

# Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentaminen

## Lausuntoyhteenvedo

11.5.2022

STM074:00/2019

VN/12948/2019

## Sisällysluettelo

<b>LAUSUNTOPYYNTÖ JA LAUSUNNONANTAJAT .....</b>	<b>5</b>
<b>TIIVISTELMÄ .....</b>	<b>6</b>
<b>1. NYKYTILA JA TOIMINNALLISET VAIKUTUKSET .....</b>	<b>8</b>
1.1 Mitkä ovat suurimmat syyt pitkiin odotusaikoihin (valitse viisi tärkeintä syytä)? .....	8
1.2 Edistääkö hoitotakuun tiukentaminen ehdotetussa muodossa seuraavia asioita? .....	9
1.3 Mielenterveyspalvelut. Parantavatko hallituksen esitykseen sisältyvät ehdotukset seuraavia asioita? .....	12
1.4 Valitse seuraavista sellaiset negatiiviset vaikutukset, joita hoitotakuun tiukentamisella ehdotetussa muodossa todennäköisesti seuraisi. ....	13
1.5 Mitkä ovat tehokkaimpia toiminnallisia keinoja parantaa hoitoon pääsyä (valitse kolme)? .....	14
1.6. Voidaanko valtionavustusten (Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelma ja Suomen kestävän kasvun ohjelma) mahdollistamalla kehittämistoimenpiteillä ja hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelan purkamisella saavuttaa tilanne, joka mahdollistaa hoitotakuun tiukentamisen toimeenpanon ehdotetussa muodossa? .....	16
1.7 Onko hoitotakuun tiukennuksen vuoksi palveluihin tarvittava henkilöstön määrä arvioitu oikein perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa? .....	17
1.8 Hoitotakuun tiukentaminen edellyttää riittävän ja osaavan henkilöstön varmistamista. Mikä on arvio henkilöstön saatavuudesta eri ammattiryhmissä ottaen huomioon ehdotetut säädökset? .....	18
1.9 Mitkä keinot ovat tärkeimpiä riittävän henkilöstön varmistamiseksi hoitoon pääsyn määräaikoja koskevan lakiehdotuksen toimeenpanemiseksi (valitse kolme)? .....	21
1.10. Kuinka merkittävä työkalu ostopalvelut ovat hoitotakuun tiukentamisessa ehdotuksen mukaisesti? .....	22
1.11 Kuinka merkittävä työkalu palvelusetelit ovat hoitotakuun tiukentamisessa ehdotuksen mukaisesti? .....	23
<b>2 TALOUDELLISIA VAIKUTUKSIA JA NIIDEN TAUSTALLA OLEVIA OLETTAMIA KOSKEVAT KYSYMYKSET .....</b>	<b>25</b>
2.1 Onko hoitotakuun tiukennuksen (ehdotetussa muodossa) vuoksi tarvittava taloudellinen lisäresursointi arvioitu oikein? .....	26
2.2 Ovatko taloudellisten vaikutusten arvioinnissa tehdyt oletukset vaikutuksista perusterveydenhuoltoon ja muihin palveluihin uskottavia? .....	27
2.2.1. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon tarve .....	27
2.2.2 Suun terveydenhuollon tarve .....	28
2.2.3 Yhteispäivystyksen kysyntä .....	28

2.2.4 Sairaalahoidon tarve.....	29
2.2.5 Erikoissairaanhoidon tarve.....	29
2.2.6 Työterveyshuollon sairaanhoidon käyttö .....	30
2.2.7 Yksityisen (asiakkaan itse tai yksityisvakuutuksen kautta maksama) terveydenhuollon käyttö avosairaanhoidossa.....	31
2.2.8 Yksityisen (asiakkaan itse tai yksityisvakuutuksen kautta maksama) suun terveydenhuollon käyttö .....	31
2.2.9 Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön palveluiden tarve.....	32
2.2.10. Vankiterveydenhuollon tarve.....	32
<b>2.3 Suun terveydenhuolto ja kertaluonteinen jononpurku/lisähenkilökunnan tarve.....</b>	<b>32</b>
<b>2.4. Onko hoitotakuun tiukennuksen vuoksi hyvinvointialueille aiheutuvat kustannukset arvioitu oikean suuntaisesti?.....</b>	<b>33</b>
<b>2.5 Onko hoitotakuun tiukennuksen vuoksi Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle kokonaisuudessaan tarvittava taloudellinen lisäresursointi arvioitu oikean suuntaisesti?.....</b>	<b>34</b>
<b>2.6 Onko hoitotakuun tiukennuksen vuoksi Vankiterveydenhuollon yksikölle kokonaisuudessaan tarvittava taloudellinen lisäresursointi arvioitu oikean suuntaisesti? .....</b>	<b>34</b>
<b>2.7. Onko hoitotakuun tiukentamisen muiden kuin taloudellisten vaikutusten aikataulu arvioitu realistisesti?.....</b>	<b>34</b>
<b>2.8 Miltä osin vaikutusten arviointia olisi korjattava, tarkennettava tai täydennettävä? .....</b>	<b>34</b>
<b>2.9 Huolimatta epävarmuuksista, tulisiko hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentaminen toteuttaa ehdotetulla tavalla? .....</b>	<b>35</b>
<b>2.10. Onko esitys hoitotakuun tiukentamisesta toimeenpantavissa ehdotetussa aikataulussa?.....</b>	<b>37</b>
<b>2.11. Pitäisikö hoitotakuun tiukentaminen toteuttaa ajallisesti vaiheittain/ porrastetusti aikatauluttaen? .....</b>	<b>39</b>
<b>2.12. Mitkä ovat suurimmat riskit hoitotakuun tiukentamisen toteuttamiselle ehdotuksen mukaisesti? (valitse enintään kaksi) .....</b>	<b>40</b>
<b>PYKÄLÄKOHTAISET KYSYMYKSET .....</b>	<b>41</b>
<b>Terveydenhuoltolaki .....</b>	<b>41</b>
<b>3.1 Pykälässä 51 § säädetään yhteyden saamisesta perusterveydenhuoltoon ja hoidon tarpeen arviosta. ....</b>	<b>41</b>
3.1.1 Onko pykälä selkeä?.....	41
3.1.2 Onko pykälän sisältämä sääntely toimeenpantavissa palvelujärjestelmän kannalta?.....	42
3.1.3 Turvaako pykälässä oleva sääntely potilaan oikeudet riittävällä tavalla?.....	42
3.1.4 Ovatko pykäkohtaiset perustelut selkeät? .....	43
3.1.5 Mahdolliset muutosehdotukset.....	43
<b>3.2 Pykälässä 51 a § säädetään perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitoon pääsystä. ....</b>	<b>43</b>
3.2.1 Onko pykälän perusteella selvää, mitkä palvelut kuuluvat seitsemän vuorokauden hoitotakuun piiriin? .....	43
3.2.2 Onko jotain muita palveluja, jotka pitäisi kuulua seitsemän vuorokauden hoitotakuun piiriin?.....	44
3.2.3 Onko pykälän sisältämä sääntely toimeenpantavissa palvelujärjestelmän kannalta?.....	44
3.2.4 Turvaako pykälässä oleva sääntely potilaan oikeudet riittävällä tavalla?.....	45

3.2.5	Ovatko pykäkohtaiset perustelut selkeät? .....	45
3.2.6	Mahdolliset muutosehdotukset.....	45
<b>3.3</b>	<b>Pykälässä 51 b § säädetään hoitoon pääsystä perusterveydenhuollon suun terveydenhuollossa.....</b>	<b>47</b>
3.3.1	Onko pykälä selkeä?.....	47
3.3.2	Onko pykälän sisältämä sääntely toimeenpantavissa palvelujärjestelmän kannalta?.....	47
3.3.3	Turvaako pykälässä oleva sääntely potilaan oikeudet riittäväällä tavalla?.....	47
3.3.4	Ovatko pykäkohtaiset perustelut selkeät? .....	47
3.3.5	Mahdolliset muutosehdotukset.....	48
<b>3.4</b>	<b>Pykälässä 51 c § säädetään hoitoon pääsystä perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa.....</b>	<b>48</b>
3.4.1	Onko pykälä selkeä?.....	48
3.4.2	Mahdolliset muutosehdotukset ja kommentit 51 c §:n perusteluista .....	49
<b>3.5</b>	<b>Pykälässä 54 § säädetään hyvinvointialueen velvollisuudesta hankkia palveluja muulta palveluntuottajalta. ....</b>	<b>49</b>
3.5.1	Onko pykälä selkeä?.....	49
3.5.2	Onko pykälän sisältämä sääntely toimeenpantavissa palvelujärjestelmän kannalta?.....	49
3.5.3	Turvaako pykälässä oleva sääntely potilaan oikeudet riittäväällä tavalla?.....	50
3.5.4	Ovatko pykäkohtaiset perustelut selkeät? .....	50
3.5.5	Mahdolliset muutosehdotukset.....	51
<b>3.6</b>	<b>Pykälässä 55 § säädetään hoitoon pääsyä koskevien tietojen julkaisemisesta. ....</b>	<b>51</b>
3.6.1	Onko pykälä selkeä?.....	51
3.6.2	Onko pykälän sisältämä sääntely toimeenpantavissa palvelujärjestelmän kannalta?.....	51
3.6.3	Turvaako pykälässä oleva sääntely potilaan oikeudet riittäväällä tavalla?.....	52
3.6.4	Ovatko pykäkohtaiset perustelut selkeät? .....	52
3.6.5	Mahdolliset muutosehdotukset.....	52
<b>3.7</b>	<b>Kommentit koskien lakia korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta (pykälät ja perustelut) ..</b>	<b>53</b>
<b>3.8</b>	<b>Kommentit koskien vankeuslain ja tutkintavankeuslain muutosehdotuksia (pykälät ja perustelut).....</b>	<b>54</b>
<b>3.9</b>	<b>Kommentit ehdotetusta sääntelystä valvonnan kannalta .....</b>	<b>55</b>
<b>LIITE 1</b>	<b>LAUSUNNON TOIMITTANEET TAHOT.....</b>	<b>57</b>

## Lausuntopyyntö ja lausunnonantajat

Sosiaali- ja terveysministeriö pyysi kunnilta, kuntayhtymiltä, hyvinvointialueilta sekä muilta keskeisiltä sidosryhmiltä ja toimijoilta lausunnot luonnoksesta hallituksen esitykseksi perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentamista koskevaksi lainsäädännöksi (STM074:00/2019 ja VN/12948/2019). Lausunnoissa pyydettiin tuomaan esiin näkemyksiä ehdotettujen säädösten sisältöön, toimeenpanoon ja vaikutuksiin. Lausuntopyynnössä todettiin, että hallituksen esityksen perusteluja ja vaikutusten arviointia tullaan täydentämään ja tarkentamaan saadun lausuntopalautteen perusteella.

Lausuntokierroksella oli luonnos, jossa ehdotettiin, että perusterveydenhuollon kiireettömässä avosairaanhoidossa seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika tulee voimaan 1.4.2023, ja samaan aikaan suun terveydenhuollossa tulee voimaan kolmen kuukauden hoitoon pääsyn määräaika. Lausunnoilla olleessa versiossa ehdotetun mallin mukaiset vaikutukset arvioitiin siten, että hyvinvointialueille ja muille viranomaisille aiheutuu taloudellisia vaikutuksia siten, että ne edellyttävät valtion rahoitusta yhteensä 107–108 miljoonaa euroa vuonna 2023, vuonna 2024 112–114 miljoonaa euroa ja 102–103 miljoonaa euroa vuonna 2025.

Lausunnot pyydettiin sähköisellä lausuntopalvelu.fi -palvelussa olevalla kyselyllä, minkä lisäksi lausunto oli mahdollista antaa kirjallisesti. Lausuntoaika oli 17.11.2021–4.1.2022.

Lausuntoja saapui määräajan loppuun mennessä 164, joista kahdeksan oli yksityishenkilön antamaa lausuntoa. Lausunnon määräajassa antaneet tahot on listattu tämän lausuntoyhteenvedon liitteessä 1. Pääosa (132) lausunnoista annettiin lausuntopalvelu.fi -palvelun kautta. Määräaikaan mennessä saapuneiden lausuntojen lisäksi lausuntoajan jälkeen sosiaali- ja terveysministeriöön saapui kaksi lausuntoa, jotka on otettu huomioon hallituksen esityksen viimeistelyssä, mutta joita ei kuitenkaan ole sisällytetty tähän lausuntoyhteenvetoon.

Vastausten lukumäärät ja jakaumat perustuvat lausuntopalvelu.fi -palvelussa kysymyksiin vastanneiden 132 tahon vastauksiin. Kysymysten avovastauksiin on lisäksi sisällytetty muissa kirjallisissa lausunnoissa (lausuntopalvelu.fi -lomakkeen ”Muut kommentit esityksestä” avovastauskohtaan liitetyt erilliset kyselyn rakennetta noudattamattomat lausunnot sekä kirjaamoon toimitetut lausunnot) toimitetut kommentit siltä osin, kuin niiden on tunnistettu koskevan samaa asiaa kuin kysymyksessä on kysytty.

Yhteenvedossa on eräissä kohdissa viitattu hyvinvointialueiden näkemyksiin. Tällä tarkoitetaan yleisesti kuntien, kuntayhtymien ja hyvinvointialueiden antamia vastauksia.

Tämän lausuntoyhteenvedon kysymysten esittämisjärjestys poikkeaa eräiltä osin lausuntopalvelu.fi -palvelun ja lausuntopyynnön kyselystä, joten numerointi ei vastaa kaikilta osin kyselyn numerointia.

## Tiivistelmä

Valtaosa vastaajista näki perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuun tiukentamisen ehdotetussa muodossa edistävän hoidon saatavuutta ja väestön yhdenvertaisuutta. Kriittistä huomiota lausunnonantajissa herätti se, että ehdotuksen nähtiin jopa vaarantavan hoidon jatkuvuuden ja vaikuttavuuden. Monissa lausunnoissa tuotiin esiin, että perusterveydenhuollon potilas-lääkärisuhteen jatkuvuudesta on vahva tieteellinen näyttö suhteessa hoidon laatuun, tehokkuuteen, kuolleisuuden vähenemiseen ja pienempiin erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Valtaosa vastaajista näki ehdotuksen nostavan kustannuksia ja lisäävän kilpailua henkilöstöstä. Palvelun jatkuvuuden, laadun ja vaikuttavuuden kehittäminen nähtiin ylivoimaisesti tehokkaimmaksi keinoksi parantaa hoitoon pääsyä. Vajaa kolmannes vastaajista katsoi, että kehittämistoimenpiteillä ja hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelan purkamisella voidaan saavuttaa tilanne, joka mahdollistaa hoitotakuun tiukentamisen toimeenpanon ehdotetussa muodossa. Monet vastaajat katsoivat hyvinvointialueiden toiminnan samanaikaisen käynnistämisen ja koronapandemian aiheuttaman hoito- ja kuntoutusvelan vaikeuttavan hoitotakuun tiukentamisen toimeenpanoa.

Lausuntopyynnössä kysyttiin myös nykytilasta. Valtaosa vastaajista piti suurimpina syinä pitkiin odotusaikoihin pitkäaikaisia vaikeuksia henkilöstön saatavuudessa, suurta ja patoutunutta kysyntää ja riittämättömiä taloudellisia resursseja. Riittämätön yhteistyö ja pirstalaiset hoito- ja palveluketjut nousivat lisäksi avosairaanhoidon pitkien odotusaikojen suurimpiin syihin samoin kuin suun terveydenhuollossa riittämätön ennalta ehkäisy ja varhainen puuttuminen.

Valtaosa arvioi hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentamista koskevien ehdotusten parantavan joustavaa palveluihin pääsyä mielenterveyden ongelmissa. Noin kolmannes arvioi, että ehdotukset edistävät palvelukokonaisuutta ja yhteensovittamista muihin palveluihin ja alle kolmannes arvioi, että ne edistävät hoitoketjujen jatkuvuutta. Erityisesti monet mielenterveys- ja opiskelijajärjestöt katsoivat, että hoitoon pääsyn aikarajan lisäksi tulisi säätää psykososiaalisille hoidoille erillinen hoitoon pääsyn aikaraja.

Suurimpina riskeinä hoitotakuun tiukentamisen toteuttamiselle pidettiin yleisesti sitä, että henkilöstöä ei ole saatavilla ja että arvioitu taloudellinen lisäresursointi on riittämätöntä. Valtaosa kantaa ottaneista katsoi, että hoitotakuun tiukennuksen vuoksi tarvittava henkilöstön määrä on arvioitu liian pieneksi. Ylivoimaisesti tärkeimpänä keinona lakiehdotuksen toimeenpanemiseksi riittävän henkilöstön varmistamiseksi nähtiin mahdollisuus vaikuttaa työn ja tehtävien sisältöön ja toteuttamiseen.

Reilu puolet kantaa ottaneista piti taloudellisten vaikutusten arvioinnissa tehtyjä oletuksia vaikutuksista perusterveydenhuoltoon uskottavina ja oletuksia vaikutuksista muihin palveluihin piti uskottavina valtaosa kantaa ottaneista. Arvioita hoitotakuun tiukennuksen vuoksi hyvinvointialueille aiheutuviasta kustannuksista pidettiin yleisesti jossakin määrin tai jopa selvästi liian pieninä ja valtaosa katsoi, että tarvittava taloudellinen lisäresursointi oli arvioitu jossakin määrin tai selvästi liian pieneksi. Suurin osa kantaa ottaneista katsoi, että muiden kuin taloudellisten vaikutusten aikataulua ei oltu arvioitu realistisesti. Valtaosa vastaajista näki ostopalveluilla tai palveluseleillä olevan merkitystä hoitotakuun tiukentamisessa. Esityksen arviota siitä, että suun terveydenhuollossa kertaluonteisen patoutuneen kysynnän purkamisen jälkeen ei tarvita pysyvästi lisähenkilökuntaa, ei pidetty oikeana.

Vajaa puolet vastaajista lausui, että huolimatta epävarmuuksista hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentaminen tulisi toteuttaa ehdotetulla tavalla, mutta vain noin kolmannes katsoi esityksen olevan toimeenpantavissa ehdotetussa aikataulussa. Valtaosa vastaajista kannatti esityksen toteuttamista ajallisesti vaihteittain.

Hoitotakuun tiukennuksen toimeenpanosta vastaavien hyvinvointialueiden näkökulmasta vastanneet näkivät toimeenpanossa suurimmat ongelmat.

Terveydenhuoltolain pykälien osalta valtaosa vastaajista katsoi, että ehdotetut pykälät ja säännöskohtaiset perustelut ovat selkeitä, joskin moni toi esiin näkemyksiä erinäisten yksityiskohtien selkeyttämisen tarpeesta. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidoa koskevan 51 a §:n osalta kuitenkin vain hieman yli puolet vastaajista piti pykälän perusteella selvänä, mitkä palvelut kuuluvat seitsemän vuorokauden hoitotakuun piiriin, loppujen mielestä tämä oli vain osittain selvää tai ei selvää. Selvennystä toivottiin erityisesti rajaukseen, jonka mukaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman mukaiset palvelut eivät kuulu seitsemän vuorokauden hoitotakuun piiriin, sekä pykälän soveltamisesta päihde- ja mielenterveyspalveluihin sekä erilaisiin kuntoutus- ja terapiapalveluihin. Valtaosa vastaajista katsoi, ettei seitsemän vuorokauden hoitotakuun piiriin pitäisi kuulua muita palveluita, kuin ehdotetut.

Pääosin pykälien katsottiin turvaavat potilaiden oikeudet riittävällä tavalla. Pykälän 54 § osalta, joka koskee velvoitetta hankkia palvelu toiselta palveluntuottajalta, jos palvelunjärjestäjä ei itse voi tuottaa palvelua, vajaa puolet vastaajista kuitenkin katsoi, että pykälä turvaa vain osittain tai ei turvaa oikeuksia riittävällä tavalla. Avovastauksissa syyt vaihtelivat, ja esiin nostettiin mahdollisesti potilaalle koituvat pitkät välimatkat palveluiden piiriin, hoidon pirstaleisuus sekä se, ettei pykälän noudattamista sanktioida ja valvota tarpeeksi.

Usean pykälän osalta vain noin puolet vastaajista katsoi, että pykälän sääntely ovat toimeenpantavissa palvelujärjestelmän kannalta. Keskeisenä syynä näkemyksille esitettiin, ettei palvelujärjestelmässä ole tarpeeksi henkilöstö- ja muita resursseja esityksen toteuttamiseksi. Useassa vastauksessa viitattiin siihen, että sääntely on sinänsä toimeenpantavissa, mutta ei ehdotetussa aikataulussa. Ehdotetun 54 §:n osalta useassa vastauksessa katsottiin, että ongelmaksi toimeenpanon osalta voi muodostua, että joillakin alueilla on hyvin niukasti tarjolla vaihtoehtoisia palveluntarjoajia. Hoitoon pääsyä koskevien tietojen julkaisua koskevan 55 §:n osalta useassa vastauksessa katsottiin, että tietojärjestelmät eivät tue tiedon tuottamista sekä tuotiin esiin, että tietojen vertailukelpoisuus voi olla hankalaa erilaisten tietojärjestelmien takia.

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lakia (YTHS-laki) koskien lausui vain muutama taho. Muutama lausunnonantaja viittasi siihen, että sen kommentit terveydenhuoltolaista koskevat myös YTHS-lain säännöksiä, koska pykälät ovat pitkälti yhdenmukaiset. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon järjestäjä Kansaneläkelaitos katsoi lausunnossaan, että hoitotakuulainsäädännön muutos parantaa opiskeluterveydenhuollon palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta sekä tukee Kelan opiskeluterveydenhuollon järjestäjänä YTHS:lle asettamia tavoitteita. YTHS katsoi, että sille arvioitu lisäresurssitarve on arvioitu selvästi liian pieneksi.

Vankiterveydenhuollon yksikön (VTH) lausunnon mukaan esityksessä arvioidut vankiterveydenhuollon yksikön henkilöstömäärän lisäämistä kuvaavat luvut sekä taloudelliset resurssit ovat oikean suuruiset. Arvioidut VTH:n lisäresurssitarpeet ovat välttämättömiä hoitotakuun toteuttamiseksi, kuten myös Rikosseuraamuslaitoksen valvonnan, kuljetuslogistiikan ja VTH:n käyttöön osoitettavien tilojen riittävä resursointi. VTH:n arvion mukaan esitys voidaan toteuttaa sen osalta ehdotetussa aikataulussa. Oikeusministeriö piti ehdotusta säätää myös vankien terveydenhuollossa hoitoon pääsyn määräajoista yhteneväisesti muun terveydenhuollon kanssa kannatettavana ja normaalisuusperiaatteen mukaisena. Se myös viittasi VTH:n ja Rikosseuraamuslaitoksen tarvitsemiin uusiin pysyviin määrärahoihin.

Useassa lausunnossa korostettiin valvonnan merkitystä esityksen toteutumisen kannalta.

## 1. Nykytila ja toiminnalliset vaikutukset

### 1.1 Mitkä ovat suurimmat syyt pitkiin odotusaikoihin (valitse viisi tärkeintä syytä)?

(väestön tarpeiden moninaisuus / suuri ja patoutunut kysyntä / riittämätön ohjaus ja neuvonta muihin palveluihin / riittämätön ennalta ehkäisy ja varhainen puuttuminen / muiden palveluiden toimimattomuus/riittämätön yhteistyö ja pirstaleiset hoito- ja palveluketjut / tehottomat toimintamallit avosairaanhoidossa / tehoton työnjako ammattiryhmien kesken / riittämätön osaaminen / riittämättömät taloudelliset resurssit / riittämätön digitaalisten palveluiden ja teknologian hyödyntäminen / huono toiminnan johtaminen / vaikeudet henkilöstön saatavuudessa pitkäaikaisesti/covid-19-epidemia / hoitoon pääsyn nykyiset lakisääteiset määräajat / muu: mikä?)

#### *Perusterveydenhuollon avosairaanhoito*

Lausuntopalvelussa kysymyksen eri vaihtoehtoja oli valinnut 56–81 vastaajaa/vaihtoehto. Vastanneiden mukaan viisi suurinta syytä pitkiin odotusaikoihin perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa ovat tärkeysjärjestyksessä tärkeimpänä vaikeudet henkilöstön saatavuudessa pitkäaikaisesti (84% vastanneista), toiseksi suuri ja patoutunut kysyntä (81 % vastanneista), kolmanneksi riittämättömät taloudelliset resurssit (80 % vastanneista), neljänneksi riittämätön yhteistyö ja pirstaleiset hoito- ja palveluketjut (72 % vastanneista) sekä viidenneksi tärkeimpänä riittämätön ennalta ehkäisy ja varhainen puuttuminen (53 % vastanneista). Covid-19-epidemian oli valinnut viiden tärkeimmän syyn joukkoon 43 % vastanneista, huonon toiminnan johtamisen 14 % ja hoitoon pääsyn nykyiset lakisääteiset määräajat seitsemän prosenttia vastanneista.

Useassa avovastauksessa nostettiin esiin riittämätön yleislääketieteen erikoislääkärien määrä perusterveydenhuollossa ja perusterveydenhuoltoon koulutettujen hoitajien puute. Aliresursointi on johtanut tilanteeseen, jossa henkilöstöä on vaikea rekrytoida sekä lääkärit ja hoitajat tekevät potilastyön sijaan avustavan henkilökunnan työtä. Useissa vastauksissa oltiin huolestuneita hoidon jatkuvuuden heikosta tilanteesta. Useissa lausunnoissa korostettiin sitä, että perusterveydenhuollon potilas-lääkärisuhteen hoidon jatkuvuudesta on vahva tieteellinen näyttö suhteessa hoidon laatuun, tehokkuuteen, kuolleisuuden vähenemiseen ja pienempiin erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Avovastauksissa muistutettiin myös siitä, että kotihoidon resurssien ja pitkäaikaispaikkojen välinen epäsuhta näyttäisi liittyvän ikääntyneiden henkilöiden hakeutumiseen ensiapuun tai päivystykseen erityisesti pääkaupunkiseudulla. Muutama vastaaja toivoi yksityisen sektorin voimavarojen parempaa hyödyntämistä.

#### *Suun terveydenhuolto*

Lausuntopalvelussa suun terveydenhuollon kysymyksen vaihtoehtoja oli valinnut 43–64 vastaajaa vaihtoehtoa kohti. Suun terveydenhuollossa yleisimmin syyksi pitkiin odotusaikoihin nousi suuri ja patoutunut kysyntä (95 % vastanneista). Lähes 80 % nosti viiden tärkeimmän syyn joukkoon vaihtoehdot riittämättömät taloudelliset resurssit, riittämätön ennalta ehkäisy ja varhainen puuttuminen tai vaikeudet henkilöstön saatavuudessa pitkäaikaisesti. Vaihtoehdon Covid-19-epidemia valitsi lähes 57 % vastaajista. Vastaajista alle kymmenen prosenttia nosti viiden tärkeimmän syyn joukkoon vaihtoehdot riittämätön ohjaus



ja neuvonta muihin palveluihin, muiden palveluiden toimimattomuus, riittämätön osaaminen tai huono toiminnan johtaminen.

Avovastauksissa pitkien odotusaikojen syyksi nimettiin erityisesti henkilöstön saatavuusongelmat suun terveydenhuollon eri ammattiryhmissä (hammashoitajat, suuhygienistit, hammaslääkärit ja erikoishammaslääkärit). Asiasta lausuvat muun muassa eri edunvalvontajärjestöt sekä lukuisat kunnat ja kuntayhtymät. Esille nostettiin myös koronan aiheuttama hoitovelka ja väestön ikääntymiseen liittyvä lisääntynyt palvelutarve.

Useassa avovastauksessa mainittiin yksityisen suun terveydenhuollon (hammashoidon) hintojen voimakas nousu ja toisaalta Kelan maksamien sairausvakuutuksen korvausten matala taso, joiden nähtiin lisäävän painetta hakeutua suun terveydenhuollon julkisen sektorin palveluihin. Monet vastaajat totesivat myös kotitalouksien osuuden liian korkeaksi suun terveydenhuollon kustannuksista, mukaan lukien asiakasmaksut julkisessa suun terveydenhuollossa. Avovastauksissa todettiin lisäksi, että suun terveydenhuoltoa ei ole resursoitu riittävästi, kun koko väestö tuli julkisesti tuetun suun terveydenhuollon piiriin joulukuussa 2002.

