Hallitussihteeri Suvi Velic STM042:00/2024

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

Vastauksenaan sosiaali- ja terveysvaliokunnan esittämiin kysymyksiin sosiaali- ja terveysministeriö esittää seuraavaa:

1) Miten arvioitte hoidon tarpeen arviointi -toiminnon suhdetta hoitoon pääsyn enimmäisaikasääntelyyn mm Hyvil Oy:n lausunnossa esitetyn valossa?

Ammattitaitoinen hoidon tarpeen arviointi on keskeinen osa potilaan hoitoprosessia ja sen säilyttäminen ja edelleen kehittäminen on välttämätöntä potilaan oikea-aikaisen hoidon toteuttamiseksi. On totta, että hoidon tarpeen arviointi vaatii huomattavan määrän resurssia, mutta millään muulla mekanismilla ei ole mahdollista järjestää toimivaa ajanvarausta, jossa huomioidaan potilaan hoidontarpeen kiireellisyys. Hoidon tarpeen arvioinnin merkitys korostuisi lakisääteisten hoitoon pääsyn enimmäisaikojen pidentyessä entisestään, koska pidennys mahdollistaisi osassa tapauksista pidemmät hoitoonpääsyajat.

Hyvin toimiva hoidon tarpeen arviointi voi välittömästi auttaa potilasta tilanteissa, joissa ongelma on mahdollista hoitaa ns. itsehoitona esim. käsikauppalääkkeiden avulla. Näin vältetään vähähyötyisiä vastaanottokäyntejä. Toisaalta hoidon tarpeen arvioinnin kautta voidaan potilas ohjata tarvittaessa välittömästi päivystysvastaanotolle, mikäli potilaan oireet tai kokonaistilanne tätä edellyttävät. Lisäksi hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä voidaan määrittää, mille terveydenhuollon ammattihenkilölle tai millaiselle vastaanottotyypille (läsnä-/etävastaanotto) potilas olisi ensisijaisesti ohjattava.

Jos hoidon tarpeen arviointi poistettaisiin, olisi sen tilalle kehitettävä muu ajanvarausta ohjaava järjestelmä. Alueilla, joissa palvelutuotannossa toteutetaan esim. omalääkäri- tai tiimimallia, niiden toimintaan on usein sisällytetty suora tiimiin tai yksikköön kohdentuva yhteydenottomahdollisuus, jossa hoidontarvetta arvioidaan. Jos hoidon tarvetta arvioiva henkilö tuntee potilaan terveyshistorian, toiminnan laatu ja vaikuttavuus paranevat. Digitaalisten alustojen kautta on mahdollista toteuttaa hoidon tarpeen arviointia esim. yhdistämällä siihen nykyistä enemmän potilaan itsensä täyttämiä oirekyselyjä. Tämä jo käynnissä oleva toiminnan kehittäminen ei kuitenkaan poista sitä tosiasiaa, että potilaalla tulee olla mahdollisuus saada yhteys terveydenhuoltopalveluihin puhelimitse tai fyysisen toimipisteen kautta. Lisäksi hoidon tarpeen arvioinnin poistaminen todennäköisesti kuormittaisi päivystysvastaanottoja ja mahdollisesti lisäisi myös hätäkeskukseen kohdistuvia yhteydenottoja.

2) Arvio Auvisen lausunnosta ilmenevistä tutkimustuloksista liittyen yhtäältä 96 milj. säästöihin ja toisaalta mahdollisiin aiheutuviin lisäkustannuksiin (mm. paineen siirtyminen erikoissairaanhoitoon, kroonisten sairauksien hoitotasapainon heikkeneminen jne.)

