Hallitussihteeri Suvi Velic STM042:00/2024

HE 134/2024 vp – vastine eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle

Vastineenaan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle toimitettuihin asiantuntijalausuntoihin sosiaali- ja terveysministeriö esittää seuraavaa:

Hoitotakuun keventäminen

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan saamissa asiantuntijalausunnoissa *lähes kaikki asiaan kantaa ottaneet kuultavat* ilmoittivat vastustavansa esitystä. *Kriittisissä asiantuntijalausunnoissa* tuotiin esiin hoitotakuun kiristyksen nopeuttaneen hoitoon pääsyä, ja aiempia hoitoon pääsyn enimmäisaikoja, jotka ehdotetaan palautettavaksi 23 vuotta täyttäneille, pidettiin kohtuuttoman pitkinä. Lisäksi sääntelyyn sisältyvän kohtuullisen hoitoonpääsyajan käsitettä pidettiin epätäsmällisenä. *Eduskunnan oikeusasiamies* kyseenalaisti sen, turvaisiko esitettävä sääntely perustuslain 19.3 §:n mukaiset riittävät terveydenhuollon palvelut.

Kriittisissä asiantuntijalausunnoissa esityksellä ei arvioitu saavutettavan sillä tavoiteltavia kustannussäästöjä tai sen parantavan henkilöstötilannetta ainakaan pidemmällä aikavälillä. Tosiasiallisten hoitoonpääsyaikojen arvioitiin esityksen myötä pidentyvän jonkin verran tai merkittävästi ja muutosten johtavan kasvaviin alueellisiin sekä eri väestöryhmien välisiin eroihin hoitoon pääsyssä. Pidempien hoitoonpääsyaikojen arvioitiin johtavan sairauksien pahenemiseen odotusaikana ja siten lisäävän päivystyspalvelujen, erikoissairaanhoidon ja muiden kalliimpien palvelujen tarvetta sekä palvelujen häiriökysyntää ja hukkakäyttöä potilaiden hakeutuessa odotusaikana vääriin palveluihin, kuten päivystykseen. Lisäksi pidempien hoitoonpääsyaikojen arvioitiin lisäävän sosiaalihuollon palvelujen tarvetta osan potilaista toimintakyvyn heiketessä odotusaikana. Esiin tuotiin myös riski mielenterveysperusteisten sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden kasvusta ja lääkekorvausmenojen ja kotitalouksien terveysmenojen noususta sekä lisäksi inhimillisen kärsimyksen lisääntyminen.

Muina kriittisinä huomioina a*siantuntijalausunnoissa* tuotiin esiin esityksen kohdistuminen erityisesti heikko-osaisiin, kuten ikääntyneet, vammaiset, työttömät sekä päihde- ja mielenterveyspotilaat. Myös väestön luottamuksen julkiseen terveydenhuoltoon nähtiin heikkenevän esityksen myötä. Lisäksi hoitotakuusta peruuttaminen nähtiin mittavaksi mainehaitaksi julkiselle terveydenhuollolle, minkä vuoksi sen henkilöstön veto- ja pitovoiman arvioitiin heikentyvän entisestään. Esitykseen liittyvän rahoituksen leikkauksien katsottiin myös pakottavan hyvinvointialueet jopa merkittäviin henkilöstövähennyksiin. Perusterveydenhuollon todettiin olevan erittäin huono säästökohde ja esityksen toteutuessaan rapauttavan koko julkista terveydenhuoltoa. Joissakin lausunnoissa katsottiin perusterveydenhuollon hoitotakuun keventämisen olevan epätarkoituksenmukainen säästökohde myös siksi, että sen johdosta Suomen EU-saantoa Kestävän kasvun ohjelmasta saatettaisiin menettää. Muutosten katsottiin myös aiheuttavan tietojärjestelmäkustannuksia sekä muita hallinnollisia kustannuksia, kuten henkilöstön kouluttamisesta aiheutuvia kustannuksia.

Lisäksi *asiantuntijalausunnoissa* katsottiin, että esityksen tosiasiallisia vaikutuksia ei ole ollut mahdollista arvioida tai että niitä ei esitysluonnoksessa ole arvioitu realistisesti. Lausunnoissa tuotiin esiin, että sote-järjestelmä on muutosten keskellä, kehittämistyö kesken ja nykyinen hoitotakuu juuri tullut voimaan, minkä vuoksi ajankohtaa pidettiin huonona muutosten tekemiselle. Esityksen todettiin olevan vastoin sote-uudistuksen ja hallitusohjelman tavoitteita esimerkiksi perustason vahvistamisesta ja palvelujen saatavuuden parantamisesta. Lisäksi tuotiin esiin, että samaa asiaa koskevan sääntelyn muuttaminen

useaan kertaan lyhyellä aikavälillä on haitallista palvelujärjestelmän ja yksilöjen kannalta, eikä se ole myöskään perustuslailliselta kannalta ongelmatonta. Lausunnoissa katsottiin, että myös perus- ja ihmisoikeuksien edistämisen velvoite ja terveysoikeuksien heikennyskielto huomioiden valmistelussa olisi tullut arvioida kattavammin vaihtoehtoisia, vähemmän haitallisia ja perusoikeuksia heikentäviä säästökohteita.

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö kuitenkin totesi hoitotakuulainsäädännön väljentämisen olevan osin kannatettavaa opiskeluterveydenhuollon näkökulmasta. *Helsingin kaupunki* totesi nykyisen 14 vuorokauden enimmäisajan lääkärille pääsyssä osoittautuneen henkilöstön ja rahoituksen riittävyyden näkökulmasta vaikeaksi toteuttaa ja piti toimivana tavoitteena 30 vuorokautta lääkärille pääsyssä tasapainoteltaessa hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden välillä.

Vastaavasti kuin esityksen lausuntokierroksella, *monissa kriittisissä asiantuntijalausunnoissa* rahoituksen tasoa pidettiin hoitoonpääsyaikojen kannalta hoitotakuusääntelyä merkityksellisempänä tekijänä. J*oissakin asiantuntijalausunnoissa* (*Lapin hyvinvointialue* sekä saman suuntaisesti myös *HUS-yhtymä, Kansanterveystyön johtajaverkosto* ja *Satakunnan hyvinvointialue*) sinällään puollettiin ehdotettavia säännösmuutoksia, mutta vastustettiin niihin liitettyä rahoituksen vähenemistä. *Lapin hyvinvointialue* totesi, että muutoksen tavoite ja tarkoitus ei ole systemaattisesti pitkittää hoitoon pääsyä lähelle ns. hoitotakuun enimmäisaikoja, mutta muutos antaisi hyvinvointialueille tarpeellisia joustomahdollisuuksia kriittisissä henkilöstöresurssitilanteissa. *HUS-yhtymä* totesi, että kiireettömissä asioissa on harvoin suurta merkitystä sillä, pääseekö terveydenhuollon arvioon ja hoitoon 14 vai esimerkiksi 30 vuorokaudessa, jolloin hoitotakuun pidennys voisi luoda tarvittavaa joustoa järjestelmään mahdollistaen hoidon jatkuvuuteen ja yksilölliseen suunnitteluun panostamisen. *Satakunnan hyvinvointialue* toi esiin samoja näkökohtia ja huomautti lisäksi, että hoitotakuun kiristäminen on osin aiheuttanut hyvinvointialueille merkittävän ostopalveluiden kustannusten nousun. Se totesi myös, että yhden aikamäärällisen suureen määrittämä palveluiden tuottamisen aika ohi potilaiden tosiasiallisten terveysperusteisten tarpeiden ei perustu lääketieteelliseen tarpeeseen.

Vaihtoehtona *Valvira* esitti harkittavaksi enimmäisaikojen pidentämistä, mutta ehdotettua vähemmän. *Mieli ry* ja *Mielenterveyspooli* esittivät vaihtoehtona hoitotakuun säilyttämistä nykyisellään mielenterveysperusteisissa käynneissä, joissa nopeaa hoitoon pääsyä voidaan niiden mukaan pitää erityisen tärkeänä.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Esityksen lausuntokierroksella saatiin lausunto yhteensä 96 taholta eikä eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan saamissa asiantuntijalausunnoissa noussut esiin sellaisia näkemyksiä, joita ei olisi esitetty jo esityksen lausuntokierroksella. Hallituksen esityksessä on esitetty perusteet siinä esitetyille vaikutusarvioille sekä toisaalta tuotu esiin niihin liittyvä merkittävä epävarmuus. Täten sosiaali- ja terveysministeriö viittaa vastauksenaan asiantuntijalausuntoihin hallituksen esityksessä jo esitettyyn tiivistäen kuitenkin seuraavassa tältä osin keskeisimmät seikat:

<u>Säästötoimien tausta</u>

Esitys on osa hallituksen julkisen talouden vahvistamiseksi valitsemaa laajaa kokonaisuutta. Valtiovarainministeriön mukaan Suomen julkisen talouden velkaa kerryttävä alijäämä on mittava, ja näin julkisen talouden velkasuhteen vakauttaminen edellyttää nopeita ja merkittäviä toimenpiteitä seuraavien vuosien aikana. Kansainvälisessä vertailussa korkean verorasituksen ja talouskasvun edellytysten turvaamisen vuoksi tasapainotusta ei voida valtiovarainministeriön mukaan kokonaan toteuttaa verotusta kiristämällä. Hallituksen tavoite

julkisen talouden tasapainottamiseksi edellyttääkin myös suoria säästötoimia. Julkisen talouden kestävyydellä hallitus tavoittelee sitä, että julkinen valta voi jatkossa vastata paremmin velvoitteistaan mukaan lukien perusoikeuksien toteutumisesta.

Velkaantumiskehityksen taittamiseksi välttämättömät hallituskaudella toteutettavat säästötoimet ovat mittavat ja kohdistuvat laajasti yhteiskunnan eri sektoreille. Koska terveydenhuolto muodostaa niin merkittävän osan valtion kokonaismenoista, sitä ei hallituksen käsityksen mukaan ole tarvittavien säästötoimien mittakaava huomioiden mahdollista jättää kokonaan säästötoimien ulkopuolelle. Edelleen terveydenhuoltoon kohdistuu hallituskaudella useita säästötoimia, joista nyt kyseessä oleva esitys on yksi. Vaikka yhteiskunnallisessa päätöksenteossa kyse sinällään aina on myös arvovalinnoista, hallitus on kuitenkin pyrkinyt valitsemaan kokonaisuuden kannalta sellaiset vähiten haitalliset säästökohteet, jotka on myös ollut mahdollista valmistella ja saattaa voimaan tarvittavassa aikataulussa.

