

LUONNOS 23.8.2023

**Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta annetun lain 51 a §:n ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta annetun 10 a §:n muuttamisesta**

#### **ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ**

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi terveydenhuoltolain muuttamisesta annettua lakia ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta annettua lakia siten, että 1.9.2023 voimaan tullutta kiireettömän perusterveydenhuollon sairaanhoidon hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisaikaa ei tiukennettaisi 1.11.2024 seitsemään vuorokauteen.

Säätely koskisi hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevaa perusterveydenhuoltoa, Kansaneläkelaitoksen järjestämisvastuulla olevaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön pääosin tuottamaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa, sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisen Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämää perusterveydenhuoltotasoisista vankiterveydenhuoltoa.

Esitys liittyy valtion vuoden 2024 talousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä. Ehdotetut lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1.11.2024.

---

## SISÄLLYS

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ.....	1
PERUSTELUT .....	3
1 Asian tausta ja valmistelu .....	3
2 Nykytila ja sen arviointi.....	4
2.1 Nykyinen lainsäädäntö .....	4
2.1.1 Terveydenhuollon järjestäminen .....	4
2.1.2 Hyvinvointialueiden, korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon ja vankiterveydenhuollon rahoitus .....	7
2.1.3 Hoitoon pääsyä koskeva sääntely.....	8
2.2 Palvelujärjestelmän nykytila .....	13
2.2.1 Palvelujärjestelmän tilanne .....	13
2.2.2 Terveydenhuollon henkilöstö.....	16
2.2.3 Tilastotietoa perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsystä.....	22
2.3 Johtopäätökset .....	24
2.3.1 Sisällölliset muutostarpeet .....	24
2.3.2 Lainsäädännön muutostarpeet .....	26
3 Tavoitteet .....	26
4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset .....	27
4.1 Keskeiset ehdotukset.....	27
4.2 Pääasialliset vaikutukset.....	27
4.2.1 Taloudelliset vaikutukset .....	27
4.2.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan.....	29
4.2.3 Muut yhteiskunnalliset vaikutukset.....	32
5 Muut toteuttamisvaihtoehdot .....	33
6 Lausuntopalaute .....	34
7 Säännöskohtaiset perustelut .....	34
8 Voimaantulo .....	35
9 Toimeenpano ja seuranta .....	35
10 Suhde muihin esityksiin.....	35
11 Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys .....	36
LAKIEHDOTUKSET .....	41
terveydenhuoltolain muuttamisesta annetun lain 51 a §:n muuttamisesta .....	41
korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta annetun lain 10 a §:n muuttamisesta .....	42
LIITE .....	43
RINNAKKAISTEKSTIT .....	43
terveydenhuoltolain muuttamisesta annetun lain 51 a §:n muuttamisesta .....	43
korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta annetun lain 10 a §:n muuttamisesta .....	44

## **PERUSTELUT**

### **1 Asian tausta ja valmistelu**

Perusterveydenhuollon kiireettömään sairaanhoitoon pääsyn enimmäisaikoja eli niin sanottua hoitotakuuta tiukennetaan 1.9.2023 ja 1.11.2024 voimaan tulevilla lakimuutoksilla.

Perusterveydenhuollon sairaanhoidon hoitoon pääsyä koskeva sääntely muuttui 1.9.2023 lähtien siten, että lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Suun terveydenhuollossa 1.9.2023 lähtien hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu tutkimus tai tarpeelliseksi todetun hoidon ensimmäinen tutkimus- tai hoitotapahtuma on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin neljän kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarpeen arvio on tehty. Laissa on myös säädetty hoitoon pääsyyn liittyviä tarkempia säännöksiä. Hoitoon pääsyn enimmäisaikoja koskeva sääntely muuttuu eduskunnan hyväksymän lainsäädännön mukaan 1.11.2024 siten, että perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon hoitoon pääsyn enimmäisaika tiukentuu seitsemään vuorokauteen, ja suun terveydenhuollossa kolmeen vuorokauteen.

Sääntely koskee hyvinvointialueiden järjestämistä vastaavalla oleva perusterveydenhuoltoa, josta säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010), Kansaneläkelaitoksen järjestämistä vastaavalla olevaa ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön pääosin tuottamaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa, josta säädetään korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetussa laissa (695/2019, YTHS-laki) sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisen Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämää perusterveydenhuoltotasoista vankiterveydenhuoltoa, josta säädetään vankeuslaissa (767/2005) ja tutkintavankeuslaissa (768/2005).

Mainitut lakimuutokset perustuvat hallituksen esitykseen HE 74/2022 vp, jonka eduskuntakäsittelyä koskeva sivu löytyy linkistä: [https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kasittelytiedot-Valtiopaivaasia/Sivut/HE\\_74+2022.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kasittelytiedot-Valtiopaivaasia/Sivut/HE_74+2022.aspx), ja valmistelua koskeva hankesivu linkistä: <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM074:00/2019>. Mainitun hallituksen esityksen jaksossa 1.2 kuvataan esityksen valmistelua.

Pääministeri Orpon hallituksen ohjelman mukaan henkilöstöpulan johdosta pidetään voimassa 1.9.2023 voimaan tuleva 14 vuorokauden hoitotakuu. Suun terveydenhuollon hoitotakuuseen ei tehdä muutoksia (1.9.2023 alkaen hoitotakuu on 4 kk ja 1.11.2024 alkaen 3 kk). Hallitusohjelmassa linjataan myös julkisen talouden tasapainottamisesta.

Tätä hallituksen esitystä koskevat asiakirjat ovat saatavilla osoitteesta: <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM053:00/2023>

Hallitusohjelmaan sisältyy myös muita hoitotakuuta koskevia kirjauksia. Näitä ei kuitenkaan toteutettaisi tällä hallituksen esityksellä.

Esitys on valmisteltu virkatyönä sosiaali- ja terveysministeriössä. Esityksestä pidettiin lausuntokierros ajal-la.... . Lausuntoaika on normaalia lyhyempi, koska esitys liittyy valtion vuoden 2024 talousarvioon, ja valmisteluajataulu on tästä syystä tiukka.

## 2 Nykytila ja sen arviointi

### 2.1 Nykyinen lainsäädäntö

#### 2.1.1 Terveysthuollon järjestäminen

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Pykälän 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystpalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestävät 21 hyvinvointialuetta, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä. Lisäksi hyvinvointialueiden järjestämän sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä varten on viisi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöaluetta. Uudellamaalla sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisvastuu poikkeaa muun maan ratkaisusta siten, että Helsingin kaupungilla on niiden järjestämisvastuu. Lisäksi palvelujen järjestämisestä vastaa Uudellamaalla neljä hyvinvointialuetta. Uudenmaalla toimii myös HUS-yhtymä, joka vastaa sille laissa säädetyistä sekä HUS-järjestämissopimuksessa sovitusta erikoissairaanhoidon toiminnoista ja tehtävistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä säädetään terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa (612/2021, *sote-järjestämislaki*). Hyvinvointialueen toiminnasta, taloudesta ja hallinnosta sekä talouden ja hallinnon tarkastamisesta säädetään hyvinvointialueesta annetussa laissa (611/2021, *hyvinvointialuelaki*). Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla annetussa laissa (615/2021, *Uusimaa-laki*) säädetään vastuusta järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto Uudellamaalla sekä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämiseen Uudellamaalla liittyvästä hallinnon ja talouden järjestämisestä.

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

Sote-järjestämislain 8 §:n mukaan hyvinvointialue vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueellaan ja on järjestämisvastuussa asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollosta. Hyvinvointialueella on oltava riittävä osaaminen, toimintakyky ja valmius vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja sen on huolehdittava asukkaidensa palvelutarpeen mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuudesta kaikissa tilanteissa. Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi hyvinvointialueella on oltava palveluksessaan toiminnan edellyttämä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö sekä hallinnollinen ja muu henkilöstö, hallinnassaan asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet sekä muut tarvittavat toimintaedellytykset. Lisäksi hyvinvointialueella on oltava järjestämisvastuunsa toteuttamisen edellyttämä riittävä oma palvelutuotanto.

Hyvinvointialuelain 9 §:n mukaan, jollei lailla toisin säädetä, hyvinvointialue voi tuottaa järjestämisvastuulleen kuuluvat palvelut itse, yhteistoiminnassa muiden hyvinvointialueiden kanssa

tai hankkia ne sopimukseen perustuen muilta palvelujen tuottajilta. Palvelusetelin käytöstä säädetään erikseen. Hyvinvointialue voi sote-järjestämislain 12 §:n mukaan hankkia asiakkaalle annettavia sosiaali- ja terveyspalveluja yksityiseltä palveluntuottajalta sopimukseen perustuen, jos palvelujen hankkiminen olisi tarpeen tehtävien tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi. Yksityiseltä palveluntuottajalta voidaan hankkia kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden hankkimista ei olisi erikseen laissa kielletty. Hyvinvointialueen on huolehdittava järjestämisvastuustaan sekä sen järjestämisvastuulle kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisesta toteutumisesta myös palveluja hankkiessaan. Hankittavien palvelujen on oltava sisällöltään, laajuudeltaan ja määrälliseltä osuudeltaan sellaisia, että hyvinvointialue pystyy huolehtimaan kaikissa tilanteissa järjestämisvastuunsa toteuttamisesta myös hankittavien palvelujen osalta. Lain 13 §:ssä säädetään vuokratyövoiman ja yksityiseltä palveluntuottajalta hankittavan työvoiman käytöstä. Palvelusetelistä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetussa laissa (569/2009).

Sote-järjestämislain 10 §:n mukaan hyvinvointialueella on vastuu asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta kokonaisuuksiksi. Hyvinvointialueen on huolehdittava yhteen sovitettuja palveluja laaja-alaisesti tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittamisesta ja palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittämisestä, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta hyvinvointialueen muiden palvelujen kanssa sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä.

Hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevista terveydenhuollon palveluista säädetään terveydenhuoltolain 2 ja 3 luvussa. Hyvinvointialueiden velvoitteena on järjestää terveysneuvonta ja terveystarkastukset, seulonnat, neuvolapalvelu, kouluterveydenhuolto ja toisen asteen opiskeluterveydenhuolto, työterveyshuolto, sairaanhoito, kotisairaanhoito, suun terveydenhuolto, mielenterveyspalvelut, päihde- ja riippuvuushoito ja lääkinällinen kuntoutus laissa tarkemmin säädetyllä tavalla.

YTHS-laissa säädetään Kansaneläkelaitoksen järjestämästä korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta. Lakisääteinen valtakunnallinen palveluntuottaja on 8 §:n mukaan Yliopistolaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS). YTHS:n on tuotettava terveydenhuoltolain 17 §:ssä tarkoitettu opiskeluterveydenhuolto korkeakouluopiskelijoille. Terveydenhuoltolain 17 §:n 2 momentin mukaan opiskeluterveydenhuoltoon sisältyy muun ohella perusterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelut, mukaan lukien mielenterveys- ja päihdetyö, seksuaaliterveyden edistäminen ja suun terveydenhuolto.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alainen Vankiterveydenhuollon yksikkö järjestää maanlaajuisesti vankien ja tutkintavankien terveyden- ja sairaanhoidon siten kuin vankeuslain 10 luvussa ja tutkintavankeuslain 6 luvussa säädetään. Mainittujen lakien mukaan Vankiterveydenhuollon yksikkö vastaa vangin ja tutkintavangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä. Laeissa ei säädetä tarkemmin terveyden- ja sairaanhoidon sisällöstä.

Valtio järjestää myös eräitä muita terveyspalveluja. Valtion mielisairaaloista säädetään valtion mielisairaaloista annetussa laissa (1292/1987) sekä mielenterveyslaissa (1116/1990). Puolustusvoimien järjestämästä terveydenhuollosta säädetään terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetussa laissa (322/1987). Kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta sekä ihmiskaupan uhrin tunnistamisesta ja auttamisesta annetussa laissa (746/2011) säädetään vastaanottokeskusten velvoitteesta antaa terveyspalveluja laissa tarkoitetuille kansainvälistä suojelua hakevalle, tilapäistä suojelua saavalle sekä ihmiskaupan uhrille.

Työterveyshuoltolaissa (1383/2001) veloitetaan työnantajaa järjestämään työntekijöilleen ehkäisevä työterveyshuolto. Ehkäisevän toiminnan lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöilleen sairaanhoitoa ja muita terveydenhuollon palveluja. Tällaisten palveluiden järjestäminen on vapaaehtoista. Työnantajat ovat valtaosin sisällyttäneet työterveyshuoltosopimuksiinsa yleislääkäritasoisetsairanhoidon palvelut, jotka vaihtelevat laajuudeltaan työnantajakohtaisesti. Taustalla on asiakaslähtöinen toive työntekijöiden tarpeenmukaisesta pääsystä vastaanotoille yksikköön, jossa työpaikan olosuhteet tunnetaan, sekä tarpeenmukaisten tutkimusten ja hoidon sekä kuntouttamisen käynnistämistä, jolla pystytään tukemaan työkykyä. Työntekijät arvostavat laadukasta ja kattavaa työterveyshuoltoa. Kelan työterveyshuoltotilaston 2021 mukaan työnantajan järjestämän työterveyshuollon piirissä oli Kelan korvaustietojen mukaan 1 976 000 työntekijää, mikä oli 1,9 % enemmän kuin vuotta aiemmin. Työterveyshuollon piirissä oli 90,1 % palkansaajista. Kattavuus on ollut reilusti yli 85 % yhtäjaksoisesti vuodesta 2010 lähtien. Sairaanhoitokäyntejä tehtiin vuonna 2021 3,1 miljoonaa. Sairaanhoitokäyntien lukumäärä työterveyshuollossa on pienentynyt 40 % vuodesta 2012 vuoteen 2021. Sairaanhoitokäyntejä tehtiin keskimäärin kaksi työntekijää kohti. Lääkärikeskukset ovat selvästi merkittävin työterveyspalvelujen tuottaja.

Työterveyshuoltolain mukaan työnantajalla, yrittäjällä ja muulla omaa työtään tekevällä on oikeus korvaukseen työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon järjestämisestä aiheutuneista kustannuksista siten kuin sairausvakuutuslaissa (1224/2004) säädetään. Näitä korvauksia muutettiin vuoden 2020 alusta voimaan tulleella sairausvakuutuslain muutoksella (HE 77/2018 vp, laki 1075/2018). Muutoksen taustalla oli silloisen pääministeri Juha Sipilän hallituksen linjaus, että työterveyshuollon toiminnan painopistettä siirretään ennaltaehkäisevään toimintaan. Vuonna 2021 työnantajan järjestämän työterveyshuollonhyväksytyt kustannukset olivat 899 miljoonaa euroa, mikä oli 2,2 % enemmän kuin edellisvuonna. Kustannuksista 464 miljoonaa aiheutui ehkäisevän työterveyshuollon palveluista ja 435 miljoonaa euroa sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palveluista.

Sairausvakuutuslain perusteella yksityiseen sairaanhoitoon hakeutuneelle korvataan hoidon kustannuksia. Kela-korvauksiin toteutettiin 1.1.2023 alkaen 64 miljoonan euron säästöt siten, että suurin osa tutkimuksen ja hoidon korvauksista poistettiin ja lääkärin tekemät toimenpiteet poistuivat korvattavuuden piiristä muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta. Mielenterveyspalveluihin ja hammashoittoon ei kuitenkaan kohdistettu leikkauksia. Vuoden 2023 alusta alkaen korvauksia saa yleis- ja erikoislääkärien vastaanottokäynneistä. Lisäksi korvataan psyykkisen sairauden hoitoon liittyviä lääkärin toimenpiteitä, hammaslääkäriin, suu- ja leukakirurgian erikoislääkäriin tekemiä toimenpiteitä, hammaslääkäriin, psykiatrian erikoislääkäriin ja suu- ja leukakirurgian erikoislääkäriin määräämät laboratorio- ja kuvantamistutkimukset sekä lääkärin määräämät psykologin tutkimukset. Myös sairausvakuutuslain mukaisen etuuden hakemista varten tarvittavan lääkärintodistuksen tai -lausunnon hankkimisesta aiheutuneet kustannukset ovat korvattavia.

Lääkäripalkkioiden ja hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvaustaksoista säädetään sairausvakuutuslain 3 luvun 4 ja 5 §:ssä tarkoitettujen korvaustaksojen perusteista annetussa valtioneuvoston asetuksessa (1336/2004). Korvaustaksojen perusteiden ja enimmäismäärien perusteella Kansaneläkelaitos vahvistaa luettelon korvattavista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä sekä niiden korvaustaksoista. Korvaustaksojen perusteet ja vahvistettavat korvaustaksat perustuvat tutkimus- ja hoitotoimenpiteen laatuun, sen vaatimaan työhön ja aiheuttamaan kustannukseen, korvattavan palvelun hoidolliseen arvoon ja korvauksiin käytettävissä oleviin varoihin. Esimerkiksi yleis- ja erikoislääkäriin vastaanottokäynneistä ja etäpalvelusta saa pääsääntöisesti tasasuuruisen 8 euron korvauksen. Psykiatrian erikoislääkäriin vastaanottokäynnistä maksettava korvaus on kuitenkin 10,50–27 euroa vastaanoton pituudesta riippuen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta annettu laki (741/2023, *sote-valvontalaki*) tulee voimaan 1.1.2024. Laissa säädetään yksityisten ja julkisten palveluntuottajien toimintaedellytyksistä, rekisteröinnistä ja omavalvonnasta sekä viranomaisvalvonnasta.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa lain (785/1992, *potilaslaki*) 2 luvussa säädetään potilaan oikeuksista. Lain 3 §:n mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan oikeutta hyvään hoitoon turvaa myös terveydenhuollon lainsäädännön sääntely koskien muun muassa terveydenhuollon laatua, potilasturvallisuutta, terveydenhuoltopalveluiden kieltä, terveydenhuollon ammattihenkilöiden velvoitteita, henkilöstön täydennyskoulutusvelvoitetta ja yhteistyövelvoitteita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Ahvenanmaalla kuuluu Ahvenanmaan itsehallintolain (1144/1991) mukaan maakunnan omaan lainsäädäntötoimivaltaan. Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaa Ahvenanmaan maakunnan hallituksen alainen Ahvenanmaan maakunnan terveyst- ja sairaanhoitoviranomainen (Ålands hälso- och sjukvård, ÅHS).

#### 2.1.2 Hyvinvointialueiden, korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon ja vankiterveydenhuollon rahoitus

Hyvinvointialueiden kokonaisrahoitus perustuu valtion rahoitukseen sekä maksu- ja myyntituottoihin. Hyvinvointialueiden rahoituksesta annetussa laissa (617/2021, *rahoituslaki*) säädetään valtion rahoituksen myöntämisestä hyvinvointialueesta annetussa laissa tarkoitettujen hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle kuuluvien tehtävien kustannusten kattamiseen. Hyvinvointialueilla ei ole verotusoikeutta. Rahoituslain mukainen valtion rahoitus on hyvinvointialueelle yleiskatteellista, joten hyvinvointialue päättää rahoituksen käytöstä ja kohdentamisesta itsehallintonsa ja toimivaltansa rajoissa. Valtion rahoitus on laskennallista ja jakautuu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen rahoitukseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on pääosin tarveperusteista huomioiden lisäksi asukasperusteisuuden, kieli- ja olosuhdetekijöitä, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä vuodesta 2024 alkaen ns. yliopistosairaalisän.