## 1.2 Edistääkö hoitotakuun tiukentaminen ehdotetussa muodossa seuraavia asioita?

hoidon saatavuutta / potilasturvallisuutta / hoidon jatkuvuutta / hoidon vaikuttavuutta / terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta/terveydenhuoltoon käytettävissä olevien resurssien oikeaa kohdentumista / väestön yhdenvertaisuutta / väestön terveys- ja hyvinvointierojen kaventamista

### *Perusterveydenhuollon avosairaanhoito*

Lausuntopalvelussa kysymyksen eri asiavaihtoehtoihin oli ottanut kantaa 92–95 vastaajaa vaihtoehtoa kohti. Vastanneista 81 % katsoi hoitotakuun tiukentamisen ehdotetussa muodossa edistävän hoidon saatavuutta, 12 % ei nähnyt ehdotuksen edistävän hoidon saatavuutta ja seitsemän prosenttia ei osaa sanoa kantaansa. Vastaavasti 71 % katsoi ehdotuksen edistävän väestön yhdenvertaisuutta, 55 % väestön terveys- ja hyvinvointierojen kaventamista sekä 34 % terveydenhuollon käytettävissä olevien resurssien oikeaa kohdentamista. Hoidon vaikuttavuutta ehdotus edistäisi 22 %:n mielestä ja hoidon jatkuvuutta 11 %:n mielestä.

Avovastauksissa kysytyjen hyötyjen toteutumisen nähtiin edellyttävän muun muassa riittäviä resursseja, riittävää osaamista ja hyvää suunnittelua. Suuri vaikutus katsottiin olevan sillä, miten toiminta järjestetään eli onko hoito vaikuttavaa. Monet vastaajat korostivat myös hoidon jatkuvuuden merkitystä. Hoidon vaikuttavuuden paranemisen nähtiin vaativan myös hoidon jatkuvuuteen panostamista. Suomen Lääkäriliiton mukaan uudistuksen tavoitteet ovat hyvät, esitettävä lainsäädäntö mahdollistaa niiden toteutumisen, mutta lopputulos riippuu hyvinvointialueiden kyvystä ja tavasta toteuttaa lainsäädännön edellyttämät muutokset. Lausunnoissa muistutettiin hyvinvointialueiden erilaisista tilanteista, ja että hyvinvointialueiden toiminnan käynnistyessä tapahtuvista monista isoista ja samanaikaista muutoksia. Hoitotakuun tavoitteiden täysimääräinen saavuttaminen voi joillakin alueilla olla haastavaa annetussa aikataulussa. Hyvinvointialueilla nähtiin etenkin siirtymävaiheessa tarpeita varautua myös palvelujen hankintaan ulkopuolisilta palveluntarjoajilta. Hyvinvointiala HALI ry katsoi lausunnossaan, että julkinen terveydenhuolto voisi hyödyntää nykyistä paljon tehokkaammin monituottajuutta eli kumppanuutta sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavien yritysten ja järjestöjen kanssa.

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry:n mielestä hoidon tarpeen arvioinnissa rajautuminen nimikesuojattujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattioikeuksiin ei edistä hoidon saatavuutta tai saavutettavuutta. Tehyn mukaan esityksen tavoitetilan saavuttaminen edellyttää merkittävää laillistettujen ammattihenkilöiden (hoitajat, lääkärit ja muut terveydenhuollon ammattilaiset) lisäämistä perusterveydenhuollon palveluihin. Tehy katsoi myös, että sairaan- ja terveydenhoitajien, fysioterapeuttien, kättilöiden ja suuhygienistien suoravastaanottoja tulee lisätä, jotta asiakas saisi nopeasti avun ongelmiinsa. Kunta- ja hyvinvointialueuudenantajat KT:n mielestä hoitotakuun lainsäädäntö ei sellaisenaan tässä henkilöstötilanteessa pystyisi muuttamaan nykytilannetta taikaiskusta ja jää arvailujen varaan, paranisiko joidenkin potilaiden hoitoon pääsy ja jos paranee, keiden kustannuksella. Suomen Fysioterapeutit mukaan kuntoutusta ja kiireetöntä hoitoa ei ole tarkoituksenmukaista käsitellä samalla momentilla, koska kuntoutus on hyvin vahvasti oikea-aikaisuuteen sidottu, eikä kuntoutustarve juuri koskaan ole kiireetön. Elinkeinoelämän tutkimuslaitos toi esiin huolensa siitä, että mikäli hoitotakuu toteutuisi joillain alueilla ja joissakin potilasryhmissä mutta epäonnistuisi toisaalla, uudistuksen dynaamiset vaikutukset johtaisivat paradoksaalisesti hoidollisen eriarvoisuuden lisääntymiseen sekä alueellisesti että potilasryhmien välillä.

Suomen Yleislääkärit ry:n mukaan suurin este hoitotakuun toteutumiseksi on sen täysin epärealistinen aikataulu. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim ry katsoi, että hoitotakuun tiukentaminen 14 vuorokauteen kiireettömässä ongelmassa olisi toteuttamiskelpoisempi kuin nyt ehdotettu malli. MIELI Suomen Mielenterveys ry:n lausunnon mukaan hoitotakuun tiukentaminen ei edistäisi yhdenvertaisuutta, koska mielenterveyden häiriöiden hoito, kuten psykoterapia ja muut psykososiaaliset mielenterveyden häiriön hoitoon tarkoitettut interventiot, on rajattu perusterveydenhuollon hoitotakuun ulkopuolelle.

Monissa avovastauksissa nähtiin hoitotakuun ehdotettu tiukennus kannatettavana asiana, mutta muistutettiin hoitovelan kasvusta koronapandemian aikana. Osa vastaajista epäili, että tässä tilanteessa perusterveydenhuolto ei selviäisi tiukennuksesta.

Vankiterveydenhuollon yksikön lausunnon mukaan ehdotettu välitön yhteydensaanti lisää vankien potilasturvallisuutta sekä hoidon suunnittelun ja toteutuksen tehokkuutta. Hoitoon pääsyn nopeutuminen siviiliterveydenhuollossa sujuvoittaisi vapautuvan vangin mielenterveyspalveluiden hoitoketjua. YTHS:n mukaan jos voimavaroja siirrettäisiin lakisääteisesti näin merkittävässä määrin hoidon nopeaan aloitukseen, on odotettavissa, että organisaatiot panostaisivat tämän tavoitteen toteutumiseen paljon ja vähentäisivät voimavaroja muualta. Näin ollen esimerkiksi hoidon jatkuvuuteen panostaminen voisi vähentyä, ja palveluita saisivat enenevässä määrin nimenomaan ne, jotka keksivät niitä pyytää, eivätkä ne jotka siitä eniten hyötyisivät (pitkäaikaissairaat, syrjäytyneet tai syrjäytymisvaarassa olevat jne.)

Helsingin kaupungin mielestä perusterveydenhuollossa hoitoon pääsyn nopeuden ei sinänsä pitäisi olla ensisijainen tavoite. Tavoitteena tulisi olla oikea-aikainen, laadukas ja vaikuttava hoito. Kategorinen laissa säädetty hoitoon pääsyn yläraja ei Helsingin kaupungin mukaan välttämättä toteuttaisi näitä tavoitteita.

Yhdenvertaisuusvaltuutettu katsoi lausunnossaan, että hoitotakuun tiukennuksella, sen toteutuessa suunnitellusti, olisi tosiasiallista yhdenvertaisuutta tukeva vaikutus. Valtuutettu toteaa kuitenkin, että seurannan kautta käy nopeasti ilmi, mikäli hoidon tarpeen arviointia ryhdyttäisiin käytännössä toteuttamaan niin tiukalla seulalla, että lääkärin vastaanotolle pääseminen muodostuisi hankalaksi tai entistä hankalammaksi.

Svenska Finlands folkting katsoi ehdotuksen sisältävän riskin, että tiukentunutta hoitotakuuta ei pystytä täyttämään ruotsinkielisissä sosiaali- ja terveyspalveluissa, mikä käytännössä muodostaisi riskin yhdenvertaisuuden turvaamiselle suomenkielisen ja ruotsinkielisen väestön välillä.

Oikeusministeriön mukaan hoitoon pääsyn nopeuttaminen ja tehostaminen sekä yhdenvertaisuuden edistäminen hoitoon pääsyssä ovat erittäin kannatettavia tavoitteita. Vaikutusarvion tekeminen vaikuttaisi kuitenkin hyvin haastavalta. Lausunnon mukaan valmistelussa tulee ensisijaisesti varmistua siitä, että nyt ehdotettavien säännösten noudattaminen, niin määräaikojen noudattaminen kuin 51 §:n 2 momentissa aikaisempaa tiukempien edellytysten täyttävän henkilöstön riittäminen, ovat käytännössä mahdollisia.

### *Suun terveydenhuolto*

Lausuntopalvelussa kysymyksen eri asiavaihtoehtoihin oli ottanut kantaa 67–9 vastaajaa vaihtoehtoa kohti. Vastaajista 81 % näki, että suun terveydenhuollon hoitotakuun tiukentaminen ehdotetussa muodossa edistäisi hoidon saatavuutta, kun 10 % ei osannut sitä arvioida ja yhdeksän prosentin ehdotus ei edistäisi hoidon saatavuutta suun terveydenhuollossa. Noin 40 %:n mielestä hoitotakuun tiukentaminen edistäisi terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta, hoidon vaikuttavuutta ja potilasturvallisuutta, kun noin kolmannes vastaajista ei osannut arvioida näitä vaikutuksia. Vastaajista noin 30 % mielestä suun terveydenhuollon hoitotakuun tiukentamisen edistävän hoidon jatkuvuutta, mutta noin 40 prosentin mielestä näin ei olisi, kun 30 % ei osannut ottaa kantaa asiaan. Vastaajien arviot vaikutuksista hoidon laatuun vaihtelivat: noin kolmannes arveli muutoksen edistävän laatua, kun kolmannes arvioi, ettei näin ole ja kolmannes ei osannut ottanut kantaa asiaan.

Useissa avovastauksissa nousi esille huoli siitä, että hoitotakuun tiukentaminen heikentäisi hoidon jatkuvuutta ja hoitajaksojen läpimenoaikaa, mikäli resursseja ei saada riittävästi eikä hoidon toteuttamiselle määritellä selkeitä aikaraameja. Lisäksi huolena oli, että suun sairauksien ennalta ehkäisevä ja varhaishoito voivat olla uhattuina, jos voimavarat suunnataan vain hoitoon pääsyyn määräajassa.

Avovastauksissa todettiin myös, että riittävän varhainen hoito saattaisi parantaa laatua, potilasturvallisuutta ja kustannusvaikuttavuutta etenkin tilanteessa, jossa käynnin sisältö ja laatu eivät samalla heikkene, mikä olisi uhkana, jos painotettaisiin vain hoidon saatavuutta. Ammattihenkilöiden saatavuuden nähtiin vaikuttavan siihen, miten hyvin hoitotakuun tiukentaminen edistäisi listattuja asioita.

Avovastauksissa oli useita myönteisiä arvioita hoitotakuun tiukentamisen vaikutuksista. Aluehallintovirastojen yhteisessä lausunnossa todettiin, että suun terveydenhuollon hoitotakuun tiukentaminen lisäisi väestön yhdenvertaisuutta. Suomen Kuntaliitto ry:n mukaan hoitoon pääsyn nopeuttaminen suun terveydenhuollossa on kannatettava tavoite. Suomen Hammaslääkäriliitto ry:n mukaan nopeampi hoitoon pääsy ja nopeammin annettu hoito parantaisivat hoidon vaikuttavuutta. Lausunnon mukaan kustannusvaikuttavuuteen vaikuttaisivat päivityksen tarpeen väheneminen ja varhainen puuttuminen tilanteissa, joissa hoidon pitkittyminen aiheuttaa lisäkustannuksia.

Vastauksissa todettiin myös, että tiukempi hoitotakuu aika edesauttaisi oikea-aikaisen diagnostisoinnin ja hoidon toteutumista. Lisäksi katsottiin, että hoitotakuuajan lyhentäminen mitä todennäköisimmin lyhentäisi myös hoitojen läpimenoaikoja, jolloin hoidot eivät vaikeutuisi liian pitkien odotusaikojen takia. Vastauksissa arvioitiin, että riittävän varhainen hoito saattaisi parantaa laatua ja kustannusvaikuttavuutta. Erityisesti lasten suun perushoidossa ja oikomishoidossa varhainen hoito voisi vähentää erikoissairaanhoidon tarvetta ja sen kautta kustannuksia. Kaikkien positiivisten muutosten nähtiin riippuvan siitä, kuinka lakia noudatettaisiin ja

kuinka käytäntöjä todellisuudessa muutettaisiin. Onnistuessaan ehdotus voisi edistää lähes kaikkia mainittuja osa-alueita.

Avovastauksissa tuotiin myös esille, että nopea hoitoon pääsy tasaisin väliajoin saattaisi pienentää myös muun terveydenhuollon kustannuksia, kun suun sairaudet eivät altistaisi tulehdusten ja sairauksien puhkeamiselle muualla kehossa.

### **1.3 Mielenterveyspalvelut. Parantavatko hallituksen esitykseen sisältyvät ehdotukset seuraavia asioita?**

joustavaa pääsyä palveluihin mielenterveysongelmissa/hoitoketjujen jatkuvuutta mielenterveyden hoidossa/mielenterveyden palvelukokonaisuutta ja yhteensovittamista muihin palveluihin

Kysymyksiin vastasi 75–90 vastaajaa. Vastaajista 83 % arvioi ehdotusten parantavan palveluihin pääsyä jossain määrin tai selvästi. Noin kolmannes arvioi ehdotusten edistävän palvelukokonaisuutta ja yhteensovittamista muihin palveluihin ja alle kolmannes arvioi, että ne edistäisivät hoitoketjujen jatkuvuutta. Osa kuntien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien vastaajista korosti, että palveluihin saa jo nykyisin matalla kynnyksellä yhteyttä ja hoitajatasoisen arvion. Ongelmana on usein lääkärin arvioon pääsy diagnostiikan ja hoidon määrittämistä varten, mitä esitys parantaisi.

Suuressa osassa vastauksista arvioitiin, että pelkkä hoitotakuun kiristäminen saattaisi johtaa resurssien epätarkoituksenmukaiseen käyttöön. Tavoitteiden toteutuminen edellyttäisi mielenterveyden hoitoon koulutetun henkilöstön määrällistä lisäämistä perusterveydenhuollon avohoidossa. Tämä pitäisi ottaa huomioon myös esityksen taloudellisissa arvioinneissa. Myös erikoissairaanhoidon tilanne vaikuttaa palvelukokonaisuuksiin ja hoitoketjujen jatkuvuuteen. Turun yliopiston näkemyksen mukaan esitys mielenterveystyöhön ja päihdetyöhön koulutetusta henkilöstöstä, joka työskentelee lääkärin työpareina, on erinomainen ja laajennettavissa koko perusterveydenhuollon kenttään. Suomen Psykiatriyhdistyksen mukaan esityksessä ei ole riittävästi otettu huomioon tarvittavaa aikataulua, hoitoketjujen ja hoitoprosessien suunnittelua, henkilöstön osaamisvaadetta eikä riskiä resurssien epätarkoituksenmukaiseen käyttöön, jos alue joutuisi turvautumaan kalliisiin vuokratiloihin. Psykiatriyhdistys korosti lausunnossaan, että terveyshyötyä saataisiin vain, jos riittävän kokoneen ja koulutetun henkilöstön alkuarvion sekä lääkärin arvion jälkeen olisi saatavissa tehokkaita hoitointerventioita. Tähän tarvitaan lisäresursointia vaikuttaviin hoitointerventioihin ja niiden osajien kouluttamiseen sekä keskeisten hoitoprosessien ja alueellisten hoitoketjujen kehittämiseen. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen valmisteluelin katsoi, että pitkäaikaisia hoitosuhteita avosairaanhoidossa ei välttämättä syntyisi, koska vastaanottoaika olisi annettava seitsemän päivän kuluessa, ja tämä olisi riski erityisesti mielenterveys- ja päihdehoidon laadun heikkenemiselle.

Erityisesti useat mielenterveys- ja opiskelijajärjestöt katsoivat, että hoitoon pääsyn aikarajan lisäksi tulisi säätää Terapiatakuu-kansalaisaloitteen mukaisesti psykososiaalisille hoidoille erillinen hoitoon pääsyn aikaraja. HUS Kuntayhtymän lausunnon mukaan erillisen hoitotakuurajan säätäminen soveltuisi hoitosuunnitelman mukaisille psykososiaalisille lyhytinterventioille ja digitaalisille terapeuttisille interventioille, mutta ei varsinaisille psykoterapioille.

Aluehallintovirastojen yhteisessä lausunnossa pidettiin tärkeänä, että lainsäädännössä otettaisiin huomioon mielenterveyspalveluiden ominaispiirteet ja että laissa tai lain esitöissä määritellään, mitä tarkoittaa mielenterveyspalveluissa hoidon tarpeen arvio ja hoito. Mielenterveyspalvelut voivat sisältää useita arviointikäyntejä useilla eri ammattihenkilöillä ennen varsinaisen hoidon alkamista. Lisäksi lausunnossa

arvioitiin, että lain esitöissä olisi tarpeen määritellä, miten hoitotakuu tulee ottaa huomioon koulupsykologin toteuttamissa kognitiivisissa tutkimuskäynneissä, ja onko tutkimuksien tarkoituksella (lääketieteelliset syyt, pedagogiset syyt) merkitystä hoitotakuun huomioon ottamisessa.

Suomen Psykologiliitto ry ja Suomen Mielenterveys ry kiinnittivät huomiota ristiriitaisuuksiin 51 a §:n perusteluissa psykoterapeuttisen hoidon osalta. Niiden mukaan toisaalta hallitus esittää, että psykoterapiat ja muut mielenterveyteen, päihteisiin ja riippuvuuskäyttäytymiseen liittyvät psykososiaaliset mielenterveyden häiriön hoitoon tarkoitetut interventiot eivät olisi hoitotakuun piirissä. Toisaalta hallitus esittää, että hoitotakuun piiriin voisi kuulua mielenterveyden oireisiin tarkoitettuja psykososiaalisia lyhyitä terapiajaksoja.

#### **1.4 Valitse seuraavista sellaiset negatiiviset vaikutukset, joita hoitotakuun tiukentamisella ehdotetussa muodossa todennäköisesti seuraisi.**

lisää epätarkoituksenmukaista perusterveydenhuollon kysyntää/vaarantaa hoidon jatkuvuuden ja vaikuttavuuden/vaarantaa muiden terveystalveluiden toteuttamista/lisää kilpailua henkilöstöstä terveydenhuollon palveluiden välillä/lisää kilpailua henkilöstöstä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä/nostaa kustannuksia/ei mitään edellisistä/muita, mitä?

##### *Perusterveydenhuollon avosairaanhoito*

Lausuntopalvelussa eri vaikutusvaihtoehtoihin oli ottanut kantaa 84–88 vastaajaa vaihtoehtoa kohti. Vastaajista 80 % näki hoitotakuun tiukentamisen ehdotetussa muodossa nostavan kustannuksia. Suurin osa vastaajista katsoi ehdotuksen todennäköisesti lisäävän myös kilpailua henkilöstöstä: terveydenhuollon palveluiden välillä (72 % vastaajista) sekä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä (69 % vastaajista). Vastaajista 56 % näki ehdotuksen vaarantavan todennäköisesti hoidon jatkuvuuden ja vaikuttavuuden. Noin puolet vastaajista arvioi, että ehdotus todennäköisesti lisäisi epätarkoituksenmukaista perusterveydenhuollon kysyntää. Hyvinvointialueiden vastauksissa yleisimmät olivat: lisää kilpailua henkilöstöstä yksityisen ja julkisen terveydenhuollon välillä (95 % vastauksista) ja nostaa kustannuksia (95 %), lisää kilpailua henkilöstöstä terveydenhuollon palvelujen välillä (84 %), lisää epätarkoituksenmukaista perusterveydenhuollon kysyntää (83 %) sekä vaarantaa hoidon jatkuvuuden ja vaikuttavuuden (79 %).

Avovastauksissa useat lausunnonantajat toivat esiin huolensa siitä, että velvollisuus hankkia palveluja muulta palveluntuottajalta (54 §) voi aikaansaada pirstaleisemman palvelun ja rikkoa hoidon jatkuvuuden pitkäaikaissairaiden hoidossa sekä heikentää julkista perusterveydenhuoltoa. Yhdessä henkilöstön saatavuusvaikeuksien kanssa tämä voi pahimmassa tapauksessa johtaa laajamittaiseen ostopalveluiden tai palvelusetelien käyttöön, jolloin yksityiset palveluntuottajat rekrytoivat lisää työntekijöitä julkisesta perusterveydenhuollosta heikentäen sen henkilöstötalannetta entisestään samalla kun kustannukset nousevat. Yhdessä lausunnossa katsottiin, että kilpailu työntekijöistä parantaisi pitkällä aikavälillä työnteon edellytyksiä ja parantaisi myös alan houkuttelevuutta työntekijöiden silmissä, minkä vuoksi työntekijöistä kilpailemista ei ole syytä pitää ainoastaan negatiivisena ilmiönä. Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT:n mukaan on selvää, että nykyisessä henkilöstöpulassa uusien hoitokäyntien vaatimat vastaanotto-ajat ja henkilöstöresurssit ovat pois muiden sairauksien hoidoista. Valtakunnallinen kansanterveystyön johtajaverkosto lausui, että mikäli perusterveydenhuoltoon ei ohjaudu riittävästi lisäresursseja, niin muutos voisi vaarantaa muiden terveystalveluiden, kuten ennaltaehkäisevän työn tai pitkäaikaissairaiden ja monitarpeisten asiakkaiden hoidon toteuttamista. Useissa lausunnoissa todettiin, että hoitotakuun tiukennus nostaisi aluksi kustannuksia, mutta mikäli uudistus parantaisi perusterveydenhuollon toimintaa, niin pitkällä aikavälillä muutos olisi kustannusvaikuttavaa.

Helsingin kaupungin mukaan kategorinen laissa säädetty hoitoon pääsyn yläraja voi johtaa pahimmillaan epätarkoituksenmukaiseen manipulatiiviseen suoritteiden tuottamiseen ja lain kirjaimen täyttämiseen ilman terveyshyötyjä. Esityksessä perusterveydenhuollon hoitotakuun viitataan sisältävän A-klinikkatyyppiset yksiköt (Helsingissä päihdepoliklinikat ja muut matalan kynnyksen päihdepalvelut). Helsingin kaupungin lausunnon mukaan näiden osalta esitys hidastaisi ja kaventaisi hoitoon pääsyn mahdollisuuksia, mikäli jatkossa tulisi odottaa ensin pääsyä terveydenhuollon ammattilaisen hoidon tarpeen arviointiin, eikä hoitoa voisi aloittaa nykyiseen tapaan ilman edeltävää ammattilaisarviota tai yhtä hyvin sosiaalialan ammattilaisen arvioon perustuen.

### *Suun terveydenhuolto*

Lausuntopalvelussa eri vaikutusvaihtoehtoihin oli ottanut kantaa 61–65 vastaajaa vaihtoehtoa kohti. Suun terveydenhuollon hoitotakuun tiukentamisen todennäköiseksi negatiiviseksi vaikutukseksi nosti 75 % vastaajista kustannusten nousun. Vastaajista 62 % arveli hoitotakuun tiukennuksen lisäävän kilpailua julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä ja 41 % arvioi kilpailun henkilöstöstä terveydenhuollon eri palveluiden välillä. Vastaajista 52 % oli sitä mieltä, että epätarkoituksenmukainen perusterveydenhuollon kysyntä ei lisääny hoitotakuun tiukentamisen vuoksi, kun se 34 % mielestä lisääntyy ja 13 % ei osannut sanoa kantaansa. Vastaajista 47 % arvioi, että hoidon jatkuvuus ja vaikuttavuus eivät vaarannu, 23 % arvioi niiden vaarantuvan ja 30 % ei osannut sanoa kantaansa. Vastaajista 63 % mielestä ehdotettu muutos ei vaaranna muiden palvelujen toteuttamista.

Hyvinvointialueiden vastauksissa yleisimmät olivat: nostaa kustannuksia (86 % vastaajista), lisää kilpailua henkilöstöstä yksityisen ja julkisen terveydenhuollon välillä (71 % vastauksista) sekä lisää kilpailua henkilöstöstä terveydenhuollon palvelujen välillä (45 %).

Avovastauksissa Suomen Hammaslääkäriliitto ry näki riskinä, että aika- ja taluspaineissa työntekijöiden hyvinvointiin liittyvien asioiden ottaminen huomioon jää liian vähälle. Osa vastaajista arvioi, että hoitotakuun tiukentaminen lisäisi potilaiden siirtymistä yksityispuolelta julkiselle puolelle. Vastauksissa todettiin myös, että negatiivisten vaikutuksia voitaisiin taklata uusilla toimintatavoilla. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos toi esille, että kun toimintamallit saadaan kuntoon, pitäisi kustannusten jopa laskea, koska suusairaudet yleensä komplisoituvat ja tulevat kalliimmiksi hoitaa hoitoon pääsyn pitkittyessä. Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT arvioi, että suun terveydenhuollon hoitotakuu olisi uudistuksen jälkeenkin sen verran väljä, että todennäköisesti epätarkoituksenmukainen palvelujenkäyttö ei merkittävästi lisääntyisi.

### **1.5 Mitkä ovat tehokkaimpia toiminnallisia keinoja parantaa hoitoon pääsyä (valitse kolme)?**

asiakkaiden segmentaatio ja asiakasryhmittäiset toimintamallit/palvelun jatkuvuuden, laadun ja vaikuttavuuden kehittäminen/uudet toimintamallit, esimerkiksi tiimimalli/digitaaliset palvelut ja teknologian hyödyntäminen/integraation kehittäminen sosiaalipalveluihin ja erityispalveluihin/ehjät hoito- ja palveluketjut ja kokonaisuudet/henkilöstön siirtäminen muista palveluista perusterveydenhuoltoon/henkilöstön koulutus/johtamisen kehittäminen/ostopalvelut ja palveluseteli/ muu: mikä?

### *Perusterveydenhuollon avosairaanhoito*

Lausuntopalvelussa eri keinovaihtoehtoja oli valinnut 58–79 vastaajaa vaihtoehtoa kohti. Selvästi tehokkaimmaksi toiminnalliseksi keinoksi parantaa hoitoon pääsyä nähtiin palvelun jatkuvuuden, laadun ja vaikuttavuuden kehittäminen (82 % vastaajista). Noin puolet vastaajista katsoi tehokkaimmiksi keinoiksi digitaaliset palvelut ja teknologian hyödyntämisen, ehjät hoito- ja palveluketjut ja kokonaisuudet, asiakkaiden segmentaation ja asiakasryhmittäiset toimintamallit ja uudet toimintamallit, esimerkiksi tiimimallin. Noin yksi viidestä vastaajasta valitsi ostopalvelut ja palvelusetelin, integraation kehittämisen sosiaali- ja erityispalveluihin, henkilöstön koulutuksen tai johtamisen kehittämisen tehokkaimpien toiminnallisten keinojen joukkoon hoitoon pääsyn parantamiseksi. Hyvinvointialueiden vastauksissa kolme yleisintä olivat palvelujen jatkuvuuden, laadun ja vaikuttavuuden kehittäminen (74 % vastauksista), asiakkaiden segmentointi ja asiakasryhmittäiset toimintamallit (60 %) sekä digitaaliset palvelut ja teknologian hyödyntäminen (58 %).

Avovastauksissa Suomen yleislääketieteen yhdistys ja Suomalainen lääkäri-seura Duodecim ry lausuiivat, että asiakaskunnan segmentaation ja tiimimallien hyödyistä ei ole tieteellistä näyttöä, molempien termien käyttö on kirjavaa eikä segmentaatiolla ja tiimimallilla tarkoiteta eri organisaatioissa samaa asiaa sekä digitaalisten palveluiden ja teknologian hyödyntäminen on tärkeää, mutta uusissa tuoreissa sairauksissa ensimmäistä vastaanottoa ei uusimman tutkimusnäytönkään perusteella voida korvata etävastaanotolla potilasturvallisuutta heikentämättä. Osaa tämän jälkeisistä vastaanotoista voidaan hoitaa etänä, kuten on aina hoidettu menestyksekkäästi puhelimella. Edelleen avovastauksissa tuotiin esiin muun muassa seuraavia näkökulmia ja keinoja: toimintamalliuudistukset perusterveydenhuollon kentällä ovat hyvin hitaita toteuttaa; monisairaiden ja paljon palveluja käyttävien asiakasvastaava-hoitomallilla on saatu hyviä tuloksia, hoitoketjuja pitäisi saada lyhennettyä esimerkiksi madaltamalla byrokratiaa ja lisäämällä joustavuutta ja ketteryyttä sekä monialaisuutta ja moniammatillista yhteistyötä ohjaamalla potilas suoraan sellaisen ammattilaisen luo, joka pystyy antamaan avun ilman hoitoa viivytettäviä välikäsiä. Myös moniammatillisuuden kehittäminen ja koulutuksen ja työelämän yhteistyön tiivistäminen mainittiin avovastauksissa.

Monet vastaajat korostivat riittävien resurssien ja hoidon jatkuvuuden merkitystä.

