen, ja jos tarkoittaa, tulisiko asiasta säätää 51 a §:ssä?

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että jaksottamisella tarkoitetaan samaa asiaa kuin rytmittämisellä. Velvoite laadukkaaseen hoitoon tulee niin suun terveydenhuollossa kuin muussa terveydenhuollossa muusta lainsäädännöstä, joten siinä mielessä erillinen säännös asiasta ei ole välttämätön. 51 b §:n 4 momentissa ehdotetaan asiasta nimenomainen säännös suun terveydenhuollossa esiintyneiden ongelmien takia. Ministeriö ei ehdota vastaavaa säännöstä lisättäväksi 51 a §:ään.

Suomen yleislääkärit GPF ry katsoo, ettei ole tarkoituksenmukaista, että 51 a §:n mukaisessa potilasryhmässä vaadittaisiin erityisesti yleislääketieteen erikoislääkärin suoraa hoitovastuuta vaan tärkeintä on hoidossa saavuttaa kokeneen erikoislääkärin osaamista vastaava taso, joka tyypillisesti järjestyy asianmukaisella ohjaus- ja konsultointijärjestelyllä.

HALI ry katsoo, että yleislääketieteen erikoislääkäreiden määrä ei todennäköisesti riitä, mikäli heidät sisällytetään erikoisalana seitsemän päivän hoitotakuuseen. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue katsoo, että huomattava on myös se, että kiristyvän hoitotakuun piiriin sisällytetään yleislääketieteen erikoislääkäreiden palvelut, joten tähän tulee reagoida lisäämällä tavoitteellisesti yleislääketieteen erikoislääkäreiden määrää.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että kyseisessä 51 a §:n 1 momentissa puhutaan hoidon kuulumisesta yleislääketieteen alaan. Lain perusteluiden mukaan yleislääketieteen alaan kuuluvassa hoidossa vastaanotolle tulevan potilaan ongelma voi olla mikä tahansa, eivätkä potilaat valikoidu iän, sukupuolen tai sairauden mukaan. Kyse voi olla valikoitumattomien potilaiden ensimmäisestä kontaktista terveydenhuoltojärjestelmään. Yleislääketieteen alaan kuuluvilla sairauksilla tarkoitetaan väestöllä yleisesti esiintyviä, usein pitkään kestäviä ja toiminta- tai työkykyyn vaikuttavia sairauksia, jotka edellyttävät pidempiaikaista lääkkeetöntä tai lääkkeellistä hoitoa, omahoitoa ja ammattihenkilön toteuttamaa seurantaa tai ohjattua harjoittelua ja joiden toteuttaminen on mahdollista perustason terveydenhuollossa tehokkaasti ja turvallisesti. Näitä toteuttavat muiden ammattiryhmien ohella erityisesti yleislääketieteen erikoislääkärit sekä muut lääkärit, joiden toimenkuvaan kuuluu laaja-alainen näkemys ja kokemus perusterveydenhuollosta. Koska lakiehdotus ei edellytä erityisesti vain yleislääketieteen erikoislääkärin suoraa hoitovastuuta, sosiaali- ja terveysministeriö ei ehdota muutoksia hallituksen esitykseen nähden tältä osin.

Vastineen henkilöstön riittävyys- jaksossa on käsitelty yleislääketieteen erikoislääkärien koulutustilannetta. Jaksossa tuodaan esiin, että yleislääketiede on hyvin suosittu ja suurin lääkärien erikoistumisala, vuonna 2021 Suomessa oli ainakin 1 500 alalle erikoistuvaa.

SOSTE ry katsoo, että hoitoprosessin laadun ja vaikuttavuuden varmistamiseksi on tärkeää, että kuntoutus nivoutuu kiinteäksi osaksi hoitopolkua ja että kuntoutus alkaa riittävän ripeästi ja oikea-aikaisesti. SOSTE suosittaa selvittämään mahdollisuutta liittää hoitotakuuseen erillinen kuntoutusta koskevan takuu, joka nopeuttaisi ja parantaisi kuntoutukseen pääsyä.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että edellä vastineessa on lainattu hallituksen esityksen perusteluiden kirjauksia, jotka korostavat oikea-aikaisen kuntoutuksen merkitystä. Ministeriö ei pidä tarkoituksenmukaisena kehittää lainsäädäntöä siihen suuntaan, että erilaisille palveluille laajemmin säädetään hoidon antamisen enimmäisaikoja. Jonkin kuntoutuspalvelun määräajan sitominen 51 §:än mukaiseen arvioon ei ole tarkoituksenmukaista, koska tällainen sääntelytapa ei ota huomioon sitä, että tiettyä terveysongelmaa on voitu hoitaa terveydenhuollossa jo pidemmän aikaa erilaisin tavoin, ennen kuin päädytään kuntoutuksen antamisen tarpeellisuuteen. Kuntoutuspalveluita on monenlaisia, eikä kaikenlaisiin palveluihin sovellu samat määräajat; monista eri määräajoista säätäminen tekisi kokonaisuuden vaikeaksi hahmottaa ja hallita. Ministeriö on käsitellyt asiaa myös edellä osin lainatussa 10.6.2022 päivätyssä lausunnossaan. Ministeriön käsityksen mukaan keskeisempää on terveydenhuollon käytännön toiminnan tukeminen ja kehittäminen esimerkiksi hoidon jatkuvuuden huomioon ottavaan suuntaan yleisemmällä tasolla.