Rahoituslain 6 §:n mukaan valtion rahoituksen taso kullekin varainhoitovuodelle perustuu hyvinvointialueiden edellisen vuoden laskennallisiin kustannuksiin. Rahoituksen taso tarkistetaan koko maan tasolla vuosittain ottaen huomioon hyvinvointialueiden hintaindeksiin perustuva kustannustason muutos rahoituslain 8 §:ssä säädetysti. Lisäksi rahoituslain 9 §:n mukaisesti rahoituksen tasoa tarkistettaessa otetaan täysimääräisesti huomioon laista, asetuksesta, niihin perustuvasta viranomaisen määräyksestä tai valtion talousarviosta aiheutuva hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle kuuluvien tehtävien laajuuden tai laadun muutos. Edelleen rahoituslain 10 §:ään perustuen otetaan vuosittain jälkikäteen huomioon toteutuneet kustannukset varainhoitovuotta edeltäneeltä vuodelta siten, että kyseisen vuoden laskennallisten kustannusten ja toteutuneiden kustannusten erotus lisätään rahoitukseen tai vähennetään rahoituksesta. Kustannustason tarkistus tehdään täysimääräisenä. Näin varmistetaan, että laskennallinen rahoitus ei erkane toteutuneista kustannuksista.

Hyvinvointialueen oikeudesta saada tarvittaessa lisärahoitusta säädetään rahoituslain 11 §:ssä. Jos rahoituksen taso muutoin vaarantaisi perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettujen riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisen, hyvinvointialueella on oikeus saada valtiolta lisärahoitusta se määrä, joka on tarpeen mainittujen sosiaali- ja terveystalvelujen turvaamiseksi ottaen huomioon hyvinvointialueen edellytykset järjestää muut lakisäätöiset tehtävät. Lisärahoitusta koskevasta menettelystä säädetään rahoituslain 26 §:ssä.

Valtion laskennallinen rahoitus hyvinvointialueille ja Helsingin kaupungille on vuonna 2023 yhteensä arviolta noin 23,1 miljardia euroa. Määrä täsmentyy vielä vuoden 2023 aikana lopullisen ns. siirtolaskelman valmistuttua.

Hyvinvointialueen järjestämien palveluiden asiakasmaksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992) ja – asetuksessa (912/1992). Hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä ovat talousarviossaan budjetoineet perivänsä noin 1,4 miljardia euroa asiakasmaksuja vuonna 2023.

YTHS-lain 2 luvussa säädetään korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon rahoituksesta. Sosiaali- ja terveysministeriö laatii vuosittain arvion opiskeluterveydenhuollon hyväksyttävistä kustannuksista, jotka määritetään laissa. Ministeriön arvio perustuu opiskeluterveydenhuollon palvelujen tarpeeseen, saatavuuteen, taloudellisuuteen ja vaikuttavuuteen. Hyväksyttävät kustannukset tarkistetaan vuosittain tämän arvioinnin perusteella. Hyväksyttävien kustannusten tarkistuksessa on otettava huomioon opiskeluterveydenhuollon palvelujen tuottamista koskeva muutos, joka johtuu laista tai asetuksesta taikka toimintaympäristön olennaisesta muutoksesta. Eduskunta päättää vuosittain opiskeluterveydenhuollon hyväksyttävistä kustannuksista ja valtion rahoituksesta valtion talousarvion käsittelyn yhteydessä.

YTHS-lain 17 §:n mukaan opiskeluterveydenhuollon rahoitus koostuu opiskelijoiden Kansaneläkelaitokselle suorittamista terveydenhoitomaksuista ja valtion Kansaneläkelaitokselle makSAMASTA rahoituksesta. Valtion varoista rahoitetaan 77 prosenttia opiskeluterveydenhuollon hyväksyttävistä kokonaiskustannuksista. Hyväksyttävien kokonaiskustannusten on arvioitu olevan 86 miljoonaa euroa vuonna 2023. Vuoden 2023 valtion talousarviossa on osoitettu noin 65,4 miljoonan euron määräraha YTHS:n opiskeluterveydenhuollon tuottamiseen. Opiskelijoilta perittävillä terveydenhoitomaksuilla rahoitetaan 23 prosenttia opiskeluterveydenhuollon hyväksyttävistä kokonaiskustannuksista. Terveydenhoitomaksun suuruus määrätään siten, että opiskelijoiden rahoitusosuus jaetaan arvioidulla läsnä oleviksi ilmoittautuneiden opiskelijoiden määrällä. Terveydenhoitomaksu on saman suuruinen kaikille opiskelijoille. Terveydenhoitomaksun suuruudesta säädetään vuosittain ennen marraskuun 30 päivää annettavalla valtioneuvoston asetuksella. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon maksuista vuonna 2023 annetun valtioneuvoston asetuksen (922/2022) mukaan terveydenhoitomaksun suuruus vuonna 2023 on 73,60 euroa. Muita palvelu- tai käyntimaksuja ei peritä.

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

Vangin ja tutkintavangin lääketieteellisten tarpeiden mukainen terveydenhoito, sairaanhoito ja lääkinnällinen kuntoutus maksetaan vankeuslain ja tutkintavankeuslain mukaan valtion varoista. Vankiterveydenhuollon yksikölle on osoitettu rahoitusta yhteensä noin 22,3 miljoonaa euroa valtion talousarviossa vuodelle 2023. Lisäksi vankiterveydenhuollon yksiköllä on maksullista toimintaa vankien mielentilatutkimuksiin ja vaarallisuusarvioiden laatimiseen liittyen.

### 2.1.3 Hoitoon pääsyä koskeva sääntely

Ennen lakimuutosten voimaan tuloa 1.9.2023 terveydenhuoltolain 51 §:n mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arki-



päivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveystieteeseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Perusterveydenhuollossa hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito oli järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

YTHS-lain 10 §:n mukaan Kansaneläkelaitoksen järjestämään ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tuottamaan opiskeluterveydenhuoltoon sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädetään perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä. Vankiterveydenhuoltoon koskien ei aiemmin erikseen säädetty hoitoon pääsystä, mutta vankeinhoidon niin sanotusta normaalisuuseriaatteesta johtuen Vankiterveydenhuollon yksikkö kuitenkin käytännössä on kokenut velvoittavaksi noudattaa terveydenhuoltolaissa säädettyjä määräaikoja järjestäessään terveydenhuollon palvelut. Normaalisuuseriaate tarkoittaa sitä, että vankien olosuhteiden tulisi mahdollisimman pitkälle vastata normaalissa yhteiskunnassa vallitsevia olosuhteita, ja vankeuden ainoana rajoituksena tulisi olla vapaudenmenetys.

Terveydenhuoltolain 1.9.2023 voimaan tulevassa muutetussa 51 §:ssä säädetään yhteyden saamisesta perusterveydenhuollon yksikköön ja hoidon tarvetta koskevasta arviosta. Pykälän mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana yhteyden terveystieteeseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja saada yksilöllisen arvion tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön tekemiä tutkimuksia tai antamaa hoitoa potilas tarvitsee. Arvion tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Suun terveydenhuollossa arvion voi tehdä myös nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä säädetään 1.9.2023 lähtien uudessa 51 a §:ssä. Pykälän 1 momentin mukaan 51 §:ssä tarkoitettussa arvioissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Pykälän 2 momentin mukaan, jos potilas on 51 §:ssä tarkoitettun arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja ammattihenkilö toteaa, että potilas tarvitsee 1 momentissa tarkoitettun terveysongelman hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana.

Pykälän 3 momentin mukaan 1 ja 2 momentissa säädetty enimmäisajat eivät koske hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, käyntejä perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanotolla eikä hoitotapahtumia, jotka tehdään yksinomaan 22 §:ssä tarkoitettun tai muuten terveydenhuollossa laadittavan todistuksen tai lausunnon saamiseksi. Pykälän 4 momentin mukaan muiden kuin 1 ja 2 momentissa tarkoitettujen perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon, kuntoutuksen sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävien palveluiden ensimmäinen hoito- tai kuntoutustapahtuma on järjestettävä potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja hänen

sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa 51 §:n mukaisesta arviosta taikka hänelle tehdyn hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti.

Pykälän 5 momentin mukaan, jos potilasta hoidettaessa taikka hänelle terveyttä tai hyvinvointia edistävää palvelua annettaessa havaitaan, että hän tarvitsee muuta terveysongelmaansa koskevan perusterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömään sairaanhoitoon kuuluvan tutkimuksen tai hoidon, kuntoutuksen tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun kuin sen, mitä hoitotapahtuma tai muu palvelu koskee, taikka terveydenhuoltoa sosiaalihuollon palveluiden yhteydessä annettaessa tai muuten palveluja annettaessa esiin tulee, että potilas tarvitsee perusterveydenhuoltoon kuuluvan, kiireettömän sairaanhoidon tutkimuksen tai hoidon, kuntoutuksen tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun, se on toteutettava 1–4 momentissa säädettyjä enimmäisaikoja noudattaen.

Suun terveydenhuollon hoitoon pääsystä säädetään jatkossa uudessa 51 b §:ssä. Pykälän 1 momentin mukaan 51 §:ssä tarkoitettussa arviossa, joka koskee perusterveydenhuoltoon kuuluvaa suun terveydenhuoltoa, hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu tutkimus tai tarpeelliseksi todetun hoidon ensimmäinen tutkimus- tai hoitotapahtuma on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin neljän kuukauden kuluessa siitä, kun 51 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty. Pykälän 2 momentin mukaan, jos potilas on 51 §:ssä tarkoitettun arvion perusteella ohjattu muulle suun terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille, ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille on järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta tai neljän kuukauden kuluessa 51 §:ssä tarkoitettusta arviosta. Pykälän 4 momentin mukaan, jos hammaslääkäri toteaa tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hammaslääkäri on todennut palvelun tarpeen.

Pykälän 3 momentin mukaan hoitajakso tulee saattaa valmiiksi kohtuullisessa ajassa ilman tarpeetonta viivytystä hoitokäyntien välillä. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hammaslääketieteellinen perustelu hoidon jaksottamiselle. Pykälän 4 momentin mukaan 1 momentissa säädettyä ei sovelleta tilanteessa, jossa potilaalle on määritelty yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli. Tutkimus tai hoito tulee järjestää hoitosuunnitelmaan kirjatun tutkimus- tai hoitovälin mukaisesti, jollei 51 §:ssä tarkoitettussa arviossa tule esille seikkoja, joiden perusteella yksilöllisestä tutkimus- tai hoitovälistä tulee tai voidaan poiketa.

Pykälän 5 momentin mukaan, jos neuvolapalveluihin tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun määräaikaisen terveystarkastuksen suorittaa muu suun terveydenhuollon ammattihenkilö kuin hammaslääkäri, ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille on järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta. Hoitoon sovelletaan lisäksi 3 ja 4 momenttia.

Oppilas- ja opiskelijahuoltolaissa (1287/2013, *opiskeluhooltolaki*) säädetään perusopetuslaissa (628/1998) tarkoitettussa opetuksessa olevan oppilaan sekä lukiolaissa (714/2018) ja ammatillisesta koulutuksesta annetussa laissa (531/2017) tarkoitettussa koulutuksessa olevan opiskelijan sekä eräiden muiden lakien nojalla opiskelevien oikeudesta opiskeluhooltoon. Opiskeluhooltoon kuuluu laissa tarkemmin säädetyllä tavalla yksittäiselle opiskelijalle annettavat koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja sekä opiskeluhoollon psykologi- ja kuraattoripalvelut. Lain 17 §:ssä on säännöksiä hoitoon pääsyyn liittyen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja kuraattoripalveluiden välillä on järjestettävä siten, että opiskelija voi tarvittaessa päästä terveydenhoitajan vastaanotolle myös ilman ajanvarausta. Opiskelijalle on järjestettävä mahdollisuus saada

arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana yhteys opiskeluterveydenhuoltoon. Hoidon tarpeen arviointi ja hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun hoitoon pääsy on järjestettävä terveydenhuoltolain 51 a ja 51 b §:ssä säädetyn mukaisesti.

Erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä säädetään terveydenhuoltolain 52 §:ssä. Hoidon tarpeen arviointi on pääsääntöisesti aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. Lain 53 §:ssä lisäksi säädetään erillisestä lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa erikoissairaanhoidossa noudatettavasta hoitoon pääsyn sääntelystä. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava pääsääntöisesti kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavan erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä säädetään 1.9.2023 uudessa 51 c §:ssä. Tätä hoitoon pääsyn sääntelyä ei muutettu sisällöllisesti ennen lakimuutoksen voimaantuloa voimassa olleeseen 51 §:n sääntelyyn nähden.

Hoitoon pääsyn enimmäisaikoja koskevan uudistuksen myötä YTHS-laissa on jatkossa omat säännökset hoitoon pääsystä, eikä hoitoon pääsystä säädetä säädösviittauksin terveydenhuoltolakiin. Hoitoon pääsyä koskee muutettu 10 § sekä uudet 10 a ja 10 b §, jotka pitkälle vastaavat terveydenhuoltolain 51, 51 a § ja 51 b §:ää. Säännöksissä on kuitenkin joitain korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa koskevia mukautuksia.

Vankiterveydenhuollon osalta vankeuslakiin ja tutkintavankeuslakiin lisättiin lakiuudistuksessa nimenomaiset säännökset siitä, että vankiterveydenhuollossa noudatetaan edellä kuvattuja vastavia hoitoon pääsyn enimmäisaikoja. Vankeuslain 10 luvun 1 §:n ja tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n mukaan Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämiin palveluihin pääsyä koskeviin enimmäisaikoihin sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain 51, 51 a, 51 b ja 52–54 §:ssä säädetään hoitoon pääsystä. Mitä mainituissa pykälissä säädetään hyvinvointialueesta, koskee mainittuja lakeja sovellettaessa Vankiterveydenhuollon yksikköä. Mitä terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädetään yhteyden saamisesta terveyskeskukseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön, koskee tätä lakia sovellettaessa yhteyden saamista vankilan poliklinikkaan tai Vankiterveydenhuollon yksikössä toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön.

Terveydenhuoltolain 54 §:n mukaan (siten kuin se tulee voimaan 1.9.2023), jos hyvinvointialue ei voi itse tuottaa tutkimuksia, hoitoa tai kuntoutusta 51 a–51 c, 52 tai 53 §:ssä säädetyissä enimmäisajoissa, sen on järjestettävä ne hyvinvointialuelain 9 §:n 1 momentissa tarkoitettulla tavalla tuottamalla ne yhteistoiminnassa toisen hyvinvointialueen kanssa tai hankkimalla ne sopimukseen perustuen muilta palvelun tuottajilta. Palvelusetelin käytöstä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetussa laissa. Sote-järjestämislain 3 luvussa säädetään palvelujen hankkimisesta yksityiseltä palveluntuottajalta. Tämän luvun sääntelyssä säädetään yksityistä palveluntuottajaa koskevista vaatimuksista sekä muun ohella säädetään, että hyvinvointialue voi hankkiessaan perusterveydenhuollon palveluja antaa yksityisen palveluntuottajan tehtäväksi, osana asiakkaille annettavaa hoitoa, asiakkaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoratkaisujen tekemisen, hoitosuunnitelman laatimisen sekä lähetteen laatimisen erikoissairaanhoitoon. Lainsäädännössä säädetään myös hyvinvointialueen velvoitteesta ohjata ja valvoa yksityisen palveluntuottajan toimintaa sekä julkisen ja yksityisen palveluntuottajan omavalvonnasta. Terveydenhuoltolain 51 §:ssä tarkoitettun arvion

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

YTHS-lain 10 c §:n mukaan (siten kuin se tulee voimaan 1.9.2023), 10 §:ssä tarkoitettun arvion yhteydessä on arvioitava, pystyykö Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö tuottamaan hoidon 10 a ja 10 b §:ssä tarkoitetuissa enimmäisajoissa. Pykälä sisältää lisäksi viittauksen lain 8 §:n 3 momenttiin, jonka mukaan Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön on tuotettava opiskeluterveydenhuollon palvelut pääosin omana toimintanaan. Jos YTHS-lain mukaista tuottamisvelvollisuutta ei voida muuten toteuttaa, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö voi hankkia omaa toimintaansa täydentäviä opiskeluterveydenhuollon palveluja muulta palveluntuottajalta noudattaen julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista annettua lakia (1397/2016). Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö vastaa alihankkijan yksittäiselle opiskelijalle antamasta palvelusta ja on kokonaisvastuussa yksittäisen opiskelijan saamista opiskeluterveydenhuollon palveluista.

Hoitoon pääsyä koskevien tietojen julkaisemisesta säädetään terveydenhuoltolain 55 §:ssä. Sääntelyä uudistettiin 1.9.2023 lukien siten, että perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä on julkaistava tietoa aiempaa tiiviimmin. Pykälän mukaan hyvinvointialueen on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 51, 51 a ja 51 b §:ssä säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten 51 c, 52 ja 53 §:ssä säädettyjen (erikoissairaanhoidon) enimmäisaikojen noudattaminen toteutui. Lisäksi jatkossa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa julkaistavat tiedot, mikä parantaa niiden vertailukelpoisuutta. Hyvinvointialueen on julkaistava tunnusluvut erikseen kustakin sairaalasta, terveyskeskuksesta ja muusta terveydenhuollon toimintayksiköstä. Jos toimintayksikön alaisuudessa on terveysasema, hammashoitola tai muu vastaava erillinen yksikkö, tunnusluvut on julkaistava erikseen kustakin tällaisesta yksiköstä, jos se on mahdollista. YTHS-lain 10 d §:ssä sekä vankeuslain 10 luvun 1 §:ssä ja tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:ssä säädetään tietojen julkaisusta terveydenhuoltolain 55 §:ää pääosin vastaavasti. YTHS:n osalta tiedot julkaistaan toimipisteittäin. Kutakin Vankiterveydenhuollon yksikön sairaalaa ja poliklinikkaa koskevat tunnusluvut on julkaistava erikseen ja ostopalveluina hankittuja erikoissairaanhoidon palveluita koskevat tunnusluvut on julkaistava koko Vankiterveydenhuollon yksikköä koskien. Tunnusluvut on julkaistava myös siten, että ne ovat vankilassa vankien saatavilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta säädetään vielä 31.12.2023 asti sote-järjestämislaisissa, yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990) sekä Vankiterveydenhuollon yksiköstä annetussa laissa (1635/2015). Voimaan tulee 1.1.2024 näiden lakien valvontasäännökset kumoava ja korvaava sote-valvontalaki. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovat aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontavirasto Valvira. Valvontalaissa säädetään viranomaisten toimivaltuuksista, kuten hallinnollisesta ohjauksesta ja kehotuksesta, määräyksistä ja pakkokeinoista sekä tarkastuksista. Valvontalaissa on myös oma lukunsa omavalvonnasta. Palvelunjärjestäjien on omavalvonnassaan muun ohella varmistettava omien sekä hankkimiansa palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus ja laatu. Palvelunjärjestäjän on seurattava myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen henkilöstön riittävyttä sekä tilojen ja laitteiden turvallisuutta ja soveltuvuutta palvelujen toteuttamisessa. Palvelunjärjestäjän on myös ohjattava ja valvottava sen järjestämisvastuulle kuuluvaa palvelutuotantoa.