Esityksen mukaan hyvinvointialueilta vähennettäisiin rahoitusta siinä määrin, kuin niiden rahoitusta on 1.9.2023 ja 1.11.2024 voimaan tulleiden hoitotakuun kiristysten johdosta kasvatettu pois lukien alle 23-vuotiaiden suhteellinen osuus. Näissä hallituksen esitykseen HE 74/2022 vp ja HE 55/2023 vp sisältyvissä hoitotakuun kiristyksen kustannusarvioissa on huomioitu myös se, että nopeampi hoitoon pääsy lisäisi perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan kustannuksia, mutta vähentäisi samalla erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon sekä päivystyspalvelujen tarvetta. Kun laskelmissa on

huomioitu nämä seikat, hoitotakuun kiristyksen yhteydessä on arvioitu tarpeelliseksi lisätä hyvinvointialueiden rahoitusta pysyvästi. Täten saman velvoitteen keventämisen johdosta hyvinvointialueiden rahoitusta arvioidaan nyt perustelluksi vähentää vastaavalla summalla.

Kuten hallituksen esityksessä ja sosiaali- ja terveysministeriön eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle toimittamassa vastineessa todetaan, hoitotakuun keventämisen vaikutukset todennäköisesti vaihtelisivat alueittain ja riippuisivat muun muassa siitä, millä keinoin tiukempaa hoitotakuuta on toimeenpantu, sekä siitä, mihin hyvinvointialue on käyttänyt hoitotakuun kiristyksen toimeenpanoon osoitetun valtion rahoituksen lisäyksen ja miten se toteuttaisi esityksestä seuraavan vastaavan sopeutuksen. Useampi hyvinvointialue ilmoitti esityksen lausuntokierroksella toimeenpanneensa hoitotakuun kiristystä ensisijaisesti toiminnan kehittämisellä ja toisaalta käyttäneensä siihen osoitetun rahoituksen lisäyksen muuhun toimintaansa. Myös professori Auvinen toteaa asiantuntijalausunnossaan epäselväksi jääneen, menikö rahoitus valtaosin talouden tasapainottamiseen, eikä lääkäri- ja hoitajavakanssien lisäämiseen. Erityisesti tällaisissa tilanteissa vastaavan rahoituksen vähennyksen kohdentaminen perusterveydenhuollon henkilöstöresursseihin saattaisi myös hallituksen esityksen mukaan johtaa hyvinkin kielteisiin seurauksiin. Kuitenkin lähtökohtana voidaan todeta, että jos hyvinvointialue kohdistaisi hoitotakuun keventämiseen liittyvän rahoituksen vähenemisen samaan kohteeseen, kuin minne se on vähän aiemmin vastaavan rahoituksen lisäyksen kohdentanut, tilanne hyvinvointialueilla ei muodostuisi ainakaan huonommaksi kuin se oli 1.9.2023 asti. Tämä tilanne ei vastaa Auvisen asiantuntijalausunnossa esitettyä ”dramaattista” muutosta terveydenhuollon nykytilanteeseen nähden. Lopuksi sosiaali- ja terveysministeriö huomauttaa, ettei sillä ole ollut käytössään professori Auvisen lausunnossaan viittaaman matemaattisen mallinnuksen laskelmia.

3) Miksi hoitoon pääsyn sääntelyn enimmäisaikaa pidennetään, mutta samalla todetaan, että hoitoon pääsyn aikaa ei ole tosiasiassa tarkoitus pidentää ja kuitenkin rahoitusta tällä syyllä leikataan?

Hallituksen esityksessä tai sosiaali- ja terveysministeriön vastineessa ei todeta, että hoitoonpääsyajat eivät pitenisi. Esityksen vaikutusarvioiden mukaan 23 vuotta täyttäneiden hoitoonpääsyajat pitenisivät sen seurauksena jonkin verran.