51 b §

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto esittää harkittavaksi, että 1 momentti kirjoitettaisiin yhtenäisyyden vuoksi samalla tavalla kuin 51 a §:n 1 momentti eli kyse on hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun kiireettömän hoidon ensimmäisestä hoitotapahtumasta.

Sosiaali- ja terveysministeriö pitää Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston huomiota oleellisena ja ehdottaa 1 momentin (ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 b §:n 1 momentin) sanamuotoa korjattavaksi hieman muokaten:

> ”Poiketen siitä, mitä 51 a §:ssä säädetään, 51 §:ssä tarkoitetussa arviossa, joka koskee perusterveydenhuoltoon kuuluvaa suun terveydenhuoltoa, hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi *todettu tutkimus tai tarpeelliseksi todetun hoidon ensimmäinen hoitotapahtuma* on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun 51 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty.”
>
> Muutos tulisi tehdä sekä 1. että 2. lakiehdotukseen (laki terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä laki terveydenhuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta).

Hyvinvointiala HALI ry katsoo, että hoitotakuu pitää suun terveydenhuollossa lyhentää yhteen kuukauteen.

Sosiaali- ja terveysministeriö ei pidä HALI ry:n ehdotusta resurssisyistä mahdollisena.

Satakunnan hyvinvointialue katsoo, että hammaslääkärin vastaanottoajan saaminen neljässä viikossa, kun muu terveydenhuollon ammattilainen toteaa hammaslääkärin hoidon tarvetta, on liian lyhyt aika nykyisillä henkilöstöresursseilla. Samoin erikoishammaslääkärin vastaanotolle ajan saaminen neljässä viikossa on liian lyhyt aika. Erikoishammaslääkäreistä on kova pula koko Suomessa. Satakunnassa myös yksityissektorilla on pulaa erikoishammaslääkäreistä eräillä aloilla. Palvelusetelillä palveluja tarjoavia yksityisiä on myös vähän Satakunnassa, tällä hetkellä vain Porissa neljä yrittäjää. Myös Etelä-Karjalan hyvinvointialue katsoo, että 51 b § 3 momentin vaatimus hoitoon pääsystä perusterveydenhuollon erikoishammaslääkärille 3 kuukaudessa on mahdoton toteuttaa, koska valtakunnallisesti on pulaa erikoishammaslääkäreistä.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto toteaa, ettei pykälästä ilmene, mihin 2 momentissa säädetty neljän viikon enimmäisaika perustuu. Aika vaikuttaa sen mielestä mielivaltaiselta.

Eduskunnan apulaisoikeusasiamies toteaa, että 2 momentin ehdotus vaihtoehtoisista määräajoista johtanee alueellisiin vaihteluihin ja sillä olisi merkitystä potilaiden oikeuteen saada suun perusterveydenhuollon palveluita alueellisesti yhdenvertaisesti.

Sosiaali- ja terveysministeriö katsoo, että kolmen kuukauden tutkimukseen tai hoitoon pääsyn enimmäisajan lisäksi on tarpeen säätä enimmäisajasta hammaslääkärin vastaanotolle pääsyyn niissä tapauksissa, kun asiakas on ensin ohjattu muulle terveydenhuollon ammattihenkilölle. Ilman tällaista enimmäisaikaa olisi riski siihen, että asiakas ohjattaisiin ensin muulle terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille, vaikka hammaslääkärin tutkimuksen tai hoidon tarve olisi hoidon tarpeen arvion perusteella ilmeinen. Hammaslääkärien ajanvarauskirjoissa on joka tapauksessa oltava kolmea kuukautta aiemmin vapaita aikoja niille asiakkaille, joiden hoito on kiireellistä tai puolikiireellistä. Samaan tapaan ajanvarauskirjoja voidaan hallita siten, että vapaita aikoja hammaslääkärille on laissa esitetyn neljän viikon kuluessa.