### *Suun terveydenhuolto*

Lausuntopalvelussa eri keinovaihtoehtoja oli valinnut 41–51 vastaajaa vaihtoehtoa kohti. Suun terveydenhuollossa tehokkaimmiksi toiminnallisiksi keinoiksi parantaa hoitoon pääsyä nostettiin palvelun jatkuvuuden, laadun ja vaikuttavuuden kehittäminen (75 % vastaajista), ehjät hoito- ja palveluketjut ja kokonaisuudet (67 % vastaajista) sekä ostopalvelut ja palveluseteli (60 % vastaajista). Noin puolet vastaajista arvioi tehokkaiksi keinoiksi asiakkaiden segmentaation ja asiakasryhmittäiset toimintamallit sekä uudet toimintamallit, esimerkiksi tiimimallin. Integraation kehittämisen sosiaali- ja erityispalveluihin näki tehokkaaksi neljännes vastaajista ja digitaaliset palvelut ja teknologian hyödyntämisen joka viides vastaaja. Vain pieni osa vastaajista näki henkilöstön koulutuksen (16 %), johtamisen kehittämisen (14 %) ja henkilöstön siirtämisen muista palveluista perusterveydenhuoltoon (7 %) tehokkaimmaksi keinoksi.

Avovastauksissa Kunta- ja hyvinvointialueuetyönantajat KT mainitsi muuna keinona parantaa hoitoon pääsyä laillistettujen ammattilaisten määrään lisäämisen. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry ehdotti koulutusmallien kehittämistä niin, että koulutusta voitaisiin viedä pienemillekin paikkakunnille. Suomen

Kuntaliitto ry:n Sosiaali- ja terveystoimikunta totesi, että työnjaon kehittämisen esteenä voi olla epäoptimaalinen henkilöstörakenne sekä puutteet digitalisaation hyödyntämisessä.

Vastauksissa esitettiin keinoksi myös asiakkaiden sisällyttämistä takaisinsoittojärjestelmään sovitulla kriteereillä hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Yhdeksi keinoksi ehdotettiin ennaltaehkäisyä verotuksellisin ja valtionohjauksellisin keinoin.

### **1.6. Voidaanko valtionavustusten (Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelma ja Suomen kestävän kasvun ohjelma) mahdollistamalla kehittämistoimenpiteillä ja hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelan purkamisella saavuttaa tilanne, joka mahdollistaa hoitotakuun tiukentamisen toimeenpanon ehdotetussa muodossa?**

#### *Perusterveydenhuollon avosairaanhoito*

Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 87 vastaajaa, joista 11 ei ottanut kantaa. Kantaa ottaneista 37 % näki ainakin pääosin mahdollisena saavuttaa kehittämishankkeilla ja hoitovelan purulla tilanne, jossa hoitotakuun tiukentaminen kyettäisiin toimeenpanemaan. Vastaajista 63 % näki, että kehittämishankkeet ja hoitovelan purku eivät pääosin tai ollenkaan edesauta riittävästi toimeenpanoa. Hyvinvointialueiden vastauksissa joka viides näki, että ehdotukset edistävät mutta kolme neljästä ei nähnyt niiden edistävän hoitotakuun kiristämisen toimeenpanoa.

Avovastauksissa todettiin, että hyviä kehittämistoimenpiteitä on käynnissä ja niillä voitaisiin parantaa hoitoon pääsyä jossain määrin, ja jononpurulla voitaisiin tilapäisesti lyhentää jonoja, mutta ne eivät yksin riitä. Tarvittaisiin pysyvä resurssilisäys perusterveydenhuollon avosairaanhoidon aliresursoinnin korjaamiseksi, jotta hoitotakuussa olisi realistista pysyä.

Kehittämishankkeiden lopputulos jää riippumaan toteutuksesta ja lausuntojen mukaan hankkeista saatava hyöty realisoituu joka tapauksessa uusina vaikuttavina toimintamalleina vasta vuodesta 2024 alkaen. Mikäli uusia kehittämistoimenpiteitä (esimerkiksi tiimimalli, etäpalvelut) ajettaisiin liialla kiireellä läpi, tavoitteisiin pääsy voisi vaarantua.

Lausuntojen mukaan hoito-, kuntoutus- ja palveluvelkaa on koronapandemian aikana kertynyt paljon ja sitä kertyy edelleen. Osa palvelutarpeista on jäänyt piiloon. Velan purkamiseen tulisi välittömästi kohdistaa riittävästi toimia ja resursseja. Lisäksi velan purun tulisi olla pitkäjänteistä. Lausunnoissa katsottiin, että jonon purkaminen organisaation ulkopuolella tai ei-omalääkäriin tai oman tiimin toimesta ilman jatkuvuutta ei tuottaisi vastaavaa terveyshyötyä, eikä olisi kustannustehokasta erityisesti monisairaiden henkilöiden kohdalla.

Valtiovarainministeriö katsoi, että kysymys siitä, että määräaikaisella avustusrahoituksella rahoitetaan lain toimeenpanoa tukevia asioita, on kustannus- ja määräraha-vaikutusten arvioinnin näkökulmasta vaikea; mitä tapahtuu euromääräisesti merkittävien avustushankkeiden päättyessä. On perusteltua odottaa, että hankkeilla saadaan kehitettyä toivottuja asioita siten, että hoitovelkaa saadaan purettua. Kuitenkin kysymys siitä, mille tasolle hoitovelka saadaan purettua ennen lainsäädännön voimaan tuloa, jää auki. Kaikki alueet eivät usko tavoitetta saavutettavan alueellaan vuoden 2023 loppuun mennessä. Asiaan liittyy siis epävarmuutta ja riski siitä, että uudistus aiheuttaa hyvinvointialueille enemmän kustannuksia kuin mitä nyt etukäteen arvioidaan, ja minkä verran hyvinvointialueiden rahoitusta lisätään. Vaikutusten arviointia olisi täydennettävä mahdollisuuksien mukaan hankkeiden edistyessä.



### *Suun terveydenhuolto*

Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 63 vastaajaa. Lähes puolet vastaajista (48 %) näki, että suun terveydenhuollossa valtionavustusten mahdollistamalla kehittämistoimenpiteillä ja hoitovelan purkamisella ei voitaisi tai ei pääosin voitaisi saavuttaa tilannetta, joka mahdollistaisi hoitotakuun tiukentamisen toimeenpanon ehdotetussa muodossa. Vastaajista 29 % mielestä se olisi mahdollista, kun 24 % vastaajista ei osannut sanoa kantaansa. Hyvinvointialueiden vastauksissa runsaat puolet vastaajista näkivät, että valtionavustuksilla ei saavutettaisi hoitotakuun tiukentamisessa ehdotettuja tavoitteita, kun joka kolmas vastaajista näki sen mahdolliseksi.

Avovastauksissa todettiin, että tilanne, joka mahdollistaa hoitotakuun tiukentamisen toimeenpanon ehdotetussa muodossa voitaisiin mahdollisesti saavuttaa, mikäli kyseisten avustusten ja hankkeiden rahoitusta kohdennettaisiin suun terveydenhuollon resurssien parantamiseen ja hoidon saamisen odotusajan purkamiseen, mutta tähän mennessä rahoitus ei ole siihen juurikaan kohdennettu. Aluehallintovirastojen yhteisessä lausunnossa arvioitiin, että vain lyhyen määräajan kestävä valtionapu ei toisi pysyvää ratkaisua, mutta auttaisi alussa hoitotakuun säännöksen toteuttamisen suunnittelussa ja alulle saattamisessa. YTHS totesi, että sillä ei ole ollut mahdollisuuksia osallistua kehittämistoimenpiteisiin valtionavustuksilla.

### **1.7 Onko hoitotakuun tiukennuksen vuoksi palveluihin tarvittava henkilöstön määrä arvioitu oikein perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa?**

Lausuntopalvelussa henkilöstön määrän arviointia koskevaan kysymykseen vastasi 87 vastaajaa, joista 70 otti kantaa asiaan. Vastanneista 70 % katsoi, että henkilöstön määrä on arvioitu liian pieneksi. Vastanneista kuusi prosenttia piti henkilöstön määrän arviointia suuruusluokaltaan oikean suuntaisena ja kolme prosenttia liian suurena. Hyvinvointialueiden vastauksissa kolme neljästä piti henkilöstön määrän arviota liian pienenä ja yksi kymmenestä liian suurena.

Avovastauksissa korostettiin hoitotakuun tiukennuksen edellyttävän arvioitua enemmän lisää lääkäreitä ja hoitajia. Useat lausunnonantajat esittivät näkemyksensä, että julkisessa perusterveydenhuollossa tulisi työskennellä 1 lääkäri 1200 asukasta kohti. Lääkäriliitto arvioi tämän tarkoittavan noin 1000 lääkärin lisätyöpanosta perusterveydenhuoltoon ja Suomalainen lääkärisseura Duodecim ry laski lisälääkäritarpeen olevan täyttämättömien virkojen täyttämisen lisäksi 1358 lääkärin virkaa. Kunta- ja hyvinvointialueuetyöntajat KT katsoi, että vaikutusarvio on noin puolet siitä, mitä muista lähteistä aiemmin on arvioitu esimerkiksi lisälääkärien tarpeeksi.

Valtion taloudellinen tutkimuskeskuksen mukaan sote-alan työvoiman saatavuudessa on ollut haasteita jo ennen koronapandemiaa, ongelma on korostunut pandemian aikana ja hoitotakuu asettaisi lisähaasteita työvoiman saatavuudelle ja riittävyydelle.

Suomen Yleislääkärit GPF ry korosti, että perusterveydenhuollon henkilöstövaje on ollut pitkään niin alimitoitettu, että ennen kuin tästä syntyneet ongelmat saadaan korjattua, tulee aito tarve olemaan pitkään koholla. Suomen Yleislääkärit GPF ry katsoi, että esitetty arvio saattaa heijastella sitä tilannetta, mikä tarve olisi, jos aiempaa perusterveydenhuollon ahdinkoa olisi.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry korosti, että henkilöstömäärän lisäksi oikea henkilöstörakenne ja osaaminen ovat perusedellytyksiä laadukkaiden palveluiden toteuttamiselle. Suomen Fysioterapeutit ry katsoi, että Suomessa ei ole pulaa fysioterapeuteista ja toivoi hallituksen esitystä tarkennettavan siten, että siinä

otettaisiin huomioon huomattavasti nykyistä laajemmin tuki- ja liikuntaelinaivoista kärsivien asiakkaiden ohjaaminen lääkärin sijaan fysioterapeutille.

Lausunnoissa tuotiin esiin, että esityksessä ei ole arvioitu tarvittavien toimintaterapeuttien, puheterapeuttien, psykologien tai lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien määrää. Lisäksi huomautettiin, että henkilöstön tarvetta arvioitaessa alueelliset erot olisi otettava huomioon kuten myös avustava henkilöstö järkevän työnjaon mahdollistamiseksi.

YTHS lausui sen nykyisessä toimintamallissa olevan näyttöä siitä, että hoitoon pääsyä voidaan merkittävästi nopeuttaa muuttamalla palveluiden järjestämisen mallia, mutta jos resursseja ei samanaikaisesti huomattavasti lisätä, pullonkaula siirtyisi seuraavaan vaiheeseen.

### **1.8 Hoitotakuun tiukentaminen edellyttää riittävän ja osaavan henkilöstön varmistamista. Mikä on arvio henkilöstön saatavuudesta eri ammattiryhmissä ottaen huomioon ehdotetut säädökset?**

#### *Perusterveydenhuollon avosairaanhoito*

Onko avosairaanhoitoon saatavissa riittävästi lääkäreitä?

Onko avosairaanhoitoon saatavissa riittävästi sairaanhoitajia/ terveydenhoitajia?

Onko avosairaanhoitoon saatavissa riittävästi muita ammattiryhmiä?

Lausuntopalvelussa kysymykseen eri ammattiryhmien saatavuudesta tuli vastauksia 85–89 vastausta kysytyä ammattiryhmää kohti. Vastaajista 9–15 % ei ottanut kysymykseen kantaa. Vastaajista noin 70 % katsoi, että henkilöstöä ei ole saatavissa riittävästi (vaihtoehdot ei tai ei pääosin). Lääkärin saatavuus arvioitiin vaikeimmaksi ja kantansa ilmaiseista 83 % katsoi, että lääkäreitä ei ole saatavissa riittävästi. Kuitenkin Suomen Lääkäriliiton, Suomen yleislääketieteen yhdistys – SYLY ry:n, Suomen Yleislääkärit GPF ry:n ja Suomalainen lääkäriseura Duodecim ry:n mukaan avosairaanhoitoon olisi pääosin kyllä saatavissa riittävästi lääkäreitä. Kantaa ottaneista 82 % katsoi, että sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia ei ole saatavissa riittävästi. Muiden ammattiryhmien osalta 79 % kantaa ottaneista piti saatavuutta riittämättömänä.

Hyvinvointialueiden vastauksissa henkilöstön saatavuutta pidettiin yleisesti haasteena. Vastauksista 95 % mielestä lääkäreitä ei ole saatavilla riittävästi, kun osuudet olivat 70 % muiden ammattiryhmien sekä 60 % sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien suhteen.

Avovastauksissa Suomen Kuntaliitto ry:n toi esiin avosairaanhoitoon saatavissa olevia lääkäreitä koskien, että henkilöstön saatavuushaasteet koskevat kaikkia ammattiryhmiä, mutta hoitotakuun kiristämisen seurauksena erityisesti sairaanhoitajavaje ja yleislääketieteen erikoislääkärivaje vaikeuttaisivat lain toimeenpanoa kaikilla hyvinvointialueilla. Koulutetun henkilöstön tarjonnan kasvuun tähtäävät koulutustoimenpiteet eivät ole riittävän nopea ratkaisu. Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat KT katsoi, että vaikutusarvion lääkimäärän oletetun kasvun suuruusluokka on lähes kaksinkertaisesti liian suuri, eikä lääkäreitä ei ole saatavissa lisää siinä määrin kuin hoitotakuu edellyttäisi, eikä hoitotakuuta voitaisi siksi toteuttaa. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry kertoi esittäneensä erityisesti sosiaali- ja terveysalojen koulutukseen, kuten lääkäri- ja sairaanhoitajakoulutukseen, korkeakoulutuksen aloituspaikkojen nopeaa lisäämistä ja korosti, että tarvittaisiin sekä väliaikaista vahvaa erillispanostusta että pysyvää lisäystä koulutusmääriin. Suomen Yleislääkärit GPF ry katsoi, että määrällisesti lääkäreitä on tarpeeksi – he eivät vain ole töissä julkisessa perusterveydenhuollossa. Edelleen Suomen Yleislääkärit GPF ry:n mukaan yleislääkäreiden siirtymä

yksityissektorilta julkiselle sektorille on olematonta, koska julkisen perusterveydenhuollon työolot ja palkkaus ovat niin paljon huonommat ja vakansseissakin on noin tuhannen viran vaje.

YTHS:n mukaan lääkäri työvoiman saatavuuden osalta perusteluissa esitetään toiveikas näkymä lääkäri työvoiman lisääntymisestä Suomessa, mutta lisääntyvä lääkäreiden kokonaismäärä ei kuitenkaan takaisi, että lääkärit olisivat nykyistä yhtään innokkaammin hakeutumassa perusterveydenhuoltoon tai opiskeluterveydenhuoltoon lääkärin tehtäviin.

Avovastauksissa katsottiin avosairaanhoitoon saatavissa olevia sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia koskien, että sairaanhoitajista on pulaa sekä alueellisesti että valtakunnallisesti. Esiin nostettiin myös suuret alueelliset erot. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n lausunnossa tuotiin esiin, että erityisesti terveydenhoitajia on siirretty koronapandemia-aikana toisiin tehtäviin. Sairaanhoitajaliitto painotti, että perusterveydenhuollossa tulisi kehittää sairaanhoitajien työnkuvia, tarkistaa henkilöstörakenne ja mitoitukset sekä sijaisresurssit. Sairaanhoitajien viestejä sävyttää työn kiire, pula resursseista, työn hallitsemattomuus ja epäjatkuvuus. Perusterveydenhuollossa syväosaajien konsultaatiomahdollisuuksia olisi Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n mukaan tehostettava, luotava tunnustetut koulutusta vastaavat yhtenäiset ammattinimikkeet ja vakanssit vetovoimaisine palkkoineen (esimerkiksi erikoistuneet sairaanhoitajat, kuten haavahoitaja, kipusairaanhoitaja, astmahoitaja, diabeteshoitaja ja lääkkeenmääräämissairaanhoitaja sekä ylempää korkeakoulututkintoa edellyttävät asiantuntijasairaanhoitajat/kliinisen hoitotyön asiantuntijat).

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry lausui esittäneensä koulutuksen osalta vuosille 2021–2023 yhteensä 10 000 sairaanhoitajan lisäystä. Koulutuslisäys ei auttaisi terveydenhuollon akuuttiin työvoimatarpeeseen, mutta olisi pidemmällä aikavälillä keskeinen osa hoitotakuun kestävää toteuttamista. Jotta tulevaisuuden työvoimatarpeeseen voitaisiin vastata, tarvittaisiin sekä väliaikaista vahvaa erillispanostusta että pysyvää lisäystä koulutusmääriin.

Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat KT:n mukaan sairaanhoitajia ei ole saatavilla tarpeeksi, jotta hoitotakuu voitaisiin toteuttaa. Mielenveyspooli korosti, että mielenveyteen erikoistuneita hoitajia ei ole riittävästi ja Suomen Sydänliitto ry, että sydänpotilaiden yhteydenottoja ja seurantaa varten tarvittaisiin kardiologiaan perehtyneitä sydänhoitajia. Suomen Yleislääkärit GPF ry mukaan, vaikka terveyskeskustyö tarjoaakin sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille mahdollisuuden päivätyöhön, ovat työolot olleet jo pitkään niin huonot, että rekrytointi on ollut erittäin hankalaa. MIELI Suomen Mielenveys ry:n näkemyksen mukaan sairaanhoitaja (AMK) -tutkinto ei tarjoa riittäviä eväitä mielenveysystyössä toimimiseen. Avosairaanhoidon mielenveysystyön sairaanhoitajien työmenetelmien osaamista tulisi tukea järjestelmällisesti lisä- ja täydennyskoulutuksilla.

Elinkeinoelämän tutkimuslaitoksen mukaan perusterveydenhuollon avosairaanhoitoon ei pääosin olisi saatavissa riittävästi sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia. Elinkeinoelämän tutkimuslaitoksen mukaan muutoksissa korostuisivat hoitohenkilökunnan osaamisen rooli samalla, kun tarvittaisiin merkittävää työntekijöiden tuontia ulkomailta. Vahvastikin koulutetun ja digiteknisesti taidokkaan työntekijän, joka ei hallitse kotimaisia kieliä, olisi kuitenkin vaativaa koulututtaa täysin itsenäiseen toimintaan Suomen terveydenhuollossa. Elinkeinoelämän tutkimuslaitos ilmaisi syvän huolensa siitä, että työperäistä maahanmuuttoa koskeva toiveiden ja todellisuuden välinen epätälö on edelleen ratkaisematta.

Avovastauksissa avosairaanhoitoon saatavissa olevia muita ammattiryhmiä koskien nostettiin esiin, että fysioterapeuttiresurssin puuttuminen vaikeuttaa tules-potilaiden hoitoa ja että psykologeja, puheterapeutteja, toimintaterapeutteja, ravitsemusterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä on haasteellista saada

julkiselle puolelle. Edelleen lausuttiin, että myös psykoterapeutteja ja muita mielenterveystyön ja päihdepalvelujen ammattilaisia tarvittaisiin lisääntyvässä määrin. Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT mukaan näihin henkilöstöryhmiin kohdistuvat kiristykset olisivat mahdottomia, varsinkin kun erilaisia mitoituksia, kelpoisuusehtojen kiristyksiä ja takuita on samanaikaisesti tulossa, ja jotka kaikki edellyttävät lisätyövoimaa, jota ei ole. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene muistutti, että koulutettavat ikäluokat pienenevät ja alan vetovoima on heikentymässä. Ulkomaisen työvoiman saamisessa kilpaillaan globaaleilla markkinoilla. Ulkomaalaisten ammattilaisten ja valmistuvien opiskelijoiden pääsy työmarkkinoillemme (EU:n ulkopuolinen) on erittäin monivaiheista ja hidasta. Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry katsoi, että sote-alalla tarvitaan myös muita kuin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Riittävä hallinnollisen ja tukipalvelujen henkilöstön määrä mahdollistaisi sen, että sote-ammattihenkilöt voisivat keskittyä omaan työhönsä täysipainoisesti. Suomen Fysioterapeutit ry mukaan toisin kuin lääkärien ja sairaanhoitajien kohdalla, Suomessa ei ole pulaa fysioterapeuteista ja fysioterapian osalta henkilöstön saatavuus on hyvä. MIELI Suomen Mielenterveys ry muistutti, että psykoterapeuteista ja muista psykososiaalisten hoitomenetelmien osaajista on pula, eivätkä he tällä hetkellä jakaudu alueellisesti tasa-arvoisesti.

#### *Suun terveydenhuolto*

Onko suun terveydenhuoltoon saatavissa riittävästi hammaslääkäreitä?

Onko suun terveydenhuoltoon saatavissa riittävästi suuhygienistejä?

Onko suun terveydenhuoltoon saatavissa riittävästi muita ammattiryhmiä?

Lausuntopalvelussa eri ammattiryhmien saatavuudesta tuli vastauksia 65–68 vastausta kysytyä ammattiryhmää kohti. Vastaajista 12–19 % ei ottanut kysymykseen kantaa. Vastaajista 54 % katsoi, että hammaslääkäreitä ei ole saatavilla riittävästi (vastausvaihtoehdot ei tai ei pääosin). Vastaajista 66 % katsoi, että suuhygienistejä ei ole saatavilla riittävästi, ja 69 % vastaajista katsoi, että muita ammattiryhmiä ei ole saatavilla riittävästi. Hyvinvointialueiden vastauksissa suun terveydenhuollon henkilöstön saatavuutta pidettiin yleisesti haasteena. Vastauksista 64 % mielestä hammaslääkäreitä ei ole saatavilla riittävästi, kun osuudet olivat 77 % suuhygienistien ja 78 % muiden ammattiryhmien suhteen.

Avovastauksissa tuotiin hammaslääkäreiden saatavuuden osalta useissa vastauksissa esiin, että erikoishammaslääkäreiden saatavuus on riittämätöntä, ja että haasteet hoitoon pääsyssä heijastavat pulaa hammaslääkäreistä jo nykytilanteessa. Lisäksi alueelliset erot ovat suuria, ja syrjäisille alueille kuntiin on vaikea rekrytoida uusia ammattilaisia. Vastauksissa tuotiin esiin, että tekijöitä voisi houkuttaa yksityiseltä sektorilta uusilla viroilla ja toimipisteillä, ja että Suomen Hammaslääkäriliitto ry:n vuoden 2021 työmarkkinatutkimus osoittaa, että yksityisellä sektorilla on jonkin verran vajaatyöllisyyttä. Yhden vastauksen mukaan hammaslääketieteen opiskelijoiden demografinen painopiste on muuttunut painottuen Etelä-Suomeen, ja että rekrytointi vaikeutunee 3–5 vuoden kuluttua. Vastauksissa esitettiin myös, että hammaslääkäreitä on riittävästi, jos otetaan laajasti käyttöön yksityisen sektorin palvelut julkisen ohella. Yhdessä vastauksessa tuotiin esiin, että suun terveydenhuollon kysyntää kasvattaa tulevaisuudessa se, että yhä useampi henkilö ikääntyy omat hampaat suussa.

Yhden vastauksen mukaan hammaslääkärimäärät kääntyvät tämän vuosikymmenen jälkimmäisellä puoliskolla selvään kasvuun nykyisillä koulutusmäärillä. Hammaslääkärityövoiman osalta työvoiman saattavuus ja riittävyys ei olisi ongelma keskipitkällä (5–10 vuotta) eikä pitkällä aikavälillä (10–25 vuotta), jos väestömäärän kehitys toteutuisi ennustetulla tavalla. Tällä hetkellä hammaslääkäreistä on pulaa joillakin

alueilla, mutta suurin osa suomalaisista asuu alueilla, joissa pulaa ei ole. Hammaslääkärityövoiman maantieteellisesti epätasainen jakautuminen on haaste, jota toivottavasti järjestämisvastuun siirtyminen kunnilta hyvinvointialueille helpottaa.

Suuhygienistien saatavuuden osalta avovastauksissa tuotiin esiin, että suuhygienistivaje on merkittävä, ja yhden vastauksen mukaan tämä vaikeuttaa hyviä toimintakäytäntöjä.

Muiden ammattiryhmien osalta avovastauksissa tuotiin lähes kaikissa vastauksissa esiin, että hammashoitajista on suuri pula. Yhdessä vastauksessa katsottiin, että hammaslääkäreitä ja suuhygienistejä on riittävästi, mutta hoitajia ei ole saatavilla kaikkiin sijaisuuksiin. Yhdessä vastauksessa tuotiin esiin, että Hammashoitajien osalta kyse on koulutusmäärien lisäksi palkkauksen hitaasta kehittämisestä. Lisäksi hoitotyön johtamisella on vastauksen mukaan suuri merkitys henkilöstön saatavuuden ja pysyvyyden osalta.

### **1.9 Mitkä keinot ovat tärkeimpiä riittävän henkilöstön varmistamiseksi hoitoon pääsyn määräaikoja koskevan lakiehdotuksen toimeenpanemiseksi (valitse kolme)?**

hyvä työnantajakuva/ammattihenkilöiden koulutusmäärien lisääminen/palkkauksen parantaminen/mahdollisuus vaikuttaa työn ja tehtävien sisältöön ja toteuttamiseen/johtamisen parantaminen/riittävä tuki työn tekemiseen ja konsultointiin/monipuolinen tehtävänkuvatoimiva työyhteisö/henkilöstön siirtäminen muista palveluista avosairaanhoidon/muu: mikä

#### *Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon*

Lausuntopalvelussa eri keinovaihtoehtoja oli valinnut 56–85 vastaajaa vaihtoehtoa kohti. Ylivoimaisesti tärkeimmäksi keinoksi vastaajat nostivat mahdollisuuden vaikuttaa työn ja tehtävien sisältöön ja toteuttamiseen (93 % vastaajista). Toimivan työyhteisön valitsi 68 % vastaajista ja palkkauksen parantamisen 56 % vastaajista. Riittävä tuki työn tekemiseen ja konsultointiin oli kolmen tärkeimmän keinon joukossa 46 %:ssa vastauksista. Edellä mainittujen keinojen lisäksi muita keinoja oli valittu alle kolmanneksessa vastauksista, joskin henkilöstön siirtäminen muista palveluista avosairaanhoidon nousi esiin hyvinvointialueiden vastauksissa merkittävänä keinona. Ammattihenkilöiden koulutusmäärän lisäämisen valitsi keinoksi 30 % kohtaan vastanneista.

Avovastauksissa useat vastaajat toivat esiin, että riittävät taloudelliset resurssit ja vakanssimäärät, jotka mahdollistavat työntekijäkohtaisen työmäärän pitämisen kohtuullisena, ovat perusedellytys riittävän henkilöstön turvaamiseksi. Suomen Lääkäriliiton mukaan lääkäriyön näkökulmasta keskeistä on riittävän muun henkilöstön (mukaan lukien osastosihteerit, laitosavustajat yms.) saatavuus siten, että lääkärit voivat keskittyä lääkärin koulutusta vaativiin tehtäviin. Avovastauksissa korostettiin lisäksi hyvän johtamisen merkitystä ja tuotiin esiin yritysten ja yksityisten palveluntuottajien mahdollisuuksien hyödyntäminen. Kunta- ja hyvinvointialueuutuuksien johtajat KT mainitsi keinona työperäisen maahanmuuton.

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus nosti esiin, että vaihtoehtoihin ei ole sisällytetty lainkaan prosessien parantamista, joka olennaisella tavalla saattaisi edistää olemassa olevien resurssien tehokasta käyttöä. Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry lausui, että hyvin toimivassa työyhteisössä myös johtajuus toimii hyvin ja työnkuvat ovat kunnossa. Samoin riittävä tuki ja mahdollisuus vaikuttaa tehtävien sisältöön ovat osa hyvää työyhteisöä. Elinkeinoelämän tutkimuslaitoksen mielestä useampi muukin lausuntopyyntö esitetty keino kuuluu asianmukaiseen sote-työkalupakkiin. Näitä ovat palkkauksen parantaminen, riittävä tuki työn tekemiseen ja konsultointiin, monipuolinen tehtävänkuvatoimiva työyhteisö/henkilöstön siirtäminen muista palveluista avosairaanhoidon/muu: mikä

koulutusmäärien lisääminen. Suomen Yleislääkärit GPF ry korosti työnantajakuva olevan kokonaisuus, joka koostuu osatekijöistä, joista valtaosa oli kysymyksessä keinoina ehdolla.