Esityksen vaikutukset

Kuten hallituksen esityksessä on todettu, esityksen vaikutusten arviointi on hyvin haastavaa. Tilanne on siinä mielessä poikkeuksellinen, että esityksessä on kyse vasta äskettäin voimaan tulleen velvoitteen palauttamisesta osittain entiselleen, ja aiemmin kyseistä velvoitetta säädettäessä sen vaikutusarvioihin on liittynyt merkittävä epävarmuus. Lisäksi kyse ei ole ollut uudesta tehtävästä säätämisestä ja sen poistamisesta, vaan lähinnä tavasta hoitaa tehtävää – ja järjestäjien rahoitus on yleiskatteellista. Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan saamat asiantuntijalausunnot ja esitysluonnoksen lausuntokierroksella saama tätä laajempi palaute vaikuttavatkin heijastelevan myös terveydenhuollon järjestäjien haastavaa (taloudellista) tilannetta, joka ei sinällään johdu nyt kyseessä olevasta esityksestä. Edellä sanotusta johtuen esityksen vaikutusarvioihin liittyy merkittävä epävarmuus.

Taloudelliset vaikutukset

Esityksen mukaan hyvinvointialueilta, YTHS:ltä ja Vankiterveydenhuollon yksiköltä vähennetään rahoitusta siinä määrin, kuin niiden rahoitusta on 1.9.2023 ja 1.11.2024 voimaantulleiden hoitotakuun kiristysten johdosta kasvatettu pois lukien alle 23-vuotiaiden suhteellinen osuus. Sekä sosiaali- ja terveysvaliokunnassa että esitysluonnoksen lausuntokierroksella kaikki asiaan kantaa ottaneet tahot arvioivat kuitenkin esitettävästä hoitotakuun keventämisestä koituvan säästön olevan tätä pienempi tai ettei säästöä kertyisi lainkaan ja rahoituksen leikkauksen olevan täten ylimitoitettu. Erityisesti esitysluonnoksen lausuntokierroksella saadun lausuntopalautteen perusteella vaikuttaisikin siltä, että useat järjestäjät ovat kohdentaneet hoitotakuun kiristämiseen osoitetun rahoituksen lisäyksen osin joko muualle kuin perusterveydenhuoltoon ja/tai yleisen perusterveydenhuollon rahoitusvajeen tai aliresursoinnin korjaamiseen (hoitotakuun piiriin kuuluvat käynnit muodostavat vain pienen osan perusterveydenhuollon käynneistä). Tätä puoltaa myös se, että kiristyneen hoitotakuun mukaisiin enimmäisaikoihin ei ole täysimääräisesti päästy.

Lausunnoissa säästön suuruutta koskien esitetyt näkemykset ovat kuitenkin ristiriidassa sen kanssa, että hoitotakuun kiristämistä koskevan hallituksen esityksen (74/2022 vp) lausuntokierrosvaiheessa saadussa lausuntopalautteessa esitysluonnoksen arvioita hoitotakuun tiukennuksen vuoksi hyvinvointialueille aiheutuvista kustannuksista pidettiin laajasti liian pieninä ja valtaosa lausujista katsoi, että tarvittava taloudellinen lisäresursointi

oli arvioitu liian pieneksi. Lausuntopalautteen perusteella hyvinvointialueiden rahoituksen lisäystä tarkastettiinkin lopulliseen hoitotakuun kiristämistä koskevaan esitykseen ylöspäin.

Nyt kyseessä olevan esityksen valmistelun yhteydessä tehdyn hyvinvointialueiden vuoden 2023 palveluluokkakohtaisten tilinpäätöstietojen tarkastelun perusteella erityisesti perustason vastaanottopalveluiden nettokäyttökustannukset vaikuttavat joillakin hyvinvointialueilla kasvaneen huomattavasti erikoissairaanhoidon kustannuksia enemmän. Tämän tarkastelun perusteella vaikuttaisi siltä, että hintojen nousu ja palvelutarpeen kasvu huomioiden hyvinvointialueiden kustannukset ovat ainakin joillain hyvinvointialueilla kasvaneet enemmän kuin alun perin oli hoitotakuun kiristämistä koskevan esityksen yhteydessä arvioitu. Tämä huomioiden kyseisen velvoitteen purkamisesta koituvan säästön voisi arvioida olevan siihen alun perin osoitettua rahoituksen lisäystä suurempi. Kasvaneisiin kustannuksiin voi kuitenkin olla myös useita hoitotakuuseen liittymättömiä syitä ja palveluluokkakohtaisten tilinpäätöstietojen luotettavuuteen ja vertailukelpoisuuteen liittyy merkittäviä hallituksen esityksessä tarkemmin kuvattuja puutteita.

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

Hoitotakuun kiristyksen johdosta terveydenhuollon järjestäjien rahoitusta on kasvatettu tietyllä summalla. Riippumatta siitä, mihin ne ovat itsehallintonsa puitteissa rahoituksen lisäyksen kohdentaneet, on esityksen valmistelussa katsottu, että saman velvoitteen purkamisen johdosta on niiden rahoitusta perusteltua vähentää vastaavalla summalla, ellei luotettavasti voida arvioida säästön poikkeavan tästä. Huomioiden edellä todetut epävarmuudet hoitotakuun keventämisestä koituvan säästön ei luotettavasti voida arvioida olevan hoitotakuun kiristämiseen alun perin osoitettua rahoituksen lisäystä suurempi tai pienempi, jolloin luotettavin arvio on sama summa. Täten hallituksen esityksen arvio ehdotettavasta hoitotakuun kevennyksestä aiheutuvasta hyvinvointialueiden, YTHS:n, Vankiterveydenhuollon yksikön, Rikosseuraamuslaitoksen sekä valvontaviranomaisten rahoituksen vähennyksestä perustuu aiempien 1.9.2023 ja 1.11.2024 voimaan tulleiden hoitotakuun muutosten (HE 74/2022 vp ja HE 55/2023 vp) johdosta tehtyihin rahoituksen nettolisäyksiin.

Kuten esityksessä on selostettu, Suomi saa EU:n elpymisvälineestä rahoitusta Suomen kestävän kasvun ohjelman toteuttamiseen. Kestävän kasvun ohjelmassa on sitova hoitoon pääsyä koskeva tavoite, jonka mukaan vuoden 2025 viimeisen kvartaalin aikana seitsemän vuorokauden kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisaika perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneissä toteutuu 80-prosenttisesti. Hyvinvointialueilla on tehty hankekaudella kehittämistyötä tähän tavoitteeseen pääsemiseksi, ja alueille on myönnetty tähän valtionavustuksia vuosille 2022–2025 yhteensä lähes 169 miljoonaa euroa. Tavoite on tällä hetkellä saavutettu, mutta varsinainen tavoitteeseen pääseminen arvioidaan vasta vuoden 2025 viimeisen kvartaalin toteutumien perusteella. Kehittämistyö jatkuu siis hankerahoituksella vuoden 2025 loppuun saakka.

Hoitotakuuaikojen pidentäminen ja tähän liittyvä hyvinvointialueiden yleiskatteellisen rahoituksen vähentäminen poistaa yhden ajurin nopean hoitoon pääsyn varmistamiseen.

Toisaalta alle 23-vuotiaat jäisivät nykyisen hoitotakuuajan piiriin. Kestävän kasvun ohjelman toimenpiteet on myös suunniteltu siten, että ne ovat toteutettavissa mahdollisista lakimuutoksista huolimatta. Lisäksi valtionavustushankkeiden ehdot sitovat lakimuutoksista huolimatta hyvinvointialueita. Kuten jäljempänä tässä vastineessa tarkemmin kuvataan, nopeampi hoitoon pääsy vähentää muun muassa kalliiden erikoissairaanhoidon ja päivystyksen palvelujen tarvetta, mikä edelleen kannustaisi hyvinvointialueita nopean hoitoon pääsyn turvaamiseen. Myös jo tehty kehittämistyö, kuten digitaaliset palvelut, tukisivat nopeaa hoitoon pääsyä jatkossakin. Näin ollen edellytykset tavoitteen saavuttamiselle ovat edelleen olemassa. Jos hoitoonpääsytavoitetta ei kuitenkaan saavutettaisi, Suomelta voisi jäädä saamatta jokin osa kyseisestä EU-rahoituksesta.

Esityksen muut vaikutukset

Ero perusterveydenhuollon kiireettömän avosairaanhoidon nykyisen 14 vuorokauden ja ehdotettavan kolmen kuukauden sekä toisaalta suun terveydenhuollon nykyisen kolmen kuukauden ja ehdotettavan kuuden kuukauden hoitoon pääsyn enimmäisajan välillä on merkittävä. Tarkastelussa on kuitenkin syytä huomioida, että ehdotettavan sääntelyn mukaan hoitoon pääsyn olisi aina toteuduttava potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa. Hoitotakuuajat ovat siis enimmäisaikoja, joita ei voi ylittää edes kaikkein kiireettömimmissä tapauksissa. Yksilöllisessä arviossa hoidon tarpeesta arvioidaan aina se, tarvitseeko potilas hoitoa nopeammin kuin lain sallimassa enimmäisajassa. Kyse on lääketieteellisiin seikkoihin perustuvasta arviosta, ja useimmissa tilanteissa sääntely edellyttää hoitoon pääsyä huomattavasti enimmäisaikaa nopeammin. Kyseinen sääntely turvaisi potilaiden oikeutta päästä hoitoon ja siten perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaiset riittävät terveyspalvelut laissa säädettävien numeeristen enimmäisaikojen pitenemisestä huolimatta sekä toisaalta sen, etteivät alueelliset erot tai erot eri väestöryhmien välillä muodostu kohtuuttomiksi. Myös perustuslakivaliokunta on hallituksen esityksestä antamassaan lausunnossa (PeVL 48/2024 vp) katsonut sääntelyn riittävässä määrin turvaavan riittävät terveyspalvelut korostaen kuitenkin sääntelyn vaikutusten seurantatarvetta.

Sosiaali- ja terveysvaliokunnan saamissa asiantuntijalausunnoissa ja esityksen lausuntokierroksella on kuitenkin kiinnitetty huomiota kohtuullista hoitoonpääsyaikaa koskevan käsitteen epätäsmällisyyteen. Hoidosta tai muista terveydenhuollon velvoitteista ei kuitenkaan toiminnan luonteen vuoksi ole tarkoituksenmukaista tai edes mahdollista säätää yhtä eksaktisti kuin monen muun hallinnonalan velvoitteista. Vastaavaa sääntelytapa on ollut käytössä myös 1.9.2023 asti voimassa olleissa perusterveydenhuollon hoitotakuuta koskevissa säännöksissä ja sisältyy myös nykyisiin erikoissairaanhoidon hoitotakuuta koskeviin säännöksiin, joissa varsinaiset hoitoon pääsyn enimmäisajat ovat kolme ja kuusi kuukautta (terveydenhuoltolain 51 c § 2 mom. ja 52 § 3 mom.). Myöskään perustuslakivaliokunta ei esittänyt huomioita esitettävän sääntelyn tarkkarajaisuuden suhteen (PeVL 48/2024 vp).