Neljän viikon enimmäisaika on valittu sillä perusteella, että se on virkamiesarvion mukaan asiakkaan kannalta kohtuullinen aika odottaa hammaslääkärin kiireetöntä vastaanottoaikaa suun terveydenhuollon muun ammattihenkilön vastaanoton jälkeen. Neljä viikkoa on arvion mukaan myös kohtuullinen aika sille, että hammaslääkärin ajanvarauskirjassa on vapaita aikoja näitä asiakkaita varten. Sosiaali- ja terveysministeriön näkemyksen mukaan se, että asiakas voi saada ajan joko hammaslääkärille kolmen kuukauden kuluessa tai ensin ajan muulle suun terveydenhuollon ammattilaiselle kolmen kuukauden kuluessa ja tarvittaessa tästä neljän viikon kuluessa ajan hammaslääkärille, ei aseta asiakkaita eriarvoiseen asemaan. Jos lain mukaan ei olisi mahdollista antaa hammaslääkäriaikaa vasta neljän viikon päähän muun ammattilaisen käynnistä, olisi riskinä, ettei esimerkiksi suuhygienistien kapasiteettia hyödynnettäisi täysimääräisesti, vaan ensimmäinen aika hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen annettaisiin aina varmuuden vuoksi hammaslääkärille. Virkamiesnäkemyksen mukaan palveluntuottajilla ei myöskään ole kannusteita antaa asiakkaalle turhaa aikaa hammashoitajalle tai suuhygienistille, vaan hoidon tarpeen arvion jälkeen aika annetaan kyseisille ammattilaisille, jos katsotaan asiakkaan tarvitsevan heidän palvelujaan. Näin ollen jo tällä ensimmäisellä vastaanotolla voidaan tehdä asiakkaan hoitoa eteenpäin vieviä toimenpiteitä, vaikka tarve hammaslääkärikäynnille olisi myöhemmin.

Useissa terveyskeskuksissa on myös kehitetty malleja, joissa asiakas saa jo ensimmäisellä vastaanottokäynnillään tarvitsemansa suun terveydenhuollon eri ammattilaisten palvelut. Näitä malleja on kehitetty muun muassa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeissa, ja niitä voidaan soveltaen levittää koko maahan. Henkilöstön saatavuuden osalta viitataan tämän vastineen kappaleeseen ”Henkilöstön riittävyys”. Erikoishammaslääkäripalvelujen järjestäminen keskitetysti aiempaa suuremmilla alueilla tukee palvelujen saatavuutta. Useilla alueilla onkin perustettu tai ollaan perustamassa perusterveydenhuollon tasoisia suun erikoishoidon yksiköitä, joiden nähdään olevan houkuttelevia työpaikkoja niin kouluttajille kuin erikoistuville hammaslääkäreille.

Edellä kuvatun perusteella sosiaali- ja terveysministeriö katsoo, ettei laissa esitettyihin neljän viikon enimmäisaikaan hammaslääkärin ja kolmen kuukauden enimmäisaikaan erikoishammaslääkärin vastaanotolle ole syytä tehdä muutoksia.

51 c §

Esityksen mukaan perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavan erikoissairaanhoidon säännökset vastaisivat sisällöltään nykyistä lainsäädäntöä. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto toivoo pykälään tarkempia perusteluja viitaten tulkintaongelmiin ja katsoo, että perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettava erikoissairaanhoito tulisi määrittää terveydenhuoltolaissa, tai ainakin sen sisältö tulisi avata esityksessä aiempaa tarkemmin. Tämä helpottaisi myös valvontaviranomaisen työtä.

Lääkäriliitto pitää kolmen kuukauden, saati kuuden kuukauden hoitoon pääsyn aikaa kohtuuttomana ja esittää ajan lyhentämistä kahteen kuukauteen.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että 51 c §:n tarkoitus on vain lakiteknisesti erottaa nyt osana 51 §:ää oleva sääntely omaan pykäläänsä, eikä tässä lakihankkeessa ole tarkoitus arvioida perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavan erikoissairaanhoidon tai muutenkaan erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn sääntelyn kehittämistarpeita.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto esittää, että pykälässä käytettäisiin vakiintunutta termiä ”perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettava erikoissairaanhoito” termin ”perusterveydenhuollon yhteydessä annettava erikoissairaanhoito” sijaan.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että molemmat sanamuodot ovat mahdollisia. Koska ”toteutettava” on vakiintunut muotoilu, eikä sanamuodon muutoksella ole tarkoitettu muutettavan oikeustilaa, ministeriö ehdottaa sanamuodoksi ”toteutettavaa”.