## 2.2 Palvelujärjestelmän nykytila

### 2.2.1 Palvelujärjestelmän tilanne

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on ollut viime vuodet suuressa muutoksessa. Myös toimintaympäristössä on ollut palvelujärjestelmää erittäin paljon kuormittavia ilmiöitä. Hyvinvointialueet aloittivat 1.1.2023 sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuisina toimijoina. Alueilla on aiempaa pirstaloitunutta järjestelmää selvästi paremmat mahdollisuudet varmistaa palveluiden vaikuttavuutta, integraatiota ja kustannusvaikuttavuutta sekä palvelutuotantoa, mukaan lukien henkilöstön ja osaamisen riittävyys. Hyvinvointialueiden käynnistymisvaiheessa on tarvittu viime vuosina merkittävä panostus nimenomaan uusien hallintorakenteiden toiminnan varmistamiseen ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden jatkumisen turvaamiseen uusissa rakenteissa. Samanaikaisesti on pyritty kehittämään myös palveluiden sisältöä ja muun muassa palvelukokonaisuuksia ja palveluketjuja entistä sujuvammiksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen kanssa päällekkäin on järjestelmää kuormittanut merkittävästi vuonna 2020 alkanut covid-19-pandemia. Pandemian torjunta ja hoito vaativat merkittäviä muutoksia kaikilla palvelujärjestelmän tasoilla ja kaikissa eri terveydenhuollon palveluissa. Kiireetöntä terveydenhuoltoa jouduttiin lykkäämään, jotta voimavaroja saatiin epidemiatyöhön. Tämä johti huomattavan hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelan kertymiseen, kun väestön palvelutarpeisiin ei pystytty vastaamaan nopeasti ja osin palvelutarpeita jäi havaitsematta ja ne tulivat esiin vasta hankaloituneina. Hoitovelan purkaminen jatkuu edelleen, vaikka epidemia muutoin on rauhoittunut.

Jo covid-19-pandemian aikana alkoi näkyä aiemmasta hankaloitunut sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuushaaste. Tilanne ei valitettavasti korjaantunut pandemian hellittäessä, vaan on jäänyt merkittäväksi lähes koko Suomessa, useissa toiminnoissa ja lähes kaikissa ammattiryhmissä. Tätä on tarkemmin kuvattu jaksossa 2.2.2. Terveydenhuollon henkilöstö.

Palveluiden sisällöllinen kehittämistyö on vielä varsin alussa, ja hyvinvointialueet ovat palvelureformissaan myös hyvin eri vaiheissa. Uuden hyvinvointialuerakenteen käynnistäminen on ollut helpompaa entisillä kuntayhtymäalueilla, mikä on mahdollistanut voimavarojen nopeamman suuntaamisen palvelujen uudistamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittaminen on sote-uudistuksen tärkeimpiä tavoitteita. Hyvin yhteen toimivat sote-palvelut ovat erityisen tärkeitä asiakkaille, jotka käyttävät useita eri palveluja. Sote-ammattilaisilta ne edellyttävät moniammatillista yhteistyötä. Kehittämistyö on jatkunut Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman monissa kehittämishankkeissa kaikilla hyvinvointialueilla. Ohjelma on saanut rahoitusta vuoden 2023 loppuun asti. Ohjelmassa painotetaan erityisesti palveluiden saatavuutta edistäviä toimia perusterveydenhuollossa, sosiaalihuollossa, mielenterveyspalveluissa ja monialaisessa kuntoutuksessa. Hoitoon pääsyn parantaminen ja psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto kaikille ikäryhmille on ollut sisällytettävä kaikkiin kehittämishankkeisiin.

Sote-keskus -ohjelman hankkeet ovat ymmärtäneet palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantamiseen tähtäävän hyötytavoitteen monin eri tavoin ja tekevät varsin moninaista kehittämistyötä sen alla. Kehitettäviä asioita ovat muun muassa uudet palveluratkaisut ja -mallit, laadunhallintajärjestelmät, laatu- ja vaikuttavuusmittarit, tutkimustoiminta, asiakasosallisuus, asiakastyytyväisyyden mittaaminen sekä tiedolla johtaminen. Kehittämistyön tuottama muutos tulee näkymään erittäin pitkällä viiveellä mahdollisena palveluiden parantuneena laatuna ja vaikuttavuutena sitten, kun kehitetyt asiat on viety onnistuneesti ja laajamittaisesti käytäntöön hyvinvointialueilla.

Yleiskuvaltaan sote-keskus -ohjelmassa tehdyn kehittämistyön vaikutus ei vielä näy seurattavissa mittareissa, erityisesti hoitoon pääsyn enimmäisajoissa, koko maan tasolla – tämän näkyminen edellyttää, että kehitetyt ratkaisut otetaan laajemmin käyttöön hyvinvointialueilla. Useissa tarkasteluissa mittareissa muutoksen suunta on päinvastainen ohjelman hyötytavoitteiden kannalta. Tähän selityksenä voi olla useita tekijöitä, esimerkiksi pandemian jälkeinen aika ”hoitovelkoineen”, työvoimapula sekä hyvinvointialueille siirtymän valmistelu ja toteutus. Sote-keskus -mallinnusten ja uusien toimintamallien ja ratkaisujen vieminen käytäntöön laajamittaisesti hyvinvointialueilla ei tapahdu vuoden 2023 aikana, jonka lopussa ohjelma päättyy. Käyttöönotto on pidemmän aikavälin kehittämistoimintaa, jonka edellytykset ja toteutuminen tulee varmistaa alueiden johdon, kehittäjien ja sote-ammattilaisten yhteistoimintana sekä valtion vahvan ohjauksen ja tuen keinoin. (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus –ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi: Kevät 2023. THL – Työpaperi 29/2023)

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa Suomen kestävä kasvun ohjelman pilarista 4, joka koskee sosiaali- ja terveydenhuollon, suun terveydenhuolto mukaan lukien, palvelujen saatavuuden vahvistamista ja kustannusvaikuttavuuden lisäämistä. Ohjelmaa toimeenpannaan jokaisella hyvinvointialueella, Helsingin kaupungissa ja sosiaalialan osaamiskeskuksissa. Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt valtionavustuksia vuosille 2022–2025. Pilarin 4 päätavoitteena on purkaa covid-19-pandemian aiheuttamaa sosiaali- ja terveydenhuollon hoito-, kuntoutus- ja palveluvelkaa, nopeuttaa hoitoon ja palveluihin pääsyä pysyvästi koko maassa ottamalla käyttöön uusia toimintatapoja sekä edistää sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen toteutumista. Pilarin toimenpiteillä edistetään perustason hoitotakuun toteutumista, kavennetaan eriarvoisuutta, panostetaan ongelmien nykyistä varhaisempaan tunnistamiseen ja vaikuttavampaan ennaltaehkäisyyn sekä vahvistetaan palveluiden laatua ja kustannusvaikuttavuutta. Tavoitteena on, että väestö saa tarvitsemansa sosiaali- ja terveyspalvelut yhdenvertaisesti, helposti ja kynnyksettömästi sekä monikanavaisesti. Tavoitteena on lisätä myös uusien digitaalisten ratkaisujen käyttöönottoa ja kustannustehokkaiksi osoittautuneiden ratkaisujen käytön laajentamista mahdollisimman laajana alueiden välisenä ja kansallisena yhteistyönä hyödyntämällä esimerkiksi Kanta-palveluja, DigiFinland Oy:tä ja IT-yritysten tuotteita ja palveluja. Kestävä kasvun ohjelmassa on sitova hoitoon pääsyä koskeva tavoite, jonka mukaan vuoden 2025 viimeisen kvartaalin aikana seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaika kiireettömissä hoidon käynneissä toteutuu 80%:sti.

Sosiaali- ja terveysministeriön tilaama selvitys uudenlaisen omalääkärimallin toteuttamisesta valmistui elokuussa 2022 (Hoidon jatkuvuusmalli: Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti.) Tavoitteena oli arvioida ja kuvata, miten omalääkärimallia voisi toteuttaa yhdessä hoitotakuun kanssa sekä edistää näin hoidon saatavuutta ja jatkuvuutta. Selvityksessä kuvataan hoidon jatkuvuusmalli, jonka keskeisenä elementtinä on potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuus, jossa potilaan hoidon tukena on omahoitaja ja tarvittaessa moniammatillisen tiimin muita jäseniä. Selvitys auttaa osaltaan hyvinvointialueita hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden parantamisessa. Henkilökohtaisen hoitosuhteen jatkuvuuden parantaminen mahdollistaa puolestaan tieteellisen kirjallisuuden kuvaamien monien hyötyjen saavuttamisen, mukaan lukien terveydenhuollon kokonaiskustannusten paremman hallinnan.

YTHS:n palveluverkkosuunnitelman mukaan palveluja toteutetaan vuonna 2023 niin, että 96% palvelusta tuotetaan YTHS:n omana tuotantona ja 4% YTHS:n alihankkijoiden toimipisteissä. YTHS:n palveluverkko jakautuu viiteen palvelualueeseen. Näistä suurin on YTHS eteläinen (noin 100 900 opiskelijaa), muiden (läntinen, itäinen, keskinen, pohjoinen) piiriin kuuluu kuitenkin noin 36 000-50 000 opiskelijaa. Oppilaitospaikkakuntien määrän kasvu ja sijoittuminen entistä laajemmalle alueelle vuonna 2021 voimaan tulleen lakimuutoksen myötä on lisännyt alihankintapalvelujen määrää YTHS:n omien palvelujen rinnalla. Palvelutuotannossa on viiden

maantieteellisen alueen lisäksi keskitetty valtakunnallinen hoidontarpeen arvio ja etäpalveluiden/digitaalisten palveluiden tiimi.

YTHS:n henkilöstöpanokset vuonna 2021 olivat yhteensä 753 henkilötyövuotta, joista oli yleisterveydessä 300 henkilötyövuotta, mielenterveydessä 158 henkilötyövuotta, suunterveydessä 260 henkilötyövuotta sekä hallinnossa 36 henkilötyövuotta. YTHS on panostanut vahvasti uudistuksiin, jotka parantavat palveluiden tuottavuutta ja tehokkuutta. YTHS on valmistautunut hoitotakuun kiristymiseen systemaattisesti mm. uudistamalla ja tehostamalla palvelumalliaan, sekä viemällä läpi mittavan digitransformaation. Parantaakseen palveluiden saatavuutta YTHS on siirtänyt palvelujaan digitaalisiin kanaviin niin, että vuonna 2022 yleis- ja mielenterveyden käynneistä jo noin 72% hoidettiin digikanavissa. Kevään ja alkukesän 2023 aikana YTHS uudisti, selkeytti ja suoristi valtakunnallista palvelumalliaan siten, että opiskelija saa heti hoidontarpeenarvion yhteydessä vastaanottoajan joko etä- tai lähipalveluina. Palvelujen saatavuuden parantamiseksi YTHS suunterveys on kehittänyt jatkuvasti ja aktiivisesti toimintaansa. Tavoitteena on kysynnän ja käytössä oleva resurssin mahdollisimman hyvä tasapaino, jotta palveluita voidaan tarjota oikea-aikaisesti ja saattaa kokonaisuhoitajaksot valmiiksi mahdollisimman lyhyessä ajassa. Kysyntäpiikit ajoittuvat aina lukukauden alkuihin alkusyksyyn ja vuoden alkuun, mikä asettaa haasteet hoitotakuulainsäädännön tiukentuessa 1.9.2023 alkaen. Tiukentuvaan hoitotakuusäätelyyn on suunterveyden osalta varauduttu ja valmistauduttu.

Suomessa on 28 vankilaa, joista suljettuja laitoksia on 16 ja avovankiloita 12. Vankiterveydenhuollon poliklinikoita on jokaisessa Suomen vankilassa. Suun terveydenhuollon toimipisteitä on yhteensä 12, joista 11 toimii vankilan tiloissa ja yksi Vanhan Vaasan sairaalassa. Vankiterveydenhuollon yksikkö tuottaa itse pääosan perusterveydenhuollon, suun terveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluista. Erikoissairaanhoidon ja päivystyksen palvelut hankitaan pääosin ostopalveluina. Vankiterveydenhuollon poliklinikoilla tuotetaan Suomen vankiloiden vankien perusterveydenhuolto. Vankien määrä vaihtelee vankiloittain, suurimmat vankimäärät ovat Helsingin, Turun ja Vantaan vankiloissa, joissa sairaanhoitaja on paikalla myös viikonloppuisin, sekä Kylmäkosken, Oulun, Mikkelin ja Kuopion vankiloissa, joissa sairaanhoitaja on paikalla vain arkipäivisin. Lääkärivahvuus vaihtelee vankilan koon ja luonteen mukaan: Helsingissä, jossa on vilkas sakkovankiliikenne, lääkäri on paikalla neljänä päivänä viikossa ja Vantaalla, joka on Suomen suurin tutkintavankila, lääkäri on paikalla viitenä päivänä viikossa. Pienemmillä poliklinikoilla, kuten Mikkelissä tai Kylmäkoskella, lääkäri on paikalla kahtena – kolmena päivänä viikossa. Pienimmissä tai syrjäisemmissä vankiloissa osa lääkäripalveluista toteutetaan etäkonsultaatioina tai etävastaanottoina.

Vankiterveydenhuollon yksikkö ylläpitää sairaalapalveluita kolmessa toimipisteessä: Vankisairaalassa Hämeenlinnassa ja Psykiatrisessa vankisairaalassa Turussa ja Vantaalla. Hämeenlinnassa sijaitseva Vankisairaala on valtakunnallinen vankipotilaita hoitava yleislääkärijohtoinen somaattinen sairaala, jossa on 38 vuodepaikkaa. Toimintaan kuuluu monialainen somaattisten sairauksien hoito ja kuntoutus. Osastoilla hoidetaan lisäksi sairaalahoittoa vaativia vieroitusoireisia potilaita ja päihderiippuvaisia raskaana olevia naisvankeja. Potilaille järjestetään myös jälkipoliklininista toimintaa sekä muun muassa diabeteshoitajan ja fysioterapeutin etävastaanottoja. Vankisairaalassa on mahdollisuus neurologin konsultaatioihin, ja neurologi konsultoi kroonisten kipupotilaiden hoitoja myös valtakunnallisesti. Vankiterveydenhuollon yksikössä C-hepatiitin häätöhoitoarviot tehdään keskitetysti Vankisairaalassa, ja vuonna 2022 häätöhoitoa suositeltiin noin 150 potilaalle. Vuonna 2022 Vankisairaalassa toteutettiin 288 hoitajaksoa. Psykiatrisessa vankisairaalassa tuotetaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita, ja vuodepaikoista 40 on Turun yksikössä ja 14 Vantaan yksikössä. Yksiköissä tutkitaan ja hoidetaan psykiatrista sairaalahoittoa vaativia moniongelmaisia potilaita, minkä lisäksi tuotetaan valtakunnallisesti psykiatrin konsultaatiopalveluita sekä psykiatrisen sairaanhoitajan etävastaanottoja.

Vuonna 2022 Psykiatrisessa vankisairaalassa toteutettiin 348 hoitajaksoa. Vankiterveydenhuollon yksikkö ostaa lähes kaikki somaattisen erikoissairaanhoidon palvelut hyvinvointialueilta.

## 2.2.2 Terveys- ja hyvinvoinnin henkilöstö

### *Terveys- ja hyvinvoinnin ammattihenkilöiden määrä Suomessa*

Terveys- ja hyvinvoinnin laitos (THL) julkaisee vuosittain pääasiallisesti Tilastokeskuksen Työssäkäyntitilastoon pohjautuvat tiedot terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstöstä. Henkilöstötilasto valmistuu noin kahden vuoden viiveellä verotustietojen valmistuttua. Vuoden 2020 lopussa terveys- ja sosiaalipalveluissa työskenteli yhteensä lähes 355 000 henkilöä. 65,4 prosenttia (noin 232 000 henkilöä) työskenteli julkisella sektorilla, 27,5 prosenttia yrityssektorilla (noin 97 700 henkilöä) ja 7,1 prosenttia järjestösektorilla (noin 25 000 henkilöä). Pääsääntöisesti terveys- ja sosiaalipalveluissa työskentelevän henkilöstön määrä oli vuonna 2020 3,4 prosenttia enemmän kuin vuonna 2019 ja 9,5 prosenttia enemmän verrattuna vuoteen 2015. Terveys- ja sosiaalipalveluissa julkisella sektorilla työskentelevien osuus nousi 6,0 prosenttia vuodesta 2015 (lähes 219 000 henkilöä vuonna 2015 ja 232 000 henkilöä vuonna 2020). Henkilöstömäärä on kasvanut erityisesti sosiaalipalveluissa. Vielä vuonna 2023 kaikki hyvinvointialueet eivät pystyneet toimittamaan yhdenmukaisella tavalla tietoja palveluksessaan olevien ja järjestämisvastuullaan olevien palveluiden henkilömäärästä ammattilain.

Valvira myöntää hakemuksesta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattioikeudet. Luvut ammattioikeuksien määrästä kertovat suurimman mahdollisen henkilömäärän ammattilain, mutta kaikki ammattioikeuden saaneet eivät työskentele sosiaali- ja terveydenhuollossa tai työskentele lainkaan.

Taulukko 1. Yleisimpiä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattioikeuksia työkäisillä vuonna 2022

	<b>Ammattioikeuksien määrä</b>	<b>Lisätietoja</b>
psykologi	6 902	
lääkäri	24 510	joista erikoislääkäreitä 16 597
hammaslääkäri	5 335	joista erikoishammaslääkäreitä 743
sosiaalityöntekijä	7656	
sairaanhoitaja	114 335	
sosionomi	37 309	
lähihoitaja (sosiaali- huolto)	180 434	samalla henkilöllä voi olla ammattioikeus lähihoitajana sekä sosiaalihuollossa että terveydenhuollossa. Lisäksi ammattioikeuksia nimikkeillä perushoitaja ja apuhoitaja on n. 30 000
lähihoitaja (terveyden- huolto)	13 535	



--	--	--

(Lähde: Valvira <https://www.avoindata.fi/data/fi/dataset/sosiaali-ja-terveydenhuollon-ammattihenkilot>)

Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat (KT) kokoaa tietoa kuntien (jatkossa myös hyvinvointialueiden) sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä ammateittain. Tuoreimmat tiedot ovat vuodelta 2021.