Sen sijaan esityksessä on korostettu, että hoitoonpääsyaikoja ei ole tarkoitus pidentää kategorisesti hoitoon pääsyn numeeristen enimmäisaikojen mukaisiksi, koska laissa säädettäisiin ennen 1.9.2023 vallinnutta oikeustilaa vastaavasti myös velvollisuudesta toteuttaa hoito kunkin yksilön kohdalla *kohtuullisessa* ajassa. Myös ennen hoitotakuun kiristymistä hoitoon on pääsääntöisesti päässyt nyt palautettavaksi esitettäviä enimmäisaikoja nopeammin, mutta ei kuitenkaan *kaikissa tapauksissa* avosairaanhoidossa 14 vuorokaudessa (nykyinen enimmäisaika) eikä suun terveydenhuollossa 3 kuukaudessa (nykyinen enimmäisaika). Toisaalta näitä enimmäisaikoja ei pystytä noudattamaan täysimääräisesti nykyäänkään, vaikka ne ovat voimassaolevaa sääntelyä.

Edelleen esityksessä on arvioitu, että jatkossakin alueilla olisi hoitotakuusääntelystä riippumattomia kannusteita panostaa lakisääteistä nopeampaan hoitoon pääsyyn ja useampi hyvinvointialue onkin ilmoittanut tavoittelevansa hoitotakuusääntelyn muutoksista riippumatta nykyisten enimmäisaikojen mukaista hoitoon pääsyä. Hyvinvointialueiden rahoitus on yleiskatteellista, ja hyvinvointialue päättää rahoituksen käytöstä ja kohdentamisesta lakisääteisiin velvoitteisiin itsehallintonsa ja toimivaltansa rajoissa.

4) Vastinekuulemisen perusteella kyseessä on säästölaki, eikä tahtotilana ole tosiasiassa pidentää hoitoon pääsyn aikaa. Miksi esityksessä ei sääntelyvaihtoehtojen arvioinnissa ole arvioitu vaihtoehtoisia toteutustapoja säästöjen kohdentamiselle, jolloin säästöt voisivat kohdistua sellaiseen sääntelyn muutokseen, joka olisi tarkoitus käytännössä myös toteuttaa ja josta säästöt olisivat siten myös tehtävissä?

Vastauksenaan sosiaali- ja terveysministeriö viittaa hoitoonpääsyaikojen pidentämisen osalta edellä kysymyksen 3 yhteydessä lausumaansa sekä esityksen arvioidun säästövaikutuksen osalta vastineessaan ja edellä kysymyksen 2 kohdalla esittämäänsä.

5) Yhteinen kanta STM + VM: Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen lisärahoituksen saamisen eväämisen keskeinen peruste oli se, että valtion taholta todettiin alueen palvelujen olevan lakisääteisiä palveluja paremmalla tasolla. Jos hyvinvointialueella on ehdotetun lain säätämisen jälkeen hoitoon pääsy paremmalla kuin ehdotetun lain tasolla (esim yleinen hoitotakuu parempi kuin 3 kk + kuitenkin kohtuullisessa ajassa taikka suun th parempi kuin 6 kk + kuitenkin kohtuullisessa ajassa), tuleeko lakisääteistä parempi hoitoon pääsyn aika olemaan jatkossa este lisärahoituksen saamiselle?

Valtiovarainministeriö ja sosiaali- ja terveysministeriö toteavat yhdessä, että valtioneuvosto antoi 3.10.2024 valtiovarainministeriön esittelystä päätöksen Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen hakemukseen lisärahoituksesta vuosille 2024 ja 2025. Päätös on julkisesti saatavilla valtioneuvoston verkkosivuilta[1]. Hakemus käsiteltiin hyvinvointialueen rahoituksesta annetun lain (617/2021, rahoituslaki) 11 §:n mukaisesti. Päätöksestä ilmenevän mukaisesti ei tullut osoitetuksi, että hyvinvointialueen rahoituksen taso vuonna 2024 vaarantaisi mainitussa pykälässä tarkoitetulla tavalla perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettujen riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen tai perustuslain 7, 15 ja 20 §:ssä tarkoitettuihin perusoikeuksiin liittyvien pelastustoimen palvelujen järjestämisen alueella ottaen huomioon myös hyvinvointialueen edellytykset järjestää muut lakisääteiset tehtävät. Edelleen päätöksestä ilmenevän mukaisesti, vuotta 2025 koskeva hakemus hylättiin rahoituslain 5–11 ja 26 §:n perusteella ennenaikaisena. Ministeriöt eivät siten jaa valiokunnan esittämän kysymyksen sisältämää näkemystä ko. hakemukseen annetun päätöksen perusteista.