51 c §

Pääsy perusterveydenhuollon yhteydessä *toteutettavaan* erikoissairaanhoitoon

Perusterveydenhuollon yhteydessä *toteutettavan* erikoissairaanhoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä perusterveydenhuollon yhteydessä *toteutettavassa* erikoissairaanhoidossa potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Enimmäisaika saadaan ylittää enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä tai hammaslääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

54 §

Suomen yleislääkärit GPF ry katsoo, että perusterveydenhuollon resurssivajeen korvaaminen palvelusetelijärjestelyllä hoitotakuun toteuttamiseksi ei todennäköisesti tuota lain hengen mukaista lopputulosta, koska palvelusetelijärjestelyillä käytännössä useimmiten ostetaan kertaluonteisia käyntejä yksityissektorilta ja tuolloin käytännössä hoidon toteutus on rinnastettavissa yhteispäivystysten yleislääkärivastaanottoon, joissa ei niin ikään ole mahdollista pitempiaikaisen hoidon suunnitteluun, jonka ongelmatiikkaan myös tässä lakiehdotuksessa on kiinnitetty huomiota. Yksityissektorilla palvelusetelijärjestelyllä myös moniammatillisen hoidon toteutuminen on rakenteellisista eroista johtuen haasteellista.

Hyvinvointiala HALI ry katsoo, että lakiesityksen keskeinen ongelma liittyy siihen, että jatkossakaan todellista velvoittavuutta järjestäjälle huolehtia palvelun saatavuudesta seitsemän päivän sisään ei ole. Teoriassa velvoittavuus syntyy vanhasta terveydenhuoltolaista siirretystä pykälästä (54 §). Mikään ei kuitenkaan käytännössä velvoita järjestäjää toimimaan näin, elleivät valvovat viranomaiset aktiivisesti puutu asiaan. HALI ry:n mukaan asiakkaalle pitää luoda selkeä subjektiivinen oikeus päästä hoitoon. Lakiin pitää kirjata asiakkaalle oikeus saada palveluseteli tai maksusitoumus yksityiselle palveluntuottajalle, jos hoitotakuu ei pidä.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että hallituksen esitys aiheuttaa hyvinvointialueille tarpeen lisätä perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kapasiteettia. Kapasiteetin lisäys voisi tapahtua myös hankkimalla perusterveydenhuollon palveluita ostopalveluina muilta palveluntuottajilta ja palvelusetelijärjestelyjen kautta. Hyvinvointialue päättää, mitä palveluja palvelusetelillä hankitaan ja kuinka laajasti. Palvelusetelijärjestelyillä on mahdollista ostaa yksityissektorilta kertaluonteisten käyntien lisäksi myös laajempia palvelukokonaisuuksia. Pitkäaikaiset ostopalvelusopimukset tukevat hoidon jatkuvuutta ja soveltuvat palvelusetelijärjestelmää paremmin paljon palveluja tarvitsevien potilaiden palveluiden hankintaan. Edelleen sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että kuten lain perusteluissa on kirjoitettu, käytännössä säännöstä hankkia palvelu muualta on toteutettu vaihtelevasti. Sen vuoksi uudeksi pykälän 2 momentiksi ehdotetaan lisättäväksi tarkentava säännös,

jonka mukaan 51 §:n mukaisen arvion yhteydessä tulee arvioida myös se, pystyykö hyvinvointialue toteuttamaan potilaan tarvitseman hoidon säädetyissä määräajoissa. Jos tarpeelliseksi todettua hoitoa ei pystytä toteuttamaan, tulee hoito järjestää hankkimalla se muulta palveluntuottajalta. Tämä on ollut säännöksen tarkoituksena jo aikaisemminkin, mutta täsmennyksellä on tarkoitus korostaa velvoitteen noudattamista.

Tavoista tuottaa palvelut säädetään hyvinvointialueesta annetun lain (611/2021) 9 §:ssä. Pykälän 1 momentin 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. Tämän lakihankkeen yhteydessä ei muuteta palvelun tuottamistapoihin liittyvää sääntelyä.

Sosiaali- ja terveysministeriö ei katso olevan syytä muuttaa esitystä 54 §:n osalta.