Taulukko 2. Yleisimmät sote-alan ammattinimikkeet kunnissa v. 2021

Ammattinimike	lkm
Sairaanhoitaja	45 400
Lähihoitaja	39 800
Terveydenhoitaja	5 200
Osastonsihteer	4 500
Sosiaalityöntekijä	4 400
Hoitaja	4 200
Fysioterapeutti	3 500
Terveyskeskuslääkäri	3 400
Erikoislääkäri	3 300

(Lähde: KT <https://www.kt.fi/tilastot-ja-julkaisut/henkilostotilastot/ammattit>; Tilastokeskus, Kuntasektorin palkat 2021).

Suurin osa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöistä on lähihoitajia (n. 75 500 työllistä) ja lähes yhtä paljon on sairaanhoitajia (n. 71 200 työllistä). Yleislääkäreitä oli 7 430 ja hammaslääkäreitä 4 239 työllistä. Fysioterapeutteja oli 9 600 ja suuhygienistejä 1 886. Luvut ovat muuttaman vuoden vanhoja. Suurin osa koulutetuista sote-alan ammattihenkilöistä työskentelee julkisella sektorilla. Ammattiryhmittäin tässä on kuitenkin eroja, ja esimerkiksi fysioterapeuttien kohdalla yksityinen sektori työllistää julkista sektoria enemmän. Henkilöstön jakautuminen sektoreittain ei myöskään välttämättä ole tarkkarajaista, sillä esimerkiksi lääkärit voivat toimia samanaikaisesti sekä yksityisellä että julkisella sektorilla.

Suomen Lääkäriliiton mukaan vuoden 2020 lopulla Suomessa asui työikäisiä eli alle 65-vuotiaita lääkäreitä 22 000. Suomessa on noin 6 000 työikäistä lääkäriä enemmän kuin 2000-luvun alussa ja määrän ennakoidaan edelleen kasvavan. Laillistettujen lääkärien kokonaismäärä, sisältäen myös eläköityneet ja ulkomailla olevat lääkärin, on huomattavasti tätä suurempi, yli 30 000 lääkäriä. Suomessa laillistusta voivat hakea muiden EU-maiden kansalaiset, vaikka he eivät jäisi tänne töihin. Yliopisto- ja keskussairaalat ovat lääkärien suurimpia työllistäjiä. Niissä toimii yhteensä noin puolet työssä olevista lääkäreistä. Reilu viidennes lääkäreistä työskentelee terveyskeskuksissa. Lähes 30 % työskentelee yksityisen sektorin lääkäriasemilla ja -keskuksesta, työterveyshuollossa, lääketeollisuudessa tai erilaisissa säätiöissä tai järjestöissä. Suomen Lääkäriliiton työmarkkinatutkimuksen mukaan marraskuussa 2022 osa-aikaisesti työskenteli noin neljäsosa lääkäreistä. Osa-aikaisesti työskentelevien osuus on ollut kasvussa viime vuosina. Työkuormituksen keventäminen oli tärkein syy osa-aikaisuudelle. Noin 5 prosenttia ei ollut työmarkkinoilla esimerkiksi isyys-, äitiys- tai perhevapaan, tutkimusvapaan tai sairauden vuoksi.

Lääkäreistä 2 362:lla oli yleislääketieteen erikoislääkärin oikeudet. Tuhatta asukasta kohden Suomessa on noin 3,8 työikäistä lääkäriä.

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

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

#### *Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuus ja sen haasteet*

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimavaje on kasvanut nopeasti viime vuosina käytännössä kaikissa ammattiryhmissä ja koko maassa. Erityisesti vaje lähihoitajista ja sairaanhoitajista on pahentunut voimakkaasti. Myös terveyskeskusten lääkäritilanne on huonontunut jonkin verran. Sote-alan työvoimavajeesta on hyvinkin erilaisia arvioita, joissa on käytetty erilaisia laskentatapoja ja mallinnuksia, mutta kaikkien arvioiden mukaan vaje on merkittävä ja hankaloitunut.

Vuosina 2022-23 on haastavaa arvioida tarkasti sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstövajetta vuoden 2023 alussa hyvinvointialueille tapahtuneen järjestämisvastuun siirtymisen vuoksi. Palveluiden järjestäjien mahdollisuudet ja tavat arvioida vajetta eivät vielä ole yhtenäiset. Järjestäjien mahdolliset ratkaisut palveluverkosta, sähköisistä palveluista ja henkilöstöstä voivat muuttaa tilannetta lähivuosina. Ja toisaalta henkilöstövaje vaikuttaa järjestäjien päätöksiin palveluverkosta, sähköisten palveluiden käyttöön otosta ja henkilöstön käytöstä.

Työvoimavajetta on myös syytä tarkastella usean eri aineiston avulla. Vuonna 2023 ei vielä ole mahdollista saada yhteismitallista tietoa kaikkien hyvinvointialueiden henkilöstötilanteesta.

TEM:n työvoimatietokarttojen arvioita voi pitää ns. alarajana sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimavajeelle. TEM:n toimipaikkahaastattelujen arvioita taas voisi pitää ylärajana. Ministeriöiden, Kevan ja KT:n yhteistyön tuloksena syntyi laskentamalli, jossa toimipaikkahaastattelujen tietoja on korjattu henkilötyövuosikertoimella, jolloin päästään lähemmäs vuositason työvoimavaje-arviota.

Taulukko 3. Eräiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työvoimavaje vuonna 2022.

Työvoimavaje	HTV-korjattu toimipaikkahaastattelu, kumulatiivinen kertymä vuoden 2022 ajalta
Lähihoitajat	6149
Sairaanhoitajat (ml. terveydenhoitajat, kätilöt)	5336
Lääkärit	865
Sosiaalityön erityisasiantuntijat (sosiaalityöntekijät)	475
Kuulontutkijat ja puheterapeutit	684
Psykologit	330
Ylihoitajat ja osastonhoitajat	255
Suuhygienistit	153
Lääketieteellisen kuvantamisen asiantuntijat (röntgenhoitajat)	91
Bioanalyytikot (laboratoriohoitajat)	61

Sosiaali- ja terveydenhuollon työmarkkinanäkymiä tarkastellaan myös kahdesti vuodessa julkaistavassa ammattibarometrissä, joka kertoo työ- ja elinkeinotoimistojen näkemyksen keskeisten ammattien kehitysnäkymistä lähitulevaisuudessa. Vuoden 2022 alun ammattibarometrin (1/2022) arvion mukaan 15 yleisimmän työvoimapula-ammattin joukosta suurin osa oli sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammatteja. Eniten pulaa oli lähihoitajista, sairaan- ja terveydenhoitajista, sosiaalityön erityisasiantuntijoista sekä lääkäreistä. Lähihoitajien ja sairaanhoitajien pula on suurta ja työvoiman tarve on koko maan laajuista. Vastaavasti niihin ammatteihin, joissa on hakijoista eniten ylitarjontaa, ei lukeudu yhtään sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattia. Rekrytointiongelmia ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa yleisempiä kuin muilla toimialoilla keskimäärin.

Työ- ja elinkeinoministeriön toimialaraportin (2022:2) mukaan vuonna 2020 yli puolella (54 %) sote-alan toimipaikoista oli vaikeuksia löytää työvoimaa, kun työvoimaa kaikkienensa haki 76 % toimipaikoista. Työvoimapula on koronaepidemian myötä edelleen kärjistynyt, ja myös ammattibarometrin tulosten valossa sote-alan työvoiman saatavuudessa näkyi heikkenemistä.

Rekrytointiongelmien vuoksi sote-alalla jäi vuonna 2020 saamatta lähes 32 000 työntekijää, joita haettiin, ja määrä oli kasvanut selvästi edellisestä vuodesta. Erityisesti saamatta jäi määräaikaissa työsuhteissa työskenteleviä työntekijöitä, mutta myös vakituisen henkilöstön palkkaaminen on vaikeutunut. Alueellisesti tarkasteltuna erityisen paljon työntekijöitä jäi palkkaamatta Uudellamaalla, Hämeessä ja Pohjois-Savossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tulevaisuuden näkymät näyttävät selvitysten valossa haasteellisina, ja työvoiman saatavuutta turvaaviin toimenpiteisiin ja alan veto- ja pitovoimaan on kiinnitettävä huomiota. Tulevina vuosina kunta-alalla henkilöstömäärään vaikuttaa myös voimakas eläköityminen, mikä näkyy myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrässä.

Lääkäriliitto on vuosittain selvittänyt kyselytutkimuksella terveystieteiden johtavilta lääkäreiltä terveystieteiden lääkärin virkojen, toimien ja tehtävien lukumäärää ja täyttötilannetta yhteistyössä KT Kunta- ja hyvinvointialueyhtymien, sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Kysely koskee vuosittain yhden päivän lääkäritilannetta. Kyselyssä kartoitettiin 5.10.2022 ollut tilanne. Terveystieteissä oli yhteensä 4074 lääkärintehtävää, joista 325 oli täyttämättä. Terveystieteiden lääkäri-vaje on kasvanut hieman verrattuna edelliseen vuoteen. Tämä vastaa 8 prosenttia kaikista lääkärin tehtävistä. Tutkimuspäivänä hoitamatta oli lisäksi 97,5 tehtävää, joihin ei edes pyritty hakemaan tekijää. Tutkimuspäivänä työssä olleiden vakituisen viranhaltijoiden määrä on jatkanut laskuaan ja on nyt 48,9 prosenttia. Ostopalveluiden (343 tehtävää) ja ulkoistettujen tehtävien (299 tehtävää) määrät jatkoivat kasvuaan. Vakituisen viranhaltijoiden määrän laskun taustalla vaikuttanevat muun muassa kuormitus- ja työhyvinvointitekijät. Lääkäritilanteen arvio kokonaisuudessaan erittäin tai melko hyväksi 66 prosenttia vastaajista ja erittäin tai melko huonoksi 17 prosenttia vastaajista. Arviot lääkäritilanteesta olivat muuttuneet hieman negatiivisemmaksi verrattuna edelliseen vuoteen, ja kokonaistilanteen katsottiin hieman heikentyneen. Erityisesti ovat heikentyneet arviot avoimien tehtävien täytöstä ja sijaisten saatavuudesta. Myös ostopalveluiden saatavuuden arvioitiin huonontuneen. Terveystieteiden lääkäritilanteesta näkyy alueellisia eroja. Vaje oli tutkimuspäivänä yli 10 % Etelä-Pohjanmaan, Vaasan, Etelä-Savon, Kainuun, Keski-Pohjanmaan, Itä-Savon, Etelä-Karjalan ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiireissä. Lääkäri-vaje arvioitiin suurimmaksi Pohjois-Karjalassa (35,3 %) ja Etelä-Karjalassa (22,1 %).

Kyselyssä kysyttiin myös arviota lisävakanssien tarpeesta, ja reilu kolmannes (38 %) terveystieteiden keskuksista ilmoitti tarpeen lisävakansseille. Lisävakanssien tarpeen arvioitiin olevan 300 kappaletta eli 7-8 prosenttia nykyisten vakanssien kokonaismäärästä. Arvio lisävakanssien tarpeesta on kasvanut suhteessa edelliseen vuoteen, jolloin se oli noin 5 prosenttia. Kasvu saattavat osaltaan selittää tiedossa olleet muutokset perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon hoitoon pääsyn enimmäisajassa.

Kyselyn perusteella terveystieteiden lääkärin tehtävien määrä suhteessa asukasmäärään oli keskimäärin 1361 asukasta/lääkärin tehtävä (sisältäen ulkoistuksin ja ostopalveluin hoidetut tehtävät). Tilanne hyvinvointialueilla vaihtelevat siten, että asukasmäärä terveystieteidenlääkärin tehtävää kohden oli suurin Uudellamaalla ja Etelä-Karjalan, Päijät-Hämeen ja Kymenlaakson hyvinvointialueilla (noin 1550–1700 asukasta/ lääkärin tehtävä). Kaikkien suurin se oli Etelä-Karjalassa (1693 asukasta/lääkärin tehtävä). Pienimmät asukasmäärät terveystieteidenlääkärin tehtävää kohden olivat Keski-Suomen, Keski-Pohjanmaan, Lapin, Etelä-Savon, Pohjois-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueilla (noin 1010–1200 asukasta/ lääkärin tehtävä).

Suomen Hammaslääkäriliiton, sosiaali- ja terveysministeriön, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja KT Kuntatyöntekijäyhteistyönä toteutetun työvoimaselvityksen mukaan 6.10.2021 terveystieteiden keskuksissa oli 1 966 hammaslääkäri-vakanssia, joista 141 oli tyhjänä. Hammaslääkäri-vaje oli noussut edellisen vuoden 5,1 prosentista 7,1 prosenttiin. Vaje vaihteli huomattavasti

sairaanhoitopiireittäin, vakanssit olivat täynnä ainoastaan Pohjois-Savossa. Erikoishammaslääkärivakansseja oli 247, mikä on 10 prosenttia enemmän kuin edellisellä vuonna. Selvityksen mukaan yksityishammaslääkärien vapaa kapasiteetti vaihteli sairaanhoitopiireittäin suuresti. Suuhygienistien saatavuuden huonoksi tai erittäin huonoksi arvioi lähes 60 prosenttia terveyskeskuksista ja vastaavan arvion hammashoitajien saatavuudesta antoi yli 70 prosenttia terveyskeskuksista. Monissa kunnissa on käynnistetty hammashoitajien oppisopimuskoulutus työvoiman saannin varmistamiseksi.

#### *Toimenpiteitä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstövajeen helpottamiseksi*

Opetus- ja kulttuuriministeriö (OKM) on neuvotellut korkeakoulujen kanssa tutkintotavoitteista korkeakoulujen sopimuskaudelle 2021–2024. Tutkintotavoitteiden mitoituksessa on otettu huomioon tavoitteet korkeakoulutettujen määrän kasvattamisesta, ennakointitieto koulutustarpeesta sekä alueelliset ja valtakunnalliset koulutus- ja osaamistarpeet. OKM teki vuonna 2020 päätöksiä aloituspaikkojen lisäämiseen yhteensä noin 10 000 paikalla, jotka täytetään vuosina 2020, 2021 ja 2022. Ammattikorkeakoulujen aloituspaikkoja lisättiin runsaat 3 900 ja yliopistojen aloituspaikkoja runsaat 6 300. Merkittävä osa aloituspaikkojen lisäyksestä vuosina 2020–2022 on kohdistettu sosiaali- ja terveysalalle. Suurin lisäys kohdentuu sairaanhoitajakoulutukseen, yli 1 000 paikkaa.

Pääministeri Marinin hallitus päätti budjettiriihessä syksyllä 2021 käynnistää STM:n johdolla poikkihallinnollisen ohjelman sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan saatavuuden turvaamiseksi sekä lyhyellä että pidemmällä aikavälillä. Poikkihallinnollisen työryhmän ensimmäiset kannanotot ja ehdotukset valmistuivat vuoden 2022 alussa ja strateginen tiekartta helmikuussa 2022. Keskeisinä ehdotuksina olivat henkilöstön riittävyttä ja saatavuutta koskevan tietopohjan parantaminen, henkilöstön motivointi ja työhyvinvoinnin parantaminen, työnjaon sujuvuuden tarkastelu sekä digitalisaation vahvistaminen.

Pääministeri Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaisesti käynnistetään sosiaali-, terveys- ja pelastusalan henkilöstön riittävyden ja saatavuuden turvaamiseksi Hyvän työn ohjelma. Ohjelma täydentää ja laajentaa edellisen vaalikauden sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyden ja saatavuuden -ohjelman työtä, ja sisältää päättyneen ohjelman strategisessa tiekartassa 2022–2027 ehdotettuja toimenpiteitä. Hyvän työn ohjelmalla varmistetaan sote-henkilöstön riittävyttä, työssä jaksamista ja työn tuottavuutta. Ohjelmassa tuetaan alan veto- ja pitovoimaa, lisätään koulutusta ja kehitetään koulutuksen rakenteita, selkeytetään henkilöstön työnjakoa, tuetaan henkilöstön jaksamista, edistetään ammattihenkilöstön mahdollisuuksia kohdentaa työaikaan asiakastyöhön sekä sujuvoitetaan EU/ETA- maiden ulkopuolella koulutettujen ammattihenkilöiden ammattioikeuden saamista. Osana ohjelmaa varmistetaan myös kansallisella tasolla riittävä tietopohja ja ennakointi henkilöstön tarpeesta ja koulutusmääristä tuleville vuosille. Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaisesti osana hallitusohjelmaa vahvistetaan ammattilaisten mahdollisuutta keskittyä omaan osaamiseen vastaavaan työhön, selkeytetään työnjakoa ja tarkastellaan kelpoisuusehtoja. Toteutetaan ammattihenkilölainsäädännön kokonaisuudistus tavalla, jossa ammattioikeuksiin kytketään vain asiakas- ja potilasturvallisuuden kannalta välttämättömät ja oikeasuhtaiset edellytykset. Tavoitteena on, että hallituksen esitys ammattihenkilölainsäädännön kokonaisuudistuksesta annetaan vuonna 2025.

Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaisesti kehitetään työnjakoa erityisesti suoraan asiakkaiden kanssa työskentelevien työntekijäryhmien sekä hallinnollisten ja tukipalvelujen välillä sekä selkeytetään ja yhdenmukaistetaan välillisen työn vaatimuksia eri toimijoiden kesken, varmistetaan kuitenkin, ettei sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kelpoisuusvaatimuk-

sia muutosten myötä kiristetä. Jo helmikuussa 2023 STM on antanut ohjeen ammattihenkilölainsäädännön soveltamisesta<sup>1</sup> ja tätä tukevan usein kysytyjä kysymyksiä palstan. Työ jatkuu ammattihenkilölainsäädännön kokonaisuudistuksella. Hallitusohjelman mukaisesti myös vähennetään ammattihenkilöstöltä vaadittavan kirjallisen työn, kuten säädösperäisten lausuntojen ja erilaisten todistusten, määrää. Työ aloitetaan nopealla kartoituksella. Osaajapulaan vastaamiseksi on tarpeen rekrytoida alalle myös ulkomailta uusia osaajia joko opiskelemaan tai töihin. Lisäksi nopeutetaan ja sujuvoitetaan EU/ETA-maiden ulkopuolella koulutettujen ammattihenkilöiden ammattioikeuden saamista. Tässä asiantuntijaryhmä antaa ehdotuksensa vuoden 2023 loppuun mennessä. Osaltaan työvoimavajeeseen ja työn houkuttelevuuden lisäämiseen on mahdollista vaikuttaa parantamalla sairaanhoitajien mahdollisuuksia erikoisosaamisen kehittämiseen ja hyödyntämiseen kliinisessä hoitotyössä. Tästä STM:n Terveystieteiden ammattihenkilöiden neuvottelukunnan hoitotyön jaosto on elokuussa 2021 laatinut ehdotuksen<sup>2</sup>, jonka mukaisia toimenpiteitä edistetään yhteistyössä hyvinvointialueiden ja ammattikorkeakoulujen kanssa. Myös yleislääketieteen erikoislääkäreiden määrää on tarpeen lisätä. Yleislääketieteen erikoislääkärien osaamisella on keskeinen merkitys laadukkaan hoidon toteuttamisen lisäksi myös uusien erikoislääkärien kouluttamisessa.