#### *Suun terveydenhuolto*

Lausuntopalvelussa eri keinovaihtoehtoja oli valinnut 43–52 vastaajaa vaihtoehtoa kohti. Tärkeimpänä keinona varmistaa riittävä henkilöstö suun terveydenhuollossa nähtiin mahdollisuus vaikuttaa työn ja tehtävien sisältöön ja toteuttamiseen (83 % vastaajista). Noin 60 % vastaajista nosti tärkeiksi keinoiksi palkkauksen parantamisen, toimivan työyhteisön ja ammattihenkilöiden koulutusmäärien lisäämisen. Noin puolet vastaajista valitsi keinoksi riittävän tuen työn tekemiseen ja konsultointiin. Vähiten valintoja saaneet keinot olivat johtamisen parantaminen (23 % vastaajista), monipuolinen tehtäväkuva (25 % vastaajista) ja hyvä työnantajakuva (34 % vastaajista).

Avovastauksissa keinoksi varmistaa henkilöstön riittävyys nostettiin lisäksi suun terveydenhuollon toimintatapojen kehittäminen ja prosessien tehostaminen palvelujen vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden parantamiseksi. Tärkeäksi nähtiin myös riittävät taloudelliset resurssit ja työntekijäkohtaisen työmäärän pitäminen kohtuullisena sekä hyvät työntekemisen olosuhteet fyysisestikin.

Vastauksissa mainittiin keinoina lisäksi koulutusmäärien sekä ammattitaidon ylläpitämisen ja jatkokoulutusmahdollisuuksien lisääminen. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry esitti keinoksi uudenlaisia olemassa oleviin tutkintokoulutuksiin integroivia satelliittikoulutusmalleja, joilla voitaisiin viedä koulutusta alueille, joilla osaajista on pulaa. Kunta- ja hyvinvointialueuetyönantajat KT nosti keinoksi työperäisen maahanmuuton.

### **1.10. Kuinka merkittävä työkalu ostopalvelut ovat hoitotakuun tiukentamisessa ehdotuksen mukaisesti?**

#### *Perusterveydenhuollon avosairaanhoito*

Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 79 vastaajaa. Vastaajista 42 % näki ostopalvelut joko erittäin tai melko merkittäväksi. Ostopalveluilla näki olevan jonkin verran merkitystä 30 % vastaajista, kun 28 % vastaajista ei nähnyt niillä olevan juuri merkitystä perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa.

Avovastauksissa erityisesti yksityissektorin toimijoiden ja etujärjestöjen mukaan realistinen tapa kasvattaa kapasiteettia, pienentää kustannuspainetta ja saavuttaa hallituksen esityksen tavoitteet, olisi ottaa yksityinen sektori mukaan tuottamaan palvelua ostopalvelujen ja palvelusetelin muodossa. Vastauksissa ostopalveluiden ja palvelusetelien todetaan olevan tutkitusti erittäin kustannustehokkaita vaihtoehtoja usean toiminnan järjestämiselle. Lisäksi yksityissektorin tarjonnassa todetaan olevan paljon palvelukohtaista, ammattiryhmäkohtaista ja alueellista vaihtelua. Muun muassa Lääkäripalveluyritysten ja useiden yksityisten palveluntuottajien mukaan hyvinvointialueet tulisi velvoittaa yksiselitteisesti hankkimaan palvelu asiakkaalle ja säätää subjektiiviseksi oikeudeksi saada palveluseteli tai maksusitoumus yksityiselle palveluntuottajalle, jos hoitotakuu ei muutoin toteudu.

Lausunnoissa esitettiin, että ostopalvelut ja palvelusetelin arvo (mm. Suomen yrittäjien lausunto) ja niihin liittyvä asiakkaan maksettavaksi jäävän osuus (mm. Kuluttajaliiton ja aluehallintovirastojen lausunnot) tulisi hinnoitella hyvinvointialueen oman tuotannon kustannuksia ja asiakasmaksuja vastaaviksi.

Osassa lausunnoista katsottiin, että ostopalvelujen käytön tulisi olla suunnitelmallista ja pitkäjänteistä, esimerkiksi määrätyn suuruisen väestönosan tai yksittäisen terveysaseman toiminnan ulkoistamista. Toisaalta suuri osa muun muassa kunnista näkee ostopalveluilla roolia lähinnä hoitotakuuseen siirtymisen alkuvaiheessa, kysynnän huipuissa tai äkillisissä henkilöstön vajetilanteissa. Ostopalvelujen nähdään sopivan ns. hätäapuna yksittäisten lyhyiden asioiden hoitoon tai tiettyjen alojen erikoissairaanhoidon konsultaatioihin. Osassa lausunnoista katsottiin, että muunlaisina ratkaisuin ne pirstaloivat hoidon jatkuvuutta ja lisäävät kustannuksia.

Osassa lausunnoista julkisessa perusterveydenhuollossa tehtävän pelättiin muuttuvan entistä raskaammaksi, mikäli kevyemmät tapaukset hoidettaisiin ostopalveluina. Riskinä mainittiin julkisen palvelujärjestelmän henkilöstön siirtyminen toteuttamaan ostopalveluja. Ostopalveluissa alueellisten hoitoketjujen ja palvelumallien tuntemus ja kehittäminen voisivat vaikeutua. Palveluntarjoajilla tulisi olla käytössä yhteen sopivat potilastietojärjestelmät.

Palvelujen hankintaprosessin todettiin vaativan osaamista muun muassa toteutustavoista, kilpailutus- ja laatukriteereistä, yhteistyön laajuudesta, yhteiskehittämisen säännöistä ja lukuisista muista ehdoista. Palveluiden tilaajien tulisi lausuntojen mukaan kiinnittää huomioita keinoihin, joilla voitaisiin edistää monipuolisen kilpailun syntymistä tarjouskilpailuissa.

#### *Suun terveydenhuolto*

Lausuntopalvelussa kysymykseen otti kantaa 62 vastaajaa. Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että suun terveydenhuollon hoitotakuun tiukentamisessa ostopalvelut on merkittävä (52 % vastaajista) tai jonkin verran merkittävä (40 % vastaajista) työkalu. Vastaajista 8 % mielestä merkitystä ei juuri ole.

Avovastauksissa todettiin, että ostopalvelujen saatavuudessa on paljon ammattiryhmäkohtaista ja alueellista vaihtelua. Ostopalvelujen avulla voidaan useimmiten etenkin kaupunkiseuduilla tasoittaa kysyntää. Erityisesti syrjäisemmillä alueilla ostettavien palvelujen hinta voi olla korkea, jos niitä ylipäätään on saatavilla. Lisäksi tuotiin esille, että ostopalvelujen hallinnointi (kilpailutus, sopimukset, hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen, potilastiedonsiirto, laskutus, valvonta) on aikaa vievää ja kallista. Vastauksissa todettiin, että ostopalveluilla olisi merkitystä monella tulevalla hyvinvointialueella laajan päivystysvelvoitteen toteuttajina. Lisäksi todettiin, että suurin osa erikoishammaslääkäreistä työskentelee yksityissektorilla, joten näitä palveluita joudutaan ostamaan.

Avovastauksissa tuotiin ostopalvelujen kohdalla esille riskinä palvelutuotannon pirstoutuminen ja potilaiden hoidon jatkuvuuden katkeaminen.

### **1.11 Kuinka merkittävä työkalu palvelusetelit ovat hoitotakuun tiukentamisessa ehdotuksen mukaisesti?**

#### *Perusterveydenhuollon avosairaanhoito*

Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 81 vastaajaa. Vastanneista 33 % vastaajista näki palvelusetelien merkityksen joko erittäin tai melko merkittäväksi. Palvelusetelillä on 36 % mukaan jonkin verran merkitystä, kun taas 31 % mukaan niillä ei juuri ole merkitystä perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa.

Avovastauksissa palveluseleleistä on osin kommentoitu ostopalvelukysymyksen kohdalla. Perusterveydenhuollon kokonaisuuksista palvelusetelitoimintaan sopivien osien / toimintojen pilkkominen todettiin lausunnoissa olevan vaikeaa. Perusterveydenhuollon palveluseteliratkaisujen todettiin olevan toistaiseksi kehittymättömiä ja vaadittaisiin huolellista suunnittelua esimerkiksi palvelusetelisääntökirjan määrittelyihin.

Palvelusetelit yksittäisiin palveluihin eivät lausuntojen mukaan juurikaan sovellu perusterveydenhuollon palveluihin, lukuun ottamatta yksittäisiä diagnostisia tutkimuksia ja konsultaatioita. Palvelusetelin pelättiin pirstaloivan hoidon jatkuvuutta ja pahimmillaan katkaisevan sen. Pelkkien yksittäisten käyntien toteuttaminen palvelusetelillä organisaation ulkopuolella ei uskottu tuovan vastaavaa terveyshyötyä, eikä se olisi yhtä kustannustehokasta kuin omalla lääkäriillä tai tiimillä asiointi. Perusterveydenhuollossa käynti usein liittyisi aina edeltäviin ja sitä seuraaviin käynteihin toisin kuin erikoissairaanhoidon yksittäisten toimenpiteiden osalta.

Aluehallintovirastojen mukaan erityistä tarkkuutta tulisi noudattaa haavoittuvien ihmisryhmien oikeuksien toteutumisessa, ohjauksessa ja aidon valinnan toteuttamisessa, mikäli palveluseleitä olisi käytössä.

#### *Suun terveydenhuolto*

Lausuntopalvelussa kysymykseen otti kantaa 61 vastaajaa. Vastaajista lähes 90 % mielestä suun terveydenhuollon hoitotakuun tiukentamisessa palveluseteli on merkittävä (44 % vastaajista) tai jonkin verran merkittävä (43 % vastaajista) työkalu. Vastaajista 13 % mielestä sillä ei ole juurikaan merkitystä.

Avovastauksissa tuotiin esille, että kuten ostopalvelujen, myös palvelusetelin hyödyntämistä varten yksityissektorin tarjonnassa on paljon ammattiryhmäkohtaista ja alueellista vaihtelua. Käyttö olisi harkittava tarkkaan, jotta hoidon jatkuvuus ei kärsisi. Lisäksi palvelusetelit aiheuttavat paljon hallinnollista työtä, joten käytön kannattavuus tulee arvioida tarkasti. Vastauksissa tuotiin myös esille, että asiakkaalla on mahdollisuus kieltäytyä palvelusetelistä, mikä voisi rajoittaa kannustimia alkaa rakentaa palveluseteliä vaihtoehdoksi, kun sen toimivuudesta ei ole takeita. Nykytilanteessa palveluseteli ei kerrytä maksukattoa, mikä voi vaikuttaa asiakkaan palvelusetelin hyväksymiseen. Vastauksissa todettiin myös, että myönnettyistä palveluseleleistä suuri osa jää käyttämättä. Syy käyttämättömyyteen on esimerkiksi omavastuun korkea hinta.

Suomen Hammaslääkäriliitto ry totesi lausunnossaan, että palveluseteli on joustava instrumentti palveluiden hankintaan. Se mahdollistaisi kestävät hoitosuhteet, koska potilas itse valitsee hoitopaikan. YTHS totesi, että sillä ei ole mahdollista käyttää palveluseteliä, mutta arvioi palvelusetelin merkityksen muualla terveydenhuollossa erittäin suureksi.



## 2 Taloudellisia vaikutuksia ja niiden taustalla olevia olettamia koskevat kysymykset

Useissa lausunnoissa todettiin, että toiminnallisten, taloudellisten ja ketjuvaikutusten arvioinnin tietopohja ja tehdyt oletukset sisältävät huomattavaa epävarmuutta. Lausunnoissa pidettiin myönteisenä, että epävarmuutta on esityksessä osin avoimesti kuvattu. Tietopohjan vajavuuden vuoksi pelättiin, että hoitoon pääsy näyttäytyy parempana kuin mitä se todellisuudessa on. Lausunnoissa toivottiin kuvattavan tarkemmin, mihin tilastotietoon ja muihin esimerkiksi tieteellisiin lähteisiin tehdyt oletukset perustuvat. Samoin toivottiin kuvausta siitä, miten henkilöstöressurin tarve ja taloudelliset vaikutukset on laskettu. Valtiontalouden tutkimuskeskus totesi, että laskelmaan liittyvää epävarmuutta olisi syytä tuoda esille esimerkiksi herkkyytlaskelmien avulla. Kunta- ja hyvinvointialueyöntajat KT toivoi eriteltävän tarkemmin esimerkiksi asiakasryhmiä ja palveluita, joita muutokset koskevat sekä suoritteiden sisältöä ja yksikköhintojen perusteita ketjuvaikutusten tarkemmaksi arvioimiseksi. Elinkeinoelämän tutkimuslaitoksen mukaan vaikutusmekanismit vaikuttivat johdonmukaisilta, mutta muutosten suuruuksia on hyvin vaikeaa arvioida.

Lausunnoissa tunnistettiin, että vaikutusten arviointi on erityisen haasteellista ottaen huomioon ilmiöiden monimutkaisuus ja keskinäisriippuvuus sekä meneillään olevat toimintaympäristön useat erittäin merkittävät ja päällekkäiset käynnissä olevat tekijät ja muutokset. Lausuntojen mukaan erityisen voimakkaasti toimintaympäristöön vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus ja Covid-19-pandemia. Rakenneuudistuksen toimeenpano uudistaa hyvinvointialueiden hallintoa ja rahoitusta, niiden sisäistä organisoitumista ja palveluiden toteuttamista. Muutokset voivat olla erisuuntaisia eri alueilla. Toisaalta edelleen jatkuva pandemia on aiheuttanut merkittävän hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelan sekä vaikeuttanut henkilöstön saatavuutta. Lausuntojen mukaan vaikutuksia voi olla myös mahdollisilla purkaa monikanavarahoitukseen liittyvillä ratkaisulla. Osin hoitotakuun tiukentamisen vaikutukset riippuisivat myös yksittäisten kansalaisten ja työnantajien käyttäytymisestä, jotka todetaan lausunnoissa vaikeasti ennakoitaviksi.

Valtiovarainministeriö totesi lausunnossaan, että arvioinnit sisältävät eri seikkojen osalta huomattavaa epävarmuutta. Vaikutusarviointien laadinnan metodologiaa ja tietopohjaa olisi hyvä kuvata tekstissä. Esiin tulisi tuoda se, mihin arviointi perustuu ja esimerkiksi avoimesti tuoda esiin se, jos käytettävissä ole tutkimusnäyttöä. Esityksessä on nykytilan kuvauksessa käytetty vuoden 2019 toiminta- ja kustannustietoja, joiden voidaan arvioida kuvaavan vuosia 2020 ja 2021 luotettavammin tilannetta hoitotakuun tiukentamisen tullessa voimaan, kun covid-19-epidemiasta on jo selvitty kohti normaalia. Perustilanteeksi voisi kuitenkin olla perusteltua valita viimeisin mahdollisin tilanne tai jokin yhdistelmä eri vuosien tiedoista.

Valtiovarainministeriö totesi, että terveydenhuollon palvelujen järjestämisvastuun toteutumisen edellytykset vaihtelevat hyvinvointialueittain. Se nosti erityisinä seikkoina esiin terveydenhuoltojärjestelmän osalta alueelliset haasteet liittyen työvoiman saatavuuteen ja digitaalisten palvelujen toteuttamiseen, sekä palvelujen järjestämisen ja tuottamisen erilaiset tavat. Edellä mainittuihin liittyviä vaikutuksia tulisi esityksen jatkovalmistelussa laajemmin arvioida. Tarkempi alueellinen ja hyvinvointialuekohtainen tarkastelu on tarpeen, jotta hyvinvointialueiden tehtäviä koskevan rahoitusperiaatteen toteutuminen voidaan varmistaa.

## 2.1 Onko hoitotakuun tiukennuksen (ehdotetussa muodossa) vuoksi tarvittava taloudellinen lisäresursointi arvioitu oikein?

### *Perusterveydenhuollon avosairaanhoito*

Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 82 vastaajaa. Selvä enemmistö vastaajista katsoi, että lausuntoluonnoksen mukaisella tavalla toteutetun taloudellisen lisäresursoinnin tarve avosairaanhoidon palveluille on arvioitu joko jossain määrin liian pieneksi (43 % vastaajista) tai selvästi liian pieneksi (46 % vastaajista).

Avovastauksissa useat vastaajat katsoivat, että henkilöstöresursseja tarvitaan arvioitua enemmän. Lisäksi monet vastaajat kiinnittivät huomiota kunnallisen perusterveydenhuollon panostamisen olleen jo useita kymmeniä vuosia alimitoitettua.

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä esitti, että esitys saattaisi aiheuttaa jopa 10 miljoonan euron vuosittaiset lisäkustannukset kuntayhtymän alueen vajaalle 100 000 asukkaalle. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä kiinnitti huomiota siihen, että resursseja vaaditaan enemmän erityisesti heillä, kun omat panostukset perusterveydenhuollon avosairaanhoitoon ovat nettokustannuksia tarkastellen 18 % maan keskiarvoa alemmat.

Suomen Lääkäriliitto lausui, että perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon osalta lisäresursointi vaikuttaa oikeansuuntaiselta, mutta aikaansaavat säästöt voimaantulosta ensimmäisen kolmen vuoden aikana vaikuttavat optimiselta.

YTHS katsoi, että taloudellinen lisäresurssi on arvioitu riittämättömäksi, eikä ole odotettavissa, että kertajononpurulla päästäisiin tilanteeseen, jossa uusi hoitotakuu toteutuu. Jatkuva taloudellinen lisäpanostus olisi tarpeen. Kun osan kustannuksista maksavat suoraan korkeakouluopiskelijat, uudistus vaikuttaisi myös heidän maksamansa terveydenhoitomaksun suuruuteen, ja siihen tuskin on halukkuutta.

### *Suun terveydenhuolto*

Lausuntopalvelussa kysymykseen otti kantaa 61 vastaajaa. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että hoitotakuun tiukennuksen vuoksi tarvittava taloudellinen lisäresurssi suun terveydenhuollossa oli arvioitu jossain määrin liian pieneksi. Noin 35 % vastaajien mielestä arvio oli selvästi liian pieni. Vastaajista 13 % mielestä arvio oli suuruusluokaltaan oikean suuntainen, kun taas kahden prosentin mielestä liian suuri. Hyvinvointialueiden vastauksissa 93 % piti taloudellista lisäresursointia liian pienenä. Lisäksi seitsemän prosenttia hyvinvointialueiden vastaajista näki, että suun terveydenhuollossa kertaluonteisen patoutuneen kysynnän purkamisen jälkeen ei tarvita pysyvästi lisähenkilökuntaa hoitotakuun tiukentamisen vuoksi.

Avovastauksissa nostettiin esille, että kauan jatkuneet pitkät hoitoon pääsyn ajat peittävät alleen mahdollisesti myös hoitamattomaa hoidontarvetta. Lisäksi todettiin, että tekijöitä ei välttämättä tarvita nykyistä enempää, mutta että toiminnallinen kehittäminenkin edellyttää lisäresursointia. Esitettiin myös kysymys, onko lakiesityksen asiakasmaksutuloihin otettu huomioon maksukaton laajentuminen vuoden 2022 alusta alkaen.

Suomen Hammaslääkäriliitto ry toi esille lausunnossaan, että julkisen suun terveydenhuollon resurssit eivät ole riittävät suun terveydenhuollon tuottamiseksi koko väestölle sellaisella tavalla, jota voidaan pitää eettisesti tai kansanterveydellisesti tarkoituksenmukaisena. Kyseessä on pitkäaikainen aliresursointi, jonka ratkaiseminen edellyttää pitkäaikaisempia taloudellisia panostuksia.

Avovastauksissa todettiin myös, että hoitajaksojen toteuttaminen kohtuuajassa on suurempi haaste kuin ensimmäisen käynnin järjestäminen. Lisäksi neljän viikon määräaika niiden asiakkaiden osalta, jotka tulisivat hoitoon hammaslääkärille suuhygienistin kautta, vaatii purkamista ajanvarauskirjoilta. Tähän liittyen vastauksissa tuotiin esille, että kaikille tulisi tarvittaessa olla jatkoaika hammaslääkärille neljän viikon kuluessa edellisestä käynnistä, jotta tilanne olisi tasa-arvoinen. Perusterveydenhuollon hoitoon pääsy erikoishammaslääkärin hoitoon kolmen kuukauden aikarajan saavuttamiseksi arvioitiin tarvittavan jatkossa nykyistä enemmän rahoitusta. Vastauksissa korostettiin myös, että todellinen hoitoon pääsyn tilanne pitäisi selvittää nykyistä luotettavammin.

Vastauksissa arvioitiin, että pysyvä henkilöstölisäys on tarpeen muun muassa yksityispuolelta siirtyvien asiakkaiden aiheuttaman kysynnän kasvun takia. Lisäksi väestön ikääntyminen hampaallisena lisää palveluiden tarvetta. Vastauksissa todettiin myös, että julkisen sektorin palkan pitäisi olla kilpailukykyisempi henkilöstöresurssin turvaamiseksi.

YTHS katsoi, että sitä koskeva taloudellinen lisäresursointi on arvioitu selvästi liian pieneksi.

## **2.2 Ovatko taloudellisten vaikutusten arvioinnissa tehdyt oletukset vaikutuksista perusterveydenhuoltoon ja muihin palveluihin uskottavia?**

### *2.2.1. Perusterveydenhuollon avosairanhoidon tarve*

Oletuksena on, että hoitotakuun tiukentaminen lisää perusterveydenhuollon avosairanhoidon tarvetta. Onko vaikutuksen suuruus arvioitu uskottavasti?

Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 84 vastaajaa, joista 12 ei ottanut kantaa. Kantaa ottaneista 57 % näki vaikutuksen avosairaanhoitoon arvioidun uskottavasti tai pääosin uskottavasti. Vastaavasti 43 % vastaajista näki vaikutuksen arvioiduksi ei pääosin tai ei ollenkaan uskottavasti.

Avovastauksissa hoidon saatavuuden paranemisen todettiin lisäävän sekä nykyisten asiakkaiden hoitoon hakeutumista että uusien asiakkaiden siirtymistä julkiseen perusterveydenhuoltoon. Piilokysynnän ja patoutuneen hoidon tarpeen arviointi todettiin vaikeaksi. Patoutuneen hoidon tarpeen purkauduttua todellisen lisäresurssin tarpeen todettiin asettuvan vakioksi. Tosin tarjonnan pelättiin luovan myös kysyntää, mikä voi olla riski palvelujen epätarkoituksenmukaiselle käytölle.

Henkilökuntalisäykset olivat useiden lausuntojen mukaan arvioitu alakanttiin (useat kunnat ja sairaanhoitopiirit). Pysyvää henkilökunnan lisäämistä todettiin tarvittavan esitettyä enemmän, muun muassa jotta osoitetusti kustannuksia vähentävä hoidon jatkuvuus ei huononisi (Valtakunnallinen kansanterveystyön johtajaverkosto, useat kunnat ja sairaanhoitopiirit). Tarkempia arvioita eri ammattiryhmien tarpeesta toivottiin, mutta toisaalta todettiin toimintamallien vaihtelevan eri alueilla.

VM huomautti lausunnossaan, että tekstissä ei erotella, miten on päädytty lukuun perusterveydenhuollon avosairanhoidon kapasiteetin tarpeen kasvusta. Valtiovarainministeriö pitää kustannuspainearvioita esitysluonnoksen kokonaisvaikutusten arvioinnissa tärkeinä ja edellyttää tietojen tarkentamista ja vahvistamista jatkovalmistelussa lausuntopalautteen sekä muiden tilasto- ja rekisteriaineistojen perusteella. Lisäksi ministeriö huomioi, että kustannuspainearvioina esitetty edellyttää merkittävää koulutetun terveydenhuollon ammattihenkilöstön lisätyöpanosta ja tätä tulisi arvioida myös työvoiman tosiasiallisen saatavuuden näkökulmasta.

### 2.2.2 Suun terveydenhuollon tarve

Oletuksena on, että hoitotakuun tiukentaminen lisää perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon tarvetta jonkin verran. Onko vaikutuksen suuruus arvioitu uskottavasti?

Lausuntopalvelussa kysymykseen otti kantaa 80 vastaajaa. Vastanneista 41 % mielestä hoitotakuun tiukentamisen vaikutus perusterveydenhuollon suun terveydenhuoltoon on arvioitu suuruudeltaan uskottavasti tai pääosin uskottavasti. Vastaajista 35 % mielestä vaikutuksen suuruutta ei ole arvioitu uskottavasti tai pääosin uskottavasti, kun asiaan ei ollut kantaa 24 % vastaajista.

Avovastauksissa arvioitiin, että tietyt asiakasryhmät todennäköisesti edelleen käyttäisivät yksityistä sektoria halutessaan nopeasti hoitoon ja että vaikutus suun terveydenhuoltoon olisi edelleen pitkän aikarajan vuoksi vähäistä.

Toisaalta vastauksissa arveltiin, että palveluun pääsyn helpottuessa kysyntä kasvaisi jo nyt julkisia palveluja käyttävien parissa, ja lisäksi asiakkaiden siirtyminen yksityissektorilta asiakasmaksuiltaan edullisempaan julkiseen palveluun olisi mahdollista. Vastauksissa tuotiin myös esille, että väestö vanhenee hampaallisena ja tämänkin kautta hoidon tarve lisääntyy.

Riskinä nähtiin, että kysyntä lisääntyisi arvioitua enemmän alueilla, joissa hoitoon pääsy on ollut hitaampaa. Aiemmin hoitamattoman väestönosan hoidon tarve saattaa olla suurta.

### 2.2.3 Yhteispäivystyksen kysyntä

Oletuksena on, että hoitotakuun tiukentamisen myötä yhteispäivystyksen kysyntä asteittain jonkin verran vähenee. Onko vaikutus arvioitu uskottavasti?

Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 87 vastaajaa, joista 11 ei ottanut kantaa. Kantaa ottaneista 76 % näki vaikutuksen yhteispäivystykseen arvioidun uskottavasti tai pääosin uskottavasti. Vastaavasti 24 % vastaajista näki vaikutuksen arvioituksi ei pääosin tai ei ollenkaan uskottavasti.

Useissa avovastauksissa tarkoituksenmukaisen pääsyn perusterveydenhuollon vastaanotoille uuden ei-kiireellisen vaivan kanssa todettiin vähentävän epätarkoituksenmukaista yhteispäivystykseen hakeutumista ja vähentävän sitä kautta jossain määrin yhteispäivystyksen kysyntää. Valtakunnallisen kansanterveystyön johtajaverkoston mukaan tavoitteen onnistuminen vaatisi perusterveydenhuollolle riittävät resurssit, jotta olisi mahdollista vahvistaa myös kiireellistä hoitoa. Muuten olisi riski, että perusterveydenhuollossa jouduttaisiin siirtämään resursseja kiireellisestä hoidosta ajanvarausvastaanotoille, jolloin kiireellisen hoidon ja yhteispäivystysten ongelmat jopa pahenisivat.

Suomen Yleislääkärit GPF ry:n mukaan olisi tarkoituksenmukaista hoitaa perusterveydenhuollon akuutimmat asiat virka-aikana, jolloin oheispalvelut ovat laaja-alaisemmin käytettävissä. Tämä mahdollistaisi usein myös hoidon jatkuvuuden, joka parantaa sekä hoidon laatua että kustannusvaikuttavuutta. Todettiin, että perusterveydenhuollon päivystystä ei tarvita yöllä.

Vastauksissa esitettiin toiminnallisia muutoksia edesauttamaan epätarkoituksenmukaista yhteispäivystyksen käyttöä. Yhteispäivystyksen käyttäjiä tulisi ohjata aktiivisesti perusterveydenhuollon palvelujen piiriin, sillä osa asiakkaista on tottunut asioimaan päivystyspalveluissa. Myös asiakassegmentoinnissa onnistuminen ja kattavien hoitosuunnitelmien teko niitä tarvitseville nähtiin mahdollisuuksina.

Osin nähtiin riskinä, että päivystykseen ohjataan sanktioiden pelossa sellaisiakin potilaita, jotka eivät sinne kuulu, mikäli hoitotakuun toteuttamiseen ei saataisi riittävästi resursseja. Päivystyksen todettiin edellyttävän valmiuden ylläpitoa, joten säästö henkilöstöresursseista on epävarmaa.

Rinnakkain muutoksen vaikutusten kanssa tulisi lausuntojen mukaan ottaa huomioon samanaikainen tarpeen kasvu väestön ikääntymisen takia. Vanhusväestön absoluuttisen määrän kasvun myötä uudistuksen vaikutukset päivystysjärjestelmään jäisivät pieniksi.

Suomen Kuntaliiton mukaan yhteispäivystyksen kysynnän väheneminen oli arvioitu melko suureksi.