Etelä-Karjalan hyvinvointialue pitää suun terveydenhuollon puolella huolestuttavana palvelusetelin omavastuun alennuksia, koska tämä tulisi vähentämään palvelusetelituottajia ja vaikeuttaisi suun terveydenhuollon hoitotakuun toteuttamista.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että Etelä-Karjalan hyvinvointialue viittaa todennäköisesti tähän perustelukirjaukseen (HE s.128): ” Palveluseteliä käytettäessä asiakkaalle jäävä omavastuu voi palvelusetelilain mukaan olla suurempi kuin hyvinvointialueen järjestämän palvelun asiakasmaksu. Tällaisen palvelusetelin tarjoaminen ei täyttäisi 54 §:n mukaista velvoitetta hankkia palvelu muulta palveluntuottajalta, vaan hyvinvointialue täyttäisi velvoitteensa ainoastaan silloin, jos asiakkaalle jäävä omavastuu on saman kokoinen tai pienempi kuin asiakasmaksulain mukainen maksu olisi. Potilaalle voidaan toki tarjota myös suuremman omavastuun sisältävää palveluseteliä palvelusetelilainsäädännön mukaisesti, mutta tällöinkin on selostettava potilaan oikeus saada palvelu määräajassa hyvinvointialueen tai sen ostopalvelukumppanin tuottamana.” Ministeriö toteaa, että mahdollisuus saada palvelu samalla kustannuksella on merkittävää potilaiden välisen yhdenvertaisuuden kannalta. Perustelukirjausta vastaava kirjaus periaatteena sisältyy jo terveydenhuoltolain alkuperäisen 54 §:n perusteluihin, jonka mukaan 54 §:n sääntely tarkoittaa, että hoito on hankittava muulla tavoin potilaalle koituvan asiakasmaksun muuttumatta (HE 90/2010 vp, s. 148), joskin kirjauksessa mainitaan nimenomaisesti vain asiakasmaksut.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto toteaa, että pykälissä on käytetty termiä määräaika tai enimmäisaika sekaisin. Ehdotetussa terveydenhuoltolain 54 §:n 1 momentissa käytetään enimmäis- ja 2 momentissa määräaikaa. Virasto katsoo, että esityksessä ja ehdotetuissa pykälissä tulisi käyttää termiä enimmäisaika ja esityksen ja pykälien kieliasua tulisi korjata vastaavasti.

Sosiaali- ja terveysministeriö pitää Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston huomiota oleellisena ja esittää 54 §:n 2 momentin sanamuotoa korjattavaksi esitetyllä tavalla:

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

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto esittää harkittavaksi, sopisiko pykälän 2 momentti paremmin omana momenttinaan johonkin momentissa mainitusta pykälistä, tai tulisiko siitä säätää kokonaan omana pykälänään. Kun kyse on edellisissä pykälissä tarkoitetun arvion/arvioinnin yhdestä arviointikohteesta, pykälän sijainti niiden jälkeen ei ole paras mahdollinen.

Sosiaali- ja terveysministeriö ei pidä tarpeellisena säätää asiasta kokonaan omassa pykälässään, koska asia liittyy läheisesti 54 §:n 1 momentin päävelvoitteeseen. Sääntely johonkin toiseen pykälään tai pykäliin siirrettäessä on huomattava, että velvoitteen tulisi koskea niin perusterveydenhuoltoa, suun terveydenhuoltoa kuin erikoissairaanhoitoa. Ministeriön käsityksen mukaan sääntelyn muihin pykäliin siirtäminen ja sääntelyn niissä toistaminen ei olisi selkeästi parempi sääntelyratkaisu kuin hallituksen esityksessä ehdotettu. Ministeriö ei esitä sääntelyyn muutosta tältä osin.

55 §

Useassa lausunnossa (Kansanterveystyön johtajaverkosto, Pohjois-Savon hyvinvointialue, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue, Lapin hyvinvointialue, Etelä-Suomen aluehallintovirasto) pidetään hyvänä, että raportointi kerätään keskitetysti THL:n johdolla.

Hyvinvointiala HALI ry pitää lähtökohtaisesti hyvänä hyvinvointialueen velvoitetta julkaista tietoja hoitoon pääsystä kuukausittain entisen neljän kuukauden sijaan. HALI ry pitää ongelmana, että järjestely uhkaa jäädä omavalvonnan varaan sekä sitä, ettei sanktioita lain noudattamisesta jättämisestä ole kirjattu lakiin.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Kansanterveystyön johtajaverkosto, Pohjois-Savon hyvinvointialue, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue katsovat, että toimipistetasoinen raportoinnissa saattaa olla vaara näiden pisteiden lakkauttamisesta, koska niissä ei ole lääkäripalvelua saatavissa jokaisena arkipäivänä. Jono voi tästä syystä ko. toimipisteessä yli 7 vrk, mutta toisessa läheisessä toimipisteessä voitaisiin tarjota hoito alle 7 vrk:ssa. Lausujat esittävät, että sote-toimipisteitä tarkastellaan ns. toiminnallisina kokonaisuuksina ja raportoidaan sillä tasolla.