Esityksen vaikutusarviointien mukaan 23 vuotta täyttäneiden tosiasialliset hoitoonpääsyajat tulisivat hoitotakuun keventämisen myötä todennäköisesti joka tapauksessa pitenemään ja alueelliset ja eri väestöryhmien väliset erot kasvamaan, mutta on vaikeata arvioida, kuinka paljon. Vaikka hoitoonpääsyajat ovat hoitotakuun kiristymisen myötä lyhentyneet, järjestäjät eivät vielä ole täysimääräisesti päässeet lain edellyttämiin enimmäishoitoonpääsyaikoihin. Toisaalta taas suurin osa perusterveydenhuollon kiireettömän avosairaanhoidon käynneistä

toteutui 14 vuorokaudessa ja suun terveydenhuollossa kolmessa kuukaudessa jo ennen hoitotakuun kiristymistä.

Toisin kuin ennen vuotta 2023, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja päivystyspalvelut kokonaisuudessaan ovat nykyisin saman järjestäjän alaisuudessa, jolloin hyvinvointialueilla voidaan arvioida olevan merkittävä kannuste ehkäistä kalliimpien palvelujen tarvetta perustason hoitoon pääsyyn panostamalla. Hoitotakuun tiukennusta on myös toimeenpantu mittavilla valtionavustuksilla tuetulla kehittämistyöllä, jonka tuotosten (esim. digitaaliset palvelut ja uudet toimintamallit) voidaan arvioida tukevan nopeaa hoitoon pääsyä lakimuutoksista huolimatta. Näiden seikkojen voidaan arvioida puoltavan sitä, että 23 vuotta täyttäneiden hoitoonpääsyajat eivät pitenisi merkittävästi ehdotettavista hoitotakuuaikojen pidennyksistä huolimatta.

Hoitoonpääsyaikoja ennen 1.9.2023 tarkasteltaessa on kuitenkin syytä huomata, että tieto tulevasta hoitotakuun kiristymisestä nopeutti hoitoon pääsyä jo useita vuosia ennen kiristyksen voimaantuloa, koska järjestäjien täytyi varautua tulevaan kiristykseen hoitoon pääsyyn panostamalla. Tällaista kannustetta ei enää jatkossa olisi. Valvontaviranomaisten keinot valvoa lakisääteisen enimmäisaikaa lyhyempien kohtuullisten hoitoonpääsyaikojen toteutumista ovat myös rajalliset. Hyvinvointialueilla on lisäksi vallitsevan taloustilanteen vuoksi jo valmiiksi merkittävät paineet etsiä lyhyellä aikavälillä vaikuttavia säästöjä. Ehdotettavan 23 vuotta täyttäneiden hoitotakuun keventämisen yhteydessä järjestäjien rahoitusta vähennettäisiin myös vastaavalla suhteellisella osuudella hoitotakuun kiristymisen toimeenpanoon annetusta rahoituksesta. Jos säästöä ei kohdennettaisi 23 vuotta täyttäneiden perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyyn, järjestäjien tulisi säästää se jostain muualta. Tämä saattaisi osoittautua haastavaksi tehtäväksi. Tästä näkökulmasta on mahdollista, että hoitoonpääsyajat palautuvat ehdotettavien lakimuutosten seurauksena sille tasolle, jolla ne olivat ennen hoitotakuun kiristymistä. Ei voida myöskään sulkea pois vaihtoehtoa, jossa ne lyhyellä tai pitkällä tähtäimellä heikentyvät tätäkin enemmän.

Esityksen tavoitteiden ja vaikutusarvioiden mukaan löyhempi hoitotakuu mahdollistaisi terveydenhuollon järjestäjien nykyistä joustavammin suunnitella terveydenhuollon toimintojaan hoidon ja palvelujärjestelmän kokonaisuus huomioiden. Kun 23 vuotta täyttäneiden hoitoon pääsyn lakisääteiset enimmäisajat pitenisivät, sitoisi ensimmäisen hoitotapahtuman toteuttaminen vähemmän henkilöstöä ja taloudellisia resursseja perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon vastaanottotoiminnassa, jolloin resurssien kohdentaminen muutoin tarkoituksenmukaisesti helpottuisi. Pidemmät enimmäisajat mahdollistaisivat muun muassa tarpeen mukaisen priorisoinnin, jolloin hoitoa nopeasti tarvitsevat pääsisivät paremmin hoitoon ja kiireettömiä asioita voitaisiin siirtää hieman pidemmälle.

Koska kireämpi hoitotakuu painottaa hoidon tarpeen nopeaa arviointia ja hoidon nopeaa aloittamista, sitä säätäessä vaaraksi arvioitiin, että panostus hoitoon pääsyyn tapahtuisi hoidon jatkuvuuden kustannuksella. Hallituksen esityksen 74/2022 vp lausuntokierroksella noin kolme neljästä hyvinvointialueiden (sisältäen hyvinvointialueet, kunnat ja kuntayhtymät) vastaajasta katsoi, että hoitotakuun tiukentamisesta ehdotetussa muodossa todennäköisesti seuraisi hoidon jatkuvuuden ja vaikuttavuuden vaarantuminen. Vielä on liian aikaista arvioida, onko näin tapahtunut. Joka tapauksessa riskiä jatkuvuuden heikentymisestä voitaisiin pienentää, kun hoitotakuu palautettaisiin osittain entiselle tasolle. Jossain tilanteissa voisi esimerkiksi olla tarkoituksenmukaista, että potilaan ennalta tunteva

ammattilainen hoitaisi hoitotakuun piiriin kuuluvan vastaanottokäynnin, vaikka hänelle ei löytyisikään aikoja 14 vuorokaudessa.

Toisaalta on kuitenkin syytä huomioida, että hoitotakuuvelvoitteen keventyessä myös järjestäjien rahoitusta leikataan vastaavasti. Täten järjestäjille ei velvoitteen keventymisen johdosta sinällään jää ”ylimääräisiä” taloudellisia resursseja, jotka ne voisivat käyttää vaihtoehtoisesti esimerkiksi hoidon jatkuvuuden parantamiseen. Tässä tarkastelussa on kuitenkin syytä huomata, että henkilöstön riittävyyttä ei vallitsevassa terveydenhuollon henkilöstötilanteessa ole aina mahdollista varmistaa edes taloudellisten resurssien avulla.

Esityksen tavoitteen ja vaikutusarvioiden mukaan hoitotakuun osittainen keventäminen turvaisi osaltaan terveydenhuollon henkilöstön riittävyyttä. Tämän on arvioitu korostuvan etenkin ruuhka-aikoina sekä lomien ja muiden henkilöstön poissaolojen aikana, jolloin voimassa olevan hoitotakuun toteuttaminen on ollut erityisen haasteellista. Voimassa olevaa hoitotakuuta koskevaa hallituksen esitystä 74/2022 vp annettaessa esityksessä tuotiin esiin, että esityksen toimeenpantavuuden kannalta suurimmaksi riskiksi muodostuvat henkilöstön saatavuuteen liittyvät seikat. Myös perustuslakivaliokunta ja sosiaali- ja terveysvaliokunta ilmaisivat esitystä käsitellessään huolensa tästä ja korostivat sääntelyn toteutettavuuden ja henkilöstötilanteen seurannan tärkeyttä (PeVL 38/2022 vp, kappale 8 ja StVM 21/2022 vp). Kuten nyt käsiteltävänä olevassa hallituksen esityksessä on tuotu esiin, henkilöstötilanteen kohentamiseksi tehdyistä toimenpiteistä huolimatta on valmistauduttava siihen, että alan henkilöstön saatavuus pysyy haasteellisena vielä vuosia. Myös esityksen lausuntokierroksella merkittävimmäksi haasteeksi voimassa olevan hoitotakuusääntelyn noudattamiselle nimettiin henkilöstön saatavuus. Satakunnan hyvinvointialueen eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle antamaa asiantuntijalausuntoa vastaavasti myös esityksen lausuntokierroksella useampi lausuja totesi tiukan hoitotakuun työvoimapulatilanteessa pakottaneen hyvinvointialueet hankkimaan ostopalveluja ja vuokratyövoimaa hyvin korkealla hinnalla. Edelleen, vaikka esityksen lausuntokierroksella suurin osa lausujista ennakoi positiivisen kehityssuunnan hoitoon pääsyssä jatkuvan, jos sääntelyä ei muutettaisi, useampi terveydenhuollon järjestäjä myös arvioi voimassa oleviin hoitoon pääsyn enimmäisaikoihin pääsemisen olevan epävarmaa pidemmälläkään tähtäimellä. Myös perustuslakivaliokunta katsoi sääntelyn toteutettavuuteen liittyvien haasteiden puoltavan sen keventämisen hyväksyttävyyttä (PeVL 48/2024 vp kappale 11).

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

Nopeamman hoitoon pääsyn on arvioitu vähentävän erityisesti päivystyspalvelujen, perusterveydenhuollon vuodeosastojaksojen sekä erikoissairaanhoidon tarvetta. On vielä liian aikaista arvioida, onko näin jo nähdyn hoitoon pääsyn nopeutumisen myötä tapahtunut, mutta hyvinvointialueet ovat ilmaisseet havainneensa viitteitä tästä. Joka tapauksessa esityksessä on arvioitu, että nämä mahdolliset positiiviset vaikutukset menetettäisiin siltä osin kuin 23 vuotta täyttäneiden hoitoonpääsyajat mahdollisesti pidentyisivät esityksen myötä. Panostamalla laadukkaaseen hoidon tarpeen arviointiin, hyvinvointialueet voisivat kuitenkin toteuttaa kiireetöntä vastaanottotoimintaa nykyistä joustavammin ja samalla ehkäistä päivystysvastaanottoihin kohdistuvan paineen merkittävää kasvua.