#### *2.2.4 Sairaalahoidon tarve*

Oletuksena on, että sairaalahoidon tarve vähenee hieman. Onko vaikutuksen suuruus arvioitu uskottavasti?

Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 87 vastaajaa, joista 15 ei ottanut kantaa. Kantaa ottaneista 67 % näki vaikutuksen sairaalahoitoon arvioidun uskottavasti tai pääosin uskottavasti. Vastaavasti 33 % vastaajista näki vaikutuksen arvioiduksi ei pääosin tai ei ollenkaan uskottavasti.

Muun muassa useiden kuntien avovastauksissa katsottiin, että on todennäköistä, että muutos vähentäisi osastohoidon tarvetta hieman. Tämä vaikutus tulisi erityisesti ikääntyneiden osastohoidon vähenemisen kautta ja mekanismeina olisivat toisaalta ongelmien hoito ajoissa ennen pahenemista, hoitosuhteen jatkuvuus sekä toisaalta epätarkoituksenmukaisten yhteispäivystyskäyntien vähenemisen kautta, jolloin myös päivystyksestä osastolle ohjautuminen vähenisi.

Suomen Lääkäriliitto piti ensimmäisen kolmen vuoden osalta arvioita erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa saavutettavista säästöistä liian optimistisina. Sen mukaan pitemmällä aikavälillä saavutettavat säästöt voisivat olla huomattavasti suurempiakin hoidon porrastuksen kehittyessä tarkoituksenmukaisemmaksi sekä pitkäaikaissairauksien hoitotasapainon ja väestön terveydentilan kehittyessä myönteisesti.

Sairaalahoidossa todettiin kiinteiden kustannusten osuuden olevan suuri, eli pieni kysynnän väheneminen ei vähentäisi kustannuksia, koska osaaminen, valmius, tilat jne. joudutaan ylläpitämään. Osa lausujista ei tunnistanut asiakasryhmää, joka hoitotakuun johdosta jäisi sairaalahoidosta pois.

Useiden sairaanhoitopiirien ja Valtakunnallisen kansanterveystyön johtajaverkoston lausunnoissa huomautettiin, että rinnakkain muutoksen vaikutusten kanssa tulee ottaa huomioon samanaikainen sairaalahoidon tarpeen kasvu väestön ikääntymisen takia.

#### *2.2.5 Erikoissairaanhoidon tarve*

Oletuksena on, että erikoissairaanhoidon tarve toisaalta lisääntyy jonkin verran ja toisaalta vähenee hieman. Onko vaikutuksen suuruus arvioitu uskottavasti?

Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 83 vastaajaa, joista 13 ei ottanut kantaa. Kantaa ottaneista 76 % näki vaikutuksen erikoissairaanhoitoon arvioidun uskottavasti tai pääosin uskottavasti. Vastaavasti 24 % vastaajista näki vaikutuksen arvioiduksi ei pääosin tai ei ollenkaan uskottavasti.

Useissa lausunnoissa (useat kunnat ja sairaanhoitopiirit, Valtakunnallinen kansanterveystyön johtajaverkosto) todettiin, että oikea-aikaisesti toimiva perusterveydenhuolto voisi pitkällä tähtäimellä vähentää erikoissairaanhoidon tarvetta, mutta patoutuneeseen tarpeeseen vastaaminen voisi etenkin alkuun lisätä erikoissairaanhoidon lähetteitä. Hyvillä konsultaatiokeinoilla ja palveluketjuilla voitaisiin vähentää lähetteiden määrän kasvua.

Suomen Lääkäriliitto totesi, että ensimmäisen kolmen vuoden osalta arviot erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa saavutettavista säästöistä vaikuttavat liian optimistisilta. Pitemmällä aikavälillä saavutettavat säästöt voisivat olla huomattavasti suurempiakin hoidon porrastuksen kehittyessä tarkoituksenmukaisemmaksi sekä pitkäaikaissairauksien hoitotasapainon ja väestön terveydentilan kehittyessä myönteisesti.

Lausunnoissa nostettiin esiin, että väestön ikääntyminen vaikuttaa palvelutarpeeseen, eli kokonaisuutena myös erikoissairaanhoidon tarve tulisi kasvamaan. Todettiin myös, että erikoissairaanhoidossa kiinteiden kustannusten osuus on suuri, eli pieni kysynnän väheneminen ei vähentäisi kustannuksia, koska osaaminen, valmius ja tilat joudutaan ylläpitämään. Lisäksi todettiin, että kustannusvaikutus tulee lähinnä esiin erikoissairaanhoidon kustannusten kasvun hidastumisena.

Suomalainen lääkäri-seura Duodecim ry:n mukaan vaikutuksen arvio on uskottava olettaen, että potilaslääkärisuhteen hoidon jatkuvuus paranee. Muutoin erikoissairaanhoidon ja päivystysten käynnit voivat lisääntyä. Todettiin myös, että mahdollinen tehtävien siirto erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tulee korvata erillisellä resurssilla.

### *2.2.6 Työterveyshuollon sairaanhoidon käyttö*

Oletuksena on, että työterveyshuollon sairaanhoitoon hoitotakuun tiukentaminen vaikuttaa melko vähän. Onko vaikutuksen suuruus arvioitu uskottavasti?

Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 81 vastaajaa, joista 14 ei ottanut kantaa. Kantaa ottaneista 85 % vastaajista näki vaikutuksen työterveyshuoltoon arvioidun uskottavasti tai pääosin uskottavasti. Vastaavasti 15 % vastaajista näki vaikutuksen arvioiduksi ei pääosin tai ei uskottavasti.

Avovastauksissa useat lausijat totesivat, että todennäköisesti työterveyshuollon sairaanhoidon käyttö vähenee hieman, mutta työnantajien toiminta ratkaisee. Tilanne voi vaihdella alueittain. Alkuun vaikutukset olisivat todennäköisesti vähäisiä (useat sairaanhoitopiirit, Valtakunnallinen kansanterveystyön johtajaverkosto, SAK).

Suomen yrittäjät katsoi, että työnantajat haluavat jatkossakin ostaa palveluita yksityiseltä sektorilta julkisen sijaan, jotta saavat pitää tärkeät työntekijänsä terveinä töissä. Lisäksi lausunnoissa todettiin, että työterveyshuoltoa käyttävät ovat tottuneet saamansa palvelun tasoon, eivätkä siirry julkiseen perusterveydenhuoltoon, ellei työnantaja lopeta sairaanhoitotoiminnan ostamista.

Lääkäriliiton lausunnon mukaan lyhyen aikavälin muutokset lienevät vähäisiä, vaikka julkisen perusterveydenhuollon hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden parantuessa voi pitemmällä aikavälillä työnantajien motivaatio järjestää henkilöstölleen nykyisen tasoisia kattavia sairaanhoitopalveluja vähentyä huomattavastikin. Suomen Yleislääkärit sekä työ- ja elinkeinoministeriö pitivät arviota oikean suuntaisena, joskin epävarmana. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan siirtymä työterveyshuollon palveluista avosairaanhoidon olisi pienempi kuin laskelmassa esitetty.

Vähemmistö lausujista ilmaisi, että työikäisten hakeutuminen perusterveydenhuoltoon lisääntyisi ja sairaanhoitosopimuksia purkautuisi lakimuutosten myötä merkittävässä määrin.

### *2.2.7 Yksityisen (asiakkaan itse tai yksityisvakuutuksen kautta maksama) terveydenhuollon käyttö avosairaanhoidossa*

Oletuksena on, että hoitotakuun tiukentaminen vähentää puhtaasti yksityisen terveydenhuollon käyttöä jonkin verran ajan kuluessa. Onko vaikutuksen suuruus arvioitu uskottavasti?

Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 83 vastaajaa, joista 21 ei ottanut kantaa. Kantaa ottaneista 68 % näki vaikutuksen yksityiseen terveydenhuoltoon arvioidun uskottavasti tai pääosin uskottavasti. Vastaavasti 32 % vastaajista näki vaikutuksen arvioiduksi ei pääosin tai ei ollenkaan uskottavasti.

Avovastauksissa osa vastaajista arvioi, että yksityiseltä puolelta siirtyisi hoitotakuun tiukentumisen myötä runsaasti asiakkaita julkiselle puolelle. Toisaalta todettiin, että tämä tapahtuisi ostopalveluiden tai palvelusetelien kautta, mikäli hoitotakuu ei muuten toteudu.

Suurempi osa vastaajista piti siirtymisiä oletettavasti pieninä ainakin lyhyellä aikavälillä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos totesi, että palveluiden käyttäjäryhmät ja käyntisyys eroavat toisistaan ja julkisella puolella ei ole suoraa pääsyä lääkärin vastaanotolle ilman hoidon tarpeen arviointia. Lääkäripalveluyritykset ry totesi, että potilaiden siirtyminen yksityiseltä sektorilta (vakuutus- ja työterveyshuollon asiakkaat sekä itse maksavat asiakkaat) julkiselle sektorille ei toteutuisi hetkessä. Julkisen sektorin terveyspalveluiden saatavuuden pitää ensin merkittävästi parantua ennen kuin potilaiden siirtymistä yksityiseltä sektorilta tapahtuisi. Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT toi esiin, voisiko joidenkin erikoisalojen yksityisen sektorin kysyntä kanavoitua terveyskeskuksiin yleislääketieteen erikoislääkärin kysynnäksi. Suomen Yleislääkärit GPF ry katsoi, että perusterveydenhuollon julkisen kuvan muuttuminen positiiviseksi tulisi vaatimaan paljon aikaa ja muutoksia.

### *2.2.8 Yksityisen (asiakkaan itse tai yksityisvakuutuksen kautta maksama) suun terveydenhuollon käyttö*

Oletuksena on, että hoitotakuun tiukentaminen vähentää yksityisen terveydenhuollon käyttöä vain vähän. Onko vaikutuksen suuruus arvioitu uskottavasti?

Lausuntopalvelussa kysymykseen otti kantaa 79 vastaajaa. Vastanneista lähes puolet oli sitä mieltä, että hoitotakuun tiukentamisen vaikutuksen suuruus yksityisen suun terveydenhuollon käyttöön on arvioitu uskottavasti tai pääosin uskottavasti. Neljännes vastaajista oli sitä mieltä, että vaikutuksen suuruutta ei ole tai ei pääosin ole arvioitu uskottavasti. Lähes kolmannes vastanneista ei ottanut asiaan kantaa.

Avovastauksissa todettiin, että vakiintuneet yksityis palvelujen asiakkuudet säilynevät, ja että säännöllisesti omalla, itse valitsemallaan hammaslääkärillä käyvät asiakkaat tuskin katkaisevat asiakassuhdettaan yksityishammaslääkäriinsä. Hammaslääkärin ja asiakkaan eläköityessä vaihtoja tapahtuu, usein myös kustannussyistä.

Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat KT totesi lausunnossaan, että hoitotakuu koskien suun terveydenhuoltoa on sen verran väljä uudistuksen jälkeenkin, että on perusteltua olettaa, että käyttäytymisvaikutukset jäisivät aika pieniksi. Hyvinvointiala HALI totesi, että kolmen kuukauden hoitotakuu on edelleen niin pitkä, että vaikutus ei ole järisyttävä. Lausuntojen mukaan hoitotakuuta pitäisi suun terveyden osalta lyhentää kuukauteen, mikäli haluttaisiin tasavertaisen hoitoon pääsyn toteutuvan.

Osa vastaajista arvioi, että hoitotakuun tiukentaminen vähentäisi yksityisen suun terveydenhuollon käyttöä merkittävästi. Toisaalta tuotiin myös esille, että julkinen suunterveydenhoito ei pystyisi vastaamaan tarpeeseen nykyäänkään ja hoitotakuun myötä suunterveydenhoitoa olisi hankittava yksityisiltä palvelujen tarjoajilta.

### *2.2.9 Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön palveluiden tarve*

Oletuksena on ollut, että hoitotakuun tiukentaminen lisää palvelun tarvetta. Onko vaikutuksen suuruus arvioitu uskottavasti?

Puolet vastaajista (53 %) ei ottanut kantaa kysymykseen. Kannan muodostaneista vastaajista suurin osa (37 %), mukaan lukien Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö katsoi, että vaikutuksen suuruus on arvioitu uskottavasti. Vastaajista 10 % koki, ettei vaikutuksen suuruutta oltu arvioitu uskottavasti.

Avovastauksissa sekä YTHS että Suomen opiskelijakuntien liitto katsoivat hoitoon pääsyn määräaikojen kiristämisen saattavan siirtää voimavaroja sairaanhoidon suuntaan, joka saattaisi heikentää terveydenhoidon ja opiskelukyvyn parantamiseen tähtäävien palvelujen saatavuutta.

### *2.2.10. Vankiterveydenhuollon tarve*

Oletuksena on ollut, että hoitotakuun tiukentaminen jonkin verran lisää tarvetta. Onko vaikutuksen suuruus arvioitu uskottavasti?

Enemmistö vastaajista ei ottanut kantaa kysymykseen (79 % vastaajista) Lausuntopalvelun vastauksissa kantaa taloudellisten vaikutusten arvioinnissa tehtyihin oletuksiin vaikutuksista vankiterveydenhuoltoon otti vain 21 % vastaajista. Oletuksia piti uskottavina 17 % vastaajista.

VTH katsoi, että oleellisinta olisi lisätä avoterveydenhuollon vastaanottokapasiteettia toimipisteiden aukioloa lisäämällä, mikä vaatisi lisää henkilöstöä. Lausunnon mukaan välitön yhteydensaanti edellyttää nykyisen paperiseen asiointilomakkeeseen perustuvan yhteydenoton uudistamista yhdessä Rikosseuraamuslaitoksen kanssa. VTH totesi myös, että mikäli suun terveydenhuollon palveluiden saatavuutta lisättäisiin yleisesti muussa terveydenhuollossa, vähentäisi se todennäköisesti myös VTH:n palveluihin liittyvää kuormitusta. Edelleen yksikkö lausui, että hoitotakuulain tiukennukset eivät todennäköisesti vaikuttaisi merkittävästi VTH:n potilaiden sairaalahoidon tai erikoissairanhoidon määrään.

## **2.3 Suun terveydenhuolto ja kertaluonteinen jononpurku/lisähenkilökunnan tarve**

Esityksessä on arvioitu, että suun terveydenhuollossa kertaluonteisen patoutuneen kysynnän purkamisen jälkeen ei tarvita pysyvästi lisähenkilökuntaa hoitotakuun tiukentamisen vuoksi. Onko arvio mielestäsi oikea?



Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 68 vastaajaa. Suurin osa vastaajista (79 %) oli sitä mieltä, että arvio siitä, että suun terveydenhuollossa kertaluonteisen patoutuneen kysynnän purkamisen jälkeen ei tarvita pysyvästi lisähenkilökuntaa hoitotakuun tiukentamisen vuoksi, ei ole oikea. Vastaajista yhdeksän prosenttia piti arviota oikeana, kun 12 % ei osannut ottaa kantaa. Hyvinvointialueiden vastauksista seitsemän prosenttia näki, että suun terveydenhuollossa kertaluonteisen patoutuneen kysynnän purkamisen jälkeen ei tarvita pysyvästi lisähenkilökuntaa hoitotakuun tiukentamisen vuoksi.

Useat vastaajat toivat avovastauksissa esille, että suun terveydenhuollon palvelujen saatavuudessa on ollut ongelmia jo ennen Covid-19-pandemiaa. Lisää resursseja nähtiin tarvittavan muun muassa ennalta ehkäisyyn ja hoitajaksojen saattamiseen valmiiksi kohtuullisessa ajassa. Osa vastaajista totesi hoitoon pääsyn tietojen keruussa olevien puuteiden vuoksi, että lakiesityksen kustannusvaikutukset on arvioitu riittämättömiksi. Avovastauksissa arvioitiin myös, että kaikkia suun terveydenhuollon ammattilaisia, myös erikoishammaslääkäreitä, tulisi olla jatkossa enemmän. Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT:n mukaan jonojen purkamisen jälkeen ollaan tilanteessa, jossa juuri ja juuri ylletään hoitotakuuseen, ja pienikin kysyntähäiriö käytännössä aiheuttaisi silloin aina piikin laittomaan tilanteeseen, josta ei selvitä muutoin kuin lisäämällä henkilöstöä.

Avovastauksissa todettiin myös, että arviointi kertaluonteisesta hoitojonojen purkamisesta voisi toteutua, mikäli kysyntää lisääviä tekijöitä ei olisi näköpiirissä. Useissa vastauksissa arvioitiin, että julkisten palvelujen kysyntä kasvaisi muun muassa odotusaikojen lyhenemisen ja väestön ikääntymisen vuoksi ja sen vuoksi, että suun terveydenhuollon asiakasmaksut ovat tulleet maksukaton piiriin. Toisaalta arvioitiin, että potilaiden parempi hoitoon pääsy säästäisi kustannuksia, kun suun terveysongelmiin päästäisiin puuttumaan varhemmin ja selvittäisiin kevyemmällä hoitoratkaisuilla.

#### **2.4. Onko hoitotakuun tiukennuksen vuoksi hyvinvointialueille aiheutuvat kustannukset arvioitu oikean suuntaisesti?**

Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 76 vastaajaa. Kysymykseen vastanneista yksikään vastaaja ei katsonut, että hyvinvointialueille aiheutuvat kustannukset olisi arvioitu liian suuriksi. Vastaajista 9 % mukaan kustannukset hyvinvointialueille olisi arvioitu oikean suuntaisesti. Vastaajista 46 % arvioi, että hyvinvointialueiden kustannukset on arvioitu jossain määrin liian pieniksi ja 45 % arvioi kustannusarviot tältä osin selvästi liian pieniksi. Hyvinvointialueiden vastauksista 93 %:ssa hyvinvointialueille aiheutuvat kustannukset oli arvioitu liian pieniksi (33 % jossain määrin liian pieneksi ja 53 % selvästi liian pieniksi).

Useissa avovastauksissa henkilöstön lisäysten aiheuttamat kustannukset oli arvioitu liian pieniksi. Tämän katsottiin johtavan siihen, että vuosittaiset kustannukset todennäköisesti nousisivat huomattavasti arvioitua suuremmiksi.

KT Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat katsoi lausunnossaan, että henkilöstön lisääminen olisi keskimääräisiä kustannuksia kalliimpaa tilanteessa, jossa henkilöstöstä olisi pulaa. Useat palvelujen järjestämistahot totesivat, että henkilöstön lisäysten aiheuttamat kustannukset oli arvioitu liian pieniksi.

Sen lisäksi, mitä jo pääotsikon 2 alla on VM:n kannoista todettu, VM piti kustannuspainearvioita esitysluonnoksen kokonaisvaikutusten arvioinnissa tärkeinä ja edellyttää tietojen tarkentamista ja vahvistamista jatkovalmistelussa lausuntopalautteen sekä muiden tilasto- ja rekisteriaineistojen perusteella. Lisäksi ministeriö huomioi, että kustannuspainearvoina esitetty edellyttää merkittävää koulutetun terveydenhuollon ammattihenkilöstön lisäyöpanosta ja tätä tulisi arvioida myös työvoiman tosiasiallisen

saatavuuden näkökulmasta. Kustannusvaikutusten arvioinnista puuttuu esitettävän palvelusetelipykälän (54 §) kustannusten arviointi.

## **2.5 Onko hoitotakuun tiukennuksen vuoksi Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle kokonaisuudessaan tarvittava taloudellinen lisäresursointi arvioitu oikean suuntaisesti?**

Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 29 vastaajaa. Kysymykseen vastanneista yksikään ei katsonut, että YTHS:lle aiheutuvia kustannukset olisi arvioitu liian suuriksi. Alle viidesosa vastaajista (17 %) katsoi, että kustannukset olisi tältä osin arvioitu suuruusluokaltaan oikeasuuntaisiksi. Vastaajista 69 % on katsoi, että YTHS:lle aiheutuvat kustannukset on arvioitu jossain määrin tai selkeästi liian pieniksi.

Avovastauksessa YTHS katsoi, että lisäresursointi on arvioitu selvästi liian pieneksi. Useissa vastauksissa tuotiin lisäksi esiin, että YTHS:n resursseja olisi tarpeen lisätä merkittävästi. Tampereen kaupunki katsoi lausunnossaan, että opiskelijat eivät saa tälläkään hetkellä YTHS:stä heille lakisääteisesti kuuluvia palveluita, vaan opiskelijoita ohjataan suuressa määrin kuntapalveluihin.

## **2.6 Onko hoitotakuun tiukennuksen vuoksi Vankiterveydenhuollon yksikölle kokonaisuudessaan tarvittava taloudellinen lisäresursointi arvioitu oikean suuntaisesti?**

Lausuntopalvelussa 21 vastaajaa vastasi kysymykseen. Arviointia suuruusluokaltaan oikean suuntaisena piti puolet (52 %) vastaajista. Selvästi liian pienenä tai jossain määrin liian pienenä arviota piti 48 % vastaajista.

Vankiterveydenhuollon yksikön (VTH) lausunnon mukaan esityksessä arvioidut vankiterveydenhuollon yksikön henkilöstömäärän lisäämistä kuvaavat luvut sekä taloudelliset resurssit ovat oikean suuruiset. Arvioidut VTH:n lisäresurssitarpeet ovat lausunnon mukaan välttämättömiä hoitotakuun toteuttamiseksi, kuten myös Rikosseuraamuslaitoksen valvonnan, kuljetuslogistiikan ja VTH:n käyttöön osoitettavien tilojen riittävä resursointi.

## **2.7. Onko hoitotakuun tiukentamisen muiden kuin taloudellisten vaikutusten aikataulu arvioitu realistisesti?**

Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 80 vastaajaa. Kysymykseen vastanneista kaksi kolmesta (63 %) katsoi, että muiden kuin taloudellisten vaikutusten aikataulu ei ole arvioitu realistisesti. Joka viides (18 %) vastaaja katsoi puolestaan, että taloudellisten vaikutusten aikataulu on arvioitu realistisesti. Viidesosa vastaajista ei ottanut kantaa kysymykseen.

Avovastauksissa useat vastaajat katsoivat, että voimaantuloa edeltävä henkilöstön lisääminen olisi tarpeellista jo arvioitua aikaisemmin vuonna 2022. Rekrytointien sekä uusien teknologioiden ja toimintamallien käyttöönoton katsotaan useassa lausunnossa vievän arvioitua pidemmän ajan. Useista lausunnoista välittyy viesti, että Covid-19-pandemia, siitä seurannut hoitovelka sekä samaan aikaan tapahtuva järjestämisvastuun siirtyminen hyvinvointialueille hankaloittavat esityksen vaatimusten läpivientiä esityksen mukaisessa aikataulussa.

## **2.8 Miltä osin vaikutusten arviointia olisi korjattava, tarkennettava tai täydennettävä?**

Useat alueellisia järjestäjätahoja edustavat ja muun muassa Valtakunnallinen kansanterveystyön johtajaverkosto katsoivat lausunnoissaan, että henkilöstön tarve on arvioitu liian pieneksi ja tarpeen ajoitusta ei ole arvioitu oikein. Nämä tahot katsovat myös, että hoitotakuun muutoksen myötä julkisen

perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon kysyntä tulisi kasvamaan lain valmisteluissa esitetystä selvästi arvioitua enemmän. Jotkin lausunnonantajat, kuten Tampereen yliopisto, olisivat kaivanneet lisää arvioita lakimuutoksen vaikutuksista hoidon jatkuvuuteen.

Suomen Fysioterapeutit ry huomautti vastauksessaan, että vaikutusten arvioinnissa ei ole arvioitu fysioterapeuttien määrän lisäämistarvetta tai koulutusmääriä. Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry katsoo, että toimintaterapeuttien riittävyys tulee arvioida.

Lastensuojelun keskusliitto katsoi lausunnossaan, että esityksen jatkovalmistelussa vaikutusarvioita on tarpeen täydentää turvapaikanhakijoina tai pakolaisina Suomeen tulleiden lasten ja nuorten tilanteen arvioinnin osalta sekä arvioida mahdollisia vaikutuksia sosiaalihuollon lapsi- ja perhepalvelujen sekä ylisektorisia vaikutuksia varhaiskasvatuksen henkilöstöressurssien riittävyyteen. Lapsiasiavaltuutettu katsoi vaikutusarvioiden osalta, että lapsivaikutusten arvioinnissa ei ole täysin onnistuttu kiinnittämään huomiota haavoittuvassa asemassa oleviin lapsiin, kuten paperittomiin lapsiin. Suomen Psykologiliitto ry:n mukaan esitys ei ota huomioon lapsivaikutuksia.

Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen mukaan vaikutusten arviointia tulisi täydentää kuvauksilla arvioiden laskentaperusteista ja niihin liittyvistä epävarmuuksista. Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen mukaan myös tutkimustietoa tulisi käyttää enemmän vaikutusarvioiden taustalla. Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT:n mukaan taloudellisia vaikutuksia pitäisi eritellä paremmin henkilöstökuluihin sekä hoidon ja tutkimusten aiheuttamiin kuluihin. Suomen Kuntaliitto ry katsoi, että yhteisvaikutusten arviointia tulisi pyrkiä lisäämään. Turun ammattikorkeakoulu katsoi, että vaikutusarviointia varten olisi tärkeää kehittää seurantajärjestelmä, joka mahdollistaa lääkärin vastaanottojen lisäksi erityyppisten ja -tasoisten hoitajan vastaanottojen sekä muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden lähi- ja etävastaanottojen seurannan.

Svenska finlands folkting esitti, että sosiaali- ja terveysministeriö tekisi perusteellisemmän vaikutusarvioinnin esityksen vaikutuksista kielellisiin oikeuksiin käytännössä sekä siitä, miten kielellisten oikeuksien saatavuus ruotsinkielisissä sosiaali- ja terveystaluuissa turvataan siten, että palveluvelvoite tiukennetussa määräajassa täyttyy. Myös oikeusministeriö toi esiin, että kielellisten oikeuksien toteuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on käytännön tasolla osoittautunut haastavaksi. Palvelujen turvaaminen paikallisella vähemmistökielellä voisi myös edellyttää erillisiä ratkaisuja tai lisätoimia, jos kielelliset oikeudet eivät muuten toteudu. Tämän lisäksi ohjauksella ja valvonnalla on kielellisten oikeuksien turvaamisessa keskeinen asema.

## **2.9 Huolimatta epävarmuuksista, tulisiko hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentaminen toteuttaa ehdotetulla tavalla?**

### *Perusterveydenhuollon avosairaanhoito*

Kysymykseen vastasi 85 vastaajaa. Lausuntopalvelun vastaajista 40 % katsoi, että huolimatta epävarmuuksista hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentaminen tulisi toteuttaa ehdotetulla tavalla perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa. Hieman yli puolet (54 %) vastaajista katsoi, että määräaikojen tiukentamista ei tulisi toteuttaa ehdotetulla tavalla.

Avovastauksissa useat vastaajat pitivät ehdotettua aikataulua liian nopeana, ja ehdottivat siirtymäaikoja tai voimaantulon vaiheistusta tai porrastusta. Esimerkiksi Suomen Kuntaliitto totesi kannattavansa uudistusta sinänsä, mutta esitti lakiuudistuksen voimaantulon myöhentämistä esimerkiksi vuoteen 2024, ja mahdollista voimaantulon porrastusta alueiden erilainen tilanne huomioiden. Useat lausujat esittivät lisäksi, että hoitotakuulain toteutumisen edellyttämän taloudellisen ja henkilöstön resursoinnin lisäämisen tulisi toteutua

selvästi ennen lain voimaantuloa, jotta hoitoon pääsyn aikarajoja olisi jo lain voimaantullessa mahdollista saavuttaa. Muutama lausuja ehdotti hoitotakuun määräajaksi 14 tai 21 vuorokautta ehdotetun seitsemän vuorokauden sijaan.

Suomen Lääkäriliitto katsoi, että vuoden 2023 alusta julkisten sote-palvelujen järjestämisvastuun ja rahoituksen siirtyminen yhdelle ja samalle alueelliselle toimijalle (Uuttamaata lukuun ottamatta), uudistuksen toteuttaminen olisi erittäin tarkoituksenmukaista ja käytännössä myös mahdollista.

Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT totesi, että sellaista lakia ei voida säätää, jonka toteuttamiseen ei ole varattu riittävää rahoitusta tai henkilöstöä. Tässä tapauksessa mahdottomaksi lain säätämisen kannalta tekee maassamme vallitseva mittava osajapula, erityisesti lääkärien osalta.

Mielenterveyspooli ja MIELI Suomen Mielenterveys ry esittivät, että määräaikojen tiukentamista pitäisi täydentää psykoterapeuttisen ja muun psykososiaalisen hoidon hoitotakuun tiukentamisella niin, että hoito alkaisi neljän viikon kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista.