Kanta-Hämeen hyvinvointialue katsoo, että hoidon saatavuuden raportointivelvollisuus 55§ mukaisesti on toteutettava toiminnalliset kokonaisuudet huomioon ottaen tai syntyy riski pienten asemien sulkemiseen, jos kysyntäpiikkejä ei voida toiminnallisesti tasata suuremman kokonaisuuden sisällä.

Lapin hyvinvointialue taas toteaa, että on hyvä, että hoitotakuun toteutusta ja seurantaa ei velvoiteta terveysasematasolle. Tämä tukee osaltaan pienempien ja osa-aikaisten toimintayksiköiden ylläpitämistä ja palvelujen saavutettavuutta.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että ehdotetun 55.3 §:n mukaan ”hyvinvointialueen on julkaistava tunnusluvut erikseen kustakin sairaalasta, terveyskeskuksesta ja muusta terveydenhuollon toimintayksiköstä. Jos toimintayksikön alaisuudessa on terveysasema, hammashoitola tai muu vastaava erillinen yksikkö, tunnusluvut on julkaistava erikseen kustakin tällaisesta yksiköstä, jos se on mahdollista.” Näin ollen velvoite julkaista tiedot tietystä terveysasemasta ei ole ehdoton, jos se esimerkiksi on toiminnallisesti ei ole mahdollista.

Ministeriö toteaa, että lainsäädännön tarkoituksena on taata kaikille pääsy hoitoon 7 vuorokaudessa, eikä se, että potilas on pienen terveysaseman asiakas, ole syy ettei määräaikasääntelyä tarvitse noudattaa. Lainsäädännön tarkoituksena ei luonnollisesti kuitenkaan ole johtaa tällaisten pienempien yksiköiden sulkeutumiseen. Pienet toimintayksiköt, esimerkiksi yhden lääkärin terveysasemat, vain osan viikosta auki olevat terveysasemat tai mobiilit toimintayksiköt, ovat yleensä osa suurempaa toiminnallista kokonaisuutta. Sääntely mahdollistaa sen, että potilas voidaan ohjata saamaan hoitoa toisessa toimintayksikössä, jos tietty terveysasema ei voi antaa hoitoa määräajassa.

Ministeriön käsityksen mukaan voidaan ajatella, että syy olla raportoimatta tietoa toimintayksikkötasolla voisi olla se, jos raportointitapa johtaa siihen, että se antaa vääristyneen kuvan hoitoon pääsystä, jos esimerkiksi lääkärikäynti järjestyy 7 vuorokaudessa jossain muussa toimipisteessä. Ministeriön käsityksen mukaan hoitoon pääsyn raportoinnin käytännön toteutuksessa on tärkeä löytää raportointitavat, jotka tukevat luotettavan tiedon saantia palveluista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on asiassa keskeinen rooli.

Ministeriö toteaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan periaatteista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 6 luvussa. Ministeriössä lisäksi valmistellaan niin sanottua valvontalakia, jossa säädettäisiin tätä tarkemmin omavalvonnasta ja valvonnasta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toteaa, että pykälä on tarkentunut alueiden tiedon vertailukelpoisuuden ja yhtenäisen tiedon raportoinnin vaateiden osalta. Tavoitteeseen pääseminen aikataulussa vaatii hoitoonpääsytietojen tuottamisen liittyvien tietojärjestelmien toimivuuden ja muutettavuuden haasteiden ratkaisemista, kansallisen Avo-Hilmon hoitoonpääsytietosisältöjen tarkentamista sekä kirjaamisen koulutusta kireässä aikataulussa.

Hyvinvointiala HALI ry katsoo, että lain velvoittavuutta tuottaa tietoa hoitoonpääsyn määräajoista on väljennetty lausuntoversioon nähden sillä perusteella, että tietojen julkaisua koskeva sääntely voi olla hankala toimeenpanna. Pikemminkin kuin väljentää hoitoon pääsyä koskevan tiedon julkaisun kriteerejä tulisi kehittää tiedonkeruun menetelmiä. HALI ry katsoo, että jotta lain tahtotila toteutuisi, hoitoon pääsyä koskeva tieto (Avohilmo) ja kirjauskäytännöt pitää saada ajan tasalle. Keskitetty kansallinen raportointi tehostaisi lain toimeenpanoa ja kannustaisi hyvinvointialueita hakemaan parhaita ratkaisuja perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn nopeuttamiseen.