Yhteenvetona voidaan todeta, että esitysten vaikutusten kullakin hyvinvointialueella on valmistelussa arvioitu riippuvan muun muassa siitä, millainen lähtötilanne alueella on ollut hoitoon pääsyssä ennen hoitotakuusääntelyn kiristymistä, millä keinoin tiukempaa hoitotakuuta on toimeenpantu sekä mille tasolle on päästy. Lausuntopalaute huomioiden vaikutukset riippuvat lisäksi keskeisesti siitä, missä määrin kukin hyvinvointialue kykenee kohdistamaan velvoitteen keventämiseen liittyvän rahoituksen leikkauksen muualle kuin perusterveydenhuollon henkilöstöresursseihin, etenkin niissä tilanteissa, joissa hyvinvointialue on aiemmin kohdistanut vastaavan rahoituksen lisäyksen muualle palvelujärjestelmään. Perusterveydenhuollon henkilöstön merkittävällä vähentämisellä saattaisi olla laajojakin kielteisiä vaikutuksia eivätkä esityksen tavoitteet henkilöstötilanteen paranemisesta tai hoidon ja palvelujärjestelmän kokonaisuutta tukevan joustavuuden lisäämisestä tällöin toteutuisi, vaan tilanne näiden osalta saattaisi jopa heikentyä. Ei voida myöskään poissulkea mahdollisuutta, että hoitoon pääsyajat pidentyisivät rahoituksen vähenemisen seurauksena merkittävästi, mikä johtaisi muun muassa ennakoitua suurempaan häiriökysyntään, päivystysten kuormittumiseen ja erikoissairaanhoidon tarpeen kasvuun. Esityksen lausuntokierroksella useampi hyvinvointialue ilmoitti kuitenkin pyrkivänsä nykysääntelyn mukaisiin hoitoon pääsyn enimmäisaikoihin perusterveydenhuollossa hoitotakuusäätelystä riippumatta. Vastaavasti sosiaali- ja terveysvaliokunnalle ilmoitti Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue. Esityksen lausuntokierroksella myös YTHS arvioi, ettei hoitotakuun keventäminen sinällään vaikuttaisi juurikaan hoitoonpääsyaikoihin sen palveluissa, koska se ei ole kyennyt noudattamaan voimassa olevaa hoitotakuusääntelyä.

Lopuksi on syytä huomata, että hoitotakuusääntelyn kevenemiseen kytketyn rahoituksen leikkauksen kohdistamisella perusterveydenhuollon sijaan esimerkiksi sosiaalihuoltoon tai erikoissairaanhoitoon saattaisi vastaavasti olla kielteisiä vaikutuksia, joita on niin ikään vaikea arvioida. Toisaalta esimerkiksi esitystä lausuntokierroksella kannattanut Etelä-Savon hyvinvointialue lausui aikovansa toteuttaa sopeutuksen ”mm. palveluverkkomuutoksilla, hoidon jatkuvuuden parantamisella, digitaalisuuden lisäämisellä, asiakastyön lisäämisellä ja moniammatillisen tiimimallin ja sote-integraation tuoman hyödyn kautta”. Tämä huomioiden kielteisiä vaikutuksia esimerkiksi sen kohdalla todennäköisesti olisi vähän. Joka tapauksessa terveydenhuollon järjestäjillä on lakisääteisten velvoitteidensa toteuttamisen puitteissa oikeus ja toisaalta myös velvollisuus kohdistaa rahoituksen väheneminen parhaaksi arvioimallaan tavalla.

Hoitoonpääsyaikojen seuraaminen on edelleen tärkeää, vaikka lakisääteiset enimmäisajat ehdotettavien lakimuutosten seurauksena pitenisivät 23 vuotta täyttäneiden osalta. Palvelunjärjestäjien julkaisemat tiedot hoitoon pääsyn toteutumisesta laatii jatkossakin THL, mikä lisää tiedon vertailukelpoisuutta ja siten muun ohella tukee valvontaa. THL julkaisee säännöllisesti tilastot hoitoon pääsyn tilanteesta. Valvovat viranomaiset eli aluehallintovirastot ja Valvira seuraavat hoitoon pääsyä säännönmukaisesti osana tavanomaista valvontatoimintaansa. Palvelunjärjestäjillä on velvoite myös omavalvontaan ja sen osana hoidon saatavuuden omavalvontaan. Hyvinvointialueiden valtion ohjauksessa tulee seurata, että perusterveydenhuoltoa jatkossa resursoidaan riittävässä määrin ehdotettavan sääntelyn mukaisten kohtuullisten hoitoonpääsyaikojen turvaamiseksi. Esitettävien lakimuutosten vaikutuksia tulee myös kokonaisuutena seurata huolellisesti niiden voimaantulon jälkeen.

Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten positiivinen erityiskohtelu

Kuten hallituksen esitysluonnoksen lausuntokierroksella myös eduskunnan saamissa *asiantuntijalausunnoissa* näkemykset hallituksen esitykseen sisältyvästä lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten positiivisesta erityiskohtelusta jakaantuivat.

Asiantuntijalausunnoissa myönteistä kantaa perusteltiin pitkälti hallituksen esityksen perusteluihin viitaten (nuoruusiän ja varhaisaikuisuuden kehitykselliset erityistarpeet (kesken oleva fyysinen ja psyykkinen kehitys), nuorena sairastumisen mahdolliset vaikutukset koko elämänkaareen, lasten ja nuorten terapiatakuun toteuttaminen, lasten ja nuorten fyysisen ja psyykkisen terveyden kokonaistarkastelun tärkeys perusterveydenhuollon tasolla sekä seurannaishyödyt myös vanhemmille ikäryhmille tulevaisuudessa). Positiivista erityiskohtelua kuitenkin puollettiin lähinnä sanoituksella, jonka mukaan on positiivista, että edes lasten ja nuorten hoitoon pääsyssä pysyy nykyinen hoitotakuu samalla korostaen kaikkien ikäryhmien nopean hoitoon pääsyn tärkeyttä. Monissa positiivista erityiskohtelua puoltavassakin asiantuntijalausunnoissa tuotiin esiin myös tähän liittyviä kielteisiä seikkoja.

Lasten ja erityisesti 18–22-vuotiaiden nuorten positiivista erityiskohtelua kritisoitiin *asiantuntijalausunnoissa* sillä perusteella, että vakavien somaattisten sairauksien riski näillä ikäryhmillä on pienempi kuin keski-ikäisellä väestöllä ja ikääntyneillä. Erityiskohtelun katsottiin myös rikkovan sen vahvan perusperiaatteen, että hoitoa annetaan terveydenhuollossa kiireellisyysjärjestyksessä tarpeen mukaan. Kategoriselle ikäperusteiselle suosimiselle ei katsottu olevan lääketieteellistä perustetta. Ikärajauksen katsottiin myös monimutkaistavan hoidon tarpeen arviota ja työn organisointia sekä lisäävän byrokratiaa ja esimerkiksi kirjaamis- ja tietojärjestelmäkustannuksia.

Kriittisissä *asiantuntijalausunnoissa* tuotiin myös esiin, että lapsiin ja nuoriin kohdennetaan jo erityispalveluita neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon kautta. Lisäksi korostettiin, että myös muut haavoittuvassa asemassa olevat ryhmät, kuten iäkkäät, vammaiset, työttömät, mielenterveys- ja päihdepotilaat tulisi huomioida. *Yhdenvertaisuusvaltuutettu* lausui, että mikäli haavoittuvassa asemassa olevan henkilön kohdalla ei kategorisesti arvioitaisi iän lisäksi lainkaan muita tekijöitä, saattaisi ehdoton ikäkriteeri joissain tilanteissa muodostua välillisesti syrjiväksi yhdenvertaisuuslain perusteella. Palvelutarpeen todettiin myös olevan suurin ikääntyneillä ja niillä työikäisillä, jotka eivät ole työterveyshuollon piirissä. Lisäksi arvioitiin, että rajallisten resurssien tilanteessa yhden ryhmän lyhyempi hoitoon pääsyn enimmäisaika kasvattaisi sen ulkopuolelle jäävien potilaiden tosiasiallisia hoitoon pääsyaikoja entisestään. *Hyvil Oy* myös huomautti, ettei joustavampaakaan ikärajausta ole pidetty vammaispalveluissa mahdollisena.

Ikärajausta pidettiin erityisen ongelmallisena korkeakouluopiskelijoiden opiskelijaterveydenhuollossa (*YTHS, KELA, Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus, Suomen sairaanhoitajat ry* ja *SYL ry*). Lausunnoissa tuotiin esiin, että korkeakouluopiskelijoiden opiskelijaterveydenhuollon piirissä alle 23-vuotiaita on vain noin 25 prosenttia opiskelijoista ja että iästä riippumatta opiskelijoiden elämäntilanne sekä tosiasialliset tarpeet ovat pääosin samanlaiset ja esimerkiksi suun terveydenhuollossa vanhempien opiskelijoiden kohdalla myös nuorempia suuremmat. Ikärajauksen arvioitiin aiheuttavan vanhemmissa opiskelijoissa tyytymättömyyttä ja eriarvoisuuden tunnetta.

Mieli ry ja *Mielenterveyspooli* esittivät ikärajan nostamista 29vuoteen nuorisolakia vastaavasti. *Suomen sosiaalioikeudellinen seura* esitti esitystä muutettavaksi niin, että positiivinen erityiskohtelu ulotettaisiin myös eläkeikäisiin, yli 65-vuotiaisiin kansalaisiin. Seuran mukaan eriarvoisuus eläkeikäisten ja työssä käyvien välillä tällä tavoin vähenisi, koska työssä käyvillä on oikeus työterveyshuoltoon, kun taas eläkeläiset ovat yksinomaan terveyskeskuksesta saatavien palvelujen varassa. Harvalla eläkeläisellä on mahdollisuutta turvautua yksityiseen terveydenhuoltoon ja toisaalta ikääntyneiden sairauksien selvittäminen vaatii usein tutkimuksia, jotka eivät voi odottaa kolmea kuukautta.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Lasten positiivista erityiskohtelua arvioidessa on sitä puoltavana seikkana syytä kiinnittää huomiota lasten muita heikompaan ja alisteiseen asemaan ja siitä johtuvaan erityisen suojelun tarpeeseen. Lisäksi tulee huomioida YK:n lapsen oikeuksien sopimuksen (SopS 60/1991) mukainen lapsen edun ensisijaisuuden periaate, jonka voidaan tulkita tarkoittavan, että tilanteissa, joissa kaikkien ikäryhmien etujen yhteensovittaminen ei ole mahdollista, lasten edulle on annettava etusija. Merkitystä on myös perustuslain 19.3 §:n julkiselle vallalle asettamalla velvoitteella tukea perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.