Suomen Fysioterapeutit ry ehdotti, että kuntoutus, mielenterveyspalvelut ja päihdehoito tulisi lainsäädännössä erottaa kiireettömistä palveluista omaksi kokonaisuudekseen, jonka alkaminen kiinnitettäisiin toisaalta kuntoutussuunnitelmaan ja toisaalta kahden viikon määräaikaan. Kuntoutuksen toimialayhdistys esitti harkittavaksi, tulisiko joidenkin kuntoutuspalvelujen toteutua (ensimmäinen hoitotapahtuma) esimerkiksi 1 kk sisällä.

Helsingin kaupungin mukaan tavoite perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn parantamiseksi on sinänsä kannatettava, mutta hoitotakuun tiukentaminen tulisi toteuttaa ajallisesti vaiheittain. Helsingin kaupunki tähdentää, että sellaista lakia ei pidä säätää, jonka toteuttamiseen ei ole riittävästi henkilöstöä tai rahoitusresursseja saatavilla.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslian lausunnossa kannatetaan luonnoksen mukaista esitystä.

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen valmistelutoimielin toivoo lausunnossaan täsmennystä siihen, onko hoitotakuu täytettävissä tarjoamalla ainoastaan etävastaanottoa tai muuta digitaalista palvelua.

Yhdenvertaisuusvaltuutettu katsoo lausunnossaan, että apuvälineprosessin saaminen alkuun tulee sisällyttää seitsemän vuorokauden hoitotakuun piiriin, koska kyse on huomattavan merkittävästä asiasta yksittäisen henkilön elämässä.

Aluehallintovirastojen yhteisen lausunnon mukaan hoitoon pääsyä koskevan lainsäädännön tiukentamista ei tulisi tehdä ilmoitetulla tavalla ennen kuin nykyinen koronaepidemia on pääosin ohi ja ennen kuin hoitoon pääsyn valvonnan seuranta on valmiiksi rakennettu THL:n puolelta.

### *Suun terveydenhuolto*

Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 77 vastaajaa. Asiaan kantaa ottaneiden mielipiteet jakoutuivat vahvasti. Hieman yli puolet asiaan kantaa ottaneiden (44 % kaikista vastanneista) mielestä hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentaminen tulisi toteuttaa ehdotetulla tavalla huolimatta asiaan liittyvistä epävarmuuksista. Vastaajista 43 % oli eri mieltä ja 13 % ei osannut ottaa asiaan kantaa.

Avovastauksissa muutoksen tavoitteita pidettiinärkevinä. Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon saatavuuden parantaminen nähtiin tärkeänä. Useiden vastaajien mielestä suunniteltu aikataulu on kuitenkin liian tiukka, ja tarvitaan siirtymäaika. Lisäksi todettiin tarvittavan riittävät resurssit sekä jononpurkuun ennen hoitotakuun voimaantuloa että pysyvästi. Lausunnoissa arvioitiin myös, että esitetyllä aikataululla hoitotakuun tiukkeneminen tulee liian pian hyvinvointialueiden aloituksen jälkeen. Vastauksissa tuotiin esille, että erikoishammaslääkäreiden, suuhygienistien ja hammashoitajien koulutusmääriä tulisi lisätä resurssivajeen korjaamiseksi, sillä näitä henkilöstöryhmiä ei monin paikoin ole saatavissa ostopalveluinakaan.

YTHS totesi lausunnossaan, että uudistukselle varattu rahoitus ei ole riittävä, ja toisaalta suun terveydenhuollon henkilöstöä ei ole riittävästi uudistuksen toteuttamiseen esitetyllä aikataululla. THL puolestaan totesi, että jos hoitotakuuta ei tiukenneta, asiat tuskin muuttuvat, ja että haasteista huolimatta ehdotus on hyvä ratkaisu.

Avovastauksissa todettiin, että hoitotakuun tiukentaminen on tarpeellinen toimenpide, koska nykyiset hoitoon pääsyn odotusajat ovat kohtuuttoman pitkät. Mutta oleellista olisi tämän lisäksi myös se, että hoidot etenevät ja valmistuvat ilman aiheetonta viivytystä kohtuullisessa ajassa, ottaen huomioon valtakunnalliset ohjeet ja Käypä hoito -suositukset.

ETENE pitää lausunnossaan tärkeänä, että suun terveydenhuolto on mukana esityksessä, sillä hoitoon pääsyssä ja palvelujen saatavuudessa esiintyy merkittäviä ongelmia. Asiaan liittyy oikeudenmukaisuuteen ja yhdenvertaisuuteen liittyviä kysymyksiä, sillä käytännössä suun terveydestä voivat huolehtia etenkin ne ihmiset, joilla on mahdollisuus maksaa yksityisten palveluntuottajien palveluista.

## **2.10. Onko esitys hoitotakuun tiukentamisesta toimeenpantavissa ehdotetussa aikataulussa?**

### *Perusterveydenhuollon avosairaanhoito*

Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 85 vastaajaa. Vastanneista 61 % katsoi, että esitys perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuun tiukentamisesta ei ole toimeenpantavissa ehdotetussa aikataulussa (vastausvaihtoehdot ei tai ei pääosin). Vastaajista 31 % katsoi toisaalta, että ehdotus on toimeenpantavissa ehdotetussa aikataulussa (vastausvaihtoehdot kyllä tai kyllä pääosin), kun taas kahdeksan prosenttia vastaajista valitsi ei kantaa -vastausvaihtoehdon. Hyvinvointialueiden vastauksista 18 %:ssa nähtiin, että ehdotus olisi toimeenpantavissa perusterveydenhuollossa, kun se ei olisi toimeenpantavissa 82 % mielestä.

Ehdotettu aikataulu koettiin vastauksissa yleisesti tiukaksi ja vaikeasti toteutettavaksi, varsinkin otettaessa huomioon hyvinvointialueiden toiminnan aloittamisen ajankohdan juuri ennen hoitotakuun tiukentamisen ehdotettua voimaantuloa. Toimeenpanon aikataulua toivottiin toteutettavaksi porrastetusti tai siirtymäajalla.

Useissa vastauksissa katsottiin tärkeäksi, että hyvinvointialueet ehtisivät lisätä pysyviä resursseja ennen uudistuksen voimaantuloa. Useissa vastauksissa todettiin myös, että hoitotakuun tiukentaminen olisi mahdollista toteuttaa, mikäli se tulisi voimaan riittävän pitkällä siirtymäajalla, esimerkiksi vuoden 2024 alusta. Hoitotakuun tiukennus samanaikaisesti hyvinvointialueiden toiminnan aloittamisen kanssa nähtiin ongelmallisena resurssien riittävyyden kannalta.

Useimmissa vastauksissa tuotiin esiin lisäresurssien tarve ja huoli henkilöstön riittävyydestä. Muutamassa vastauksessa huomautettiin, että pelkkä virkamäärien lisääminen ei tarkoita, että ne välittömästi täyttyisivät. Huolta esitettiin monessa vastauksessa myös siitä, että lakimuutoksen ehdotettua lääkimäärän lisäämistä ei ehditä kouluttaa.

Muutaman vastauksen mukaan uudistus ei olisi toimeenpantavissa, ja yhden vastauksen mukaan aikataulu on mahdoton hoitovelan ja työvoiman riittävyyden ongelmien vuoksi. Muutamassa vastauksessa myös Covid-19 pandemia mainittiin haasteena toimeenpanolle ehdotetussa aikataulussa.

VTH arvion mukaan esitys voidaan toteuttaa sen osalta ehdotetussa aikataulussa. YTHS katsoi, ettei esitystä voida toteuttaa ehdotetussa aikataulussa.

### *Suun terveydenhuolto*

Lausuntopalvelussa kysymykseen vastasi 74 vastaajaa, joista 35 % oli sitä mieltä, että esitys hoitotakuun tiukentamisesta suun terveydenhuollossa olisi toimeenpantavissa tai pääosin toimeenpantavissa ehdotetussa aikataulussa. Vastaajista 42 % oli sitä mieltä, että esitys ei ole tai ei pääosin ole toimeenpantavissa ehdotetussa aikataulussa, kun taas 23 % ei osannut ottaa kantaa asiaan. Hyvinvointialueiden vastauksista 42 %:ssa nähtiin, että ehdotus olisi toimeenpantavissa suun terveydenhuollossa, kun taas 58 % ei nähnyt sitä mahdolliseksi.

Avovastauksissa tuotiin esille, että uudistus on tarpeellinen ja kannatettava, mutta näin suuri uudistus yhdistettynä uusien hyvinvointialueiden aloittamiseen aiheuttaa merkittävän riskin. Jotta resurssit olisivat riittävät hoitotakuun tiukentuessa, pitäisi resurssien lisäyksen päätökset tehdä kuntapuolella ennen järjestämisvastuun siirtymistä hyvinvointialueille, eikä kunnilla ole kannustimia tällaisille lisäyksille.

Vastauksissa todettiin myös, että uudistus on verraten vähäisin lisäresurssein toteutettavissa, ja että mikäli hoitojonot olisi saatu purettua, uudistus olisi toteutettavissa ehdotetussa aikataulussa. Tämä kuitenkin nähtiin epävarmaksi Covid-19-epidemian yhä jatkuessa. Uhkana nähtiin myös esimerkiksi kevään 2022 mahdolliset työmarkkinaneuvotteluista aiheutuvat häiriöt palvelutoiminnassa.

Lisäksi lausunnoissa tuotiin esille, että hoitotakuun tiukentaminen ehdotetussa aikataulussa on mahdollista toteuttaa, mutta aikataulun toteuttamisen edellytyksenä olisi koko ammattikunnan julkisen ja yksityisen sektorin kapasiteetin saaminen käyttöön. Tämä edellyttäisi riittävää rahoitusta suun terveydenhuoltoon.

Avovastauksissa arvioitiin, että kolmen kuukauden aikaraja ensikäynnille on täysin toteutettavissa, mutta tulisi vielä huomioida paremmin tarvittavat resurssit jatkohoidon toteuttamiseen kohtuullisessa ajassa. Perusterveydenhuollon erikoishammaslääkärille pääsyn toteutuminen kolmen kuukauden kuluessa nähtiin nykyisessä erikoishammaslääkäreiden saatavuustilanteessa todella tiukkana aikarajana.

Lausunnoissa todettiin, että eri kunnat tai alueet ovat erilaisissa tilanteissa. Kunta- ja hyvinvointialueuudistajat KT toi esille, että koronapandemian aiheuttama hoitovelka, puutteellinen tietopohja hoitovelasta ja hoitoon pääsystä sekä henkilöstöpula aiheuttavat syvän huolen siitä, että siirtymäaika on aivan liian tiukka, vaikka hoitotakuun tiukennus olisi merkittävästi kohtuullisempi kuin perusterveydenhuollon avosairanhoidossa.

Valtiontalouden tutkimuskeskus totesi lausunnossaan, että myös suun terveydenhuollon tapauksessa hoitotakuun tiukentamisen onnistuminen riippuisi työvoiman saatavuudesta. Viimeisimmän ammattibarometrin (2021/II) perusteella työvoimapulaa esiintyi kahdeksanneksi eniten hammaslääkäreiden keskuudessa, vaikkakin tilanne eri ammattiteissa vaihtelee alueellisesti.

VTH arvion mukaan esitys voidaan toteuttaa sen osalta ehdotetussa aikataulussa. YTHS katsoi, ettei esitystä voida toteuttaa ehdotetussa aikataulussa.

## 2.11. Pitäisikö hoitotakuun tiukentaminen toteuttaa ajallisesti vaiheittain/ porrastetusti aikatauluttaen?

### *Perusterveydenhuollon avosairaanhoito*

Lausuntopalvelussa kysymykseen oli ottanut kantaa 78 vastaajaa. Vastanneista 83 % katsoi, että hoitotakuun tiukentaminen pitäisi toteuttaa ajallisesti vaiheittain. Hyvinvointialueiden vastauksista 88 %:ssa nähtiin, että ehdotus pitäisi toteuttaa ajallisesti vaiheittain.

Selvä enemmistö vastaajista katsoi, että hoitotakuun tiukentaminen tulisi toteuttaa ajallisesti vaiheittain tai porrastetusti.

Lähes kaikissa avovastauksissa tuotiin esiin, että aikaa tarvitaan jonon purkuun ja työvoiman rekrytointiin. Portaittaisen toteuttamisen katsottiin myös kokonaistilanteen hallinnan kannalta helpommaksi, kysyntäpiikkien jäädessä matalammiksi. Useassa avovastauksessa tuotiin esiin, että vaiheittainen toteuttaminen ei poista ydinongelmaa, eli henkilöstön vähäisyyttä. Yhdessä avovastauksessa tuotiin myös esiin, että alueittain vaiheittainen toteuttaminen mahdollistaisi vaikutusten jälkikäteisarvioinnin.

Valtiovarainministeriö toivoi lausunnossaan julkisen talouden näkökulmasta edelleen pidettävän harkinnassa myös sitä ratkaisua, että uudistuksen voimaantuloa siirrettäisiin myöhäisempään ajankohtaan tai sitä, että se tulisi vaiheittain, porrastetusti, voimaan. Ministeriö viittasi sote-uudistuksen edellyttämiin panostuksiin ja koronapandemian aiheuttamaan kuormitukseen ja katsoi, ettei se ei voi luotettavalla tavalla vakuuttua siitä, että palvelujen saatavuus ja hoitoon pääsy julkisessa terveydenhuollossa merkittäväällä tavalla parantuisi ennen esitysluonnoksessa ehdotetun lainsäädännön voimaantuloa. Vaikutukset, joita sote-uudistuksella arvioidaan saavutettavan esimerkiksi palveluintegraatiossa, sujuvina palvelu- ja hoitoketjuina, palveluohjauksessa, toiminnan tehostumisena ja kustannusvaikuttavuuden lisääntymisenä, eivät ministeriön arvion mukaan todennäköisesti realisoitu riittävässä määrin hyvinvointialueiden järjestämistehtävissä vielä vuoden 2023 ensimmäisinä kuukausina.

### *Suun terveydenhuolto*

Lausuntopalvelussa kysymykseen otti kantaa 66 vastaajaa, joista 79 % mielestä hoitotakuun tiukentaminen tulisi toteuttaa porrastetusti aikatauluttaen. Vastaajista 21 % oli sitä mieltä, ettei porrastusta pitäisi tehdä. Hyvinvointialueiden vastauksista 85 %:ssa nähtiin, että ehdotus pitäisi toteuttaa ajallisesti vaiheittain.

Avovastauksissa oli yksi ehdotus porrastuksesta. Sen mukaan ensin tulisi voimaan kolmen kuukauden määräaika kiireettömään hoitoon pääsyyn suunnitellussa aikataulussa ja vuonna 2025 tulisi voimaan neljän viikon määräaika jatkohoitoajalle. Ehdotuksen mukaan lakiin ei tulisi nyt kirjata erillistä 4 viikon aikarajaa muun kuin hammaslääkärin luona tehdyn ensikäynnin jälkeen.

Vastauksissa todettiin myös, että porrastettu toteutus olisi tarpeen erityisesti perusterveydenhuollossa toteutettavissa erikoishammaslääkäripalveluissa, koska erikoishammaslääkäreiden määrä vaihtelee alueittain.

## 2.12. Mitkä ovat suurimmat riskit hoitotakuun tiukentamisen toteuttamiselle ehdotuksen mukaisesti? (valitse enintään kaksi)

sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämistehtävien siirtyminen hyvinvointialueille 1.1.2023 lukien ei mahdollista hoitotakuun tiukennuksen toimeenpanoa/henkilöstöä ei ole saatavilla/

hoitotakuun tiukentamiseen arvioitu taloudellinen lisäresursointi on riittämätöntä /motivaatio ja voimavarat kehittämiseen ovat riittämättömät /ICT-järjestelmien kehittämistarpeet eivät mahdollista hoitotakuun tiukentamista esitetystä aikataulusta /muu, mikä

Lausuntopalvelussa kysymykseen otti kantaa 53–86 vastaajaa vastausvaihtoehtoa kohti. Selvästi suurin osa vastaajista näki kahtena suurimpana riskinä sen, että henkilöstöä ei ole saatavilla (87 % vastaajista) ja sen, että hoitotakuun tiukentamiseen arvioitu taloudellinen lisäresursointi on riittämätöntä (87 % vastaajista). Vastaajista 33 % piti sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämistehtävien siirtymistä hyvinvointialueille 1.1.2023 lukien riskinä hoitotakuun tiukennuksen toimeenpanolle. Vastaajista 19 % katsoi, että kahden suurimman riskin joukkoon kuuluvat riittämättömät voimavarat ja motivaatio kehittämiseen. Vastaajista 12 % katsoi kahden suurimman riskiin joukkoon lukeutuvan sen, että ICT-järjestelmien kehittämistarpeet eivät mahdollista hoitotakuun tiukentamista esitetystä aikataulusta. Hyvinvointialueiden vastauksista nähtiin suurimmiksi riskeiksi, että henkilöstöä ei ole saatavilla, taloudellinen lisäresursointi on riittämätöntä sekä motivaatio ja voimavarat kehittämiseen ovat riittämättömät.

Avovastauksissa riskeinä nostettiin lisäksi esiin pitkäaikaisten hoitosuhteiden syntymättömyys, potilasturvallisuuden vaarantuminen sekä riski siitä, että hoitotakuu ei toteudu kaikkien potilasryhmien osalta yhdenvertaisesti.

Muutaman vastauksen mukaan kaikki luetellut riskit olisivat merkittäviä. Myös sanktioiden puuttuminen koettiin riskiksi hoitotakuun toteutumiseksi.

Yhden vastauksen mukaan perusterveydenhuollon tilanne muodostuisi katastrofaaliseksi, mikäli henkilöstöä ei saataisi houkuteltua uusiin täytettäviin virkoihin, mutta samalla toteutettaisiin sekä tiukentuva hoitotakuu että uusia tehtävänsiirtoja erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.



## Pykäläkohtaiset kysymykset

### Terveydenhuoltolaki

#### 3.1 Pykälässä 51 § säädetään yhteyden saamisesta perusterveydenhuoltoon ja hoidon tarpeen arviosta.

##### 3.1.1 Onko pykälä selkeä?

Kysymykseen vastasi 79 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 80 % vastasi on, 18 % osittain ja 1 % ei.

Vastauksissa nostettiin esiin seuraavia välittömään yhteydenottoon ja välittömään hoidon tarpeen arviointiin liittyviä selkeytystoiveita: välitön yhteydenosaanti ja yksilöllinen arvioi hoidon tarpeesta tulee määritellä yksiselitteisesti; kansalaiselle "välittömästi" tarkoittaa heti, ei samana päivänä; pykälän perusteella ei ole täysin selvää, tulisiko myös hoidon tarve ja kiireellisyys arvioida välittömästi vai ainoastaan saada välittömästi yhteys terveyskeskukseen; pitääkö yhteys kiireettömän hoidon osalta saada pelkästään virka-aikana vai sinä aikana milloin toimipiste auki; tuleeko jokaiseen hyvinvointialueen toimintayksikköön saada yhteys virka-aikana; yhteys (terveydenhuollon yksikköön) saatava välittömästi, hoidon tarpeen arviolle [määriteltävä] jokin määräaika (takaisinsoitot ja sähköiset yhteydenotot); lain sanamuoto potilaan yhteydenotosta virka-aikana rajaa tarpeettomasti kansalaisten asiointimahdollisuuksia, koska lain perusteluista käy ilmi, että mahdollinen takaisinsoitto tehdään saman päivän aikana - yhteydenotto saman päivän aikana olisi parempi sääntelyratkaisu; hyvinvointialueen järjestämisvastuun toteuttamisen kannalta on tärkeää, että potilaaseen voidaan ottaa yhteyttä myös myöhempänä ajankohtana kuin ensimmäisenä yhteydenottopäivänä 51 a §:n tai 51 b §:n mukaisen määräajan sisällä toteutettavan vastaanottoajan tarjoamiseksi; jos hoidon tarpeen arvio tapahtuu walk-in järjestelmällä, niin kuinka pitkä jonotusaika paikanpäällä saa olla; yksilöllisen (hoidon tarpeen) arvioinnin yhteydessä ei välttämättä ole mahdollista arvioida saako potilas hoitonsa valmiiksi kohtuujassa tai onko potilaalla esimerkiksi erikoishammaslääkärin hoidon tarvetta.

Parissa vastauksessa kiinnitettiin huomiota siihen, että pykälässä mainitaan terveyskeskukset, vaikka jatkossa on sote-keskuksia. Muutamassa vastauksessa katsottiin, että (pykälässä itsessään) tulisi kuvata sallitut yhteydenottotavat, joita laissa tarkoitetaan (puhelinkontakti, fyysinen asiointi, digitaalinen asiointi). Yhdenvertaisuusvaltuutettu katsoi, että perusteluja olisi tarpeen täydentää maininnalla monikanavaisesta yhteydenottotavasta, jotta esimerkiksi kuulovammaiset tai puhevammaiset henkilö voivat saada yhteyden terveyskeskukseen yhdenvertaisesti muiden kanssa.

Parissa vastauksessa katsottiin, että "laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö" sisältää laajan kirjon ammattinimikkeitä ja tulisi varmistaa/määritellä täsmällisemmin, millaista ammatillista osaamista ja kokemusta ensiarvion tekevällä ammattilaisella tulee olla.

Yhden vastauksen mukaan jää epäselväksi, mitkä periaatteet ja kirjaukset on ajateltu koskevan myös suun terveydenhuoltoa. Yhden vastauksen mukaan pykäläehdotukseen tulisi lisätä sana "kuntoutus" eli jo hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä otettaisiin kantaa kuntoutuksen tarpeeseen.

### *3.1.2 Onko pykälän sisältämä sääntely toimeenpantavissa palvelujärjestelmän kannalta?*

Kysymykseen vastasi 74 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 69 % vastasi on, 24 % osittain ja 7 % ei.

Useassa vastauksessa nostettiin esiin resursseihin liittyvät kysymykset. Useassa vastauksessa katsottiin, että sääntely edellyttää, että pätevää henkilöstöä on riittävästi. Esiin nostettiin hoidon tarpeen arvioinnin/ajanvarauksen resurssien lisäämisen tarve sekä nykytilassa olevat haasteet yhteydensaannissa puhelinpalveluissa ja takaisinsoittojärjestelmien merkitys. Muutamassa vastauksessa katsottiin, että pykälän toimeenpano vaatii pidempää voimaantuloaikaa kuin ehdotettu 1.4.2023, yhdessä vastauksessa siirtymäaikaa ehdotettiin myös hoidon tarpeen arvioinnissa työskenteleville lähi- ja perushoitajille osaamisen täydentämiseksi vastaamaan laillistetun ammattihenkilön osaamista. Parissa vastauksessa viitattiin covid-19-pandemian vaikutukseen palvelujärjestelmään.

Parissa vastauksessa tuotiin esiin näkemyksiä toiminnallisiin seikkoihin. Eräässä vastauksessa todettiin, että käytännössä laillistettu ammattihenkilö joutuu ottamaan kantaa, onko yhteydenoton asia 7 päivän hoitotakuun piirissä vai ei ole. Sääntelyn selkeydessä on soveltamisen ja rajanvetojen kannalta haasteita ja tietopohja puutteellinen volyymien arviointiin. Parissa vastauksessa nostettiin esiin sähköiset tietojärjestelmät ja asiointikanavat ja niiden rooli yhteydensaannissa ja verkkopohjaiset etukäteiset oirearviot osana hoidon tarpeen arviota (esimerkiksi Omaolo).

### *3.1.3 Turvaako pykälässä oleva sääntely potilaan oikeudet riittävällä tavalla?*

Kysymykseen vastasi 74 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 81 % vastasi kyllä, 16 % osittain ja 3 % ei.

Yhden vastauksen mukaan sääntelyssä potilaan oikeudet turvataan riittävällä tavalla, mikäli ammattitaitoista henkilöstöä on riittävästi ja mikäli yhteydenoton aikana annetaan joko oikea ohjeistus hoidosta tai ohjeistetaan seuraavista toimenpiteistä kuten esimerkiksi ajanvarauksesta seuraavalle asiantuntijalle riittävän selkeästi. Yhdessä vastauksessa katsottiin, että välitön yhteys perusterveydenhuollon yksikköön on määriteltävä ja ymmärrettävä yhdenmukaisesti, ja nostettiin esiin se, että on kohtuutonta, jos potilas joutuu roikkumaan puhelinlinjoilla tuntikausia ja puollettiin puhelinjonottamisen maksuttomuutta, takaisinsoittojärjestelmän pakollisuutta ja toisen puolesta asiointin helpottamista. Oikeuskanslerinviraston lausunnossa tuotiin esiin, että lukuisissa kanteluissa on tullut esiin ongelmia yhteydensaannissa terveyskeskukseen. Ehdotuksen mukaan 51 §:ää muutettaisiin siten, että nykyisestä poiketen potilaan hoidon tarpeen arvio tulee tehdä potilaan ensimmäisen yhteydenoton yhteydessä. Tähän nähden edellä esille tuodut ongelmat pelkästään yhteydensaannissa terveyskeskukseen ovat huolestuttavia. Uudistuksen valmistelussa ja toimeenpanossa tulisi nähdäkseni kiinnittää erityistä huomiota siihen, miten potilaan yhteydensaanti terveyskeskukseen ja hoidon tarpeen arviointi olisi järjestettävissä nopeaksi ja sujuvaksi.

Yhdessä vastauksessa katsottiin, että perusteluja olisi tarpeen täydentää maininnalla monikanavaisesta yhteydenottotavasta, jotta esimerkiksi kuulovammaiset tai puhevammaiset henkilö voivat saada yhteyden terveyskeskukseen yhdenvertaisesti muiden kanssa. Muutamassa vastauksessa katsottiin, että (perustelujen) viittaus potilaan riittävään kuulemiseen (vastaanottoaikaa sopiessa) on epäselvä. Yhdessä vastauksessa nostettiin esiin sen varmistaminen, että myös kuntalaiset ymmärtävät, mitä kirjaukset tarkoittavat. Yhden vastauksen mukaan sääntely ei turvaa oikeutta riittäviin ja oikea-aikaisiin kuntoutuspalveluihin.

### 3.1.4 Ovatko pykäläkohtaiset perustelut selkeät?

Kysymykseen vastasi 70 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 87 % vastasi ovat ja 13 % eivät.

Yhdessä vastauksessa viitattiin ehdotettuun 54 §:n 2 momenttiin, jossa säädetään velvollisuudesta arvioida hyvinvointialueen kyky järjestää palvelu määräajassa. Pykäläkohtaisissa perusteluissa tulisi vastauksen mukaan selventää, koskeeko 51 §:n määräaika arvion toteuttamisesta saman päivän aikana myös hyvinvointialueen järjestämistavan konkreettista valintaa. Yhdessä vastauksessa pidettiin tärkeänä perustelujen kirjausta, jonka mukaan arvioinnin tekevällä muulla (kuin lääkäri tai hammaslääkäri) ammattihenkilöllä on oltava yhtenäinen ohjeistus ja mahdollisuus konsultoida lääkäriä tai hammaslääkäriä ja yhdessä vastauksessa ehdotettiin tämän kirjaamista myös lakiin. Parissa vastauksessa viitattiin samoihin seikkoihin kuin vastaaja oli tuonut esiin edellisen kysymyksen kohdalla (viittaus potilaan riittävään kuulemiseen on ilmaistu epäselvästi; välittömän yhteydenoton tarkempi määrittely puhelinjonottamisen maksullisuus, takaisinsoittojärjestelmän pakollisuus ja toisen puolesta asioinnin helpottaminen). Yhden vastauksen mukaan perusteluissa voisi korostaa yksilöllisen arvion toteuttamista potilasturvallisesti.

### 3.1.5 Mahdolliset muutosehdotukset

Kohtaan tulleet vastaukset on pääosin sisällytetty edellisiin 51 §:ää koskeviin kohtiin.

Muutamassa vastauksessa otettiin kantaa ehdotukseen, jonka mukaan hoidon tarpeen arviota ei jatkossa voisi tehdä nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö, käytännössä lähihoitaja. Muutamissa vastauksissa katsottiin, ettei muutosta tulisi toteuttaa ainakaan kategorisella tavalla. Lausunnoissa vastustettiin esitystä (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry) tai esitettiin, että esimerkiksi jo pitkään arvioijina toimineet olisivat päteviä toimimaan siinä tehtävässä edelleen (aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto). Suomen Kuntaliitto pitää esitettyä muutosta perusteltuna, mutta kiinnittää huomiota aikatauluun. Ehdotettu muutos tulisi lyhyellä aikavälillä vaikuttamaan kielteisesti sote-keskusten henkilöstön riittävyteen. Kuntaliiton näkemyksen mukaan muutosta ei ole mahdollista toteuttaa esitetyllä aikataululla, vaan lain voimaantuloa on siirrettävä

Yhden vastauksen mukaan hoitoon pääsyn määräaikojen muutosten vaikutuksia terveydenhuoltona toteutettavaan päihdehoitoon ja -kuntoutukseen tulisi arvioida myös siitä näkökulmasta, kuinka siellä työskentelevien sosiaalihuollon laillistettujen ammattihenkilöiden rooli ja työpanos otetaan huomioon ja hyödynnetään.