Lisäksi ministeriöt toteavat hyvinvointialueen lisärahoituksesta yleisesti seuraavaa:

Rahoituslain 11 §:n mukaan, jos rahoituksen taso muutoin vaarantaisi perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettujen riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen tai perustuslain 7, 15 ja 20 §:ssä tarkoitettuihin perusoikeuksiin liittyvien pelastustoimen palvelujen järjestämisen, hyvinvointialueella on oikeus saada rahoituslain 2–4 luvussa säädetyn lisäksi valtiolta rahoitusta se määrä, joka on tarpeen mainittujen sosiaali- ja terveyspalvelujen ja pelastustoimen palvelujen turvaamiseksi (lisärahoitus) ottaen huomioon hyvinvointialueen edellytykset järjestää muut lakisääteiset tehtävät. Lisärahoitusta koskevaan päätökseen voidaan ottaa palvelujen vaikuttavuutta, laatua, määrää tai järjestämisen tehokkuutta koskevia ehtoja. Lisärahoitus myönnetään valtion talousarvioon otettavasta määrärahasta.

[1] Valtioneuvoston päätös VM/2024/153, 3.10.2024: https://valtioneuvosto.fi/paatokset/paatos?decisionId=2276.

Rahoituslain 26 §:ssä säädetään lisärahoituksen myöntämisestä. Valtiovarainministeriö asettaa lisärahoitusta koskevan päätöksen valmistelua varten valmisteluryhmän, johon valtiovarainministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö ja sisäministeriö sekä asianomainen hyvinvointialue nimeävät edustajansa. Valmisteluryhmän tehtävänä on arvioida lisärahoituksen edellytyksiä, tarvittavan lisärahoituksen määrää sekä hyvinvointialueelle asetettavia ehtoja. Arviointi perustuu hyvinvointialueen taloutta ja toimintaa koskevan tiedon perusteella tehtyyn kokonaisarvioon.

Rahoituslain 11 §:n perustelujen (HE 241/2020 vp, s. 945) mukaan lisärahoituksen tarpeen arviointi perustuu hyvinvointialueen taloutta ja toimintaa koskevan tiedon perusteella tehtyyn kokonaisarvioon, jossa hyödynnetään hyvinvointialueiden ohjausprosessissa saatua tietoa sekä muuta ajantasaista tietoa hyvinvointialueen taloudesta ja toiminnasta. Kokonaisarvio pitää sisällään myös ne toimenpiteet, joita alue itse voi tehdä rahoituksen tason riittävyyden turvaamiseksi. Arviointiperusteina ovat muun muassa palveluiden saatavuuden toteutunut kehitys, arviot saatavuuden ongelmista ja hyvinvointialueiden mahdollisuuksista toteuttaa taloutensa ja toimintansa muutoksia sekä hyvinvointialueiden taloudellinen tilanne.

Rahoituslain 11 §:n perusteluissa (HE 241/2020 vp, s. 944–945) todetaan edelleen, että perustuslain mukainen rahoitusperiaate lisärahoituksen myöntämisedellytysten arvioinnin yhteydessä viittaa erityisesti siihen, että voimavarojen on annettava mahdollisuudet saada lain mukaisesti perustellun tarpeen mukaisesti riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä pelastustoimen palvelut. Voimavarojen riittävyyttä tulee tällöin arvioida viime kädessä yksilöiden tarpeen, eikä keskimääräisen väestön perusteella. Lisärahoituksen tarpeen arvioinnissa voidaan kuitenkin päätyä myös siihen, että alueen rahoituksen todetaan olevan riittävä. Rahoituslain 11 §:n perustelujen (s. 946) mukaan, jos olisi arvioitavissa, että esille tuodut hyvinvointialueen ongelmat eivät johdu siitä, että hyvinvointialueen rahoituksen taso lähtökohtaisesti olisi liian alhainen, vaan hyvinvointialue pystyisi omilla päätöksillään turvaamaan palvelujen järjestämisen, hyvinvointialueita tulisi ohjata toteuttamaan valtion ja hyvinvointialueiden ohjaus- ja neuvotteluprosessissa todettuja hyvinvointialueilla toteutettavissa olevia kustannusten hallinnan kannalta välttämättömiä toimenpiteitä ja muita mahdollisia toimenpiteitä.