Nuoruusikä on lapsuudesta aikuisuuteen siirtymisen vaihe, joka alkaa murrosiästä ja päättyy vähitellen nuoreen aikuisuuteen. Nuoruusiän biologisen, psyykkisen ja sosiaalisen kehityksen katsotaan yleensä ajoittuvan ikävuosille 12–22. Aivojen biologinen kypsyminen tapahtuu yleensä viimeistään noin 25 ikävuoteen mennessä. Alle 23-vuotiaiden positiivinen erityiskohtelu on jo voimassa olevassa terveydenhuoltolaissa (52 ja 53 §) tunnistettu hoitoon pääsyn enimmäisajoista säädettäessä perustelluksi ja hyväksyttäväksi erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluissa, jossa hoitoon pääsyn enimmäisaika alle 23-vuotiailla on kolme kuukautta ja tätä vanhemmilla kuusi kuukautta. Perusterveydenhuollon tasolla etenkään lasten ja nuorten psyykkisiä ja fyysisiä terveysongelmia ei kuitenkaan ole mahdollista eikä mielekästä erottaa toisistaan hoitoon hakeutumisen vaiheessa. Lapsilla ja nuorilla on usein ruumiillisina koettuja vaivoja ja oireita, joiden syy on psyykkinen.

Terveysongelmien varhainen tunnistaminen ja hoito juuri lapsuudessa ja nuoruudessa on tärkeää, jotta nuoruusiän kehitysmahdollisuutta ei hukata. Samalla se on aikuisuudessa ilmenevien häiriöiden tehokkainta ennaltaehkäisyä. Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten hoitotakuun säilyttäminen ennallaan huomioi lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten kehitykselliset tarpeet ja tukee heidän hoitoon pääsyään ikävaiheissa, joissa kehityksen ja hyvinvoinnin tukeminen on heidän tasapainoisen kehityksensä, tulevaisuutensa ja aikuisuutensa näkökulmasta erityisen tärkeää. Erityinen huolenpito lapsista ja nuorista on tärkeää myös hyvinvointivaltion tulevaisuuden kantokyvyn turvaamiseksi. Myös perustuslakivaliokunta on nyt kyseessä olevasta esityksestä lausuessaan pitänyt esitettävää lasten ja nuorten positiivista erityiskohtelua perustuslain yhdenvertaisuussääntelyn kannalta hyväksyttävänä positiivisena erityiskohteluna (PeVL 48/2024 vp, kappale 18).

Hallituksen esityksen lausuntokierroksella esitykseen sisältyvää lasten ja nuorten positiivista erityiskohtelua kannatti 63 prosenttia asiaan kantaa ottaneista vastaajista (esim. yhdeksän hyvinvointialuetta, THL, Suomen Hammaslääkäriliitto, Tehy ry) ja vastusti 37 prosenttia (esim. kolme hyvinvointialuetta, kaikki aluehallintovirastot, HUS-yhtymä, YTHS, Yhdenvertaisuusvaltuutettu). Hallituksen esityksen lausuntokierroksella ja sosiaali- ja terveysvaliokunnassa esitetyissä ehdotettavaa lasten ja nuorten positiivista erityiskohtelua kritisoivissa lausunnoissa on esitetty sinällään varteenotettavia vasta-argumentteja. Täten kyse on eri näkökohtien punnintatilanteesta. Hallitus on lausujien enemmistön mukaisesti pitänyt esitettävän lasten ja alle 23-vuotiaiden positiivisen erityiskohtelun puolesta esitettyjä perusteluja painavampana.

Lopuksi on syytä huomioida, että alle 23-vuotiaiden hoitoon pääsyn lyhyemmät enimmäisajat eivät tarkoita, että he pääsisivät kaikissa tilanteissa tätä vanhempia nopeammin hoitoon. Käsillä voisi olla esimerkiksi tilanne, jossa arvio lapsen tai nuoren hoidon tarpeesta päätyisi kahden viikon odotusaikaan samalla, kun kohtuullista hoitoon pääsyaikaa koskeva sääntely

edellyttäisi, että tätä vanhempi henkilö pääsee terveydentilansa ja sairautensa ennakoitavissa olevan kehityksen vuoksi hoitoon viikossa.

Pykäläkohtaiset huomiot

Eduskunnan oikeusasiamies toteaa asiantuntijalausunnossaan voimassa olevan terveydenhuoltolain 51 §:n 4 momentin ja ehdotettavan 51 a §:n 1 momentin olevan sanamuodoiltaan epäselviä sen osalta, sovelletaanko kolmen kuukauden enimmäisaikaa myös todistusten ja lausuntojen laatimista koskeviin käynteihin, vaikka säännösten perusteluissa näin todetaan. Eduskunnan oikeusasiamies esittää säännöksen sanamuotoa tältä osin täsmennettäväksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

1.9.2023 voimaan tulleiden hoitotakuun muutosten yhteydessä (HE 74/2022 vp) kolmen kuukauden hoitotakuun piiriin oli tarkoitus säätää yksiselitteisesti muutkin palvelut kuin sairauden ja vamman tutkimus ja hoito eli esimerkiksi rokotukset, terveystarkastukset ja muu ennaltaehkäisevä terveydenhuolto sekä niin sanotut todistus- ja lausuntokäynnit. Ennen lakimuutosta oli tulkinnanvaraisuutta siitä, olivatko myös muut palvelut kuin vamman ja sairauden hoito ja tutkimus hoitotakuun piirissä. Nykyisessä terveydenhuoltolain 51 a §:n 4 momentissa viitataan siten hoidon lisäksi kuntoutukseen sekä terveyttä ja hyvinvointia edistäviin palveluihin ja opiskelijaterveydenhuoltolain 10 a §:n 4 momentissa hoidon lisäksi terveyttä ja hyvinvointia edistäviin palveluihin. Niiden säännöskohtaisista perusteluista käy yksiselitteisesti ilmi, että sääntelyn on tarkoitettu kattavan myös käynnit, jotka toteutetaan yksinomaan terveydenhuollossa laadittavan todistuksen tai lausunnon saamiseksi. Tätä oikeustilaa ei ole tarkoitus muuttaa nyt kyseessä olevalla hallituksen esityksellä.

Terveydenhuoltolain 22 §:ssä säädetään hyvinvointialueen velvollisuudesta huolehtia siitä, että sen asukas tai terveyskeskuksen potilas saa terveydentilaansa koskevan todistuksen tai lausunnon silloin, kun todistuksen tai lausunnon tarve perustuu lakiin, taikka on asukkaan tai potilaan hoidon, toimeentulon, opiskelun tai muun vastaavan syyn kannalta välttämätöntä. Kyseinen pykälä on lain 2 luvussa, jonka otsikko on ”Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen”. Sosiaali- ja terveysministeriö kuitenkin yhtyy eduskunnan oikeusasiamiehen näkemykseen siitä, ettei todistus- tai lausuntokäynneissä ole terminologisesti kyse varsinaisista terveyttä ja hyvinvointia edistäväistä palveluista, jotka hoidon ja kuntoutuksen ohella mainitaan voimassa olevassa 51 a §:n 4 momentissa ja opiskelijaterveydenhuoltolain 10 a §:n 4 momentissa sekä nyt kyseessä olevassa hallituksen esityksessä ehdotettavissa uusissa terveydenhuoltolain 51 a §:n 1 momentissa ja opiskelijaterveydenhuoltolain 10 a §:n 1 momentissa. Säännösten sanamuotoa voidaan näin ollen pitää todistus- ja lausuntokäyntien osalta epäselvänä, vaikka säännösten tarkoitus käykin yksiselitteisesti ilmi niiden perusteluista. Täten sosiaali- ja terveysministeriö ehdottaa lakien sanamuodon selkeyttämistä tältä osin ehdotettavaan uuteen terveydenhuoltolain 51 a §:n 1 momenttiin ja opiskelijaterveydenhuoltolain 10 a §:n 1 momenttiin siten, että niihin otetaan nimenomainen maininta hoitotapahtumista, jotka toteutetaan yksinomaan terveydenhuollossa laadittavan todistuksen tai lausunnon saamiseksi. Kuten hallituksen esityksen 74/2022 vp perusteluissa todetaan, kolmen kuukauden enimmäisaika ei kuitenkaan koskisi itse todistuksen tai lausunnon laatimista ja potilaalle toimittamista, vaan ainoastaan asiaan liittyvää ensimmäistä hoitotapahtumaa, kuten vastaanottokäyntiä.

Pääministeri Petteri Orpon hallitusohjelman mukaan ammattihenkilöstöltä vaadittavan kirjallisen työn, kuten säädösperäisten lausuntojen ja erilaisten todistusten, määrää

vähennetään. Tähän viitaten sosiaali- ja terveysministeriö toteaa selvyyden vuoksi, että hoitotakuuajat soveltuvat joka tapauksessa vain julkiseen palveluvalikoimaan kuuluviin tehtäviin huomioiden niihin mahdollisesti myöhemmin tehtävät muutokset.

Sosiaali- ja terveysministeriön esitys (muutokset suhteessa HE:hen, lisäykset kursivoituna ja poistot yliviivattuna):

Terveydenhuoltolaki 51 a § 1 mom.

Edellä 51 §:ssä tarkoitetussa arviossa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon, kuntoutuksen ~~sekä~~ *ja* terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun *sekä todistuksen tai lausunnon saamista laatimista koskevan palvelun* ensimmäinen hoito- tai kuntoutustapahtuma on järjestettävä potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin arviointia seuraavien kolmen kuukauden aikana.

Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta 10 a § 1 mom.

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

Suomen sosiaalioikeudellinen seura toteaa asiantuntijalausunnossaan, että liitännäismuutoksena on esitetty myös lääkärien ja hammaslääkärien sekä erikoishammaslääkärien jatkokäyntien toteutumisen enimmäisaikojen pidentämistä 23 vuotta täyttäneiden osalta. Seuran mukaan esitys on tältä osin vaikeaselkoinen ja epämääräinen ja sitä tulisi täsmentää epäselvyyksien välttämiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Voimassa olevaan hoitotakuusääntelyyn sisältyy sääntely hoitoon pääsyn enimmäisajoista myös tilanteissa, joissa potilas on yhteydenoton yhteydessä tehdyn hoidon tarpeen arvion perusteella ohjattu muun ammattihenkilön kuin lääkärin tai hammaslääkärin vastaanotolle ja tällä vastaanotolla todetaan tarve lääkärin tai hammaslääkärin tutkimuksella tai hoidolle, ns. ”lääkärin ja hammaslääkärin jatkokäynnit”. Sääntely on arvioitu tarpeelliseksi sen varmistamiseksi, että potilaat ohjataan hoidon tarpeen arvioinnin perusteella heidän tarpeidensa mukaiseen hoitoon hoitotakuuajassa, jotta hoitotakuuajalla ylipäänsä olisi merkitystä. Koska tiedossa on, että lääkäreistä ja hammaslääkäreistä on suurin pula, sääntelyllä siis varmistetaan, ettei hoitotakuusääntelyä niin sanotusti kierretä lähettämällä potilas tarpeettomasti esimerkiksi vain hoitajan ”esiarviointikäynnille” hoitotakuuajassa. Säännöksellä turvattaisiin myös potilaan oikeutta päästä hoitoon kohtuullisessa ajassa tilanteessa, jossa potilas olisi virhearvion tai arvion epätarkkuuden vuoksi alun perin lähetetty lääkärin tai hammaslääkärin sijasta muun ammattihenkilön vastaanotolle.