Etelä-Suomen aluehallintovirasto toteaa, että pykälää on lavennettu esitysluonnokseen verrattuna, niin että siinä puhutaan 51, 51 a, 51 b, 51 c, 52 ja 53 §:ssä säädettyjen määräaikojen noudattamisen toteutumistietojen julkaisusta sen sijaan, että julkaistavat tiedot lueteltaisiin tarkemmin. Aluehallintoviraston käsityksen mukaan tämän tarkoituksena on laajentaa julkaisuvelvoite kaikkiin edellä mainituissa.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lausunnosta tulee hyvin esiin, että tiedonkeruuta ja raportointia tulee kehittää ja tätä kehittämistä tehdään. Hallituksen esityksessä ehdotetaan, että THL tuottaa hoitoon pääsyyn liittyvät tunnusluvut siitä syystä, että tietojen kattavuus ja vertailukelpoisuus paranee.

Ministeriö selvyyden vuoksi toteaa, että ehdotetun sääntelymallin tarkoitus on, että THL tuottaa tiedot, mutta lainsäädännössä ei ainakaan alkuvaiheessa säädettäisi tarkkaan, mitkä kaikki tiedot on raportoitava, mutta aikaa myöten tiedot voisivat tarkentua. Esityksen perusteluissa (HE s. 129) todetaan asiasta seuraavaa: ” THL-lain 5 c §:ssä säädetään rekisterinpitäjän velvoitteesta luovuttaa laitokselle 5 §:ssä tarkoitetut tiedot THL:lle. THL päättää pykälän mukaan tiedonantovelvollisuuden perusteella toteutettavista uusista tiedonkeruista sekä tiedonkeruiden laajentamisesta, niiden antamisessa noudatettavista määräajoista ja menettelytavoista sekä tiedonantajille toimitettavista palautetiedoista. Koska on ennakoitavissa, että lain 51, 51 a–51 c sekä 52 ja 53 §:n mukaiset eri hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumista koskevien tietojen raportoinnin kehittämisessä voi mennä aikaa, raportoitavan tiedon yksityiskohtaisuutta voitaisiin THL:n päätösten mukaisesti laajentaa sen ollessa mahdollista ja tarkoituksenmukaista. Pykälän 3 momentissa säädettäisiin kuitenkin asetuksenantovaltuutuksesta, jos nousee esiin tarve säätää julkaistavista hoitoon pääsyä koskevista tunnusluvuista tarkemmin. ”

Kanta-Hämeen hyvinvointialue katsoo, että saatavuustietojen raportointi kuukausittain aiheuttaa hallinnollista työtä. Raportointi 2 kuukauden välein olisi riittävää. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto esittää säädettäväksi, että myös erikoissairaanhoidon (mukaan lukien perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettava) tiedot julkaistaisiin kuukausittain ja että annettavia tietovaatimuksia täsmennettäisiin.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, perusterveydenhuollon kuukausittaisen raportoinnin tarkoituksena on parantaa potilaan oikeuksia ja tukea valvontaa. Tässä että tässä lakihankkeessa ei muuteta erikoissairaanhoitoon liittyvää sääntelyä. Ministeriö ei katso tarpeen esittää muutoksia raportointiväliä koskeviin esityksiin.

Sosiaali- ja terveysministeriö ehdottaa 51 §:ään ja 54 §:ään tehtävien terminologisten täsmennysten vuoksi muutettavaksi myös 55 §:n 1 momenttia seuraavasti:

> Hyvinvointialueen on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 51, 51 a ja 51 b §:ssä säädettyjen *enimmäis*aikojen noudattaminen toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten 51 c, 52 ja 53 §:ssä säädettyjen määräaikojen noudattaminen toteutui. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot hyvinvointialueelle.

69 §

Kanta-Hämeen hyvinvointialue pitää valitettavana, että pykälä on jäänyt ainoastaan teknisen päivityksen tasolle ja tuo esiin lastensuojelun ja terveydenhuollon rajapinnassa olevia ongelmia.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että tämän lakihankkeen tarkoituksena ei ole lastensuojelun lainsäädännön tarkastelu.

Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta

Edellä todetut terveydenhuoltolakia koskevat ministeriön näkemykset koskevat myös lakia korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta sekä lakia korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain väliaikaisesta muuttamisesta (3. ja 4. lakiehdotus).