Hyvinvointialueiden ja viime kädessä valtion on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä (perustuslaki 19 §:n 3 momentti). Palvelujen järjestämisvelvoite määritellään tarkemmin sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevassa lainsäädännössä. Hyvinvointialueiden rahoitus on yleiskatteellista, ja hyvinvointialue päättää rahoituksen käytöstä ja kohdentamisesta lakisääteisiin velvoitteisiin itsehallintonsa ja toimivaltansa rajoissa siten, että perustuslaissa turvatut perusoikeudet toteutuvat.

Nyt kyseessä olevassa hallituksen esityksessä ehdotetaan, että hyvinvointialueen tulisi jatkossa perusterveydenhuollossa järjestää ensimmäinen kiireettömän hoidon hoitotapahtuma 23 vuotta täyttäneille viimeistään kolmessa kuukaudessa ja perusterveydenhuoltoon kuuluvassa suun terveydenhuollossa viimeistään kuudessa kuukaudessa, mutta kuitenkin tätä nopeammassa kohtuullisessa ajassa lääketieteellisten tai hammaslääketieteellisten seikkojen ja potilaan muun yksilöllisen tilanteen näin edellyttäessä. Lainsäädäntö ei aseta estettä hyvinvointialueelle tarjota palveluja esityksessä ehdotettua nopeammin.

Lisärahoitushakemuksen käsittelyssä voidaan valtion rahoituksen tason riittävyyden kokonaisarvioinnissa tarkastella myös esimerkiksi hyvinvointialueen tavoitteiden, päätösten ja toimien suhdetta lainsäädännössä edellytettyyn palvelujen laatuun, laajuuteen tai saatavuuteen. Koska kyse on kokonaisarvioinnista, ei mikään yksittäinen seikka kuitenkaan ratkaise lisärahoituksen myöntämistä tai epäämistä.

6) Arvio EU:n elpymisrahastosta saadun rahoituksen takaisinperinnän riskin aktualisoitumisesta ja arvio mahdollisen takaisinperinnän suuruusluokasta?

Kuten hallituksen esityksessä on kuvattu, Suomi saa EU:n elpymisvälineestä rahoitusta Suomen kestävän kasvun ohjelman toteuttamiseen. Investoinnin 1 "Edistetään hoitotakuun toteutumista ja puretaan koronavirustilanteen aiheuttamaa palveluvelkaa" toteuttamiseen on kohdennettu 178 miljoonaa euroa rahoitusta. Tähän investointiin liittyen 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 noin 170 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.

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

Jos hoitoonpääsytavoitetta ei kuitenkaan saavutettaisi, Suomelta voisi jäädä saamatta jokin osa kyseisestä EU-rahoituksesta. Mahdollisen tulomenetyksen euromäärää on vaikea ennakkoon arvioida, sillä laskentatapa jättää komissiolle paljon harkinnanvaraa. Sosiaali- ja terveysministeriön ja valtiovarainministeriön yhteisten arvioiden mukaan mahdollisessa tulonmenetyksessä voisi olla kyse muutamista miljoonista enintään muutamiin kymmeniin miljooniin euroihin. Kyse olisi kertaluonteisesta erästä. Saannon mahdollinen menetys on investointiin kohdennettua euromäärää pienempi siksi, että siihen vaikuttaa myös muiden RRP-toimenpiteiden saavuttaminen. Komissio arvioi kokonaisuutena, miten hyvin investointien ja uudistusten tavoitteisiin on päästy. Jos yksittäisen investoinnin pääindikaattoriin ei päästä, siitä seuraa melko varmuudella jonkin asteinen saannon väheneminen, mutta yksiselitteistä laskukaavaa tälle ei ole.