Koska 23 vuotta täyttäneiden ensisijaisia hoitoon pääsyn enimmäisaikoja ehdotetaan pidennettäväksi, ehdotetaan kuitenkin myös lääkärin ja hammaslääkärien jatkokäyntien enimmäisaikoja pidennettäväksi. Ehdotettavan terveydenhuoltolain 51 a §:n 2 momentin ja

opiskelijaterveydenhuoltolain 10 a §:n 2 momentin mukaan toiminta olisi järjestettävä siten, että jos potilas on yhteydenoton yhteydessä tehdyn hoidon tarpeen arvion perusteella ohjattu muun ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja ammattihenkilö toteaa, että potilas tarvitseekin lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, myös pääsy lääkärin vastaanotolle järjestyy kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa alkuperäisestä yhteydenotosta. Käytännössä tämä tarkoittaisi sitä, että jos potilas ohjattaisiin muun ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, käynti tulisi aikatauluttaa ja toiminta organisoida siten, että myös pääsy lääkärille pysyttäisiin tarjoamaan kohtuullisessa ajassa, joka tapauksessa ennen kolmen kuukauden hoitoon pääsyn enimmäisajan umpeutumista, jos tarve tälle todettaisiin ensimmäisellä muun ammattihenkilön käynnillä. Potilaan tulisi siis aina päästä *tarvettaan vastaavan* ammattihenkilön vastaanotolle kohtuullisessa ajassa, kaikissa tilanteissa kuitenkin viimeistään kolmessa kuukaudessa. Asiasta säädettäisiin vastaavasti suunterveydenhuollon osalta terveydenhuoltolain 51 b §:n 2 momentissa ja opiskelijaterveydenhuoltolain 10 b §:n 2 momentissa sillä erotuksella, että enimmäisaika olisi kuitenkin kuusi kuukautta.

Voimassa olevan terveydenhuoltolain 51 b §:ssä ja opiskelijaterveydenhuoltolain 10 b §:ssä säädetään myös erikoishammaslääkärikäyntien hoitotakuusta. Myös tähän liittyvä kolmen kuukauden enimmäisaika ehdotetaan pidennettäväksi 23 vuotta täyttäneiden osalta kuuteen kuukauteen. Ehdotettavien terveydenhuoltolain 51 b §:n 3 momentin ja opiskelijaterveydenhuoltolain 10 b §:n 3 momentin mukaan, jos suun terveydenhuollon ammattihenkilö toteaa tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun kyseinen ammattihenkilö on todennut palvelun tarpeen.

Myös sosiaali- ja terveysministeriön näkemyksen mukaan useat eri tilanteita koskevat enimmäisajat tekevät hoitotakuusääntelystä vaikeaselkoista. Toisaalta eri tilanteita koskevat enimmäisajat on kuitenkin hoitoon pääsyn toteutumisen turvaamiseksi arvioitu tarpeelliseksi 1.9.2023 voimaan tulleessa hoitotakuu-uudistuksessa ja niiden säilyttäminen on myös nyt kyseessä olevan valmistelun yhteydessä arvioitu tarpeelliseksi. Kuten edellä tässä vastineessa on todettu, lasten ja nuorten positiivinen erityiskohtelu ja siten heitä koskevat lyhyemmät hoitotakuuajat on niin ikään arvioitu esityksen valmistelussa perustelluiksi, mutta kielteisenä seurauksena tästä on enimmäisaikojen määrän lisääntyminen ja siten sekä sääntelyn että järjestelmän monimutkaistuminen entisestään.

Kela toteaa, että esityksen mukaan voimassa olevan opiskelijaterveydenhuoltolain 10 b §:n 2 momentissa säädetystä kahdesta eri vaihtoehtoisesta hammaslääkärille jatkohoitoon pääsyajasta ollaan luopumassa 23 vuotta täyttäneiden osalta, mutta ei alle 23-vuotiaiden osalta. Esitetyn opiskelijaterveydenhuoltolain 10 b §:n 4 momentin mukaan, jos alle 23-vuotias opiskelija on 10 §:ssä tarkoitetun arvioinnin perusteella ohjattu muulle suun terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille, ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille on järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta tai kolmen kuukauden kuluessa 10 §:ssä tarkoitetusta arviosta. Hallituksen esityksessä (HE 74/2022) on todettu, että hyvinvointialueella on oikeus päättää, kumpaa vaihtoehtoisista määräajoista se noudattaa.

Kela toteaa, että hoitoon pääsyn enimmäisajat turvaavat osaltaan yksilön oikeutta riittäviin terveyspalveluihin. Palveluntuottajan tulisi soveltaa sitä hoitoon pääsyn enimmäisaikaa, joka turvaa

opiskelijalle nopeamman hoitoon pääsyn. Kela toteaa kahden vaihtoehtoisen hammaslääkärille hoitoon pääsyajan olevan ongelmallista myös opiskeluterveydenhuollon hoitoon pääsyaikojen seuraamisen, raportoimisen ja julkaisemisen kannalta. Kahden vaihtoehtoisen enimmäisajan säilyttäminen voi johtaa myös siihen, että eri palveluntuottajat tai saman palveluntuottajan eri palveluyksiköt kirjaavat ja seuraavat hammaslääkärille pääsyn osalta eri enimmäisaikoja. Kelan mukaan sen ja YTHS:n olisi helpompi seurata hoitoon pääsyä ja opiskelijoiden yhdenvertaista palveluiden saatavuutta, jos esitetyssä opiskeluterveydenhuoltolain 10 b §:n 4 momentissa säädettäisiin vain yhdestä hammaslääkärin jatkokäyntiin sovellettavasta enimmäisajasta.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Esityksessä ei ehdoteta muutettavaksi alle 23-vuotiaiden osalta hoitotakuuta eikä Kelan esittämää muutosta, joka olisi tiukennus voimassa olevaan sääntelyyn, siten ole arvioitu esityksen valmistelussa. Sosiaali- ja terveysministeriö ei tässä yhteydessä esitä siihen liittyviä muutoksia.

Kela toteaa lakiteknisenä huomiona, että opiskelijaterveydenhuoltolain säännöskohtaisten perusteluiden mukaan opiskelijaterveydenhuoltolain 10 a §:ään ehdotetaan tehtäväksi vastaavat muutokset kuin terveydenhuoltolain 51 a §:ään ja opiskeluterveydenhuollon osalta viitataan siten terveydenhuoltolain säännöskohtaisiin perusteluihin. Terveydenhuoltolain säännöskohtaisissa perusteluissa viitataan hoidon toteuttamisen osalta mm. terveydenhuoltolain 24 §:ään ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) 8 §:ään. Kelan näkemyksen mukaan terveydenhuoltolakia ei voida pitää opiskelijaterveydenhuoltolain 4 §:n 2 momentissa tarkoitettuna terveydenhuollon yleislakina, jonka sisältö tulisi aina kokonaisuudessaan huomioon otettavaksi opiskeluterveydenhuoltolain säännöksiä sovellettaessa. Terveydenhuoltolaki on pääosin julkista terveydenhuoltoa koskeva yleislaki, kuten terveydenhuoltolain 1 §:n soveltamisalaa koskevasta sääntelystä ilmenee. YTHS:n tuottamaan opiskeluterveydenhuoltoon ei sovelleta myöskään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettua lakia. Tältä osin opiskeluterveydenhuoltolain säännöskohtaisissa perusteluissa voisi vastaavasti todeta, että YTHS:n on huomioitava palveluita tuottaessaan sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta annetun lain (741/2023) 9–10 §:n mukainen sääntely.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sosiaali- ja terveysministeriö pitää Kelan huomiota oikeana ja toteaa, että opiskelijaterveydenhuoltolain 10 a §:n ja 10 b §:n säännöskohtaisissa perusteluissa on esityksessä ollut tarkoitus viitata vain *soveltuvin osin* terveydenhuoltolain 51 a ja 51 b §:n säännöskohtaisiin perusteluihin.

Muut huomiot esityksestä

Useissa asiantuntijalausunnoissa (esim. *Eduskunnan oikeusasiamies, Lääkäriliitto* ja *aluehallintovirastot*) katsottiin, ettei aluehallintovirastojen ja Valviran rahoitusta tulisi vähentää esityksen johdosta. *Lääkäriliitto* ja *eduskunnan oikeusasiamies* katsoivat, että valvontaan tarvitaan lisäresursseja, koska kohtuullisen hoitoonpääsyajan valvominen on huomattavasti työläämpää kuin hoitoonpääsytilastoihin perustuvan enimmäisajan toteutumisen valvonta. *Aluehallintovirastot* itse eivät pitäneet todennäköisenä, että hoitotakuun keventäminen vähentäisi merkittävästi aluehallintovirastoille tulevien asioiden määrää, ja yhtyi toisaalta näkemykseen siitä, että asioiden luonne muuttuisi valvonnan kannalta haastavammaksi. *Aluehallintovirastot* ja monet muut lausujat katsoivat ikäperusteisen hoitoon pääsyn enimmäisajan monimutkaistavan valvontaa

Aluehallintovirastot huomauttivat lisäksi, että hoitotakuun aiemman kiristyksen yhteydessä tehtiin muutoksia myös yhteydensaantia ja hoidon tarpeen arviota koskevaan sääntelyyn siten, että potilaan tulee saada arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana yhteys perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja yksilöllinen arvio hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä. Edeltävän sääntelyn mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tuli tehdä hoidon tarpeen arvio viimeistään kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta, jos hoidon tarvetta ei pystytty arvioimaan yhteydenoton aikana. Lisäksi tehtiin muutoksia tietojen julkaisemisvelvoitetta koskien. *Aluehallintovirastot* huomauttivat, että niille jäisi edelleen yhteydensaantiin ja tietojen julkaisuun liittyvät valvontatehtävät, joista säädettiin 1.9.2023 voimaan tulleessa lainsäädännössä ja johon nyt kyseessä olevalla hallituksen esityksellä ei tehdä muutoksia. *Aluehallintovirastot* totesivat lisäksi, että valvontatehtävät lisääntyvät aina, kun hoitoon pääsy ei toteudu.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Hoitotakuun kiristyksestä säädettäessä uuden sääntelyn valvonnan arvioitiin lisäävän valvontaviranomaisten työmäärä ja niiden rahoitusta kasvatettiin. Nyt kyseessä olevan hallituksen esityksen mukaan valvontaviranomaisten rahoitusta vähennettäisiin hallituksen esityksen myötä summalla, jonka valtio osoitti hoitoon pääsyä koskevan sääntelyn tiukentamisen valvontaan vähennettynä alle 23-vuotiaiden suhteellisella osuudella hoitotakuukäynneistä. Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen palatessa 23 vuotta täyttäneiden osalta aiemmalle tasolle, järjestäjät todennäköisesti pystyisivät paremmin toteuttamaan hoitoon pääsyn niiden mukaisesti. Myös aluehallintovirastot toteavat lausunnossaan, että valvontatehtävät lisääntyvät aina, kun hoitoon pääsy ei toteudu.