### 2.2.3 Tilastotietoa perusterveydenhuollon kiirettömään hoitoon pääsystä

Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2023 -tilastoraportin mukaan (THL:n tilastoraportti 25/2023) maaliskuussa 2023 noin puolet (49 prosenttia) lääkärin avosairaanhoidon kiirettömistä käynneistä toteutui viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Lääkärin, sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan yhteenlasketuista käynneistä toteutui 72 prosentissa viikossa hoidon tarpeen arvioinnista, ja 80 prosentissa kahdessa viikossa. Viikon ja kahden viikon sisällä toteutuneiden käyntien välillä oli eroja eri aluehallintovirastojen välillä. Huonoin tilanne oli Pohjois-Suomen alueella, jossa viikossa pääsi kiirettömälle käynnille terveydenhuollon ammattihenkilön luokse 57 prosenttia ja lääkärille 37 prosenttia hoidon tarpeen arvioinnista. Yli kolme kuukautta avosairaanhoidon lääkärin vastaanottokäyntiä odottaneita oli kaikilla aluehallintovirastojen alueilla maaliskuussa 2023. Lukumääräisesti eniten pitkään käyntiä odottaneita oli Pohjois-Suomen aluehallintoviraston alueella, tarkemmin Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella. Tilanne on jonkin verran heikentynyt syksystä 2021. Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2021 -THL:n tilastoraportin 45/2021 mukaan lokakuussa 2021 kiirettömille lääkärin avosairaanhoidon vastaanottokäynneille pääsi noin 60 prosentissa käynneistä viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista kaikkien aluehallintovirastojen (AVI) alueilla.

Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2023 -tilastoraportin mukaan (THL:n tilastoraportti 25/2023) maaliskuussa 2023 hammaslääkärin kiirettömistä käynneistä 82 prosenttia toteutui kolmen kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista ja 89 prosenttia neljän kuukauden sisällä. Viisi prosenttia hammaslääkärin käynneistä toteutui yli kuuden kuukauden kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista. Kolmen kuukauden sisällä toteutuneiden käyntien välillä oli eroa aluehallintovirastojen välillä, ja ne vaihtelivat Lapin 96 prosentista Lounais-Suomen 75 prosenttiin. Eniten yli puolen vuoden odotusaikoja oli Etelä-Suomen sekä Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston alueilla. Tilanne on jonkin verran heikentynyt syksystä 2021.

Maaliskuussa 2023 hoitoon pääsy lääkärille toteutui YTHS:ssä viikon sisällä Itäisen alueen 70 prosentista Läntisen alueen 96 prosenttiin. Yli kolme kuukautta käyntiä odottaneita ei ollut

---

<sup>1</sup> Ammattihenkilölainsäädännön soveltaminen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tehtävärakenteiden ja tehtäväjaon toimintamallien kehittämisessä: [ohje](#)

<sup>2</sup> Kliinisen hoitotyön erikoisalut. Ehdotukset kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan osaamisen kehittämiseksi. STM 2021:36. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8428-8>.

YTHS:n eri alueilla. Lääkärin hoitoon pääsyn käynneistä suurin osa toteutui digitaalisissa palveluissa. Kaikki kiireettömät sairaanhoitajan/terveydenhoitajan hoitoon pääsykäynnit toteutuivat kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. YTHS:n tiedot kattoivat myös ammattikorkeakoulujen opiskeluterveydenhuollon.

Maaliskuussa 2023 YTHS:n alueilla hammaslääkärin käynnit alle kolmessa kuukaudessa toteutuivat parhaiten itäisellä (89 prosenttia) ja huonoiten pohjoisella alueella (50 prosenttia) hoidon tarpeen arvioinnista. Jokaisen YTHS:n alueilla oli yli kuusi kuukautta hammaslääkärin käyntejä odottaneita (yhteensä 9 käyntiä).

Vankiterveydenhuollossa tämänhetkisten raporttien mukaan 73 prosenttia potilaista pääsee hoidotarpeen arvioinnista vastaanotolle viikon ja 88 prosenttia kahden viikon aikana. Suun terveydenhuollossa touko-heinäkuussa 38 prosenttia potilaista sai vastaanottoajan 1–3 päivän sisällä, 35 prosenttia 4–21 päivän päähän ja 26 prosenttia 22–90 päivän päähän, kun yhdellä prosentilla aika meni 3–6 kuukauden päähän. Hoitotakuu toteutuu suun terveydenhuollossa ja vankiterveydenhuolto pystyy vastaamaan tiukentuneen hoitotakuun lainsäädännön vaateisiin. Yksittäisten vankiloiden kohdalla haasteita tuo vartijaresurssin vähyys.

THL:n Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (Työpöytä 29/2023) tarkastellaan hoitoon pääsyn tilanteen kehittymistä viime vuosina. Arviointiraportin mukaan koko maassa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin kiireettömälle käynnille hoidon tarpeen arvioinnista pääsi kahdessa viikossa ennen koronapandemian alkua vuonna 2019 noin 60 prosenttia asiakkaista, heinäkuussa useampi. Kevät-kesällä 2020 pandemian alettua vajaa 90 prosenttia asiakkaista pääsi hoitoon kahdessa viikossa. Tällöin hoidon tarjontaa supistettiin, mutta myös kysyntä väheni. Kesän 2020 jälkeen hoitoon pääsyn tilanne on pikkuhiljaa heikentynyt siten, että huhtikuussa 2023 vajaa 60 prosenttia asiakkaista pääsi hoitoon kahdessa viikossa eli hoitoon pääsyn tilanne on palautunut ennen pandemiaa vallinneeseen tilaan. Viikossa hoidon tarpeen arvioinnista kiireettömälle lääkärikäynnille päässeiden osuus on pandemian alusta alkaen ollut noin kymmenen prosenttia pienempi kuin kahdessa viikossa hoitoon päässeiden osuus.

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon sairaan- tai terveydenhoitajan kiireettömälle käynnille hoidon tarpeen arvioinnista pääsi yli 90 prosenttia asiakkaista kahdessa viikossa vuonna 2019. Pandemian alun jälkeen kiireettömälle käynnille pääsi kahdessa viikossa 94 – 96 prosenttia asiakkaista hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Viikossa hoidon tarpeen arvioinnista sairaan- tai terveydenhoitajan kiireettömälle käynnille päässeiden osuus oli tarkastelujaksolla keskimäärin viitisen prosenttia pienempi kuin kahdessa viikossa päässeiden osuus.

Pandemian alettua huhtikuussa 2020 perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn tilanne parani lukujen valossa, ja 97 prosenttia asiakkaista pääsi neljässä kuukaudessa kiireettömään hoitoon. Tällöin hoidon kysyntä ja tarjonta supistuivat. Sen jälkeen tilanne on taas pikkuhiljaa heikentynyt. Huhtikuussa 2023 vajaa 90 prosenttia pääsi neljässä kuukaudessa hoitoon hoidon tarpeen arvioinnista. Kolmessa kuukaudessa hammaslääkärin kiireettömään hoitoon pääsi 95 prosenttia hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen huhtikuussa 2020. Huhtikuussa 2023 osuus (80 prosenttia) oli pienempi kuin ennen pandemiaa.

Asiakkaat ovat THL:n asiakaspalautekyselyjen mukaan olleet erittäin tyytyväisiä terveysaseman vastaanottopalveluihin ja suun terveydenhuollon palveluihin. Alueiden väliset erot tyytyväisyydessä ovat olleet hyvin pieniä. Tyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin oli vuonna 2022 kuitenkin hieman heikentynyt vuoteen 2020 verrattuna. Tämä voi liittyä koronapandemian tuomiin muutoksiin vastaanottopalveluissa tai kyselyyn vastanneiden määrään kyseisinä mittausvuosina.

## 2.3 Johtopäätökset

### 2.3.1 Sisällölliset muutostarpeet

Säädettäessä portaittain ensin 14 vuorokauden ja sitten 7 vuorokauden perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuusta tavoitteena oli vahvistaa terveydenhuollon peruspalveluja ja parantaa palvelujen saatavuutta. Nopeammalla palveluihin pääsyllä voidaan ehkäistä ongelmien kasautumista ja pitkittymistä ja vähentää erityistason palveluiden tarvetta. Hoitoon pääsyn viivästyminen voi pahentaa asiakkaan tilannetta ja monimutkaistaa monien terveysongelmien hoitoa ja näin lisätä kustannuksia. Sääntelyn tavoitteena on myös väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen parantamalla hoitoon pääsyä sekä kansalaisten yhdenvertaisuuden parantaminen (HE 74/2022 vp, jakso 3).

Hallituksen esityksessä 7 vuorokauden (ja siirtymäkautena 14 vuorokauden) hoitoon pääsyn enimmäisajasta säädettäessä hallituksen esityksessä arvioitiin esityksen toimeenpantavuuden kannalta suurimmaksi riskiksi henkilöstön saatavuuteen liittyvät seikat. Esityksessä tuotiin esiin, että perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä koskevien määräaikaisten tiukentaminen osuu ajallisesti samaan aikaan, kun hyvinvointialueet vasta aloittavat toimintansa. Lisäksi ei pystytty varmuudella arvioimaan, missä määrin covid-19-pandemia ja siitä johtuva hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelka vielä lain voimaantullessa rasittaa palvelujärjestelmää. Näiden seikkojen yhteisvaikutuksesta seuraa riskejä palvelujärjestelmän toimivuudelle. Esityksessä myös todettiin, että erityisesti perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuun tiukentamisen onnistunut toimeenpano edellyttää kiistatta lisää pysyvää lääkäriyövoimaa ja hoitohenkilöstöä, ja että perusterveydenhuollon veto- ja pitovoiman parantamiseksi ei ole yksinkertaisia, nopeita ratkaisuja. (Henkilöstövaikutuksista ks. erityisesti HE 74/2022 vp, jakson 4.2.2 alajakso ”Vaikutukset henkilöstöön”) Eduskuntakäsittelyssä perustuslakivaliokunta totesi, että valtioneuvoston on seurattava tarkoin sääntelyn vaikutuksia perusoikeuksien toteutumiseen sekä hyvinvointialueiden rahoitukseen ja tarvittaessa ryhdyttävä tarvittaviin korjaustoimiin (PeVL 38/2022 vp, kappale 8).

Myös sosiaali- ja terveystieteiden valiokunta mietinnössään (StVM 21/2022 vp) yhtyi henkilöstön riittävyyteen ja resursseihin liittyviin huoliin. Henkilöstön rekrytoinnin lisäksi lisähenkilöstötarpeeseen on valiokunnan näkemyksen mukaan vastattava muuttamalla pysyvästi perusterveydenhuollon toimintatapoja. Valiokunta katsoi, että hyvinvointialueilla on kuntapohjaista järjestelmää paremmat mahdollisuudet onnistua tarvittavissa muutoksissa, kun hyvinvointialueiden kantokyky on olennaisesti kuntia parempi ja sama järjestäjä vastaa Uttamaata lukuun ottamatta integroidusti kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Hyvinvointialueet voivat käyttää laajasti myös ostopalveluja henkilöstötyöpanoksen ja etenkin lääkäriyöpanoksen hankkimiseen. Valiokunta mukaan henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi tulee jatkaa jo käynnistettyjen toimien toteutusta. Henkilöstön lisäämiseksi tarvitaan sekä valtion että hyvinvointialueiden toimesta useita määrätietoisia toimenpiteitä. Valiokunta korosti myös hoidon jatkuvuuden merkitystä.

Hoitotakuun tiukentamisen tavoitteet vuosia voimassa olleesta kolmesta kuukaudesta tiukemmaksi ovat edelleen ajankohtaisia ja tärkeitä toteuttaa henkilöstön saatavuuteen liittyvistä haasteista ja perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn viimeaikaisesta heikentymisestä huolimatta. Lähtökohtana on hallitusohjelman linjaus siitä, että varmistetaan hoitotakuun toteutuminen perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa ja suun terveydenhuollossa. Samalla kuitenkin on tunnistettava, osalla alueista ja vankiterveydenhuollossa sekä YTHS:ssä haasteita 14 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajan noudattamisessa.

Kappaleessa 2.2.3 mainitun tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus –ohjelman kevään 2023 hyötytavoitteiden toteutumisen kansallisen arvioinnin mukaan vuoden 2023 syyskuun alkuun



asetettu kansallinen tavoite, jonka mukaan kiireettömään hoitoon tulee päästä kahdessa viikossa hoidon tarpeen arvioinnista, ei tule määräaikana toteutumaan. Hoidon jatkuvuus on heikentynyt kaikilla tarkastelluilla mittareilla vuosina 2018–2022 lääkäri- ja hoitajakäyntien sekä monisairaiden hoidon osalta. Kiireettömään hoitoon pääsyn ja hoidon jatkuvuuden heikkenemiseen voi olla useita tekijöitä, jotka vaihtelevat alueittain ja ajankohdittain. Pandemialla ja sen aikana ”kausautuneella” kysynnällä on varmasti merkityksensä hoitoon pääsyssä. Hoidon jatkuvuus on heikentynyt tasaisesti koko tarkastelujakson 2018–2022, joten se ei ainakaan tyhjentävästi selity pandemialla ja sen aikaisella heikolla jatkuvuudella. Myöskään viime vuosien kansallisilla ja alueellisilla kehittämissuunnitelmissa ei ole pystytty pysyvästi parantamaan saatavuutta kokonaisuutena ja kaikissa asioissa, vaikkakin ohjelmilla on saatu hiottua prosesseja ja kehitettyä vaikuttavia toimintamalleja. THL:n hyötytavoitteiden seuranta- ja arviointiraportin sekä muuten hoitopääsytalastojen nojalla hoitoon pääsy ei ole riittävästi nopeutunut. Myös henkilöstövajeen korjaamiseksi on ryhdytty moninaisesti kansallisiin ja alueellisiin toimiin, mutta ne eivät ehdi vaikuttaa lyhyellä aikavälillä. Tässä tilanteessa 7 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaikaan pääseminen valtakunnallisesti on haastava toteuttaa.

Pääministeri Orpon hallituksen ohjelmassa linjataan, että 1.9.2023 voimaan tuleva perusterveydenhuollon 14 vuorokauden hoitotakuu pidettäisiin voimassa ja 7 vuorokauden hoitotakuusta luovuttaisiin henkilöstöpulan johdosta. 14 vuorokautta on siis enimmäisaika, mikä on täysin mahdollista myös alittaa palveluiden toimivuuden salliessa tai potilaan terveydentilan niin edellyttäessä. Hallitusohjelmassa muutoksen on kirjattu vahvistavan valtion taloutta 5 M€:lla vuonna 2024 ja sen jälkeen 30 M€:lla vuodessa vuodesta 2025 eteenpäin.

14 vuorokauden hoitotakuukin on suuri muutos pitkään voimassa olleeseen kolmen kuukauden hoitotakuuseen verrattuna, ja muutoksessa onnistuminen edellyttää laaja-alaista perusterveydenhuollon kehittämistä. Hallituksen arvion mukaan 14 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaika toimii joka tapauksessa perusterveydenhuollon vahvistamisen ja hoidon saatavuuden parantamisen muutosvoimana mahdollistaen toimintamallien kehittämisen henkilöstön rekrytointia tukeviksi vetovoimatekijöiksi, vaikkakaan ei ole yhtä voimakas kehittämisen vääntövoima kuin 7 vuorokauden hoitotakuu olisi. Henkilökohtaisten hoitosuhteiden jatkuvuus on tärkeä lääkärin ja hoitajien vetovoimatekijä, ja 14 vuorokauden hoitotakuu saattaa tukea hoidon jatkuvuutta paremmin kuin 7 vuorokauden enimmäisaika.

Muutosta vahvistaa myös Suomen kestävä kasvun ohjelman pilarin 4 investoinnin 1 sitova tavoite, jonka mukaan vuoden 2025 lopussa 80% kiireettömän hoidon käynneistä perusterveydenhuollossa toteutuu 7 vuorokauden sisällä. Tavoite koskee kaikkien ammattiryhmien käynnejä yhteensä, ja niin etä- kuin läsnäkäynnejä. Jos tavoitetta ei saavuteta, uhkaa EU-rahoituksen takaisinmaksu.

1.9.2023 voimaan tulevan sääntelyn mukaan jos potilas on 51 §:ssä tarkoitetun arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja ammattihenkilö toteaa, että potilas tarvitsee terveysongelman hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana. Tätä enimmäisaikaa ei katsota olevan perusteltua muuttaa, koska ei ole syytä pitkittää pääsyä lääkärin tutkimukseen tai hoitoon näissä tilanteissa, joissa ohjausta lääkärin vastaanotolle ei ole primaaristi tehty.

Hallitusohjelmassa ei esitetä muutosta suun terveydenhuollon hoitotakuuseen, ja suun terveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisaika muuttuu voimassa olevan lainsäädännön (HE 74/2022) mukaisesti 1.9.2023 alkaen kuudesta neljään ja 1.11.2024 alkaen kolmeen kuukauteen. Kolmenkin kuukauden odotusaika kiireettömään hoitoon on pitkä, ja riskinä on suun sairauksien paheneminen odotusaikana ja sen vaikutus myös yleiseen terveydentilaan ja

muihin sairauksiin. Väestön suun terveyden, ja siten laajemminkin terveyden ja hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, ettei tätä enimmäisaikaa pidennetä. Suun terveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsy säädettyjen enimmäisaikojen mukaisesti vaatii jonojen purkamista. Tätä voidaan tehdä kustannusvaikuttavaksi todettuja uusia toimintamalleja levittämällä, yksityissektorin vapaata kapasiteettia hyödyntämällä ja esimerkiksi lisätöitä tekemällä. Suun terveydenhuollon lyhenevät odotusajat lisäävät myös suun terveydenhuollon henkilöstön työn mielekkyyttä ja siten alan vetovoimaa.

### 2.3.2 Lainsäädännön muutostarpeet

Asteittain tiukkenevan hoitotakuun lainsäädäntö on toteutettu lakiteknisesti siten, että 1.9.2023 astuu voimaan terveydenhuoltolain muuttamisesta annetun lain (116/2023) 51, 51 c, 54 ja 55 §. Saman lain voimaantulosäännöksen mukaan 51 a §, jossa säädetään seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta perusterveydenhuollon sairaanhoidossa, sekä 51 b §, jossa säädetään kolmen kuukauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon, tulevat voimaan 1.11.2024. Nämä lakimuutokset ovat toistaiseksi voimassa olevia. Lisäksi väliaikaisesti voimassa ajalla 1.9.2023-30.10.2024 on laki terveydenhuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta (117/2023), jossa terveydenhuoltolakiin väliaikaisesti lisätään 51 a §, jossa hoitoon pääsyn enimmäisaika perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa on 14 vuorokautta, ja 51 b §, jossa hoitoon pääsyn enimmäisaika perusterveydenhuollon suun terveydenhuollossa on neljä kuukautta. Vastaavasti on säädetty laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta (118/2023) sekä laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain väliaikaisesta muuttamisesta (119/2023).