## 3.2 Pykälässä 51 a § säädetään perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitoon pääsystä.

### 3.2.1 Onko pykälän perusteella selvää, mitkä palvelut kuuluvat seitsemän vuorokauden hoitotakuun piiriin?

Kysymykseen vastasi 81 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 57 % vastasi on, 31 % osittain ja 12 % ei.

Useassa lausunnossa katsottiin, että pykälän sanamuoto on ainakin osittain epäselvä. Esiin nostettiin toisaalta se, että pykälän kattamat palvelut ovat laajat, jolloin on epäselvää, mitkä palvelut rajautuvat seitsemän vuorokauden ulkopuolelle, mutta myös se, että on epäselvää, mitkä palvelut rajautuvat ulkopuolelle. Eräissä lausunnoissa hoitotapahtuman käsitettä pidettiin epäselvänä. Erityisesti esiin nostettiin se, että pykälän mukaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan kuuluvat hoitotapahtumat eivät ole seitsemän vuorokauden määräajan piirissä ja tätä rajausta pidettiin epäselvänä esimerkiksi siten, että mikä katsotaan hoito- ja

kuntoutussuunnitelmaksi, kuinka velvoittava suunnitelma on ja kuuluvatko kontrollikäynnit määräajan piiriin. Joissain lausunnoissa myös hoitotapahtuman käsitettä pidettiin epäselvänä. Parissa lausunnossa toisaalta myös todettiin, että selkeä, yhdenmukaiseen tulkintaan johtava kuvaus määräajan piiriin kuuluvista palveluista on hankala kuvata.

Useassa lausunnossa myös katsottiin, että pykälä on epäselvä mielenterveyspalvelujen osalta. Esiin myös tuotiin, että muun muassa päihdepalveluja tarvitsevien ja riippuvuuksista kärsivien kohdalla ei ole yksiselitteistä, koska kysymys on sairastumisesta, pitkäaikaissairauden vaikeutumisesta, uusista oireista tai toimintakyvyn alenemisesta. Lisäksi esiin tuotiin, että päihdepotilaiden kohdalla epäselvää on myös se, mitä toimintayksiköitä seitsemän vuorokauden hoitotakuu koskee. Perusterveydenhuollon alla toimii eri tavoin eri puolilla maata päihdepalveluita, päihde- ja mielenterveyspalveluita ja klinikoita. Parissa lausunnossa kiinnitettiin huomiota ristiriitaisuuksiin pykälän perusteluissa psykoterapeuttisen hoidon osalta. Niiden mukaan toisaalta hallitus esittää, että psykoterapiat ja muut mielenterveyteen, päihteisiin ja riippuvuusikäyttäytymiseen liittyvät psykososiaaliset mielenterveyden häiriön hoitoon tarkoitetut interventiot eivät olisi hoitotakuun piirissä. Toisaalta hallitus esittää, että hoitotakuun piiriin voisi kuulua mielenterveyden oireisiin tarkoitettuja psykososiaalisia lyhyitä terapiajaksoja.

Parissa lausunnossa todettiin, että lakiesityksestä ei yksiselitteisesti ilmene, että myös digitaalinen palvelu voi käydä pykälässä tarkoitetuksi hoitotapahtumaksi, vaikka perusteluissa asia tulee esiin.

Parissa vastauksessa katsottiin, että pykälän perusteella asiakas voi tulkita, että seitsemän vuorokauden määräaika tarkoittaa aina oikeutta lääkärin/yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanottoon pääsemiseksi, vaikka laissa puhutaan terveydenhuollon ammattihenkilöstä.

Eduskunnan apulaisoikeusasiamies katsoi lausunnossaan, että pykälään sisältyviä eri ilmaisuja ja perusteluja tulisi selventää. Myös oikeusministeriö esitti huomioita sääntelytekniikasta pitäen sääntelykokonaisuutta melko vaikeasti hahmottavana ja monimutkaisena.

### *3.2.2 Onko jotain muita palveluja, jotka pitäisi kuulua seitsemän vuorokauden hoitotakuun piiriin?*

Kysymykseen vastasi 74 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 24 % vastasi kyllä ja 76 % ei.

Muutamassa vastauksessa tuotiin esiin, että pykälän kattamat palvelut ovat jo nyt laajat. Muutamassa vastauksessa kuitenkin katsottiin, että mielenterveys- ja päihdepalvelujen osalta tulisi hoitoon pääsyn lisäksi myös psykososiaaliin hoitomuotoihin pääsyn olla erillisen hoitotakuun piirissä. Muutamassa lausunnossa (erityisesti mielenterveysjärjestöjen ja myös opiskelijajärjestöjen lausunnoissa) lisäksi toivottiin erillisen terapiaan pääsyä koskevan määräajan säätämistä (ns. terapiatakuu). Muutamassa vastauksessa nostettiin esiin myös kuntoutuspalvelut (fysioterapia, toimintaterapia, apuvälinepalvelut). Eräässä vastauksessa katsottiin, että ennaltaehkäisevien palveluiden (terveydenhuoltolaki 13 §) rajaaminen määräajan ulkopuolella herättää huolta kohtuuttomasta viivästyisestä.

### *3.2.3 Onko pykälän sisältämä sääntely toimeenpantavissa palvelujärjestelmän kannalta?*

Kysymykseen vastasi 71 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 41 % vastasi on, 41 % osittain ja 18 % ei.

Useassa vastauksessa katsottiin, että sääntely ei ole toimeenpantavissa tai se on toimeenpantavissa vain osittain, erityisesti koska tarvitaan lisää resursointia. Vastauksissa viitattiin terveydenhuollon ammattihenkilöiden riittämättömyyteen ja parissa vastauksessa myös siihen, että muutos tapahtuisi liian pian

hyvinvointialueiden aloittamisen jälkeen. Näitä kommentteja esitettiin erityisesti monen kunnan/kuntayhtymän/hyvinvointialueen vastauksissaan. Muutamassa vastauksessa täsmentäen todettiin, että sääntely on sinänsä toimeenpantavissa, mutta ei ehdotetussa aikataulussa.

Parissa vastauksessa nostettiin esiin toimintatapojen kehittämisen merkitys toimeenpanossa, kuten moniammatillisuus. Yhdessä vastauksessa korostettiin sääntelyn sisällön tulkintaan liittyvää ohjaustarvetta ja yhteistyötä valvontaviranomaisten kanssa.

### *3.2.4 Turvaako pykälässä oleva sääntely potilaan oikeudet riittävällä tavalla?*

Kysymykseen vastasi 73 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 66 % vastasi kyllä, 19 % osittain ja 15 % ei.

Muutamassa vastauksessa katsottiin, että seitsemän päivän määräajan piiriin kuuluvien palveluiden määrittelyn tulkinvaraisuus voi vaikuttaa siihen, etteivät potilaan oikeudet, mukaan lukien yhdenvertaisuus, toteudu riittävästi. Useassa vastauksessa lisäksi katsottiin, ettei sääntely takaa riittävästi pääsyä kuntoutus- ja mielenterveyspalveluihin. Eräissä vastauksissa nostettiin esiin näkökulmia, jotka liittyvät siihen, ettei hoitoon pääsemisen sääntely itsessään turvaa hoidon jatkuvuutta ja vaikuttavuutta. Lisäksi erään lausunnon mukaan potilasturvallisuus voi vaarantua, jos hoitotakuaikojen toteuttamiseksi on voimakkaasti priorisoitava hoitoa.

### *3.2.5 Ovatko pykäkohtaiset perustelut selkeät?*

Kysymykseen vastasi 73 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 73 % vastasi ovat ja 27 % eivät.

Muutamassa vastauksessa katsottiin, että mielenterveyspalveluita ja kuntoutusta koskevat perustelut eivät ole selkeitä siltä osin, että mitkä palvelut kuuluvat seitsemän vuorokauden määräajan piiriin ja mitkä eivät. Terapiapalveluiden osalta parissa vastauksessa katsottiin, että terapiapalveluiden suoravastaanottoa koskevia perusteluja tulisi selkeyttää. Yhdessä vastauksessa myös katsottiin, että suoravastaanottoa koskeva seitsemän vuorokauden määräaika voi johtaa lain hengen kannalta ristiriitaisiin tilanteisiin: palveluiden järjestäjän kannattaa mieluummin lakata tarjoamasta suoravastaanottoja tietyissä palveluissa kuin tarjota niitä seitsemän päivän hoitotakuuta pidemmässä ajassa.

### *3.2.6 Mahdolliset muutosehdotukset*

Kohtaan vastattiin muutosehdotusten lisäksi yleisiä huomioita sääntelystä. Osa kohtaan tulleista vastauksista on samoja, kuin jo edellisissä 51 a §:ää koskeissa kohdissa on kuvattu.

Useissa vastauksissa esitettiin siirtymäaikaa sääntelylle. Vastauksissa esitettiin esimerkiksi 14 vrk hoitoon pääsyn määräaika, sekä yhden kuukauden hoitotakuuta 1.4.2023 lähtien ja sen jälkeen vuosittainen tiukennus 1-2 viikkoon.

Yhden vastauksen mukaan hoitotapahtuman osalta ei ole järkevää laissa rajata perusterveydenhuollon osalta hoidon toteutusta pelkästään laillistetuille terveydenhuollon ammattihenkilöille, jotta erilaiset toimintamallit ovat mahdollisia. Muiden kuin yleislääketieteen alan lääkäreiden vastaanottoa määräaikojen ei tulisi koskea, koska näiden palvelujen järjestämisestä osana perusterveydenhuoltoa ei ole säädetty velvoittavaksi.

Yhdessä vastauksessa kiinnitettiin huomiota perustelujen kirjaukseen fysioterapeutin suoravastaanottojen yleisyydestä sekä ehdotettiin erillistä kahden viikon hoitoon pääsyn määräaika kuntoutuspalveluihin.

Yhden vastauksen mukaan digitaalisuudesta saatavien hyötyjen vuoksi pykälä 51 a § kannattaa muotoilla yleisellä tasolla niin, että mahdolliselle digitaalisten palvelujen hyödyntämiselle ei tulevaisuudessa synny esteitä. Yhdessä vastauksessa katsottiin, että etäpalveluista voisi olla tarpeen säätää laissa ja että hoitotakuuta koskevan lakimuutoksen tarkoitus voi vesittyä, jos seitsemän päivän määräaika hoitoon pääsystä johtaakin siihen, että asia hoidetaan vain puhelimesta.

Yhdessä vastauksessa katsotaan, että voisi olla tarkoituksenmukaista, että säädösten olisi tarkkarajaisesti säädetty, montako aikaa 7 päivän sisällä hyvinvointialueen on velvollisuus tarjota potilaalle, jotta pykälän velvoitteet täyttyvät. Vastauksessa myös katsotaan, että tulisi myös säätää, että lomakautena ja arkipyhiä sisältävinä ajanjaksoina hyvinvointialue voisi tarjota harkintansa mukaan hoitoaikoja 7 päivän sijasta kuukauden aikajaksolla.

Parissa vastauksessa katsottiin, että pykälän viimeinen momentti voi aiheuttaa ongelmia esimerkiksi neuvola- ja kouluterveydenhuoltotoiminnassa, jossa kiireetöntä selvittämistä vaativan uuden löydöksen tai oireen toteamisen yhteydessä ei usein ole mahdollista toiminnan sisällä järjestää vastaanottoa 7 vrk:ssa esimerkiksi lääkärille tai fysioterapeutille. Vastauksissa katsottiin, että tietyissä tilanteissa on tarkoituksenmukaisempaa hoitaa tietyt vaivat neuvola- ja kouluterveydenhuoltotoiminnassa lääketieteellisesti hyväksyttävällä viiveellä, kuin selvittää muualla 7 vrk:n sisällä.

Yhden vastauksen mukaan perusteluissa voisi olla selkeämmin määritelty tai ainakin konkreettisin esimerkein kuvattu, missä tilanteissa potilas voidaan yhteydenottonsa perusteella ja potilasturvallisuuden vaarantumatta sekä ammattihenkilölain 22 § huomioiden ohjata muulle terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin lääkärille, kun kyse on sairastumisesta, vammasta, pitkäaikaissairaudesta vaikeutumuksesta, uusien oireiden esille tulosta tai toimintakyvyn alenemisesta. Lisäksi tuotiin esiin, että Päihdepalveluissa (A-klinikat yms.) työskentelee perinteisesti sosiaalihuollon laillistettuja ammattihenkilöitä, jotka tekevät perehdytettynä usein hyvin saman tyyppistä työtä kuin terveydenhuollon ammattihenkilöt. Osa on voinut tehdä hoidon tarpeen arviointia, osa toteuttaa matalalla kynnyksellä psykososiaalista hoitoa ja kuntoutusta (esimerkiksi ensimmäinen käynti 7 vrk kuluessa tulisi heille). Mikä on tämän lain suhde sosiaalihuoltolain 24 ja 25 §:n mukaisiin mielenterveys- ja päihdetyöhön, jotka ovat lakisäätöisiä palveluita?

Useassa vastauksessa katsottiin, että psykoterapiaa koskien tulisi säätää oma hoitoon pääsyn määräaika eli hoidon aloittaminen neljän viikon kuluessa siitä, kun hoidon tarpeen arviointi on tehty (ns. terapiatakuu).

Yhdessä vastauksessa ehdotettiin terveydenhuoltolain käsitteistön muuttamista siten, että kiireellisyyttä määriteltäisiin käsitteillä päivystyksellinen, kiireellinen ja kiireetön. Vastauksessa katsotaan, että 7 vuorokauden piirissä olevat palvelut olisivat kiireellisiä, ja niitä koskeva määräaika voisi olla kolme vuorokautta.

### **3.3 Pykälässä 51 b § säädetään hoitoon pääsystä perusterveydenhuollon suun terveydenhuollossa.**

#### *3.3.1 Onko pykälä selkeä?*

Kysymykseen vastasi 61 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 80 % vastasi on, 18 % osittain ja 1 % ei.

Muutamassa vastauksessa katsottiin, että ilmaiset kuten ” ilman tarpeetonta viivytystä” ja ”kohtuullinen aika” ja ”hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hammaslääketieteellinen perustelu hoidon jaksottamiselle” vaativat selvennystä. Parissa vastauksessa katsottiin, että 51 b §:n 2 momentin mukaista neljän viikon määräaika, jolloin on päästävä hammaslääkärille (kun potilas on ensin ohjattu muulle ammattihenkilölle) on mahdotonta valvoa. Yhden lausunnon mukaan on epäselvää, kuuluvatko asiakasryhmäkohtaiset seuranta- ja tarkastuskäynnit hoitotakuuajan piiriin vai ei. Yhdessä vastauksessa todetaan, että pykälä ei nyky muodossaan määrittele, voiko suun terveydenhuollon ammattihenkilön antama hoito perustua digitaalisiin palveluihin, ja kannatetaan digitaalisuudesta saatavien hyötyjen vuoksi sitä, että muotoilu ei aiheuta esteitä digitaalisten palvelujen hyödyntämiselle.

#### *3.3.2 Onko pykälän sisältämä sääntely toimeenpantavissa palvelujärjestelmän kannalta?*

Kysymykseen vastasi 56 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 59 % vastasi on, 32 % osittain ja 8 % ei.

Useassa vastauksessa katsottiin, että sääntelyn toteuttaminen vaatisi lisää taloudellisia- ja henkilöresursseja. Muutamassa lausunnossa katsottiin, että sääntely edellyttää siirtymäaika viitaten henkilöstöpulaan ja covid 19 – epidemian vaikutukseen palvelujärjestelmään. Parissa vastauksessa katsottiin, että 51 b §:n 2 momentin mukainen neljän viikon määräaika, jolloin on päästävä hammaslääkärille (kun potilas on ensin ohjattu muulle ammattihenkilölle) on liian tiukka. Yhden vastauksen mukaan hoitosuunnitelman merkitystä hoitoon pääsyssä on ehdottomasti selkiytettävä.

#### *3.3.3 Turvaako pykälässä oleva sääntely potilaan oikeudet riittävällä tavalla?*

Kysymykseen vastasi 54 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 85 % vastasi kyllä, 13 % osittain ja 2 % ei.

Parissa vastauksessa katsottiin, että potilaan oikeudet turvataan riittävällä tavalla, jos potilaan oikeudet jatkohoitoon toteutuvat oikeudenmukaisesti. Yhden vastauksen mukaan oikeudet eivät toteudu, koska sanktiot (sääntelyn rikkomisesta) eivät ole riittävät.

#### *3.3.4 Ovatko pykäkohtaiset perustelut selkeät?*

Kysymykseen vastasi 54 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 89 % vastasi ovat ja 11 % ei.

Yhden vastauksen mukaan 4. ja 5 momentit eivät ole selkeitä. Parissa vastauksessa viitattiin uudestaan resurssikysymyksiin sekä tuotiin esiin nykytilan arvion pohjana olevan tietopohjan puutteet.

Yhden vastauksen mukaan perusteluissa voisi olla selkeämmin määritelty tai ainakin konkreettisin esimerkein kuvattu, missä tilanteissa potilas voidaan yhteydenottonsa perusteella ja potilasturvallisuuden vaarantumatta sekä ammattihenkilölain 22 § huomioiden ohjata muulle terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille.

### 3.3.5 Mahdolliset muutosehdotukset

Kohtaan vastattiin muutosehdotusten lisäksi yleisiä huomioita sääntelystä. Osa kohtaan tulleista vastauksista on samoja, kuin jo edellisissä 51 b §:ää koskevissa kohdissa on kuvattu.

Useassa vastauksessa ehdotettiin sääntelyn voimaantuloa ehdotettua myöhemmin resurssisyyden ja hoitajajoukkojen purun takia.

Yhdessä vastauksessa ehdotettiin, että 51 b §:n 2 momentin sisältämän neljän viikon määräajan päästä hammaslääkärille sijaan voitaisiin säätää esimerkiksi pääsystä hammaslääkäriin kolmen kuukauden kuluessa 51 §:ssä tarkoitettua arviosta. Vastauksen mukaan pykälä ei nykytuotoisena tue työnjaon kehittämistä ammattiryhmien välillä, ja siten haittaa hoitopääsyn nopeuttamista sekä resurssien tarkoituksenmukaista ja tehokasta käyttöä.

Parissa vastauksessa katsottiin, että 51 b §:n 3 momentti, jossa säädettäisiin pääsystä erikoishammaslääkärille, tulee kokonaan poistaa tai saattaa voimaan huomattavasti myöhemmin ajankohtana, jolloin erikoishammaslääkäreitä on riittävästi työmarkkinoilla.

Yhdessä vastauksessa katsottiin, että täsmennystä kaipaa määräaika suuhygienistin terveystarkastuksesta (hoidon tarpeen arvioinnista) hammaslääkärin tutkimukseen. Vaarana on, että erittäin tarpeellinen ja potilaan omahoitoa vahvistava suuhygienistitoiminta ei kehity tilanteessa, jossa ainoastaan hammaslääkärin tutkimusta pidetään valvonnan perusteena.

Yhdessä vastauksessa ehdotettiin perusteluiden täsmenämistä siten, että 51 a §:n perusteluja vastaavasti perusteluissa viitattaisiin jatkohoidon ja hoidon toteuttamiseen lainsäädännön ja hyvän hoitokäytännön mukaisesti, sekä todeta, että puuttuvien resurssien vääristämät hoitokäytännöt eivät ole hyviä hoitokäytäntöjä.

Yhdessä vastauksessa katsottiin, että olisi tarkoituksenmukaisempaa säätää, että muun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin suun terveydenhuollon ammattilaisen tulee ohjata potilas ottamaan yhteyttä hammaspäivystykseen, jos suussa on huolta herättävä havainto. Sen jälkeen suun terveydenhuollon ammattilainen arvioi hoidon tarpeen ja kiireellisyyden.

Oikeuskanslerinviraston lausunnossa todettiin, että pykälä säätelee hoitoon pääsyä vain ensimmäisellä käynnillä, mutta ei ota kantaa jatkohoidon aikatauluun. Vaarana on, että hoitoon pääsy priorisoidaan suhteessa muihin palveluihin.

## 3.4 Pykälässä 51 c § säädetään hoitoon pääsystä perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa.

### 3.4.1 Onko pykälä selkeä?

Kysymykseen vastasi 65 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 94 % vastasi on ja 6 % ei.

Parissa vastauksessa pidettiin epäselvänä, mikä kaikki lasketaan pykälässä tarkoitettuun erikoissairaanhoitoon. Yhden vastauksen mukaan mielenterveysongelmien osalta ei ole selkeää, missä ajassa hoidontarpeenarvioinnista pitää päästä psykiatrin hoitoon. Yhdessä vastauksessa kysyttiin, olisiko tarve ja kustannustehokasta madalta perusterveydenhuollon byrokratiaa ja häivyttää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajaa. Yhdessä vastauksessa kysyttiin, tarvitaanko koko pykälää, onko



hyvinvointialueen toimintaa ajatellen keinotekoinen sekä tuotiin esiin, että tällä hetkellä laissa on säädetty määräajasta erikoislääkärin tutkimuksen ja laboratorio-/kuvantamistutkimusten osalta erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä, mutta olisiko tarpeen ottaa vastaava säännös myös tähän perusterveydenhuollon yhteydessä järjestettävään erikoissairaanhoidon.

### *3.4.2 Mahdolliset muutosehdotukset ja kommentit 51 c §:n perusteluista*

Kohtaan vastattiin muutosehdotusten lisäksi yleisiä huomioita sääntelystä.

Yhden vastauksen mukaan pykälän teksti sinällään on selkeä, mutta myös erikoissairaanhoidon hoitopääsyn aikarajoja tulisi kiristää. Yhden lausunnon mukaan lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa hoitoon pääsyn määräajan tulisi olla luonnosteltua lyhyempi, esimerkiksi yksi kuukausi.

## **3.5 Pykälässä 54 § säädetään hyvinvointialueen velvollisuudesta hankkia palveluja muulta palveluntuottajalta.**

### *3.5.1 Onko pykälä selkeä?*

Kysymykseen vastasi 74 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 95 % vastasi on ja 5 % ei.

Yhden vastauksen mukaan pykälän 2 momentti on epäselvä hyvinvointialueen palveluiden erilaisten säännönmukaisten tuottamistapojen ja hoitotakuun määräajoissa pysymiseksi poikkeuksellisesti tarvittavien ostopalvelujen suhteen. Yhdessä vastauksessa pidettiin epäselvänä, miten, missä vaiheessa ja millä ajanjaksolla tulkitaan, että hyvinvointialue on kykenemätön tuottamaan palveluita hoitotakuun määräajoissa sekä miten palvelujen hankkimisen prosessi käynnistyy, jos hyvinvointialue ei kykene omalla toiminnallaan takaamaan hoitotakuun täyttymistä. Yhden vastauksen mukaan "voi"- sanan merkitys on epäselvää ilmaisussa "jos hyvinvointialue ei voi itse tuottaa palveluja...".

Parissa vastauksessa katsottiin, että pykälän sanamuoto on tulkittavissa siten, että hyvinvointialueen on järjestettävä palvelu toisen palveluntuottajan kautta, riippumatta asiakkaan mahdollisesti eriävästä toiveesta. Vaihtoehtoinen tapa olisi muuttaa pykälän tekstiä, niin että hyvinvointialueita velvoitetaan vain tarjoamaan asiakkaalle mahdollisuutta palvelun saamiseen toiselta palveluntuottajalta, jos oma organisaatio ei pysty sitä toteuttamaan määräajassa.

### *3.5.2 Onko pykälän sisältämä sääntely toimeenpantavissa palvelujärjestelmän kannalta?*

Kysymykseen vastasi 71 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 52 % vastasi on, 41 % osittain ja 7 % ei.

Useassa vastauksessa katsottiin, että ongelmaksi toimeenpanon osalta voi muodostua, että joillakin alueilla on hyvin niukasti tarjolla vaihtoehtoisia palveluntarjoajia. Joillakin alueilla asiakkaan voi myös olla vaikeuksia saada palveluja äidinkielellään, mikäli palvelut joudutaan hankkimaan toiselta palveluntarjoajalta.

Useassa vastauksessa kiinnitettiin huomiota hoidon jatkuvuuden merkitykseen, ja tästä näkökulmasta tuotiin esiin myös se, että joissain tapauksissa asiakas voi haluta odottaa pääsyä vastaanotolle määräaika pidempään kuin päästä toisen palveluntuottajan luokse. Parissa vastauksessa katsottiin, että palvelusetelit sopivat parhaiten perusterveiden kuntalaisten yksittäisten ja selkeiden asioiden hoitamiseen, mutta näitä potilaita on tällä hetkellä erittäin vähän perusterveydenhuollon palveluissa. Yhdessä vastauksessa katsottiin, että pykälän velvoitteita pitäisi vahvistaa sanktioilla järjestäjälle, mikäli se ei pitäydy hoitoon pääsyn määräajoissa. Yhdessä

vastauksessa kiinnitettiin huomiota siihen, että vammaisten ihmisten tarpeisiin vastaavat palvelut ovat oltava esteettömiä tuottamistavasta riippumatta.

### *3.5.3 Turvaako pykälässä oleva sääntely potilaan oikeudet riittävällä tavalla?*

Kysymykseen vastasi 72 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 57 % vastasi kyllä, 35 % osittain ja 8 % ei.

Parissa vastauksessa kiinnitettiin huomiota siihen, että muun palveluntuottajan tuottamissa palveluissa välimatkat voivat olla potilaalle ongelmallisia. Parissa vastauksessa myös tähdennettiin palveluiden esteettömyyden merkitystä ja sitä, että erityisesti haavoittuvassa asemassa olevilla kyky palveluiden hankkimiseen esimerkiksi palvelusetelin avulla voi olla alentunut.

Parissa vastauksessa, mukaan lukien Oikeuskanslerinviraston lausunnossa, erikseen katsottiin, että 2 momentin erillinen säännös siitä, että hyvinvointialueen on osana hoidon tarpeen arvioitava mahdollisuuksiaan tuottaa palvelu määräajassa, on tarpeellinen, kun taas yhdessä (Suomen Kuntaliitto) katsottiin, että säännös on tarpeeton.

Parin vastauksen mukaan perustelujen täsmennys siitä, että palveluseteliä käytettäessä 54 §:n mukaisesti omavastuun tulee olla asiakasmaksun suuruinen, on hyvä, kun taas yhden vastauksen mukaan tällainen vaatimus on mahdoton toteuttaa esimerkiksi toimenpidekohtaisessa setelissä, koska yksityisten hammaslääkäreiden asiakasmaksut vaihtelevat toimenpiteistä.

Parissa vastauksessa katsottiin, ettei sääntelyn tueksi ole riittäviä sanktioita ja valvontaa/mistään ei synny subjektiivista oikeutta potilaalle tosiasiallisesti saada palvelu määritellyssä ajassa.

Muutamassa vastauksessa tuotiin esiin, että sääntely ei tue hoidon jatkuvuutta ja voi aiheuttaa hoidon pirstaloitumista.

Yhdessä vastauksessa katsottiin, että potilaan oikeudet käytännössä toteutuvat vasta tosiasiallisesti siinä vaiheessa, kun hän saa aidon mahdollisuuden valita julkisen puolen ja ostopalvelun välillä ilman massiivista eroa saatavuusaikojen välillä.

### *3.5.4 Ovatko pykäkohtaiset perustelut selkeät?*

Kysymykseen vastasi 63 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 87 % vastasi ovat ja 31 % ei.

Yhdessä vastauksessa (Suomen Kuntaliitto) katsottiin, että jos pykälässä säilytetään ehdotettu 2. momentti, pykälän perusteluissa tulisi täsmentää arviota hyvinvointialueen kyvystä järjestää palvelu määräajassa niin, että palvelun järjestämistavan valinta ja potilaan tarvitseman vastaanottoajan varaus voidaan tehdä myös myöhemmin kuin samana päivänä potilaan yhteydenoton kanssa. Perusteluissa tulisi myös selventää, voiko muu henkilö kuin potilaan hoidon tarvetta koskevan arvion tehnyt terveydenhuollon ammattihenkilö tehdä 2 momentissa tarkoitetun arvion hyvinvointialueen kyvystä järjestää palvelu.

Yhden vastauksen mukaan erityisesti terveydenhuollon tutkimus-, hoito- ja kuvantamislaitteiden sekä toimintaympäristön esteettömyys tulee mainita pykäläkohtaisissa perusteluissa.

### 3.5.5 Mahdolliset muutosehdotukset

Kohtaan vastattiin muutosehdotusten lisäksi yleisiä huomioita sääntelystä. Pääosa kohtaan tulleista vastauksista on samoja kuin/esitelty jo edellisissä 54 §:ää koskevissa kohdissa.