Toisaalta hoitoon pääsyn enimmäisaikojen ollessa 23 vuotta täyttäneiden osalta pitkiä, valvontaviranomaisten tulisi korostuneemmin valvoa sitä, että hoitoon päästään myös ehdotettavan sääntelyn mukaisesti kohtuullisessa ajassa. Tämä olisi sinällään huomattavasti haastavampaa kuin pelkän tietyn enimmäisajan toteutumisen valvonta, mutta vastaisi tilannetta ennen nykyisen hoitotakuusääntelyn voimaantuloa. Lisäksi erityisesti suun terveydenhuollossa, jossa enimmäisaika nykyisin on kolme kuukautta, myös tätä lyhyemmän kohtuullisen hoitoonpääsyajan toteutumista on täytynyt valvoa myös nykyisen sääntelyn voimassa ollessa. Toisaalta valvontatyötä jatkossa monimutkaistaisi se, että hoitotakuuajat olisivat eriikäisten henkilöiden kohdalla eri pituiset ja valvottavia enimmäisaikoja olisi nykyistä useampia.

Kuten aluehallintovirastot toteavat, hoitotakuusääntelyä kiristettäessä tehtiin myös muutoksia yhteydenoton yhteydessä tehtävää hoidon tarpeen arviota koskevaan sääntelyyn siten, että potilaan tulee saada yhteydenottonsa kanssa saman päivän aikana yksilöllinen arvio hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä (aiemmin viimeistään kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta, jos hoidon tarvetta ei pystytty tekemään yhteydenoton yhteydessä). Toisin kuin aluehallintovirastojen asiantuntijalausunnosta voisi olla tulkittavissa, kuitenkin potilaan oikeus saada arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana yhteys perusterveydenhuollon toimintayksikköön sisältyi jo aiempaan sääntelyyn. Lisäksi tehtiin kiristyksiä tietojen julkistamista koskien. Kuten aluehallintovirastot lausunnossaan toteavat, tällä hallituksen esityksellä ei esitetä näitä velvoitteita palautettavaksi entiselleen. Vaikka nämä säännökset saattavat jossain määrin lisätä valvontatyötä, hoidon tarpeen arvioinnin ajankohdan osalta kyse oli kuitenkin jo aiemmin laajasti noudatetun toimintatavan kirjaamisesta lakiin. Tietojen tiheämmän ja yhteismitallisemman julkaisemisen taas toisaalta arvioitiin ainakin jossain määrin myös auttavan valvontaviranomaisten työtä.

Hoitotakuusääntelyn muutosten kustannusvaikutuksia valvontaviranomaisille on vaikea arvioida tarkasti. Hoitoon pääsyn enimmäisajat (ml. vaatimus kohtuullisesta hoitoonpääsyajasta) palautuisivat 23 vuotta täyttäneiden osalta pääpiirteissään entiselleen ja toisaalta alle 23-vuotiaiden osalta säilytettäisiin nykyinen tiukempi sääntely. Täten hallituksen esityksen valmistelussa on päädytty arvioon, että valvontaviranomaisten rahoitusta voidaan vähentää hallituksen esityksen myötä summalla, jonka valtio osoitti hoitoon pääsyä koskevan sääntelyn tiukentamisen valvontaan vähennettynä alle 23-vuotiaiden suhteellista osuutta hoitotakuukäynneistä vastaavalla summalla (rahoituksen vähennys aluehallintovirastoille 700 000 euroa ja Valviralle 100 000 euroa). Jatkossa valvontatyön riittävää resursointia tulee kuitenkin seurata ja tarvittaessa ryhtyä korjaaviin toimiin.

Suomen sosiaalioikeudellinen seura toteaa, että jos potilas ei pääse hoitoon lain mukaisessa enimmäisajassa, tulisi hyvinvointialueen maksaa potilaalle kohtuullinen hyvitys hoitotakuuajan rikkomisesta. Koska hallituksen esitys ei sisällä tällaista hyvitystä, on pelättävissä, että hoitoonpääsyaika venyy jopa yli kolmen kuukauden hyvinvointialueen selvitessä rikkomuksesta ilman seurauksia. Suomen sosiaalioikeudellinen seura ehdottaa tällaisen hyvityssäännösten liittämistä esitykseen. Myös Tehy ry kannattaa hoitotakuun ylityksen sanktiointia.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Muidenkaan terveydenhuollon lakisääteisten velvoitteiden rikkomisen osalta ei ole säädetty erikseen potilaalle maksettavasta hyvityksestä eikä sosiaali- ja terveysministeriö katso, että ainakaan tässä yhteydessä tällaisesta tulisi säätää myöskään hoitoon pääsyä koskevan sääntelyn rikkomistilanteiden varalta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta annetussa laissa (741/2023). Aluehallintovirastojen ja Valviran toteuttamassa viranomaisvalvonnassa valvonta-asiassa palvelun järjestäjälle tai sen toiminnasta vastuussa olevalle henkilölle voidaan antaa ohjausta, jotta vastaavaa epäkohtaa ei tapahtuisi uudestaan. Ohjausta on esimerkiksi kehotukset, käsityksen ilmaiseminen, huomion kiinnittäminen ja huomautukset. Jos palveluiden järjestämisessä tai toteuttamisessa havaitaan asiakas- tai potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai toiminta on lainvastaista, valvontaviranomainen voi antaa määräyksen, jonka mukaan epäkohdat pitää korjata määräaikaan mennessä. Määräyksen tehosteeksi voidaan asettaa uhkasakko.

Myös hoitoon pääsyn osalta potilaiden käytössä ovat lisäksi tavanomaiset potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) mukaiset terveydenhuollon oikeusturvakeinot, joita ovat muistutus ja kantelu. Näiden perusteella ei kuitenkaan makseta potilaalle vahingonkorvauksia. Jos potilaalle aiheutuu terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä henkilövahinkoja, niihin voi hakea korvausta Potilasvakuutuskeskuksesta siten kuin potilasvakuutuslaissa säädetään (948/2019). Potilaalle aiheutuneista vahingoista voi olla oikeus saada korvausta myös vahingonkorvauslain (412/1974) perusteella.

Sosiaali- ja terveysvaliokunnan kysymykset sosiaali- ja terveysministeriölle

Millaisia resursseja lisättiin perusterveydenhuoltoon säädettäessä hoitotakuu 3 kuukaudesta 14 vuorokauteen? Lisääntyikö lääkäreiden/hoitohenkilöstön määrä ja lisääntyikö perusterveydenhuoltoon vuokralääkäreiden käyttö?

Kun perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuu säädettiin seitsemään vuorokauteen (HE 74/2022 vp), arvioitiin, että tarvittava perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kapasiteetin lisäys tarkoittaisi noin 226 lääkärin ja noin 208 sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan henkilötyövuoden panosta ensimmäisenä toimeenpanovuotena eli vuonna 2023. Seuraavina vuosina laskennallinen tarve kasvaisi vähitellen tarkoittaen 465 lääkärin ja 402 sairaanhoitajan henkilötyövuoden panosta vuonna 2024, 641 lääkärin ja 498 sairaanhoitajan henkilötyövuoden panosta vuonna 2025 ja 672 lääkärin ja 476 sairaanhoitajan henkilötyövuoden panosta vuodesta 2026 lukien. Seitsemän vuorokauden hoitotakuusta kuitenkin luovuttiin jo ennen sen voimaantuloa ja alun perin väliaikaiseksi säädetty 14 vuorokauden hoitotakuu säädettiin pysyväksi. Tämän arvioitiin vähentävän tarvittavia laskennallisia henkilötyövuosipanoksia 145 lääkärin työvuodella ja 105 sairaanhoitajan työvuodella vuonna 2026, jolloin jäljelle jäi laskennallinen 527 lääkärin ja 370 sairaanhoitajan tarve. Yllä olevaan laskennalliseen tarpeeseen arvioitiin voitavan vastata myös muilla tavoin kuin varsinaisilla uusilla rekrytoinneilla. Henkilöstön rekrytoinnin lisäksi lisähenkilöstötarpeeseen arvioitiin vastattavan muuttamalla pysyvästi perusterveydenhuollon toimintatapoja. Erityisesti työnjakoa sekä työskentelymalleja uudistamalla eri ammattihenkilöiden työaika ja osaaminen voitaisiin kohdistaa parhaalla mahdollisella tavalla. Palvelujen, kuten sähköisten ajanvarausten, chat-palvelujen tai etävastaanottopalvelujen käytön laajentamista ja lisäämistä oli harkittava mahdollisuutena kohdentaa ammattihenkilöiden työpanosta tarkoituksenmukaisesti.

Hallituksen esityksessä 74/2022 vp suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn enimmäisajan lyhentämisen ensin neljään (1.9.2023), sitten kolmeen kuukauteen (1.11.2024) ei juurikaan arvioitu lisäävän henkilöstötarvetta, koska kyseen arvioitiin olevan keskeisesti kertaluonteisesta jonon purkamisesta. Jonon purkaminen arvioitiin voitavan tehdä esimerkiksi lisätyönä ja palvelujen ostoina yksityissektorilta sekä uusia toimintamalleja käyttöön ottamalla.

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

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

Voimassa olevan hoitotakuun vaikutukset ja toimeenpanon edellytykset vaihtelevat tämän vuoksi hyvinvointialueittain. Osassa alueista hoitoon pääsy toteutui jo pitkälti voimassa olevien enimmäisaikojen puitteissa avosairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa ennen niiden voimaantuloa.