Terveydenhuoltolain 51 c §:n 3 momenttiin, 54 §:n 2 momenttiin ja 55 §:n 1 momenttiin ehdotettuja muutoksia vastaavasti sosiaali- ja terveysministeriö ministeriö ehdottaa tehtäväksi seuraavat muutokset:

10 a § 3 momentti:

> ”Edellä 1 ja 2 momentissa säädetyt *enimmäis*ajat eivät koske hoitosuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, käyntejä opiskeluterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanotolla, psykologin vastaanottokäyntejä eikä hoitotapahtumia, jotka tehdään yksinomaan terveydenhuollossa laadittavan todistuksen tai lausunnon saamiseksi.” Muutos tulisi tehdä sekä 3. että 4. lakiehdotukseen.

10 c §:

> ”Edellä 10 §:ssä tarkoitetun arvion yhteydessä on arvioitava, pystyykö Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö tuottamaan hoidon 10 a ja 10 b §:ssä tarkoitetuissa *enimmäis*ajoissa. Palveluiden hankkimisesta muilta palveluntuottajilta säädetään 8 §:n *3* momentissa.”
>
> Edellä esitetty muutos, että 10 c §:ssä viittaisiin 8 §:n 3 momenttiin eikä 2 momenttiin liittyy hallituksen esityksen riippuvuus muista esityksistä –jaksossa (s. 141-142) todettuun asiaan: ” Eduskunta hyväksyi 29.4.2022 hallituksen esitykseen laiksi oppilas- ja opiskelijahuoltolain muuttamisesta sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi (HE 19/2022 vp) sisältyvät lait, ja hyväksyi muutoksen YTHS-lain 8 §:ään. Tässä esityksessä YTHS-lain 10 c §:ssä ehdotetaan viitattavan 8 §:n 2 momenttiin. Tämä momenttiviittaus muuttuu eduskunnan hyväksymän lakimuutoksen myötä viittaukseksi 8 §:n 3 momenttiin. Mainittua lakia ei ole vielä vahvistettu. Eduskunnassa on korjattava momenttiviittaus tämän hallituksen esityksen käsittelyn yhteydessä, jos eduskunta hyväksyy tähän esitykseen sisältyvän YTHS-lain 8 §:n muuttamisen.” Mainittu laki on sittemmin vahvistettu (laki 379/2022).

10 d § 1 momentti:

> Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön on julkaistava kustakin toimipisteestään kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 10, 10 a ja 10 b §:ssä säädettyjen *enimmäis*aikojen noudattaminen toteutui. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot säätiölle.

Terveydenhuoltolain 51 b §:n 1 momenttiin ehdotettua muutosta vastaavasti ministeriö ehdottaa seuraavan muutoksen:

10 b § 1 momentti:

> Poiketen siitä, mitä 51 a §:ssä säädetään, 51 §:ssä tarkoitetussa arviossa, joka koskee perusterveydenhuoltoon kuuluvaa suun terveydenhuoltoa, hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi *todettu tutkimus tai todetun hoidon ensimmäinen tutkimus- tai hoitotapahtuma* on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun 51 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty.
>
> Muutos tulisi tehdä sekä 3. että 4. lakiehdotukseen.

Voimaantulosäännökseen lisättävä siirtymäsäännös:

Nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka tämän lain 10 §:n voimaan tullessa tekevät opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvassa kiireettömässä sairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointia, saavat hoitaa tämän lain 10 §:n 1 momentissa tarkoitettua tehtävää 31 päivään elokuuta 2027 saakka, jos heillä on tehtävään riittävä osaaminen ja kokemus.

Eräät Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston muutosehdotukset

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto esittää, että osana esityksen käsittelyä täsmennetään erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä koskevaa sääntelyä. Lisäksi virasto katsoo, että korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain valvontaa koskevaa sääntelyä tulisi muuttaa.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto tuo lisäksi esiin erinäisiä esityksen perusteluihin liittyviä oikeinkirjoitusseikkoja ja esittää niitä muutettavaksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että erikoisairaanhoidon sääntelyn muuttaminen vaatisi normaalin lainvalmistelun, eikä katso olevan tarkoituksenmukaista alkaa muuttaa sanamuotoja tämän hallituksen esityksen käsittelyn yhteydessä. Sama koskee korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain valvontaa koskevaa sääntelyä.

Ministeriö lisäksi toteaa, ettei jälkikäteen ole mahdollista korjata hallituksen esityksen perusteluja itse esitystekstiin. Ministeriö ei pidä viraston esiin nostamia oikeinkirjoitusseikkoja ymmärrystä haittaavina.

Osastopäällikkö Eveliina Pöyhönen

Hallitusneuvos Merituuli Mähkä