Muutamassa vastauksessa taas korostettiin sitä, että yksityinen palveluntuotanto tukee julkisen perusterveydenhuollon palvelujärjestelmää. Tuotiin esiin, että henkilöstöresurssipula perusterveydenhuollossa voi johtaa siihen, että iso osa palveluista joudutaan toteuttamaan ostopalveluilla tai palveluseteleillä ja sääntely voi heikentäen perusterveydenhuollon henkilöstötilannetta entisestään, jos yksityiset palveluntarjoavat rekrytoivat lisää työntekijöitä.

Toisaalta taas yhden elinkeinoelämää edustavan tahon vastauksen mukaan hoitoon pääsyn määräaikojen toteuttaminen edellyttää palvelujen hankintaa koskevien säännösten tarkistamista ja että sote-palvelujen järjestämislain 8 ja 12 §:ä on korjattava siten, että niissä olevat rajoitukset palvelujen hankintaan poistuvat tai lievenevät olennaisesti. Yhden vastauksen mukaan hyvinvointialueiden ei ole tarkoituksenmukaista pyrkiä tuottamaan kaikkia palveluja itse vaan suunnitelmallisuuden kautta yhteistyöstä muiden palvelujen tuottajien kanssa on mahdollisuus saada parhaita hyötyjä kaikille osapuolille (asiakkaat, järjestäjä ja tuottajat).

Yhden vastauksen mukaan pykälässä tai perusteluissa tulisi tarkentaa, miten lakia sovelletaan, jos hoitotakuu ei täyty. Yksittäisiä poikkeamia hoitotakuun määräajoista tapahtuu todennäköisesti siirryttäessä uuteen käytäntöön.

## 3.6 Pykälässä 55 § säädetään hoitoon pääsyä koskevien tietojen julkaisemisesta.

### 3.6.1 Onko pykälä selkeä?

Kysymykseen vastasi 71 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 75 % vastasi on, 23 % osittain" ja 3 % ei.

Muutamassa vastauksessa katsottiin, että pykälä, erityisesti sen ensimmäinen momentti on jossain määrin sekava erityisesti runsaiden eri pykälien momenttaviittausten takia. Yhdessä vastauksessa nostettiin esiin se, että pitäisikö eritellä niiden yrittäneiden osuus tilastoissa, jotka eivät ole edes voineet jäädä puhelujonoon. Yhdessä vastauksessa tuotiin esiin, että pykälän 1 momentin 2 kohdan sanamuodon perusteella on epäselvää, tuleeko tieto seitsemässä vuorokaudessa hoitoon päässeiden osuudesta julkaista kunkin 51 a §:n mainitun momentin osalta erikseen.

### 3.6.2 Onko pykälän sisältämä sääntely toimeenpantavissa palvelujärjestelmän kannalta?

Kysymykseen vastasi 71 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 49 % vastasi on, 35 % osittain ja 13 % ei.

Useassa vastauksessa katsottiin, että tietojärjestelmät eivät tue tiedon tuottamista sekä tuotiin esiin, että tietojen vertailukelpoisuus voi olla hankalaa erilaisten tietojärjestelmien takia. Suomen Kuntaliiton mukaan hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumisen seurannassa on käytännössä haastavaa ja työlästä eritellä potilaan eri palveluntarpeiden kuulumista joko seitsemän päivän tai kolmen kuukauden määräajan piiriin, koska samalla potilaalla voi olla yhtäaikaista palveluntarpeita. Muutamassa vastauksessa toivottiin kansallisia määrittelyjä/ohjeita tietojen tuottamiseen.

Muutamassa vastauksessa katsottiin, että kuukausittainen raportointi on tarkoituksenmukaista, joskin parissa vastauksessa puollettiin väljempää raportointiväliä. Muutamassa vastauksessa tuotiin esiin tietojen julkaisuun liittyvän työn suuri määrä ja raportoinnin edellyttämät resurssit. Muutamassa vastauksessa katsottiin, että toimipaikkakohtainen raportoinnin sijaan alueellinen raportointi olisi riittävää. Yhdessä lausunnossa katsottiin, että tietojen saaminen pitäisi voida tapahtua internetissä tapahtuvan julkaisun lisäksi muutenkin, esimerkiksi soittamalla tai henkilökohtaisesti asioimalla.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lausunnossa katsottiin, että 51, 51a–51c §:stä ei käy raportoinnin näkökulmasta riittävän selkeästi ilmi, mitkä kiireettömät käynnit kuuluvat 7 vrk hoitotakuun piiriin. Tunnistetuksi raportoinnin riskiksi muodostuvat tietotuotannon sisältömääritykset. Esitetystä aikataulusta kansallisesti yhtenäisen raportointitiedon saaminen tulee olemaan haasteellista: jos voidaan hyödyntää aikaisempia raportoinnin keinoja, niin voidaan mahdollisesti ehtiä aikataulussa, mutta uudet luokitukset eivät toteudu aikataulussa, mikäli niitä tarvitaan. THL:n mukaan paikallisten tietojärjestelmien sekä kansallisen Hilmo-järjestelmän (Avohilmo) tietosisältöä on kehitettävä uusia hoitopäätösten vaatimuksia vastaavaksi.

### *3.6.3 Turvaako pykälässä oleva sääntely potilaan oikeudet riittävällä tavalla?*

Kysymykseen vastasi 69 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 78 % vastasi kyllä, 13 % osittain ja 8 % ei.

Parissa vastauksessa kiinnitettiin huomiota siihen, että hoitoon pääsyä koskeva tieto on oltava saavutettavaa myös niille, jotka eivät käytä internetiä. Parissa lausunnossa katsottiin, että raportoinnin tiivistäminen yhteen kuukauteen on hyvä asia. Yhden lausunnon mukaan potilaan oikeudet eivät kuitenkaan välttämättä toteudu, jos sääntelyn noudattamatta jättämistä ei sanktioida. Oikeuskanslerinviraston lausunnossa katsottiin, että vertailukelpoisten tietojen julkaiseminen on kannatettavaa ja edistää potilaan oikeuksia muun muassa terveyskeskuksen valinnassa sekä on tärkeää toiminnan valvonnan kannalta.

Muutamassa lausunnossa nostetaan esiin se, että hoitoon pääsyä tieto ei ole (tälläkään hetkellä) luotettavaa ja tiedon luotettavuuden yhteys potilaan oikeuksien toteutumiseen. Yhden vastauksen mukaan sääntely turvaa potilaan oikeuksia informaation saannin kannalta, mutta toisaalta ei kerro mitään saatavan palvelun laadusta tai tehosta.

### *3.6.4 Ovatko pykäkohtaiset perustelut selkeät?*

Kysymykseen vastasi 65 vastaajaa. Kysymykseen vastaajista 95 % vastasi ovat ja 5 % eivät.

Yhden vastauksen mukaan tietojen julkistamisen syy ja hyödyt eivät selviä selvästi. Yhdessä vastauksessa toivottiin selvennystä siihen, miten ”tieto ”kaikista yhteyttä ottaneista potilaista” raportoidaan esimerkiksi, jos kukaan ei vastaa puheluun, tarkistetaanko soitetut ja vastaamattomat puhelut?

### *3.6.5 Mahdolliset muutosehdotukset*

Kohtaan vastattiin muutosehdotusten lisäksi yleisiä huomioita sääntelystä. Pääosa kohtaan tulleista vastauksista on samoja kuin/esitely jo edellisissä 55 §:ää koskevissa kohdissa.

Yhden vastauksen mukaan voisi olla hyödyllistä julkaista myös tiedot siitä, kuinka suuri osuus yhteydenottaneista ohjataan tutkimukseen ja hoitoon. Tällä seurattaisiin sitä, kuinka suurella osalla yhteydenottoista terveysongelma ratkeaa neuvonnalla tai muusta syystä ei ohjata tutkimukseen ja hoitoon sekä onko tässä

eroja eri hyvinvointialueilla. Yhdessä vastauksessa katsottiin, että 55 §:ssä tulisi määritellä tarkemmin, missä tiedot on julkaistava.

Yhdessä vastauksessa nostettiin esiin 51 b §:n osalta perustelujen kirjaus, jonka mukaan pykälässä ei olisi velvoitetta raportoida 51 b §:n palveluista, joiden tulisi toteutua neljän viikon määräajassa (jos ensimmäisessä hoitotapahtumassa muu kuin hammaslääkäri toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukseen ja hoitoon), koska arvioidaan, että tämän tiedon saaminen ja raportoiminen olisi vaikeaa. Vastauksen mukaan toimintayksikön tulisi kuitenkin jo omavalvonnallisesti valvoa, että laissa säädetyt määräajat eivät ylitä. Perusteluihin voisi asettaa siirtymälle määräajan, johon mennessä myös nämä tiedot tulee julkaista, jos arvioidaan, että tarvittavat tietojärjestelmämuutokset vaativat aikaa. Lisäksi vastauksen mukaan valvonnassa on havaittu, että suun terveydenhuollossa käytössä useimmissa kunnissa vain yksi jono toimipistekohtaisen sijaan, ja hammashoidon tilastointia tulee kehittää, jotta kyseiset tiedot voitaisiin saada näkyville. Lisäksi perusteluissa tulisi erikseen mainita mielenterveyden ja päihdehoidon yksiköiden hoitoon pääsyn tietojen julkaiseminen.

Muutamassa vastauksessa katsottiin, että asiakkaiden kannalta olisi todennäköisesti selkeämpää ja silti riittävää, että verkkosivuilla olisi julkaistuna välittömän yhteydensaannin osuudet ja seitsemässä vuorokaudessa hoitoon päässeiden osuus avosairaanhoidossa sekä kolmessa kuukaudessa suun terveydenhuollossa. Muiden lukujen julkaiseminen sekoittaisi todennäköisesti asiakkaan näkökulmasta tilanteen hahmottamista enemmän kuin mitä siitä olisi hyötyä. Yhdessä vastauksessa taas katsottiin, että hyvinvointialueille tulisi säätää velvollisuus julkaista tietoa laajemmin, kuin mitä esitysluonnoksessa nyt esitetään. Vastauksessa nostetaan esiin, että potilaiden tiedontarpeita palvelisi nyt esitettyjen julkaistavien tietojen lisäksi, mikäli laissa säädettäisiin velvollisuudesta julkaista myös tieto keskimääräisestä odotusajasta kaikissa 55 §:n 1 ja 2 momentin mukaisissa tilanteissa.

Oikeusministeriö piti pykälässä olevan asetuksenantovaltuutuksen säädöstasoa (valtioneuvoston asetus) asianmukaisena. Sen mukaan tiedottamissääntelyn yhteys viranomaistoiminnan julkisuudesta annetun lain sääntelyyn (julkisuuslain 20 §) samoin kuin muuhun hallinnon yleissääntelyyn (ainakin hallintolaisissa säädetyt palveluperiaate, neuvonta ja hyvää kielenkäyttöä koskevat vaatimukset) tulisi tuoda esityksessä esiin.

### **3.7 Kommentit koskien lakia korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta (pykälät ja perustelut)**

Kysymykseen koskien pykälää ja perusteluja vastasi vain muutama lausunnonantaja. Muutama lausunnonantaja viittasi siihen, että sen kommentit terveydenhuoltolaista koskevat myös YTHS-lain säännöksiä, koska pykälät ovat pitkälti yhdenmukaiset. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tarvitsemia resursseja on käsitelty erikseen jaksossa 2, mutta eräät lausunnonantajat viittasivat resurssikysymyksiin myös tässä vastauskohtaa katsoen, että hoitotakuun tiukentuminen tarkoittaa YTHS:n suurempaa resurssitarvetta, ja eräissä lausunnoissa katsottiin, että opiskelijan terveydenhoitomaksun suuruus ei saa nousta opiskelijalle kohtuuttomaksi. Yhden vastauksen mukaan on epäselvyyttä siitä, mitä kuuluu YTHS:lle ja mitä hyvinvointialueille, ja asiaa tulisi selkeyttää.

Muutamissa lausunnoissa yleisemmällä tasolla tuotiin esiin opiskelijoiden hyvinvointiin panostamisen tärkeys ja esityksen merkitys asiassa.

Muutamassa lausunnoissa nostettiin esiin mielenterveyspalveluiden saatavuuden tärkeys. Suomen Psykologiliitto ry katsoi, että 10 a §:ssä oleva rajaus siitä, että psykologipalvelut eivät ole seitsemän

vuorokauden hoitotakuun piirissä, tulee poistaa. Lausunnossa nostettiin esiin se, että YTHS:llä psykologit työskentelevät kiinteänä osana mielenterveystiimejä, vastaavat tyypillisesti psykososiaalisen tuen tarpeen arviosta ja toteuttavat tarpeen mukaisia hoidollisia lyhytinterventioita, ja heidän palveluitaan on jo nykytilanteessa hyvin saatavilla. Yhdessä lausunnossa nostettiin esiin huoli erityisesti suun terveydenhuollon resursseista ja yhdessä katsottiin, että eräiden palveluiden rajaaminen seitsemän vuorokauden määräajan ulkopuolelle ei edistä opiskelijoiden koulutukseen osallistumista tai työllistymistä.

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon järjestäjä Kansaneläkelaitos Kela katsoi lausunnossaan, että hoitotakuulainsäädännön muutos parantaa opiskeluterveydenhuoltopalveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta sekä tukee Kelan opiskeluterveydenhuollon järjestäjänä Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle asettamia tavoitteita. Kela totesi, että se on ollut mukana esityksen valmistelussa ja toteaa, että lainmuutoksessa on otettu asianmukaisesti huomioon opiskeluterveydenhuollon järjestäjää koskevat vaikutukset. Lainsäädäntömuutoksella voi olla vaikutuksia opiskelijoiden maksaman terveydenhoitomaksun suuruuteen ja vaikutukset maksuvelvollisten korkeakouluopiskelijoiden talouteen tulisi tiedostaa. Kelan lausunnossa nostettiin esiin myös YTHS:ssä käytössä oleva, perusteluissa mainittu moniammatillinen hoidon tarpeen arvioinnin malli, jossa palveluntarpeesta riippuen vastuutiimi ottaa potilaaseen yhteyttä, potilas saa vastaanottoajan tai potilas saa ajanvarausluvan. Jokaisen opiskelijan kohdalla on tärkeää arvioida yksilöllisesti sitä mikä katsotaan ensimmäiseksi hoitotapahtumaksi ja sitä kautta varmistua hoitoon pääsyn tosiasiallisesta toteutumisesta. Kela piti tärkeänä, että myös alihankintapisteiden hoitoon pääsyajojen toteutumista seurataan (10 d §) ja tieto on opiskelijoiden seurattavissa.

Kela piti perusteltuna ja selkeänä lainsäädäntöratkaisuna hoitoon pääsyä koskevan sääntelyn sisällyttämistä suoraan opiskeluterveydenhuoltolakiin. Oikeusministeriö taas piti epäselvänä, miksei sääntelyä voisi toteuttaa viittaussäännöksiin terveydenhuoltolakiin.

### **3.8 Kommentit koskien vankeuslain ja tutkintavankeuslain muutosehdotuksia (pykälät ja perustelut)**

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos totesi, että THL ja Vankiterveydenhuollon yksikkö (VTH) ovat olleet vankiterveydenhuoltoa koskevan osuuden valmistelussa mukana. Tämä on varmistanut hoitotakuun vaatimien muutosten oikeellisuuden ja toteuttamiskelpoisuuden vankiterveydenhuollon osalta.

Vankiterveydenhuollon yksikkö kuvasi lausunnossaan sen toimintaa liittyviä erityispiirteitä, kuten sitä, että sen potilaat ovat muuta väestöä moniongelmaisempia ja sairaampia, ja tämän vaikutus palvelun tarpeeseen. Vankilaverkoston hajanaisuuden takia VTH joutuu jakamaan rajalliset henkilöresurssinsa lukuisiin pieniin toimipisteisiin. Hoitoon pääsy vaihtelee toimipisteittäin, koska pieniä yksiköitä ei ole ollut mahdollista pitää auki hoitoon pääsyn kannalta optimaalisesti. Ehdotettu välitön yhteydenaanti lisää vankien potilasturvallisuutta sekä hoidon suunnittelun ja toteutuksen tehokkuutta. VTH:n kannalta oleellisinta on lisätä avoterveydenhuollon vastaanottokapasiteettia toimipisteiden aukioaloja lisäämällä, mikä vaatii lisähenkilöstöä. Välitön yhteydenaanti edellyttää myös nykyisen paperiseen asiointilomakkeeseen perustuvan yhteydenoton uudistamista yhdessä Rikosseuraamuslaitoksen kanssa. Hoitotakuulain tiukennukset eivät todennäköisesti vaikuta VTH:n potilaiden sairaalahoidon tai erikoissairaanhoidon määrään merkittävästi. VTH:n arvion mukaan esitys voidaan toteuttaa sen osalta ehdotetussa aikataulussa. Vankiterveydenhuollon yksikön resursseihin liittyviä seikkoja on esitelty tarkemmin jaksossa 2.

Oikeusministeriö piti ehdotusta säätää myös vankien terveydenhuollossa hoitoon pääsyn määräajoista kannatettavana. Vankien terveydenhuoltoon pääsystä on perusteltua noudattaa samoja määräaikoja kuin

yleisessä terveydenhuollossakin. Tätä voidaan pitää niin sanotun normaalisuusperiaatteen mukaisena. Asiasta on myös perusteltua säätää ehdotetulla tavalla vankeuslaissa ja tutkintavankeuslaissa. Oikeusministeriö kiinnitti kuitenkin huomiota siihen, että ehdotus aiheuttaa pysyviä kustannuksia niin Vankiterveydenhuollon yksikölle kuin Rikosseuraamuslaitoksellekin ja että määrärahatarpeet tulee ottaa huomioon jatkovalmistelussa. Oikeusministeriö myös ehdottaa, että osana tämän hankkeen jatkovalmistelua varmistettaisiin rahoitus vankilaan saapuvien vankien 24 tunnin kuluessa tehtävään terveystarkastukseen, vaikkei tässä esityksessä tehdä esityksiä asian suhteen. Oikeusministeriö lisäksi katsoi, että vaikka asiasta ei tässä hankkeessa säädetä, olisi perusteltua, että terveydenhuoltoa koskevien vankeuslain 10 luvun ja tutkintavankeuslain 6 luvun sekä terveydenhuoltolain suhde arvioitaisiin erikseen.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston lausunnossa katsottiin, että on erittäin hyvä, että vankeuslaissa tullaan säätämään hoitoon pääsystä sekä perus- että erikoissairaanhoidossa ja että sääntelyssä otetaan huomioon myös vankiterveydenhuollon erityispiirteet. Muutokset parantavat yhdenvertaisuutta ja vankeinhoidon normaalisuusperiaatetta. Lisäksi lausunnossa kiinnitettiin huomiota, että vankeuslain ja tutkintavankeuslain pykälistä puuttuu terveydenhuoltolan 55 §:ää vastaava säännös velvoitteesta julkaista tiedot kuukausittain.

### **3.9 Kommentit ehdotetusta sääntelystä valvonnan kannalta**

Useassa lausunnossa korostettiin valvonnan merkitystä esityksen toteutumisen kannalta. Joissain lausunnoissa ehdotettiin myös sanktioita hyvinvointialueille, jotka eivät noudata määräaika-sääntelyä.

Yhdessä vastauksessa katsottiin, että tulisi käynnistää ja resursoida tarvittavat valmistelut sen osalta, että hyvinvointialueiden toiminnan mittarit ja seuranta on vähintään tyydyttävällä tasolla niiden järjestämisvastuun osalta (ml. kuntoutuspalvelut). Kiinnostusta ei saa kohdistaa vain virka-aikana välittömän yhteyden saamisen toteutumiseen ja ensimmäisen hoitotapahtuman toteutumiseen seitsemän päivän aikana. Omavalvonnan varaan ei tule laskea liikaa vaan tarvitaan riittävää ulkopuolista seurantaa ja valvontaa.

Aluehallintovirastot toimittivat yhteisen lausunnon, johon sisältyvät vastaukset on pääosin sisällytetty edellisiin kohtiin, koska aluehallintovirastojen lausunto oli laadittu lausuntokyselyn rakenteen mukaisesti. Resursseihin liittyen aluehallintovirastojen lausunnossa tuotiin esiin, että hallituksen esityksessä todetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaisille arvioidaan aiheutuvan esityksen johdosta kustannuksia vuositasolla yhteensä 0,5–1 miljoonaa euroa. Vuonna 2019 on edellisen hoitotakuuesityksen yhteydessä arvioitu, että aluehallintovirastotasolla vuosittainen kustannus olisi noin 800 000 €. Lausunnon mukaan tämä 800 000 € arvio lienee nykytilanteessa alakanttinen arvio tiukentuvan sääntelyn lisätessä aluehallintoviranomaisen ohjaus- ja valvontatarvetta. Aluehallintovirastot arvioivat itse myöhemmin hoitotakuun tiukentamisesta syntyvän oman lisäresurssitarpeensa. Keskeisenä asiana aluehallintovirastot korostavat hoitoonpääsytiedon raportoinnin kehittämistä jo ennen uusien pykäliden voimaatuloa. THL:n toteuttamaa perusterveydenhuollon hoitoon pääsytiedon raportointia on kehitettävä vastaamaan paremmin palvelujärjestelmän ohjauksen ja valvonnan tarpeita kuin myös kansalaisten ja kuntien (hyvinvointialueiden).

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira lausunnon sisältö on osittain sisällytetty edellisiin kohtiin. Valvira lausunnossa lisäksi esitetään erinäisten hoitoon pääsyyn ja valvontaan liittyen säännösten täsmentämistä sellaistenkin pykäliden osalta, joita esityksessä ei nyt ehdoteta muutettavaksi. Resurssien osalta Valvira arvioi, että sen resurssitarve kasvaa hoitoon pääsyn lainsäädäntömuutosten aiheuttaman lisääntyneen työmäärän vuoksi vähintään 1–2 henkilötyövuotta.

Sekä Oikeuskanslerinvirasto että eduskunnan apulaisoikeusasiamies lausuvat, että uudistuksen valmistelussa ja toimeenpanossa tulee huolehtia valvonnan huolellisesta suunnittelusta ja valvonnan riittävästä resursseista. Oikeusministeriön lausunnon mukaan huomionarvoinen on se esityksessäkin todettu seikka, että eri palveluiden kuuluminen eri pituisten määräaikojen piiriin aiheuttaa valvonnalle uudenlaisia, haastavia tilanteita. Kielioikeuksien osalta se totesi, että palvelujen turvaaminen paikallisella vähemmistökielellä voi myös edellyttää erillISRatkaisuja tai lisätoimia, jos kielelliset oikeudet eivät muuten toteudu. Ohjauksella ja valvonnalla on kielellisten oikeuksien turvaamisessa keskeinen asema.

Valtiovarainministeriön lausunnossa katsottiin, että esityksen jatkovalmistelussa olisi tärkeää erottaa vaikutukset sen mukaan, miten ne kohdistuvat aluehallintovirastoihin ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviraan sekä arvion perusteluita tulee avata ja arviota verrata [valvonnan] toiminnan muutoksiin. Tätä kautta olisi mahdollista saada perusteltu kuva siitä, mitkä esityksessä ennakoituista toiminnan muutoksista todennäköisesti aiheuttavat lisäkustannuksia ja onko esitetty arvio 0,5–1 miljoonan euron pysyvistä lisäkustannuksista realistinen. Koska käytettyyn kategoriaan ”valvontaviranomaiset” sisältyy tosiasiasa seitsemän itsenäistä viranomaista (kuusi aluehallintovirastoa ja Valvira) tarkoittaa arvioitu 0,5–1 miljoonan euron kokonaislisäkustannus virastokohtaisesti jaettuna käytännössä hyvin pientä työmäärää ja lisäresursointitarvetta.



## Liite 1 Lausunnon toimittaneet tahot

Ahvenanmaan maakunnan hallitus (ei lausuttavaa), Akava ry, Akavan sairaanhoitajat ja Taja ry, Allergia-, Iho- ja Astmaliitto ry, Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry, Ammattiliitto Pro ry, Eduskunnan apulaisoikeusasiamies, Elinkeinoelämän keskusliitto EK, Eläkkeensaajien Keskusliitto ry, Ensi- ja turvakotien liitto ry, Epilepsialiitto ry, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöryhmä, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Etelä-Savon sosiaali- ja terveystyöryhmä, Etelä-Suomen aluehallintovirasto, ETLA Elinkeinoelämän tutkimuslaitos, Euran SOTE-keskus, Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä, Hankasalmen kunta, Helsingin kaupunki, Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tdk, Hengitysliitto, HUS kuntayhtymä, HUS-alueen kansanterveystyön johtajaverkosto; lausunto, Hyvinvointialue HALI, Hämeenlinnan kaupunki, Invalidiliitto ry, Irti Huumeista ry, Itä-Suomen yliopisto, Janakkalan kunta, Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry, Jyväskylän kaupunki, Jämsän kaupunki, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Kalajoen Kaupunki, Kankaanpään kaupunki, Kansaneläkelaitos, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ky, Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystyöryhmä Soite, Keski-Suomen hyvinvointialue, Kirkkonummen kunta, Kuhmon kaupunki, Kuluttajaliitto, Kunta- ja hyvinvointialuetyöntekijät KT, Kuntoutuksen toimialayhdistys, Kuopion kaupunki, perusturva ja terveydenhuolto, Kuurojen Liitto ry, Lapin hyvinvointialue, Lapsiasiainvaltuutettu, Lapuan kaupunki, Lastensuojelun Keskusliitto, Lieksan kaupunki, Limingan kunta, Loimaan kaupunki, Länsi-Uusimaan hyvinvointialueen valmistelutoimielin, Lääkäripalveluyhtykset ry, Mehiläinen Oy, Mielen terveyden keskusliitto, Mielen terveyspooli, MIELI Suomen Mielen terveys ry, Muistiliitto ry, Nouseva mieli - Suomen Skitsofreniayhdistys ry, Nyyti ry, Näkeminen ja silmäterveys NÄE ry, Oikeuskanslerinvirasto, oikeusministeriö, opetus- ja kulttuuriministeriö, Oulaisten kaupunki, Oulun kaupunki, Oulun yliopisto, Oulunkaaren kuntayhtymä, Paimion-Sauvon kansanterveyskuntayhtymä, Parkanon kaupunki, Pelkosenniemen-Savukosken kansanterveystyön kuntayhtymä, Pellon kunta, Peruspalvelukuntayhtymä Kallio, Peruspalvelukuntayhtymä Selänne, Pirkanmaan hyvinvointialue, Pohjanmaan hyvinvointialue, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystyöryhmä - Siun sote, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymä, Pohjois-Savon hyvinvointialue, Psoriasisliitto ry, Puolustusministeriö, Päihdelääketieteen yhdistys, Päijät-Hämeen Hyvinvointikuntayhtymä, Pääesikunta, Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä, Raision kaupunki, Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä, Rikosseuraamuslaitos, Sairaanhoitajan lääkkeen määräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto, Salon kaupunki, Satakunnan hyvinvointialue, Sauvon kunta, Sisäministeriö, Someron kaupunki, SOSTE ry, STTK ry, Suomalainen lääkäriyhdistys Duodecim ry, Suomen Ammattiin Opiskelevien Liitto - SAKKI ry, Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK ry, Suomen Fysioterapeutit ry, Suomen Hammaslääkäriliitto ry, Suomen Hammaslääkäriyhdistys Apollonian Kansanterveysjaosto, Suomen kommunistinen puolue, Suomen Kuntaliitto ry, Suomen kuntoutusyritykset, Suomen Kuurosokeat ry, Suomen lukiolaisten liitto, Suomen Lääkäriliitto, Suomen Opiskelija-Allianssi - OSKU ry, Suomen Opiskelijakuntien liitto SAMOK ry, Suomen Psykiatriyhdistys, Suomen Psykologiliitto ry, Suomen Reumaliitto, Suomen Sairaanhoitajaliitto ry, Suomen Sydänliitto ry, Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry, Suomen yleislääketieteen yhdistys - SYLY ry, Suomen Yleislääkärit GPF ry, Suomen yliopistojen rehtorineuvosto UNIFI ry, Suomen Yrittäjät ry, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry,

Suun terveydenhoidon ammattiliitto STAL ry, Svenska Finlands folkting, Svenska pensionärsförbundet rf, Tampereen kaupunki, Tampereen yliopisto, Tarpeenmukainen hoito ry, Tehy ry, THL, Turun ammattikorkeakoulu Oy, Turun kaupungin hyvinvointitoimiala, Turun yliopisto, Työ- ja elinkeinoministeriö, Työttömien Keskusjärjestö ry, Valkeakosken kaupunki, Valtakunnallinen kansanterveystyön johtamisverkosto, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus VATT, Valtiovarainministeriö, Valvira, Vankiterveydenhuollon yksikkö VTH, Vantaan ja Keravan hyvinvointialue, Vantaan kaupunki, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Vesannon kunta, Yhdenvertaisuusvaltuutettu, Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö YTHS, sekä 8 yksityishenkilöä.