Hyvinvointialueet kertoivat syksyllä 2023 hallituksen esityksestä 55/2023 vp antamissaan lausunnoissa toimista, joita ne olivat tehneet tai olivat tekemässä avosairaanhoidon 14 vuorokauden hoitotakuuseen

pääsemiseksi. Vastauksissa mainittiin esimerkiksi virkojen perustaminen, rekrytoinnin tehostaminen, henkilöstön veto- ja pitovoiman lisääminen sekä työnjaon kehittäminen, toimintamallien ja sähköisten palvelujen kehittäminen, palvelujen jatkuvuuden, laadun ja vaikuttavuuden kehittäminen, hyvinvointialueen resurssin käyttäminen kokonaisuutena ja palveluajan laajentaminen sekä palvelusetelin ja ostopalveluiden käyttö. Suuressa osassa vastauksista haasteena tiukentuvan hoitotakuusääntelyn noudattamisessa pidettiin henkilöstön saatavuusongelmia. Useassa vastauksessa tuotiin esille haastava taloustilanne sekä koronapandemian aiheuttama hoito- ja palveluvelka. Lisäksi mainittiin muun ohella hyvinvointialueen järjestäytymisestä johtuvat haasteet ja kasvanut palvelutarve.

Osana nyt kyseessä olevan hallituksen esityksen valmistelua sosiaali- ja terveysministeriö teki toukokuussa 2024 hyvinvointialueille, Helsingin kaupungille ja HUS-yhtymälle kyselyn, jossa muun muassa kartoitettiin voimassa olevaan perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitotakuun pääsemiseksi tehtyjä toimenpiteitä, niihin liittyviä kertaluonteisia ja pysyviä kustannuksia sekä arviota ostettavien palvelujen sopimushintojen kehityksestä. Kyselyyn vastasi 15 hyvinvointialuetta, Helsingin kaupunki sekä HUS-yhtymä. Vastaajista suurin osa totesi, että tiukentuneeseen hoitotakuuseen on päästy sekä perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa että suun terveydenhuollossa lähinnä uusia toimintamalleja käyttöön ottamalla. Lisäksi on tehty jonkin verran lisätöitä ja vähäisemmässä määrin lisätty palvelujen ostoa joko ostopalveluna, vuokratyövoimana tai palvelusetelillä, mutta vain vähäisissä määrin oman henkilöstön lisärekrytointeja. Useilla hyvinvointialueilla on myös suunnitteilla tai tehty päätöksiä terveysasemien verkoston tiivistämisestä, aukioloaikojen muutoksisista ja muista henkilöstötarvetta vähentävistä toimista.

Esityksen lausuntokierroksella hyvinvointialueiden ja myös muiden tahojen lausunnoissa tuotiin lisäksi esiin, että hoitotakuun tiukentumisen johdosta saatu rahoituksen lisäys on jouduttu käyttämään muualle kuin perusterveydenhuoltoon (esim. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue lastensuojelun kohonneet kustannukset ja alijäämien kattaminen) ja/tai yleisen perusterveydenhuollon rahoitusvajeen ja aliresursoinnin korjaamiseen (hoitotakuun piiriin kuuluvat käynnit muodostavat vain pienen osan perusterveydenhuollon käynneistä). Monet hyvinvointialueet ilmoittivat ja myös useat muut lausujat arvioivat, että hoitotakuun kiristys on toimeenpantu pääosin sellaisella toiminnan kehittämiselle, joka olisi pitänyt tehdä joka tapauksessa, kuten tuotannon uudelleenorganisoinnilla ja uusien teknologioiden hyödyntämisellä, ja että tässä kehittämistyössä on hyödynnetty erillistä kehittämisrahoitusta.

Esityksen lausuntokierrokselle kysyttiin arvioita esitettävän 23 vuotta täyttäneiden hoitotakuun keventämisen vaikutuksista tarpeeseen käyttää ostopalveluja, vuokratyövoimaa ja palvelusetelejä. Vajaa kolmasosa monivalintakysymykseen vastanneista (esim. *4 hyvinvointialuetta*, *YTHS* ja *Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat*) arvioi avosairaanhoidon hoitotakuun keventämisen vähentävän jonkin verran tarvetta käyttää ostopalveluja, vuokratyövoimaa tai palvelusetelejä ja loput vastaajat (esim. *7 hyvinvointialuetta*, *HUS-yhtymä*, *aluehallintovirastot* ja *THL*), ettei vaikutusta tähän olisi tai se olisi vähäinen. Suun terveydenhuollossa 52 prosenttia arvioi tarpeen vähenevän jonkin verran (esim. *4 hyvinvointialuetta, YTHS, Suomen Hammaslääkäriliitto ry* ja *Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat KT*, osa arvioi vähennyksen olevan hetkellistä), 48 prosenttia (esim. *6 hyvinvointialuetta*, *THL* ja *aluehallintovirastot*) arvioi, ettei vaikutusta olisi tai se olisi vähäinen ja ainoana tahona *Satakunnan hyvinvointialue* arvioi, että tarve vähenisi merkittävästi. Käänteisesti vastausten voidaan arvioida kertovan siitä, kuinka paljon ostopalveluja, vuokratyövoimaa ja palvelusetelejä on käytetty hoitotakuun kiristyksen toimeenpanemiseksi huomioiden kuitenkin, että kysymys koski *vain 23 vuotta täyttäneiden* hoitotakuun keventämisen vaikutuksia. Lausuntopalautteessaan *Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat KT* ja *Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia* toivat myös esiin, että tiukka hoitotakuu on työvoimapulatilanteessa pakottanut hyvinvointialueet hankkimaan ostopalveluja ja vuokratyövoimaa hyvin korkealla hinnalla (vastaavasti *Satakunnan hyvinvointialue* eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle).

Lisäksi voidaan todeta, että *kaikki esityksen lausuntokierroksella lausunnon antaneet hyvinvointialueet* ja *YTHS* ilmoittivat, että niillä on jatkuvia tai ajoittaisia haasteita hoitotakuusääntelyn noudattamisessa. Suurimmaksi haasteeksi hoitotakuusääntelyn noudattamiselle nimettiin henkilöstön, erityisesti lääkäreiden, saatavuus ja pitäminen sekä YTHS:n palveluissa kasvanut kysyntä.

Yhteenvetona perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitotakuun kiristyksen toimeenpanoon käytetyistä toimista voidaan todeta seuraavaa: Hoitotakuun kiristymistä on kulunut aikaa vasta runsas vuosi. Tässä vaiheessa ei ole yksityiskohtaista tai kattavaa kuvaa siitä, missä määrin eri hyvinvointialueet ovat toimeenpanneet kiristynyttä hoitotakuuta lisärekrytoinneilla, lisä- tai ylitöillä, palveluostoilla tai esimerkiksi toimintaa uudelleen organisoimalla ja digitaalisia palveluja käyttöön ottamalla. Toimet vaihtelevat riippuen muun muassa siitä, millä tasolla hoitoon pääsy on kullakin hyvinvointialueella ollut ennen hoitotakuun tiukentumista ja siitä, millä toimilla kukin järjestäjä on nähnyt parhaaksi ja toisaalta mahdolliseksi siihen vastata. Hoitotakuun kiristämisessä ei ole ollut kyse uuden tehtävän antamisesta hyvinvointialueille, vaan lähinnä tavasta hoitaa tehtävää. Erityisesti tästä johtuen ei myöskään ole yksiselitteisesti arvioitavissa, johtuvatko esimerkiksi henkilöstömuutokset tai muutokset ostopalvelujen käytössä perusterveydenhuollossa nimenomaisesti hoitotakuun kiristyksestä – samoin esim. digitaalisten palvelujen ja uusien toimintamallien käyttöönotto on ollut tarpeellista myös muiden kuin hoitotakuukäyntien vuoksi. Arviointia vaikeuttaa edelleen se, että hoitotakuu-uudistus toteutettiin välittömästi järjestämisvastuun siirryttyä kunnilta hyvinvointialueille ja melko pian koronapandemian päättymisen jälkeen.

Hoitotakuun kiristyksen vaikutukset hoitoon pääsyyn

Kuten seuravasta taulukosta on nähtävissä, hoitoon pääsyn enimmäisaikojen tiukennettua 1.9.2023 alkaen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon tai tutkimukseen on päässyt selvästi aiempaa nopeammin. Eniten enimmäisaikojen tiukentuminen on nopeuttanut lääkärille pääsyä.

Vertailu hoitoon pääsystä perusterveydenhuollon avosairaanhoitoon maaliskuu 2023 / maaliskuu 2024 / lokakuu 2024, kiireetön hoito:

	Maaliskuu 2023 (ennen hoitotakuun kiristymistä)	**Maaliskuu 2024 (hoitotakuun kiristymisen jälkeen)**	**Lokakuu 2024 (hoitotakuun kiristymisen jälkeen)**
Avosairaanhoito kaikki ammattilaiset 14 vrk (% käynneistä)	77 %	88 %	90 %
Avosairaanhoito lääkärit 14 vrk (% käynneistä)	58 %	71 %	73 %
Avosairaanhoito sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat 14 vrk (% käynneistä)	92 %	95 %	96 %

Kuten seuravasta taulukosta on nähtävissä, suunterveydenhuollossa muutokset ovat olleen vähäisempiä, mutta hammaslääkärille pääsyn osalta on havaittavissa positiivista kehitystä, kun taas suuhygienistikäyntien osalta kehityssuunta näyttää olleen negatiivinen. Suun terveydenhuollon hoitotakuu tiukentui kuitenkin neljästä kuukaudesta edelleen kolmeen kuukauteen vasta 1.11.2024 alkaen.

Vertailu hoitoon pääsystä perusterveydenhuollon suun terveydenhuoltoon maaliskuu 2023 / maaliskuu 2024 / lokakuu 2024, kiireetön hoito:

	Maaliskuu 2023 (ennen hoitotakuun kiristymistä)	**Maaliskuu 2024 (hoitotakuun kiristymisen jälkeen)**	**Lokakuu 2024 (hoitotakuun kiristymisen jälkeen)**
Suun terveydenhuolto kaikki ammattilaiset 4 kk (% käynneistä)	90 %	92 %	91 %
Suun terveydenhuolto hammaslääkärit 4 kk (% käynneistä)	89 %	93 %	91 %
Suun terveydenhuolto suuhygienistit 4 kk (% käynneistä)	94 %	90 %	87 %

Hoitoonpääsytietojen kirjaamisessa ja raportoinnissa on vielä puutteita, eivätkä tiedot ole kaikilta osin kattavia. Hoitoon pääsyssä on myös kuukausikohtaista vaihtelua. Isossa kuvassa edellä esitetyissä taulukoissa esitetyt hoitoonpääsytiedot kuvaavat kuitenkin hoitoon pääsyn kehitystä lakisääteisen hoitotakuun kiristymisen myötä.