Kyseisiä lakeja on tarve muuttaa siten, että seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaikaa koskeva sääntely muutetaan, mutta suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn sääntelyssä edelleen on ensin voimassa neljän kuukauden enimmäisaika ja 1.11.2024 lukien kolmen kuukauden enimmäisaika. Näin ollen esimerkiksi ei voida vain kumota edellä mainittuja väliaikaisesti voimassa olevia lakeja. Yksinkertaisin tapa toteuttaa lakimuutokset on olla muuttamatta mainittuja väliaikaisesti voimassa olevia lakeja, ja muuttaa perusterveydenhuollon sairaanhoidtoa koskevaa 51 a §:ää laissa 116/2023 ja YTHS-lain 10 a §:ää laissa 118/2023 1.11.2024 voimaan tullen. Muutostarve kohdistuu vain mainittujen pykälien 1 momenttiin.

Vankiterveydenhuollon osalta vankeuslakiin ja tutkintavankeuslakiin ei ole säädetty väliaikaisesti voimassa olevia säännösmuutoksia, vaan laissa vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta (121/2023) sekä laissa tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta (122/2023) säädetään hoitoon pääsyn enimmäisajoista 1.9.2023 lähtien pykäläviittauksin terveydenhuoltolakiin, eli viittausten myötä vankiterveydenhuollossa sovelletaan kulloinkin voimassa olevia terveydenhuoltolain hoitoon pääsyn enimmäisaikoja. Vankeuslakiin ja tutkintavankeuslakiin ei siten terveydenhuoltolakiin tehtävien muutosten myötä kohdistu muutostarpeita.

## 3 Tavoitteet

Esityksen tavoitteena on turvata kiireettömään hoitoon pääsy kohtuullisessa ajassa julkisessa terveydenhuollossa kuitenkin siten, että sääntelyssä henkilöstövaje ja muut palvelujärjestelmän kantokykyyn ja toimivuuteen liittyvät seikat huomioon ottaen otetaan paremmin huomioon hyvinvointialueiden, YTHS:n ja Vankiterveydenhuollon yksikön mahdollisuus antaa palvelut laissa säädettyssä enimmäisajassa.

Esityksen taustalla on lisäksi tarve tasapainottaa julkista taloutta, ja esitys on yksi toimenpide tämän tavoitteen saavuttamisessa.

## 4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset

### 4.1 Keskeiset ehdotukset

Esityksessä ehdotetaan, että seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta kiireettömässä perusterveydenhuollon sairaanhoidossa luovutaan, ja hoitoon pääsyn enimmäisajaksi toistaiseksi voimassa olevassa lainsäädännössä säädetään 14 vuorokautta 1.9.2023 voimaan tulevaa väliaikaista lainsäädäntöä vastaavasti.

Hoitoon pääsyä koskevaan sääntelyyn ei muuten tehtäisi muutoksia. Seitsemän vuorokauden enimmäisaika jatkossakin koskisi hoitoon pääsyä lääkärin vastaanotolle, jos potilas on ensin ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle ja ammattihenkilö toteaa tarpeen lääkärin tekemälle tutkimukselle tai hoidolle. Suun terveydenhuollon hoitoon pääsyä koskevaa sääntelyä ei muutettaisi.

Lakimuutos koskisi hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevaa perusterveydenhuoltoa, Kansaneläkelaitoksen järjestämisvastuulla olevaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön pääosin tuottamaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa, sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisen Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämää perusterveydenhuoltotasoista vankiterveydenhuoltoa.

### 4.2 Pääasialliset vaikutukset

#### 4.2.1 Taloudelliset vaikutukset

##### *Vaikutukset viranomaisten talouteen*

Esityksellä olisi merkittäviä vaikutuksia hyvinvointialueiden talouteen. Hallituksen esityksen HE 74/2022 vp jaksossa 4.2.1 käsitellään 7 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajan taloudellisia vaikutuksia. Hoitoon pääsyn enimmäisaikaa 7 vuorokauden kiristäneeseen lakimuutokseen verrattuna jonojen purkamisesta, niin sanotusta patoutuneesta kysynnästä ja muista muutokustannuksista aiheutuvat kustannukset pienenisivät. Nämä muutokustannukset pienenisivät kaikkina kolmesta prosentista kahteen prosenttiin perusterveydenhuollon avosairaanhoidon yhden vuoden kustannuksista. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon pysyvän kapasiteetin lisäämisen tarve vähentyisi. 14 vuorokauden enimmäisaika edellyttää seitsemän vuorokauden enimmäisaikaan verrattuna samanlaisia vastaanotto toiminnan toimintatapoja, joiden toteuttaminen edellyttää lisäresursseja niin henkilöstöön, uusiin teknologioihin kuin varautumiseen – myös yksityistä sektoria hyödyntämällä. Pidempi enimmäisaika vähentäisi kuitenkin tarvetta varautumiseen erilaisten satunnaisten ja kausittaisten vaihteluiden tasoittamiseksi ja vähentäisi lyhyestä enimmäisajasta johtuvaa käyttämättömän kapasiteetin riskiä. Verrattuna seitsemän vuorokauden enimmäisaikaan, pysyvä kapasiteetin laajentamisen tarve pieneni seitsemään prosenttiin yhdeksästä prosentista vuositason kustannuksista. Kysynnän siirtyminen sairausvakuutuksen korvaamista ja työterveyshuollon kautta tarjotuista avosairaan palveluista las-kisi kahdeksaan prosenttiin kyseisten sektorien vastaavista palveluista. Vuodesta 2026 lukien kustannuspaine perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käyttökustannuksiin pieneni arvion mukaan noin 47 miljoonaa euroa vuoden 2024 kustannustasossa.

14 vuorokauden enimmäisajalla olisi edelleen vaikutusta perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon kustannuksiin paranevan kansanterveyden ansiosta, mutta vähemmän kuin 7 vuorokauden enimmäisajalla. Vuodesta 2025 lukien vältettävissä olevat vuodeosastojaksot vähenisivät arviolta 1,8 prosenttia kahden prosentin sijaan. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon kustannuspaine kasvaisi näin ollen noin 2 miljoonaa euroa.

Esitys vaikuttaisi välillisesti myös hyvinvointialueiden erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Perusterveydenhuollon yhteispäivystyksen volyyymi pienenee arvion mukaan 10 prosenttia 15 prosentin sijaan, joka olisi tapahtunut seitsemän päivän enimmäisajan voimassa ollessa. Perusterveydenhuollon käyntimäärien väheneminen näkyisi erikoissairaanhoidon läheteiden määrä vähenemisenä, mutta toisaalta osa hoidosta siirtyy arvion mukaan erikoissairaanhoidon avosairaanhoidossa tapahtuvaksi. Erikoissairaanhoidon vältettävissä olevat hoitajaksot vähenisivät 0,9 prosenttia, kun seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajalla hoitajaksot olisivat vähentyneet yhden prosentin. Kaiken kaikkiaan hyvinvointialueiden erikoissairaanhoidon kustannuspaine kasvaisi noin 12 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien.

Kustannuspaine hyvinvointialueiden käyttökustannuksiin kokonaisuudessaan pienenesi vuonna 2024 noin 6 miljoonaa euroa, 31 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja vuodesta 2026 lukien noin 33 miljoonaa euroa verrattuna siihen, että voimaan tulisi 7 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaika. Asiakasmaksutulot pienenesivät vuodesta 2025 lukien noin miljoona euroa. Esityksen hyvinvointialueisiin liittyvien sekä myös muihin taloudellisten vaikutusten ennakoarviointiin liittyä huomattavaa epävarmuutta.

Jos toisin ei ole mainittu, arviot ovat sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntija-arvioita. Seitsemän vuorokauden enimmäisaikaa koskeneen hallituksen esityksen (HE 74/2022 vp) jaksossa 4.2.1 on kuvattu tarkemmin asian arviointiin liittyviä epävarmuuksia.

Hoitoon pääsyn enimmäisajan ollessa 14 vuorokautta seitsemän vuorokauden sijaan, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tarvitsisi arvion mukaan nostaa avosairaanhoidon kapasiteettiaan seitsemän prosenttia suhteessa vuositason kustannuksiin yhdeksän prosentin sijaan. Tämä säästäisi arvion mukaan 350 000 euroa YTHS:n kustannuksia vuodesta 2025 lukien. YTHS:n kustannusten rahoitus jakautuu toimintaa koskevan lain mukaan niin, että valtio rahoittaa 77 prosenttia kustannuksista ja opiskelijat vuosimaksuilla 23 prosenttia kustannuksista. Valtion rahoitusosuus pienenesi siis noin 300 000 euroa ja opiskelijoilta perittävä maksu laskennallisesti pienenesi noin 0,30 euroa per opiskelija. Vuosimaksu säädetään vuosittain erikseen valtioneuvoston asetuksessa, jonka valmistelun yhteydessä arvioidaan, aiheuttaako lakiehdotus käytännössäkin muutoksia vuosimaksuun. Vuonna 2024 YTHS:n toiminnassa ei arvioida muodostuvan säästöjä esityksen johdosta.

Vankiterveydenhuollossa Vankiterveydenhuollon yksikön lisäresursointitarpeiden arvioidaan olevan esityksen johdosta noin 25 prosenttia pienemmät kuin seitsemän vuorokauden enimmäisajan noudattamisen vaikutukset olisivat olleet. Näin ollen Vankiterveydenhuollon yksiköltä säästyisi 0,3 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien. Myöskään Vankiterveydenhuollon yksikön toiminnassa ei arvioida muodostuvan säästöjä esityksen johdosta vuonna 2024.

Alla olevaan taulukkoon on koottu arvioituja taloudellisia vaikutuksia valtion talouteen.

Taulukko x. Arvioidut vaikutukset valtion talouteen.

<b>Valtion talouteen vaikuttava tekijä, miljoonaa euroa vuoden 2024 tasossa</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>
Hyvinvointialueet (kustannuspaine asiakasmaksujen kasvu huomioiden), josta	-5,8	-29,7	-31,5
Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käyttökustannukset	-10,1	-44,5	-46,6
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttökustannukset	0,7	2,2	2,2

Erikoissairaanhoidon käyttökustannukset	3,4	11,8	11,8
Asiakasmaksutulojen kasvu (vastaluku)	0,1	0,9	1,1
Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö	0,0	-0,3	-0,3
Vankiterveydenhuollon yksikkö	0,0	-0,3	-0,3
<b>Yhteensä</b>	<b>-5,8</b>	<b>-30,2</b>	<b>-32,1</b>

### *Yritysvaikutukset*

Esitys lisäisi arvion mukaan kansantaloudessa yksityisiltä palveluntuottajilta ostettavia terveydenhuollon palveluita, vaikka hyvinvointialueiden lopputuoteostot pienenisivätkin. Hyvinvointialueiden lopputuoteostot yksityisiltä palveluntuottajilta vähenisivät 3,8 miljoonaa euroa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palveluissa, mutta lisääntyisivät erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa 0,7 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien. Sairausvakuutuksen kautta korvatut ja työterveyshuollon palveluina ostetut palvelut kasvaisivat kuitenkin arvion mukaan 7,8 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien. Kaikkien eriyönantajien ostamat työterveyshuollon palvelut yksityiseltä ja julkiselta sektorilta kasvaisivat vuodesta 2026 lukien 5,4 miljoonaa euroa.

### *Vaikutukset kotitalouksiin*

Kotitalouksien maksamat asiakasmaksut vähenisivät, koska hyvinvointialueiden palvelutuotannon volyyymi pienenesi. Asiakasmaksujen vuosittainen määrä vähenisi 0,9 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 1,1 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien. Yksityisten, sairausvakuutuksen korvaamien palvelujen käyttö kasvaisi arvion mukaan 1,0 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 2,9 miljoonalla eurolla vuodesta 2026 lukien.

### 4.2.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan

#### *Vaikutukset perusterveydenhuollon avohoitoon*

14 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajan säätäminen toistaiseksi voimassa olevaksi vaikuttaa perusterveydenhuollon avohoitoon samalla tavalla kuin seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaika olisi vaikuttanut, muutos on vain vähäisempi ja jonkin verran helpommin toteutettavissa. Enimmäisaikavaatimuksen keventäminen vähentää kustannuksia ja lisähenkilöstön tarvetta. Jo 14 vuorokauden enimmäisaika edellyttää toimintojen tehokasta uudistamista ja osin myös pysyvästi sekä osajien että taloudellisten resurssien lisäämistä perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotto toimintaan. Toisaalta paraneva perusterveydenhuollon saatavuus vähentää painetta raskaampiin erityispalveluihin, päivystykseen ja erikoissairaanhoidon.

Hoitoon pääsyssä on eroja hyvinvointialueiden välillä, ja jo 14 vuorokauteen kiristyvän hoitotakuun vaikutukset ja toimeenpanon edellytykset vaihtelevat hyvinvointialueittain. Osassa alueista hoitoon pääsy jo lähes toteutuu 14 vuorokauden enimmäisajan puitteissa. Näillä alueilla 14 vuorokauden hoitotakuu ei käytännössä edellytä isoja toimenpiteitä. Osan hyvinvointialueiden

eista on edelleen jatkettava kysynnän hillintää, toimintamallien kehittämistä ja hoito- ja palvelupolkujen selkeyttämistä. Lisäksi on varmistettava riittävä osaajaresurssi ja taloudelliset voimavarat avosairaanhoidon. Myös palveluiden hankintaan on varauduttava. Paremman hoitoon pääsyn rinnalla kehitetään myös hoidon jatkuvuutta. Ei voi olla hoidon jatkuvuutta, jos hoitoon ei pääse. Lisäksi jatkuvuuden varmistaminen on yksi tapa parantaa saatavuutta. Kun potilas kohtaa tutun tiimin, ei hoidon tarpeen arvioiminen ja uusien terveysongelmien tai muiden tarpeiden hallinta edellytä aina uutta kontaktia tai lisätutkimuksia ja -selvityksiä.

#### *Vaikutukset yhteispäivystykseen, sairaalahoitoon ja erikoissairaanhoidon*

1.9.2023 voimaan tullut hoitoon pääsyn enimmäismääräajan tiukentuminen kolmesta kuukaudesta 14 vuorokauteen edesauttaa kysyntää hillitsevästi yhteispäivystyksissä, sairaalahoidossa ja erikoissairaanhoidossa. Kokonaisvaikutus on kuitenkin pienempi kuin mikäli määräaika edelleen tiukentuisi seitsemään vuorokauteen 1.11.2024 alkaen. Taloudelliset vaikutukset on kuvattu tarkemmin kohdassa ”Vaikutukset viranomaisten talouteen”.

Hyvä perusterveydenhuollon avohoidon saatavuus vähentää painetta yhteispäivystyksissä. Yhtenä merkittävänä syynä viime vuosien yhteispäivystysten ruuhkautumisissa ovat olleet perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn ongelmat ja viiveet. Asiakkaat joutuvat hakeutumaan yhteispäivystyksiin myös tilanteissa, joissa kiireellistä ja päivystyksellistä hoidon tarvetta ei ole tai tarve ei ole lääketieteellinen. Näissä tapauksissa potilas hyötyisi eniten virka-aikaisesta perusterveydenhuollosta, jossa voidaan varmistaa kokonaisvaltainen ja tarvittaessa moniammatillinen arvio ja hoito. Se, että hoitotakuu esityksen mukaisesti ei tiukentuisi 7 vuorokauteen, aiheuttaa, että arvioitu yhteispäivystyksen perusterveydenhuollon käyntien väheneminen olisi 10 prosenttia verrattuna aiemmin 7 vuorokauden määräajalla arvioituun 15 prosenttiin.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sairaalajaksoista valtaosa alkaa päivystyksenä. Mikäli pääsy nopeasti perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kyetään turvaamaan ja potilaan tilanteeseen voidaan ottaa kantaa ei-päivystyksellisesti kiireettömällä vastaanotolla hoidon jatkuvuus ja suunnitelmallisuus varmistuen, on selvää, että osa epätarkoituksenmukaisista sairaalajaksoista olisi vältettävissä. Erityisen tärkeää on varmistaa, että monisairaana, toimintakyvyltään vajaat ja jo palveluiden piirissä olevat potilaat, heidän läheisensä, omaishoitajansa ja kotihoidon työntekijät pystyvät luottamaan siihen, että omaan hoitajaan tai lääkäriin todella saa yhteyden ja pääsee arvioon ja hoitoon muutamassa päivässä. Se, että hoitotakuu esityksen mukaisesti ei tiukentuisi 7 vuorokauteen, aiheuttaa, että vuodesta 2025 lukien perusterveydenhuollossa hoitopäivät vähenisivät 1,8 %, kun aiemmin arvioitiin 7 päivän enimmäisajalla kaksi prosenttia ja vastaavasti erikoissairaanhoidon hoitopäivät 0,9 % (aiemmin arvioidulla 7 päivän määräajalla yksi prosentti). Koska sairaalat ovat pääosin hyvinvointialueen omaa palvelutuotantoa, on alueen mahdollista nopeastikin sopeuttaa sairaansijojen määrää ja siirtää henkilöstöä avosairaanhoidon.

#### *Muutosten vaikutus siirtymiin yksityisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon palveluista hyvinvointialueen palveluihin*

Kun pääsy julkiseen perusterveydenhuoltoon paranee, on oletettavaa, että kansalaisten halukkuus kustantaa itse vastaavaa palvelua yksityisessä terveydenhuollossa voi jonkin verran pienentyä. Myös vapaaehtoisten itse maksettujen vakuutusten kiinnostavuus voi ajan myötä vähentyä. Väestö arvostaa yksityisessä terveydenhuollossa mahdollisuutta valita tietty terveydenhuollon ammattihenkilö ja toisaalta pääsyä suoraan lääkärin vastaanotolle ilman hoidon tarpeen arviota tai muun ammatillaisen vastaanottoa. Osin väestöllä on myös vaikutelma yksityisen terveydenhuollon matalammasta kynnyksestä tutkimuksiin pääsyyn tai läheteiden saantiin erikoissairaanhoidon.

Kun hoitoon pääsyn enimmäisajaksi pysytetään 14 vuorokautta, arviona on, ettei siirtymää yksityisen terveydenhuollon palveluista julkisen terveydenhuollon palveluihin tule yhtä paljon kuin 7 vuorokauden hoitoon pääsyssä. Vaikutusten arvioinnissa on oletettu, että yksityisen terveydenhuollon yleislääkärikäynneistä siirtyisi toteutettavaksi julkisessa perusterveydenhuollossa asteittain niin, että kolmantena vuonna voimaantulosta määrä olisi 8 % (vrt. 7 päivän määräjalla 10 prosenttia), johon tilanne vakiintuisi. Hyvinvointialueiden tulisi siis kasvattaa muutoksen vuoksi avosairaanhoitokapasiteettiaan vastaavasti.