Kuten hallituksen esityksessä on selostettu, EU ei peri rahaa takaisin, sillä rahoitus maksetaan Suomelle vasta jälkikäteen, mutta mahdollinen tulonmenetys jäisi sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalle katettavaksi. Jos hyvinvointialueen hanke on noudattanut hyväksyttyä hankesuunnitelmaa ja avustuspäätöksen ehtoja, niin alueelta ei perittäisi takaisin myönnettyä valtionavustusta yksin siitä syystä, että määriteltyyn tavoiteindikaattoriin ei hyvinvointialueella olisi päästy. Mahdollisen tulonmenetyksen kohdentuminen sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla arvioitaisiin tarvittaessa erikseen.

7) Miten arvioitte ehdotettuja perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn aikoja suhteessa kansainväliseen sääntelyyn? Onko pituudeltaan saman kaltaisia aikoja perusterveydenhuollon lääkärikäyntiin tai suun terveydenhuoltoon säädetty muissa maissa?

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

Hallituksen esityksen jaksossa *5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot* on kuvattu Ruotsin, Norjan, Tanskan ja Viron hoitoon pääsyä koskevaa sääntelyä. Kaikissa näissä maissa on sääntelyä hoitoon pääsyn enimmäisajoista, mutta enimmäisaikojen piirissä olevien palvelujen sisältö vaihtelee. Tanskassa enimmäisajat koskevat vain erikoissairaanhoitoa, mutta Ruotsissa, Norjassa ja Virossa myös perusterveydenhuoltoa. Näiden maiden keskuudessa myös suun terveydenhuolto kuuluu rajoitetummin hoitotakuun piiriin.

Ruotsissa, Norjassa ja Virossa perusterveydenhuollon hoitoonpääsyn enimmäisajat ovat sekä Suomen nykyisiä että nyt ehdotettavia enimmäisaikoja lyhyempiä. Kaikissa niissä kuitenkin myös perusterveydenhuollon järjestelmä on erilainen Suomeen nähden ja hoitotakuusääntely kytkeytyy oma- tai perhelääkärijärjestelmään tai valinnanvapausmalliin (yksityinen mukana). Hoitakuun sisällöllinen ala ei myöskään ole täysin yhteneväinen.

8) Vastinekuulemisessa todettiin, että suun terveydenhuoltoa ei voi erottaa muusta somaattisesta terveydenhuollosta, miksi sillä kuitenkin on perusteltua olla erilaiset hoitoon pääsyn ajat?

Suun sairauksien hoitamista ja ennaltaehkäisyä ei tulisi erottaa muiden somaattisten sairauksien hoitamisesta ja ennaltaehkäisystä, koska suun sairauksilla on vahva yhteys moniin muihin sairauksiin ja niiden hoitoon. Suun terveydenhuollon hoitotakuu koskee kuitenkin hoitoon pääsyn lisäksi myös pääsyä suun tutkimukseen, mikä on perusteltua, koska suun sairaudet voivat edetä oireettomana pitkällekin. Tilanteessa, jossa asiakkaalla ei ole oireita tai epäilyä sairaudesta, voidaan katsoa, että muuta terveydenhuoltoa pidempi odotusaika on mahdollinen. Vastaanotolle tulee kuitenkin aina päästä kohtuuajassa, ja jos hoidon tarpeen arviossa käy ilmi seikkoja, jotka puoltavat ajan saamista enimmäisaikaa lyhyemmässä ajassa, aika tulee järjestää.

9) Arvio ostopalveluihin ja vuokralääkäreiden lisäyksestä (esim määrällisesti tai euromääräisesti), kun hoitotakuu säädettiin 3 kk:sta 14 vuorokauteen?

Hoitotakuun ensimmäinen kiristys on tullut voimaan 1.9.2023 ja suun terveydenhuollon lisäkiristys 1.11.2024. Kuntien vuoden 2022 tilinpäätöstietojen ja hyvinvointialueiden 2023 tilinpäätöstietojen perusteella ostopalvelujen euromääräinen käyttö olisi sekä perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan että suun terveydenhuollon palvelujen osalta vähentynyt vuodesta 2022 vuoteen 2023 merkittävästi ja

toisaalta vuokratyövoiman euromääräinen käyttö olisi puolestaan lisääntynyt merkittävästi. Yhteensä näihin käytetty rahamäärä olisi vähentynyt. Tiedot käyvät ilmi seuraavasta taulukosta:

	Perusterveydenhuolto vastaanottopalvelut		Perusterveydenhuollon suun terveydenhuolto	
	2022	2023	2022	2023
Palvelujen ostot kunta-/hva-sektorin ulkopuolelta	181 964 080 €	113 653 960 €	74 099 302 €	37 459 882 €
Työvoiman vuokraus kunta-/hva-sektorin ulkopuolelta	73 068 155 €	107 990 630 €	12 774 699 €	26 681 852 €

Näiden lukujen perusteella on kuitenkin hyvin vaikea arvioida, onko perusterveydenhuollon hoitotakuun kiristyminen vuoden 2023 syyskuussa vaikuttanut lukuihin suuntaan tai toiseen ja missä määrin. Yleisesti ottaen lukujen vertailukelpoisuuteen liittyy merkittävää epävarmuutta esimerkiksi siksi, että verrattavana ovat kunta-aikaiset ja hyvinvointialueuudistuksen jälkeiset luvut. Toimintaympäristö ja toimintamallit kehittyvät jatkuvasti ja siirtyminen hyvinvointialuetason järjestämiseen on voinut johtaa eroihin ostopalveluiden ja vuokratyövoiman hyödyntämisessä erinäisten strategisten ratkaisujen vuoksi. Erityisesti vuoden 2022 ostopalveluihin ja vuokratyövoiman käyttöön on luultavasti vaikuttanut koronapandemian aiheuttaman hoito- ja palveluvelan purkutoimet. Lisäksi on arvioitu (HE 74/2022 vp), että vuonna 2023 hoitotakuusääntelyn toimeenpano edellyttäisi ensivaiheessa niin sanottua jonojen purkua, johon ostopalveluiden ja vuokratyövoiman hyödyntäminen väliaikaisena ratkaisuna on hyvinkin perusteltua.

Sosiaali- ja terveysministeriön hallituksen esityksen valmistelun yhteydessä hyvinvointialueille ja Helsingin kaupungille tekemän kyselyn vastausten sekä hallituksen esitysluonnoksen saaman lausuntopalautteen perusteella useilla hyvinvointialueilla ostopalvelujen ja vuokratyövoiman käyttöä oltaisiin jonkin verran lisätty hoitotakuun kiristyksen toimeenpanemiseksi. Toisaalta vastausten perusteella vielä useammalla alueella hoitotakuun kiristyksen vaikutus tähän olisi ollut vähäinen. Lisäksi vaikuttaisi siltä, että niillä alueilla, joilla hankintojen määrä olisi lisääntynyt, ainakin jossakin tilanteissa näitä hankintoja olisi kireän hoitotakuun noudattamiseksi jouduttu tekemään huomattavan korkeilla hinnoilla. Koska asiaa koskeva tietopohja kuitenkin on puutteellinen, ehdotettavan 23 vuotta täyttäneiden hoitotakuun keventämisen taloudellisten vaikutusten arvioinnissa kalliiden ostopalvelujen ja vuokratyövoiman käytön esityksestä seuraavaa mahdollista vähentymistä ei ole huomioitu hyvinvointialueille laskettua euromääräistä säästöä korottavana seikkana.