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

#### *Vaikutukset henkilöstöön*

Hoitotakuun toimeenpanoon liittyy merkittävä huoli henkilöstön saatavuudesta. Henkilöstön saatavuuden haasteet tuovat myös riskin työpanoksen kustannusten kasvusta ja eri organisaatioiden välisestä epäterveestä kilpailusta henkilöstöstä. Enimmäisaikavaatimuksen keventäminen 7 vuorokaudesta 14 vuorokauteen vähentää lisähenkilöstön tarvetta ja myös kustannuksia.

Enimmäisaikavaatimuksen keventämisen jälkeenkin hoitotakuun tiukennuksen edellyttämä perusterveydenhuollon vahvistaminen ja toimintamallien kehittäminen toimivat henkilöstön vetoimatekijänä. Tämä vetovoimatekijä yhdistettynä mahdollisuuteen tehdä päivätyötä helpottaa hoitajien rekrytointia. Työ perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa on päivätyötä, joka sopii monen hoitajan elämäntilanteeseen vuorotyötä paremmin. Perusterveydenhuollon vahvistaminen ja parempi hoidon saatavuus mahdollistavat myös henkilökohtaisen hoitosuhteen jatkuvuuden parantamisen, mikä puolestaan on kokeneiden lääkäreiden ja yleislääketieteen erikoislääkäreiden kohdalla erittäin vahva vetovoimatekijä.

#### *Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö*

Alueelliset erot hoitoon pääsyssä YTHS:n yleis- ja mielenterveyden palveluissa johtuvat pääasiassa yleislääkäreiden rekrytointihaasteista. Vaikka enimmäisaikavaatimuksen keventäminen 7 vuorokaudesta 14 vuorokauteen vähentää lisähenkilöstön tarvetta ja kustannuksia, YTHS:n oma arvio on, että 14 vuorokauden hoitotakuun astuessa voimaan YTHS ei nykyisillä resursseilla pysty tarjoamaan yleislääkärin vastaanottoaikaa enimmäisajan sisällä.

#### *Vankiterveydenhuollon yksikkö*

Vankiterveydenhuollossa 1.9.2023 voimaan tuleva sääntely vangin oikeudesta saada välittömästi yhteys ja yksilöllinen arvio hoidon tarpeesta aiheuttaa vankiterveydenhuollon yksikölle suurimman tarpeen kehittää toimintaansa ja yhteistyötä Rikosseuraamuslaitoksen kanssa. Hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisaika aiheuttaa myös toiminnan kehittämistarpeita, jotka ovat jonkin verran vähäisempiä kuin 7 vuorokauden enimmäisajan vaihtoehdossa.

#### *Aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto*

Koska 7 vuorokauden hoitoon pääsyn toteuttaminen olisi monelle toimijalla hyvin haastavaa, valvontaviranomaisille tehtäisiin hoitotakuupoikkeamista todennäköisesti useita kanteluita ja muita yhteydenottoja. Tästä tiukasta enimmäisajasta luopuminen saattaa siten jossain määrin vaikuttaa vireille tulevien kanteluiden ja muiden tällaisten yhteydenottojen määrään vähentävästi. Jo 14 vuorokauden hoitotakuun voimaantulo aiheuttaa kuitenkin valvontaviranomaisille merkittäviä ohjaus- ja valvontatehtäviä, ja myös tämän enimmäisajan noudattaminen on osalle toimijoista haastavaa. Täten lakimuutoksen ei ainakaan lähitulevaisuudessa ennakoida merkittävästi vähentävän valvontaviranomaisten hoitotakuusääntelyn valvomiseen ja ohjaamiseen liittyvää työtä.

#### *Tietojärjestelmävaikutukset*

*(täydennetään)*

#### 4.2.3 Muut yhteiskunnalliset vaikutukset

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palveluita annetaan terveyskeskuksissa ja tulevaisuudessa sosiaali- ja terveyskeskuksissa, joissa koko väestöllä on oikeus asioida. Lisäksi sääntely koskee korkeakouluopiskelijoita ja vankeja. Tällä tapaa hahmotettuna ehdotetut muutokset palvelujen saatavuudessa koskevat eri väestöryhmiä yhdenmukaisesti. Nykyiset alueelliset erot palveluiden saatavuudessa joka tapauksessa tasoittuisivat, vaikka hoitotakuun enimmäisaika jäisi 14 vuorokauden säädetyn 7 vuorokauden sijaan. Käytännössä kuitenkin on potilasryhmiä, joiden pääasiallinen ja suurelle osalle ainoa hoitopaikka on julkinen perusterveydenhuolto, kun taas iso osa työssä käyvistä käyttää työnantajansa järjestämää työterveyshuollon sairaanhoidon palveluita. Näitä julkista terveydenhuoltoa käyttäviä potilasryhmiä ovat muun muassa iäkkäät, työttömät ja kuntoutustuella tai eläkkeellä olevat esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepotilaat. Näillä ryhmillä on paljon pitkäaikaissairauksia, joiden riskitekijöiden hoito ja varhainen havaitseminen on viivästynyt saatavuuden ollessa huono. Hoitoon pääsyn enimmäisajan jääminen 14 vuorokauden saattaa näkyä joidenkin potilaiden tilanteen hankaloitumisena. 14 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajassa palveluiden saatavuus edelleen paranee suhteessa ennen 1.9.2023 voimaan tulevaa kolmen kuukauden enimmäisaikaan. Saatavuus myös lähestyy työssä käyvän väestön työnantajansa järjestämän työterveyshuollon sairaanhoidon saatavuutta, joskin 7 vuorokauden enimmäisajasta luopuessa työterveyshuollon asiakas pääsee jatkossakin hoitoon terveyskeskusasiakasta nopeammin.

Kiireettömässä perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottoiminnassa hoidettavissa tilanteissa ei lääketieteellisesti usein ole merkittävää eroa saadun terveyshyödyn kannalta siinä, toteutuuko palvelu 7 vai 14 vuorokauden kuluessa. Potilaan terveydentilan vaatiessa on aina mahdollista antaa palvelu nopeamminkin joko kiireettömän hoidon palveluissa tai kiireellisenä tai päivystyksissä. Lainsäädännön mukaan jatkossakin laissa määritetyissä tilanteissa (mm. sairastuminen tai vamma) 14 vuorokautta on hoitoon pääsyn enimmäisaika, ja esityksen HE 74/2022 vp perustelujen mukaan hoitoon pääsyn määräajat ovat enimmäisaikoja ja yksilöllisessä arvioissa hoidon tarpeesta arvioidaan myös se, tarvitseeko potilas hoitoa nopeammin kuin lain edellyttämässä enimmäisajassa. Tämä tukee sitä, että hoitoon pääsee tarvittaessa enimmäisaikaa nopeamminkin terveydentilan niin edellyttäessä huolimatta siitä, että 7 vuorokauden lakisääteisestä enimmäisajasta luovutaan. Hoitopääsytalastojen perusteella voidaan kuitenkin ennakoida, että monissa paikoissa hoitoa voi jatkossakin joutua odottamaan täydet 14 vuorokautta tai joissain tapauksissa reilusti ylikin.

Mielenterveys- ja päihdehäiriöille on tyypillistä, että hoidon viivästyminen aiheuttaa oireilun vaikeutumista ja toimintakyvyn heikkenemistä. Hoitoon pääsyä nopeuttamalla voidaan merkit-



tävästi ehkäistä sairauksien kroonistumista ja pitkäaikaishaittoja, kuten työkyvyttömyyden kehittymistä. Tiedetään myös, että mielenterveys- tai päihdeongelma itsessään vaikeuttaa hoidon hakemista, jolloin hoitoon pääsy olisi tehtävä mahdollisimman kynnyksettömäksi ja viivytyksettömäksi. Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajan lyhentyminen 14 vuorokauteen edistää hakeutumista hoitoon ja vähentää päivystyspalvelujen käyttöä, mutta jossain määrin vähemmän kuin 7 vuorokauden enimmäisaika.

Riski siihen, että tiukentuvien enimmäisaikojen vuoksi panostetaan yksinomaan ensimmäisen hoitokäynnin toteutumiseen, pienenee 14 vuorokauden enimmäisaikavaihtoehdossa verrattuna 7 vuorokauden vaihtoehtoon. Tämä mahdollistaa paremmin hoito- ja palvelukokonaisuuden suunnitelmallisuudesta ja jatkuvuudesta huolehtimisen, mikä on erityisen tärkeää erimerkiksi pitkäaikaissairaille ja monisairaille tai esimerkiksi mielenterveyden häiriön suunnitelmallista hoitopaksoa tarvitseville potilaille.

## **5 Muut toteuttamisvaihtoehdot**

Vaihtoehtoinen toteuttamistapa olisi siirtää seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajan voimaantuloa eteenpäin, ei luopua siitä. Hallitusohjelman mukaan esimerkiksi vammais- palvelulain (675/2023) voimaantuloa siirretään vuodella eteenpäin ja ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annettuun lakiin (980/2012) eli niin sanotun vanhuspalvelulain iäkkäiden henkilöiden tehostetun palveluasumisessa ja pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksikössä annettavan hoivan henkilöstömitoituksen tiukentamisen voimaantuloa siirretään viidellä vuodella eteenpäin. Olisikin mahdollista siirtää seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajan voimaan tuloa esimerkiksi yhdellä tai useammalla vuodella. Potilaiden oikeuksien kannalta voisikin olla myönteistä, että tiukempi hoitoon pääsyn enimmäisaika vain siirtyisi. Lisäksi se, että palvelujärjestelmä joutuisi kehittämään toimintaansa kohti seitsemän vuorokauden hoitotakuun toteuttamista, voisi edistää terveydenhuollossa painotuksen siirtämistä perusterveydenhuoltoon.

Hallitusohjelman mukaan 14 vuorokauden hoitotakuu pidetään voimassa henkilöstövajeen johdosta. Henkilöstövaje on pahentunut ja sen, kuten myös hoito-, kuntoutus- ja palveluvelan purun, arvioidaan kestävän pitkään. Terveydenhuollon henkilöstön saatavuuteen panostetaan hallitusohjelmassa pontevasti sekä lyhyen että pitkän aikavälin toimenpitein muun muassa Hyvän työn ohjelmalla. Toimenpiteistä huolimatta on valmistauduttava siihen, että alan henkilöstön saatavuus pysyy haasteellisena vielä vuosia. Tämän vuoksi 14 vuorokautta tiukemman hoitotakuun toimeenpantavuutta on lähivuosina vaikea arvioida, mikä ei tue sitä, että tiukemman enimmäisajan voimaantuloa vain myöhennettäisiin.

14 vuorokauden enimmäisaika riittää useimpien terveysongelmien hoitoon perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa. On myös huomattava, että 14 vuorokautta on enimmäisaika, ja yksilöllisessä arvioissa hoidon tarpeesta on arvioitava myös se, tarvitseeko potilas hoitoa nopeammin kuin lain edellyttämässä enimmäisajassa.

Palvelutuotannon toteuttamisen näkökulmasta antaa 14 vuorokauden enimmäismääräaika paremmat mahdollisuudet varmistaa potilaan hoidon suunnitelmallisuutta ja jatkuvuutta ja jo potilaan pääsyä jo tapaukseen perehtyneiden terveydenhuollon ammattilaisten palveluun. Kuten jo aikaisemmin tässä vaikutusten arvioinnissa on todettu, riski siihen, että tiukentuvien määräaikojen vuoksi panostetaan yksinomaan ensimmäisen hoitokäynnin toteutumiseen, pienenee 14 vuorokauden enimmäisaikavaihtoehdossa verrattuna seitsemän vuorokauden vaihtoehtoon.



sen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Lisäksi momentin mukaan hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Pykälän 1 momenttia ehdotetaan muutettavaksi siten, että hoitoon pääsyn enimmäisajaksi säädettäisiin toistaiseksi voimassa olevaan lainsäädäntöön 14 vuorokautta seitsemän vuorokauden sijaan. Momenttiin tai 51 a §:ään ei muuten tehtäisi muutoksia, joten sen säännöskohtaisen perustelujen osalta viitataan hallituksen esityksen HE 74/2022 vp säännöskohtaisiin perusteluihin.

Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta

**10 a §.** *Kiireettömään hoitoon pääsy.* Pykälän 1 momenttiin tehtäisiin vastaava muutos kuin terveydenhuoltolain 51 a §:n 1 momenttiin, ja perustelujen osalta viitataan sen perusteluihin.

## **8 Voimaantulo**

Ehdotetaan, että lait tulevat voimaan 1.11.2024.

Lain ehdotettu voimaantulo tarkoittaa, että 1.11.2024 ei tule voimaan seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaika perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa, vaan lakimuutosten myötä hoitoon pääsyn enimmäisaika pysytetään 14 vuorokauteen.

## **9 Toimeenpano ja seuranta**

Esityksen seuranta ja jälkiarviointi kytkeytyvät THL:n sosiaali- ja terveydenhuollon vuosittaiseen arviointitoimintaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tekee arvioinnit eri alueiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Arvioinnin kohteina ovat muun muassa yhdenvertainen saatavuus ja kustannustehokas toteutus. Palvelujen onnistunutta toteutusta alueilla tarkastellaan tehtäväkokonaisuuksittain (mukaan lukien perusterveydenhuollon palvelut) ja palvelujärjestelmää arvioidaan läpileikkaavien ulottuvuuksien kautta. Säädettäessä hoitoon pääsyn enimmäisaikojen tiukennuksista säädettiin myös siitä, että 1.9.2023 lähtien palvelunjärjestäjien julkaisemat tiedot hoitoon pääsyn toteutumisesta laatii jatkossa THL, mikä lisää tiedon vertailukelpoisuutta ja siten muun ohella tukee valvontaa. THL julkaisee säännöllisesti tilastot hoitoon pääsyn tilanteesta. Hoitoon pääsyn tietopohjan parantamista on myös tehty erillisissä kehittämishankkeissa valtionrahoituksella. Valvovat viranomaiset eli aluehallintovirastot ja Valvira seuraavat hoitoonpääsyä perusterveydenhuollon avosairanhoidossa ja suun terveydenhuollossa säännönmukaisesti osana tavanomaista valvontaohjelmaansa. Palvelunjärjestäjillä on velvoite myös omavalvontaan ja sen osana hoidon saatavuuden omavalvontaa. Omavalvonnasta säädetään sote-järjestämislaissa sekä 1.1.2024 voimaan tulevassa sote-valvontalaissa.

Pääministeri Orpon hallitusohjelman mukaan varmistetaan hoitotakuun toteutuminen perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa ja suun terveydenhuollossa; yhtenäistetään hoitotakuun ja palveluihin pääsyn määräaikoihin liittyvää valvontaa; ohjataan hyvinvointialueita tarvittaessa käyttämään ostopalvelua tai palveluseteliä; sekä käynnistetään tehostettu perusterveydenhuollon saatavuuden seurannan jakso osana hyvinvointialueiden ohjausta. Näihin toimenpiteisiin liittyvät toimet linjataan tulevaisuudessa. Ne omalta osaltaan tulevat tukemaan sitä, että 14 vuorokauden hoitotakuu toteutuu myös käytännössä.

## **10 Suhde muihin esityksiin**

Esitys liittyy valtion vuoden 2024 talousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä.

## 11 Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys

Esityksessä ehdotetaan, että perusterveydenhuollon avosairaanhoidon jo säädetyistä, mutta ei vielä voimaan tulleista, 7 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta luovutaan, ja toistaiseksi voimaan olevassa lainsäädännössä tämä hoitotakuu olisikin 14 vuorokautta 1.9.2023 voimaan tulevaa lainsäädäntöä vastaavasti. Esitystä on arvioitava erityisesti perustuslain 19 §:n kannalta.

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Pykälän 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslain 7 §:n 1 momentin mukaan jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.

YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälisen yleissopimuksen (SopS 6/1976, *TSS-sopimus*) 12 artiklassa määrätään, että sopimusvaltiot tunnustavat jokaiselle oikeuden nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä. Sopimusvaltioiden tulee 2 kohdan d alakohdan mukaan ryhtyä tämän oikeuden täydellisen toteuttamisen saavuttamiseksi toimenpiteisiin, jotka ovat välttämättömiä sellaisten olosuhteiden luomiseksi, jotka ovat omiaan turvaamaan jokaiselle lääkärin ja sairaaloiden palvelukset sairaustapauksissa. Sopimusmääräysten tulkinnassa on otettava huomioon 2 artiklan 1 kohdan mukaiset velvoitteet, joiden mukaan sopimusvaltio sitoutuu sekä erikseen että varsinkin talouden ja tekniikan alalla kansainvälisen avun ja yhteistoiminnan kautta täysimääräisesti käytettävissä olevien voimavarojensa mukaan ryhtymään toimenpiteisiin kaikin soveltuvin keinoin ja varsinkin lainsäädäntötoimenpitein tässä yleissopimuksessa tunnustettujen oikeuksiensa toteuttamiseksi asteittain kokonaisuudessaan. Uudistetussa Euroopan sosiaalisessa peruskirjassa (SopS 78-80/2002) on useita sopimusmääräyksiä, jotka liittyvät terveysoikeuksiin. Artiklan 11 luetelmakohdan 1 mukaan sopimuspuolet sitoutuvat varmistamaan, että oikeutta terveyden suojeluun voidaan käyttää tehokkaalla tavalla, joko suoraan tai yhteistyössä julkisten tai yksityisten järjestöjen kanssa, ryhtymään asianmukaisiin toimiin, joiden tarkoituksena on muun muassa poistaa terveyttä heikentävät syyt mahdollisuuksien mukaan. Tämä kohta tarkoittaa sosiaalisten oikeuksien komitean mukaan *access to health care* -näkökulmasta muun muassa sitä, että sopimusvaltioiden on taattava kaikille yksilöille pääsy terveydenhuollon piiriin ja terveydenhuoltojärjestelmän täytyy olla koko väestön saavutettavissa.

Hoitoon pääsyn kannalta merkityksellisiä ihmisoikeussopimuksia ovat myös uudistettu YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista (SopS 26 - 27/2016) ja YK:n lapsen oikeuksien sopimus (SopS 60/1991). Terveystaloudellisten palveluiden saatavuuden ja hoitoon pääsyn kannalta merkityksellisiä ihmisoikeussopimusmääräyksiä ja niiden tulkintakäytäntöä on kuvattu tässä esitetyä tarkemmin hallituksen esityksen HE 74/2022 vp säätämisyjärjestysluvussa.

Perustuslakivaliokunta katsoi hallituksen esityksen HE 74/2022 vp käsittelyn yhteydessä, että hoitoon pääsyn enimmäisaikojen tiukentaminen on merkityksellistä ennen kaikkea perustuslain 19 §:n kannalta, viitaten erityisesti pykälän 3 momentin sääntelyyn. Perustuslakivaliokunta totesi (PeVL 38/2022 vp, kappale 3) vakiintuneen kantansa mukaisesti, että säännös viittaa yhtäältä sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan ja toisaalta yhteiskunnan olosuhteiden kehittämiseen julkisen vallan eri toimintaloikoilla yleisesti väestön terveyttä edistävään suuntaan. Kysymys on etenkin palvelujen saatavuuden turvaamisesta. Palvelujen järjestämistapaan ja saa-

tavuuteen vaikuttavat kuitenkin välillisesti myös muut perusoikeussäännökset, kuten yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltö (PeVL 63/2016 vp, s. 2, PeVL 67/2014 vp, s. 3/II, ks. myös HE 309/1993 vp, s. 71). Lisäksi perustuslain 19 §:n 3 momentissa käytetyllä sääntelyvaraustyyppillä ("sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään") on haluttu korostaa lainsäätäjän rajoitettua, perustuslain ilmaisemaan pääsääntöön sidottua liikkuma-alaa (PeVM 25/1994 vp, s. 6/I).

Perustuslakivaliokunta myös viittasi siihen (PeVL 38/2022 vp, kappale 4 ja 5), että perustuslain 19 §:n 3 momentissa mainitulle oikeudelle riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin on vakiintunut tietty oikeudellinen sisältö ja arviointiperusteet. Palvelujen riittävyyden arvioimisessa lähtökohtana on niiden mukaan sellainen palvelujen taso, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä (ks. HE 309/1993 vp, s. 71/II). Viittaus jokaiseen terveyspalveluihin oikeutettuna edellyttää viime kädessä yksilökohtaista arviointia palvelujen riittävyydestä (ks. PeVL 30/2013 vp, s. 3/I). Oikeus riittäviin terveyspalveluihin turvaa vakavimmissa tilanteissa perustuslain 7 §:ssä perusoikeutena turvattua oikeutta elämään (ks. PeVL 65/2014 vp, s. 4/II). Perustuslakivaliokunta on korostanut, että vaikka perustuslain 19 §:n 3 momentin säännöksen ensimmäinen virke ei turvaa mitään nimenomaista tapaa tarjota palveluja, tältä osin perustuslain mukainen edellytys on, että palveluja on riittävästi (ks. PeVL 26/2017 vp, s. 32 ja 36—41, PeVL 12/2015 vp, s. 3 ja PeVL 11/1995 vp, s. 2). Valiokunta on painottanut nimenomaisesti, että säännöksellä veloitetaan julkinen valta turvaamaan palvelujen saatavuus (ks. PeVL 26/2017 vp, erit. s. 44—45 ja PeVL 54/2014 vp, s. 2/I). Säännös merkitsee siten vaatimusta palvelujen riittävästä tarjonnasta maan eri osissa asuville (PeVL 26/2017 vp, s. 33).

Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Hyvinvointialueille on säädetty velvollisuus järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto asukkailleen ja eräissä tapauksissa niissä oleskeleville ja muille henkilöille. Julkisen vallan tulee aktiivisesti luoda tosiasialliset edellytykset perusoikeuksien toteuttamiseksi. Valtion tulee lainsäädäntötoimin, asianmukaisella rahoituksella ja voimavarojen kohdentamisella sekä toiminnan järjestämisellä huolehtia siitä, että riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut tulevat turvatuiksi. Periaatteen kääntöpuolella on tulkittu olevan niin sanottu perusoikeuksien heikennyskieltö, jolla on tausta ihmisoikeussopimuksissa ja niiden tulkintakäytännössä (ks. Rautiainen, Pauli: Perusoikeuksien heikennyskieltö, Oikeus 2013(42)). TSS-sopimuksen 12 artiklan juridisesti ei-sitovassa yleiskommentissa (General Comment No. 14) taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitea (TSS-komitea) toteaa artiklan 2.1 määräyksiin (velvoite ryhtyä toimiin toteuttaa oikeudet asteittain täysimääräisesti) viitaten, että kuten muidenkin sopimuksen mukaisten oikeuksien kohdalla, on olemassa vahva oletus, että terveyttä koskevat heikentävät toimet eivät ole hyväksyttäviä. Valtiolla on todistustaakka todistaa, että ne otetaan käyttöön vasta, kun on tarkkaan harkittu vaihtoehtoja ja että toimet ovat hyväksyttäviä suhteessa sopimuksen annettuihin oikeuksiin kokonaisuutena valtion käytettävissä olevien kokonaisresurssien kontekstissa ("As with all other rights in the Covenant, there is a strong presumption that retrogressive measures taken in relation to the right to health are not permissible. If any deliberately retrogressive measures are taken, the State party has the burden of proving that they have been introduced after the most careful consideration of all alternatives and that they are duly justified by reference to the totality of the rights provided for in the Covenant in the context of the full use of the State party's maximum available resources.")

Tämän hallituksen esityksen taustalla on osaltaan hallituksen tavoite tasapainottaa julkista taloutta. Hallitusohjelman mukaan peruste esitykselle on kuitenkin erityisesti pula terveydenhuollon henkilöstöstä, jotta laissa säädettyyn enimmäisaikaan päästäisiin.

Perustuslakivaliokunta on arvioinut erityisesti etuuksiin tehtäviä heikennyksiä. Etuudet kuuluvat erityisesti PL 19 §:n 1 ja 2 momentin ja esimerkiksi opintotuki myös sivistyksellisten oikeuksien

alaan (PL 16.2 §). Perustuslakivaliokunta on vakiintuneesti katsonut, että sosiaalisten oikeuksien mitoituksessa lainsäätäjälle asetetun toimintavelvoitteen luonteen mukaista on, että sosiaaliturvaa suunnitellaan ja kehitetään yhteiskunnan taloudellisten voimavarojen mukaisesti ja että kansantalouden ja julkisen talouden tila voidaan ottaa huomioon mitoittaessa sellaisia etuuksia, jotka julkinen valta välittömästi rahoittaa (ks. esim. PeVL 34/1996 vp, s. 2—3, PeVL 6/2009 vp, s. 8, PeVL 6/2015 vp, s. 2). Perustuslakivaliokunnan mukaan (kokoavasti ks. PeVL 59/2016 vp) valtiontalouden säästötavoitteet taloudellisen laskusuhdanteen aikana voivat muodostaa hyväksyttävän perusteen puuttua jossain määrin myös perustuslaissa turvattujen oikeuksien tasoon (ks. PeVM 25/1994 vp ja esim. PeVL 25/2012 vp ja PeVL 44/2014 vp). Tällöinkään sääntely ei saa kokonaisuutena arvioiden vaarantaa perustuslaissa turvattun perusoikeuden toteutumista (PeVL 14/2015 vp, s. 3). Perustuslakivaliokunta on lisäksi antanut perusoikeuksien yleisten rajoitusedellytysten (ks. PeVM 25/1994 vp, s. 4—5 ja PeVL 21/2016 vp, s. 3) perusteella valtiosääntöisesti painoarvoa myös heikennyksen keston rajaukselle sitä perustelevien julkistalouden vakavien rahoitusvaikeuksien odotettavissa olevaan keston nähden (ks. PeVL 11/2015 vp, s. 3 ja PeVL 10/2015 vp, s. 3) ja etuuskien tason suhteeseen julkisen talouden tilaan (ks. esim. PeVL 12/2015 vp, s. 3). Valiokunnan mukaan selvää on myös se, että heikennys ei saa tehdä tyhjäksi perus- ja ihmisoikeusvelvoitteiden ydinsisältöä (esim. PeVL 14/2015 vp, s. 3). Lausunnossaan PeVL 25/2012 vp perustuslakivaliokunta totesi, että se, että etuuskien tasoa mitoittaessa otetaan huomioon kulloinenkin kansantalouden ja julkisen talouden tila, soveltuu myös perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettujen velvoitteiden arviointiin (PeVL 25/2012 vp, s. 2—3; kyseisessä lausunnossa arvioitiin lapsilisän indeksijäädytyksen suhdetta 19 §:n 3 momentin mukaiseen julkisen vallan velvoitteeseen tukea perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu).

Kunnallisen itsehallinnon perusteista säädetään perustuslain 121 §:ssä. Pykälän 4 momentti edellyttää, että itsehallinnosta kuntia suuremmilla hallintoalueilla säädetään lailla. Perustuslakivaliokunta on katsonut erityisesti rahoituksen kontekstissa, että perustuslain 22 §:n mukaiseen perusoikeuksien toteuttamisvelvoitteeseen kuuluu valtion vastuu huolehtia siitä, että perustuslain 121 §:n 4 momentissa tarkoitetuilla alueilla on käytännön edellytykset suoriutua tehtävistään. Perustuslakivaliokunta on lisäksi katsonut, että budjettirajoitteella ei voida rajoittaa lakisääteisten palvelujen saatavuutta. Sosiaali- ja terveystaloudessa rahoitusperiaatteen merkitystä korostaa perustuslain 19 §:n 3 momentin ja 22 §:n mukainen turvaamisvelvollisuus (PeVL 17/2021 vp, kappale 93). Perustuslakivaliokunnan mukaan perustuslaillinen ongelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevassa lainsäädännössä suhteessa perustuslain 19 §:n 3 momenttiin saattaa syntyä, jos ehdotettuun lainsäädäntöön sisältyy joitakin rakenteellisia ongelmia, jotka suurella todennäköisyydellä johtavat siihen, että oikeuksien toteutuminen tosiasiallisesti vaarantuu (PeVL 17/2021 vp, kappale 74, PeVL 26/2017 vp, s. 37—38).

Hallituksen esitys HE 74/2022 vp annettaessa esityksessä tuotiin esiin, että esityksen toimeenpantavuuden kannalta suurimmaksi riskiksi henkilöstön saatavuuteen liittyvät seikat. Esityksessä tuotiin esiin, että perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä koskevien määräaikaisten tiukentuminen osuu ajallisesti samaan aikaan, kun hyvinvointialueet vasta aloittavat toimintansa. Lisäksi ei pystytty varmuudella arvioimaan, missä määrin covid-19-pandemia ja siitä johtuva hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelka vielä lain voimaantullessa rasittaa palvelujärjestelmää. Näiden seikkojen yhteisvaikutuksesta seuraa riskejä palvelujärjestelmän toimivuudelle. Arvioidessaan hallituksen esitystä HE 74/2022 vp perustuslakivaliokunta totesi (PeVL 38/2022 vp, kappale 8), että perustuslakivaliokunta on aikaisemmin vastaaventyypisissä sääntely-yhteyksissä kiinnittänyt huomiota sääntelyn toteutettavuuteen (PeVL 45/2021 vp, kappale 18 ja PeVL 15/2020 vp, s. 6—7). Myös tiukentuvan perusterveydenhuollon hoitotakuun toteuttaminen voi valiokunnan mielestä olla vaikeata erityisesti saatavilla olevien henkilöstöresurssien niukkuuden vuoksi. Valiokunta piti tärkeänä, etteivät muut palvelut heikkene hoitotakuun asteittaisen

muutoksen seurauksena (ks. myös PeVL 45/2021 vp, kappale 18, PeVL 15/2020 vp). Valtio-neuvoston on seurattava tarkoin sääntelyn vaikutuksia perusoikeuksien toteutumiseen sekä hyvinvointialueiden rahoitukseen ja tarvittaessa ryhdyttävä tarvittaviin korjaustoimiin.

Kuten tämän esityksen jaksoissa 2.2 ja 2.3.1 on tuotu esiin, hoitoon pääsy perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ei ole parantunut. Henkilöstötilanteen parantamiseksi on aloitettu toimia, mutta ne eivät vaikuta lyhyellä aikavälillä. Hallituksen käsityksen mukaan 7 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta luopumiselle on perustuslain 19 §:n kannalta hyväksyttävät ja perustuslain 121 §:n kannalta merkitykselliset perusteet nämä seikat huomioon ottaen. Jaksossa 5 on käsitelty syitä, miksi 7 vuorokauden hoitotakuusta ehdotetaan luovuttavan kokonaan, ei vain esimerkiksi siirrettävän eteenpäin. Jaksossa muun muassa tuodaan esiin, että 14 vuorokauden enimmäisaika voi tukea enemmän palvelujärjestelmän kehittämistä hoidon jatkuvuutta korostavaan suuntaan 7 vuorokauden enimmäisaikaan verrattuna. Jatkuvuus on tärkeä hyvän hoidon osa-alue.

Hallituksen käsityksen mukaan esityksen oikeasuhtaisuutta ja hyväksyttävyyttä tukevat erinäiset seikat. Vaikka 7 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta luovutaan ja enimmäisajaksi säädetään 14 vuorokautta (laissa tarkemmin määritellyissä tilanteissa), ei tämä tarkoita, että lainsäädännön velvoitteet automaattisesti toteutuvat, jos hoito järjestyy 14 vuorokaudessa. Kuten esityksen HE 74/2022 vp perusteluissa (s. 118) todetaan, hoitoon pääsyn määräajat ovat enimmäisaikoja ja yksilöllisessä arvioissa hoidon tarpeesta arvioidaan myös se, tarvitseeko potilas hoitoa nopeammin kuin lain edellyttämässä enimmäisajassa. Tämä turvaa potilaiden oikeutta päästä hoitoon. Sääntely koskee kiireetöntä hoitoa, eikä sääntelyllä ehdoteta muutettavaksi kiireellistä hoitoa koskevaa sääntelyä.

Lakisääteisistä hoitoon pääsyn enimmäisajoista säättäminen on vain yksi, joskin keskeinen, keino, jolla turvataan riittävät terveyspalvelut ja edistetään väestön terveyttä. Muita tapoja ovat sosiaali- ja terveyspalveluiden lainsäädännön palvelurakenteesta säättäminen ja palvelujärjestelmän ohjaaminen tavalla, joka tukee palveluiden tosiasiallista saantia. Myös palveluihin kohdistettu rahoitus on keskeistä. Näihin liittyvä sosiaali- ja terveydenhuollon merkittävä uudistus on säädetty perustuslakivaliokunnan myötävaikutuksella (HE 241/2020 vp — PeVL 17/2021 vp). Muita keinoja ovat muun muassa palveluiden laatuun ja ammattihenkilöihin liittyviä lainsäädäntöä jo kehittämistyö, sekä niistä palveluista säättäminen, joihin ihmiset ovat oikeutettuja, ja yhtenäiset hoitokäytännöt.

Voidaan myös tuoda esiin, että perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn enimmäisajoista säädetäessä, kun enimmäisajaksi säädettiin kolme kuukautta, perustuslakivaliokunta käsittelee esityksen (HE 77/2004 vp). Perustuslakivaliokunta ei tuolloin ottanut nimenomaista kantaa hoitoon pääsyn enimmäisaikaan, mutta se ei siis täten myöskään esittänyt valtiosääntöoikeudellisia huomautuksia tästä hoitoon pääsyn enimmäisajasta (PeVL 20/2004 vp). Hoitoon pääsyn lakisääteinen enimmäisaika laissa säädetyissä tilanteissa säädettäisiin jatkossakin olevan 14 vuorokautta. Tämäkin seikka huomioon ottaen hallituksen käsityksen on selvää, ettei ehdotettu sääntely merkitse PL 19 §:ssä säädettyjen oikeuksien ydinalueelle kajoamista. Hyväksyttävyyden kannalta oleellista lienee myös se, ettei 7 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaika ole astunut vielä voimaan, vaan ehdotettu siitä luopuminen toteutetaan ennen sääntelyn voimaantuloa.

Perustuslakivaliokunta on todennut, että palvelujen järjestämistapaan ja saatavuuteen vaikuttavat välillisesti myös muut perusoikeussäännökset, kuten yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltö. Esitys on sen käytännön vaikutusten kannalta merkityksellinen perustuslain 6 §:ssä turvatuun yhdenvertaisuuden kannalta. Lain tasolla ehdotettu muutos koskee yhtäläisesti kaikkia hyvinvointialueiden järjestämistä vastaavaan terveydenhuoltoon oikeutettuja, sekä myös korkeaa

kouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa ja vankiterveydenhuoltoa, eikä täten ole muodollisesti ristiriidassa yhdenvertaisuusperiaatteen kanssa. Käytännössä esityksen vaikutukset kohdistunevat voimakkaimmin niihin tahoihin, jotka käyttävät hyvinvointialueiden terveyskeskusten palveluja ja joilla ei ole pääsyä työterveyshuollon piiriin, eli esimerkiksi työttömiin, ikäihmisiin ja moniin vammaisiin. Ottaen huomioon edellä todetut seikat, jotka edelleen turvaavat tarpeenmukaisiin palveluiden pääsemistä kohtuullisessa ajassa, hallituksen käsityksen mukaan asia ei muodostu perustuslailliselta kannalta ongelmalliseksi.

Edellä todettuun viitaten hallituksen käsityksen mukaan ehdotukset ovat perustuslain mukaisia. Hallituksen käsityksen mukaan lakiehdotukset voidaan säätää tavallisen lain säätämisyksessä.

*Ponsi*

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäväksi seuraavat lakiehdotukset:



**1.**

**Laki**

**terveydenhuoltolain muuttamisesta annetun lain 51 a §:n muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
*muutetaan* terveydenhuoltolain muuttamisesta annetun lain (116/2023) 51 a §:n 1 momentti seuraavasti:

51 a §

*Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan hoitoon*

Edellä 51 §:ssä tarkoitettussa arvioissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

---

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

---

2.

## Laki

### korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta annetun lain 10 a §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
*muutetaan* korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta annetun lain (118/2023) 10 a §:n 1 momentti seuraavasti:

10 a §

*Kiireettömään hoitoon pääsy*

Edellä 10 §:ssä tarkoitettussa arviossa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana, jos opiskelijan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

-----  
Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .  
-----

Helsingissä x.x.20xx

**Pääministeri**

**Etunimi Sukunimi**

..ministeri Etunimi Sukunimi

## **Laki**

### **terveydenhuoltolain muuttamisesta annetun lain 51 a §:n muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

51 a §

51 a §

*Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan hoitoon*

*Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan hoitoon*

Edellä 51 §:ssä tarkoitettussa arvioissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien seitsemän vuorokauden aikana, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikais-sairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

-----

Edellä 51 §:ssä tarkoitettussa arvioissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikais-sairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

-----

*Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .*

-----

# Laki

## korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta annetun lain 10 a §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti

*muutetaan* korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta annetun lain (118/2023) 10 a §:n 1 momentti seuraavasti:

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

10 a §

10 a §

*Kiireettömään hoitoon pääsy*

*Kiireettömään hoitoon pääsy*

Edellä 10 §:ssä tarkoitetussa arvioissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien seitsemän vuorokauden aikana, jos opiskelijan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Edellä 10 §:ssä tarkoitetussa arvioissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana, jos opiskelijan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

*Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .*