

STM:n selvitykset SOTE-pöytään 12.5.2023

Lukuohje: tätä muistiota on syytä lukea yhdessä ”SOTEn kustannuskehityssäästöt 2023-2031” –excelin kanssa.

Selvityspyyntö asiakasmaksulaista: Mitkä ovat talousvaikutukset asiakasmaksujen yhtenäistämisellä (maksimiin) lainsäädännöllisesti? Minkälaisia julkistalouden positiivisia vaikutuksia voidaan laskea erikoissairaanhoidon asiakasmaksujen korottamiselle?

Tähän vastattu kokonaisuudessaan aiemmin (kuuleminen 12.5. klo 14:20).

Omaishoito: Mitä uudistuksia on suunniteltu omaishoitoon?

- Onko tuen siirtoa Kelalle suunniteltu, mitkä olisivat kustannukset?
- Omaishoidon verottomuus, onko tämä mahdollista?

Tähän vastataan kokonaisuudessaan erikseen (kuuleminen 15.5.).

Selvitys palvelulainsäädännöstä: Listaus palvelulainsäädännöstä ja asetuksista, joista luopumalla voidaan saavuttaa julkisen talouden säästöjä.

Liitteenä: Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin liittyvää lainsäädäntöä (STM) –lista voimassaolevasta STM:n sektorin lainsäädännöstä.

Tulevalla hallituskaudella on syytä arvioida ja uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon sisältölainsäädännön kokonaisuutta. Tavoitteena mahdollistava sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö.

- Tavoitteena: perusoikeuksien toteutuminen, erityisesti yhdenvertaisuus ja eriarvoisuuden vähentäminen.
- Tavoitteena: sote-palveluiden perustason vahvistaminen sekä perustason ja erikoistason suhteen selkeyttäminen.

Terveydenhuolto

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään terveydenhuollon toteuttamisesta ja sisällöstä. Terveydenhuoltoon sisältyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido (terveydenhuoltolaki 1 §).

Julkisesti rahoitetun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelulupauksen ja palveluvalikoiman kansallinen arvioiminen ja rajaaminen:

- Säädetään kansallisesta sairaaloiden ja päivystysten kokonaisuudesta. Vähennetään ympärivuorokautisten päivystysten määrää sekä uudistetaan erikoissairaanhoidon keskittämistä koskevat säädökset, jotta kansallisesti varmistuu väestön palvelutarpeita vastaava sekä osajien riittävyyden ja kustannusvaikuttavuuden huomioon ottava päivystystoiminta normaalioloissa sekä erilaisissa erityistilanteissa. Alustavan arvion mukaan n. 100 milj. euroa v. 2027 mennessä (tarkentuu valmistelussa).

- Varmistetaan vaikuttavien menetelmien ja parhaiden käytäntöjen käyttö palvelujärjestelmässä. Tämä edellyttää tutkimusta, tehokasta laatu-, vaikuttavuus- ja kustannustiedon tuotantoa sekä suositusten ja hyvien käytäntöjen jalkauttamista. Kootaan kansallista menetelmien arviointiosaamista, sekä vaikuttavuustiedon analysointia ja vaikuttavan toiminnan kehittämistä hyvinvointialueilla. Säädetään periaatteista, joiden mukaan palveluiden ja menetelmien kuulumisen palveluvalikoimaan ja niiden poisrajaaminen toteutetaan julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa vaikuttavuutta ja yhdenvertaisuutta edistäen. Alustavan arvion mukaan n. 100 milj. euroa v. 2027 mennessä (tarkentuu valmistelussa).
 - Perusterveydenhuollon hoitotakuu säilytetään tärkeänä perusterveydenhuollon vahvistamisen välineenä. (Käsitelty SOTE-pöydässä 12.5.2023)
 - Parantamalla hoitosuhteen jatkuvuutta perusterveydenhuollossa lainsäädännöllä ja ohjaamalla alueita ottamaan käyttöön vaikuttavat toimintamallit (Omalääkäri 2.0). Alustavien arvioiden mukaan vaikutukset koko palveluketjuun voisivat olla 150 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 300 miljoonaa euroa vuonna 2026 (tarkentuu valmistelussa).
 - Vahvistetaan lasten, nuorten ja nuorten aikuisten perustason mielenterveys- ja päihdepalveluita.
 - Toteutetaan sote-järjestämislain välttämättömät sekä kansallisen ohjauksen vahvistamisen mahdollistavat lainsäädäntömuutokset.
- Terveystieteiden lain 22 § **Todistukset**: Erillinen muistio: Varmistetaan sote-henkilöstön riittävyyttä ja työn tuottavuutta vähentämällä lausuntoihin ja todistuksiin käytettyä työaikaa. Jos "lausuntotaakkaa" halutaan keventää ja lääkärin työtä vähentää tai lausuntojen voimassaoloaikaa pidentää, se voi vaikuttaa kustannuksia nostavasti etuuksiin ja lääkekorvauksiin sekä heikentää kohdentumista.

Terveystieteiden lain [29 §](#) Lääkinnällinen **kuntoutus** ja tähän liittyvä [STM asetus lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta 1363/2011](#)

Kuntoutuksen uudistamista jatketaan kuntoutuskomitean ehdotusten ja kuntoutuksen uudistamisesta vuosille 2023–2027 laaditun suunnitelman mukaisesti. Kuntoutuksen uudistamisella vahvistetaan työikäisten työkykyä ja koko väestön toimintakykyä sujuvien palvelupolkujen ja vaikuttavien palvelujen avulla. Ehdotus näiden kohtien uudistamisesta ja yhdenmukaistamisesta sisältyy kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotuksiin sekä kuntoutuksesta tehtyyn koontimuistioon.

Tarkentamalla lääkinällisen kuntoutuksen sääntelyä, voidaan tarkentaa lääkinällisen kuntoutuksen palveluja ja toimenpiteitä ja näin vähentää päällekkäistä kuntoutuspalvelujen tuottamista sekä kohdentaa resursseja paremmin. Asetus koskee lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusta, tarkentamalla asetusta voidaan vastata paremmin lisääntyvään apuvälineiden tarpeeseen (mm. ikääntyminen, teknologian kehittyminen) ja pystytään hillitsemään kustannuksia mm. uusien apuvälineiden käytettävyyden arvioinnilla ja käyttöön ottamisesta sopimalla.

Terveystieteiden lain [68 §](#) **Lääkehoito**: Yhteensovitetään lääkehoitojen ja -huollon kehittäminen osaksi hyvinvointialueiden kansallisen ohjauksen kokonaisuutta.

- Valmistellaan lääkehoitojen ohjauksen malli ja integroidaan lääkehoidot osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän sisältöjen kokonaisuutta.

- Varmistetaan, että kansallinen lääkityslista otetaan käyttöön potilastietojärjestelmissä vaiheistetusti lääkehoidon tiedonhallinnan suunnitelman mukaisesti.
- Edistetään Lääke 75+ -luokituksen käyttöön ottamista terveydenhuollon tietojärjestelmissä sekä luokituksen käyttöä lääkkeitä määrättäessä.
- Edellytetään, että terveydenhuollon tietojärjestelmä tai sovellus nostaa automaattisesti lääkkeen määrääjälle valittavaksi edullisimman tai halvimman valmisteeseen.
- Kehitetään Käypä hoito -suosituksiin perustuva lääkkeen määräämisen seurantaan tarkoitettu tietotuote.
- Reseptilääkkeiden osalta selvitetään rekisteritutkimuksena Kanta-palvelujen reseptikeskuksen aineistossa, kuinka moni sähköisistä lääkemääräyksistä jää kokonaan toimittamatta. Tämä on luokiteltavissa yhdeksi häiriökysynnän muodoksi.
- Sairausvakuutuksesta korvattaviin lääkkeisiin voi liittyä esimerkiksi eri syistä määräaikaisina erityiskorvausoikeuksina. Tätä selvitetään Kansaneläkelaitoksen tietojen avulla tavoitteena selkeyttää tilanne, karsia lisäarvoa tuottamattomia lausuntoja (erityisesti lääkärin B-lausunnot) ja selvittää, voidaanko määräaikoja pidentää. Nykyisin lääkehoidon ohjaus toteutetaan pitkälti lääkekorvausjärjestelmän kautta, eikä lääkekorvausjärjestelmässä esimerkiksi lääkärin B-lausunnoista luopuminen ole ajankohtaista.
- (Tarkempi muistio liitteenä: Liite 2)

Terveydenhuoltolain 69 § **Lastensuojelulain** mukaiset velvoitteet. Tällä hetkellä lastensuojelun asiakkuudessa olevien lasten oikeus terveydenhuollon palveluihin ei toteudu täysimääräisesti. Lasten mielenterveys- ja päihdepalveluja tulisi kehittää vastaamaan palvelujen tarvetta. Jos lapset saisivat tarvitsemansa päihde- ja mielenterveyspalvelut, säästettäisiin koko palvelujärjestelmässä todennäköisesti miljoonia. Nyt nämä lapset ovat usein kalliissa lastensuojelun sijaishuollossa, jossa heitä ei yksinomaan sosiaalihuollon toimenpitein pystytä riittävästi mielenterveys- ja päihdeongelmissa auttamaan.

Säästöpotentiaali lastensuojelun kokonaisuuden osalta on palvelurakennetta, palvelutuotantoa ja sote-integraatiota uudistamalla miljoonia, mutta vaatii lainsäädäntöä ja aikaa.

Muussa terveydenhuollon lainsäädännössä säädetään terveydenhuollon erityiskysymyksistä.

Valtioneuvoston asetus **neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta** 338/2011

- Lapsen kasvun ja kehityksen haasteisiin sekä esim. mielenterveyden orastaviin pulmiin on sekä taloudellisesti että inhimillisesti perusteltua puuttua varhaisessa vaiheessa, jolloin ongelmat ovat vielä ratkaistavissa perustasolla. Panostamalla varhaisen vaiheen perustason palveluihin ehkäistään kustannusten kasvua kalliimmissa erityistason palveluissa.
- Kouluterveydenhuollosta voitaisiin kohdentaa yhden ikäluokan lääkärintarkastuksen resurssi (3,6, milj. euroa) lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin.
- Opiskeluterveydenhuollossa voitaisiin kutsuntauudistuksen yhteydessä luopua yli 18-vuotiaiden opiskelijoiden säännönmukaisista hoitajan ja lääkärin tarkastuksista ja siirtä heidän osaltaan tarpeen mukaisesti tarkastuksiin. Vapautuvaa henkilöstöresurssia kohdennettaisiin nuorten mielenterveyspalveluihin.

- Äitiys- ja lastenneuvolan toiminnasta ei ole mahdollista säästää eikä tarkastusmääriä vähentää. Myöskään suun terveydenhuollon tarkastuksia ei voida vähentää, mutta tarkastusten ajoitusta on tarpeen muuttaa.
- (Tarkempi muistio liitteenä: Liite 3)

Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta 1201/2013 – ennakkoluvasta luopuminen

Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain (1201/2013, jäljempänä *rajalaki*) muuttamisesta (346/2023) tuli voimaan 1.5.2023. Muutoksen myötä henkilölle toisessa EU-valtiossa annetusta terveydenhuollon palvelusta aiheutuneiden kustannusten korvausmallia muutettiin (EU-komission potilasdirektiiviä koskeva rikkomusmenettely).

Valmisteluvaiheessa tavoitteena oli yksinkertaistaa, keventää ja tarkentaa toimeenpanon hallinnollisia menettelyjä. Erityisesti tavoitteena oli etsiä keinoja keventää hyvinvointialueiden hallinnollista työmäärää. Kunnat ja sairaanhoitopiirit olivat kritisoineet aiempaa sääntelyä: Kelalle toimitettavien lausuntojen katsottiin olevan hallinnollisesti raskaita ja turhia.

Lainmuutoksen eduskuntakäsittelyn yhteydessä lakia kuitenkin muutettiin siten, että hyvinvointialueille käytännössä luotiin aikaisempaa enemmän hallinnollista työtä (lausunnon antamista koskevat tehtävät).

Rajalain uudet 9 a ja 9 b §:t: Potilasdirektiivin mukainen ennakkolupa

Potilasdirektiivin mukainen ennakkolupa otetaan Suomessa käyttöön 1.1.2024 alkaen. Tämä tarkoittaa, että tietyissä rajatuissa tilanteissa ulkomailla annetusta terveydenhuollon palvelusta aiheutuneiden kustannusten korvaaminen edellyttää, että henkilölle on myönnetty potilasdirektiivin mukainen ennakkolupa (uusi 9 a §).

Valtioneuvoston asetuksella tullaan säätämään ne terveydenhuollon palvelut, jotka tulevat edellyttämään ennakkolupaa. Hoidosta aiheutuneiden kustannusten korvaamiseksi voidaan edellyttää ennakkolupaa vasta sen jälkeen, kun toimenpide sisältyy säädettyyn asetukseen. Asetuksen on oltava ajantasainen. Tämä aiheuttaa hallinnollista työtä asetuksen toistuvan valmistelun osalta myös sosiaali- ja terveysministeriölle.

Rajalain uudessa 9 b §:ssä säädetään ennakkoluvan myöntämistä koskevasta menettelystä. Sen mukaisesti Kelan on aina myönnettävä haettu ennakkolupa, jos henkilö on oikeutettu saamaan kyseessä olevan terveydenhuollon palvelun Suomessa hyvinvointialueen järjestämänä ja jos hyvinvointialue ei voi sitä hoitotakuuaikojen puitteissa toteuttaa. Lisäksi pykälässä on listattu ne tilanteet, joiden täyttyessä ennakkolupaa ei myönnetä (mm. hoito pysytään antamaan Suomessa hoitotakuuaikojen puitteissa). Kela ratkaisee henkilön toimittaman ennakkolupahakemuksen aina henkilön hoidosta vastuussa olevan hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin tai HUS-yhtymän sitovan lausunnon perusteella. Lausunnossa hyvinvointialue, Helsingin kaupunki tai HUS-yhtymä on velvollinen ottamaan kantaa ennakkolupaa koskeviin laissa säädettyihin edellytyksiin.

Lainvalmistelun aikana potilasdirektiivin mukaisen ennakkoluvan käyttöön ottoa ei pidetty perusteltuna. Sen ei katsottu tuovan tarpeeksi lisäarvoa suhteessa ennakkolupaprosessin aiheuttamaan hallinnolliseen työmäärään nähden. Oikeus hoitoon määräytyy keskeisesti lain muiden säännösten nojalla. Käytännössä ennakkolupahakemuksen voi hylätä vain, jos kyseistä hoitoa voidaan antaa Suomessa hyvinvointialueen järjestämänä hoitotakuun määräaikaisten puitteissa. Hoito tuotetaan siis joko hyvinvointialueella (hyvinvointialueen henkilö- ja

määräraharesursseilla) tai se tuotetaan ulkomailla käyttäen toisen valtion resursseja ja kustannetaan hyvinvointialueen varoilla (rajalain 21 §:n nojalla Kela 1.1.2024 alkaen edelleen laskuttaa korvauskustannukset hyvinvointialueelta). Näin ollen ennakkoluvan käyttöönotosta ei ole odotettavissa hoidon järjestämisestä aiheutuneiden kustannusten osalta säästöjä. Tämän lisäksi ennakkoluvan käyttöönotolla estetään säästöjen syntyminen hyvinvointialueen henkilöresurssien osalta, koska hoito on annettava Suomessa, jos se on hoitotakuuajkojen puitteissa mahdollista, vaikka henkilö itse olisi halukas hakeutumaan ulkomaille.

Korvausmalli itsessään rajaa kustannusten korvattavuuden vain sellaiseen hoitoon, jonka hyvinvointialue, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä olisivat itse velvollisia kyseisessä tilanteessa muutoinkin järjestämään. Tästä seuraa, ettei lainvalmistelun aikana katsottu olevan riskiä siitä, että henkilö voisi saada ulkomailla tuotettuna korvauksia sellaisesta toimenpiteestä, jota ei hän voisi saada Suomessa.

Lisäksi oletuksena on, että pääosa suomalaisten ulkomailta hakemista terveydenhuollon palveluista ei voisi kuulua direktiivin tarkasti rajoittaman ennakkolupajärjestelmän piiriin, jolloin STM:tä, Kelaa ja hyvinvointialueita velvoitetaan luomaan hallinnollisesti raskas ennakkolupaprosessi saavutettavaan hyötyyn nähden.

12 §:n 2 momentti: Korvausmenettely ja kustannusten korvattavuutta koskeva selvitysvelvollisuus

Kelan on kustannusten korvattavuuden selvittämiseksi aina pyydettävä hyvinvointialueelta arvio siitä, kuuluuko henkilölle toisessa EU-valtiossa annettu terveydenhuollon palvelu terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja olisiko palvelu annettu vastaavassa tilanteessa Suomen julkisessa terveydenhuollossa. Tämä koskee, ilman poikkeuksia, kaikkia henkilöiden Kelalle toimitettuja ulkomailla annettua terveydenhoitoa koskevia hakemuksia. On syytä huomata, että kyse voi olla suun terveydenhuollon tarkistuskäynnistä ja yhden hampaan paikkauksesta tai laajamittaisesta leikkaustoimenpiteestä.

Lainvalmistelun aikana esitettiin mallia, jonka mukaan Kela olisi pyytänyt hyvinvointialueilta arvion vain *tarvittaessa*. Katsottiin, että osa käsiteltäväksi tulevista korvausasioista todennäköisesti olisi rutiininomaisia ja niihin muodostuisi Kelassa osaamista, minkä vuoksi velvoittavaan lausuntopyyntöä koskevaan sääntelyyn ei katsottu olevan tarvetta. Kelan hallinnollinen työ olisi lisääntynyt jonkin verran (asiantuntijuus arvioida, määritellä ja selvittää julkisen terveydenhuollon palveluja ja niiden kustannuksia). Se olisi kuitenkin pitkällä tähtäimellä vapauttanut hyvinvointialueiden resursseja.

Sosiaalihuolto

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) on yleislaki, jossa säädetään mm. sosiaalihuollon toimintaperiaatteista, hyvinvoinnin edistämisestä, sosiaalipalveluista, sosiaalihuollon toteuttamisesta ja palvelujen laadun varmistamisesta. Sosiaalihuoltolain 14 §:ssä on erikseen lueteltu tuen tarpeisiin vastaamiseksi järjestettävät 22 sosiaalipalvelua, jonka lisäksi pykälässä luetellaan 14 erillislakia, joihin myös sisältyy hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevia sosiaalipalveluja.

Sosiaalihuollon osalta olisi tarkoituksenmukaista tarkastella koko palveluja koskevaa lainsäädäntökokonaisuutta ja niiden suhdetta toisiinsa, selkeyttää käsitteistöä (esim. peruspalvelut – erityispalvelut; ehkäisevät – korjaavat palvelut), sujuvoittaa menettelytapoja (arvioitava esim. palvelutarpeen arvioinnin prosessia tai päätöksentekovelvoitetta) ja eri palvelujen suhdetta toisiinsa.

Kokonaistarkastelun kautta on mahdollista tunnistaa uudelleen arvioitavia ja muutettavia kohtia, joiden kautta voidaan sujuvoittaa palvelutuotantoa ja kohdentaa hyvinvointialueen resursseja tarkoituksenmukaisemmin.

Tässä keskeistä mm.

- Harvoin tarvittavien ja erityisosaamista edellyttävien palvelujen keskittämistarpeen arvioiminen (sosiaalihuoltolaki 33 a § ja järjestämislaki 9 §) ja sitä koskevan sääntelyn uudistamisen tarpeen arviointi. Säästöpotentiaali syntyy, kun jokaisella hyvinvointialueella ei tarvitse ylläpitää ko. erityisosaamista omaavaa henkilöstöä ja palveluja sekä siitä, että asiakas saa heti asianmukaisen arvion ja palvelusisällön.
- Sosiaalihuollon tutkimus- ja kehittämisrakenteen uudistaminen (YTA-rakenteen hyödyntäminen) vaikuttavien palvelujen ja toiminnan turvaamiseksi. Kytkentä osaamiskeskusrakenteen yhteensovittamiseen.

Koska muutostarve ja ”kehittämisvelka” sosiaalihuollossa on niin suuri, tulisi **sosiaalihuollon kehittämisohjelmaa** jatkaa sekä sen toimenpiteet yhteensovittaa ja nostaa osaksi hyvinvointialueiden kansallisen ohjauksen kokonaisuutta.

Pohdittavia yksityiskohtia (pienemmät säästöpotentiaalit näissä:)

- **Asumispalvelut:** Siirtyminen palvelusta (ja asumismuodosta) toiseen tulisi olla joustavaa ja tapahtua asiakkaan toimintakyvyn, palvelutarpeen arvioinnin ja palvelujärjestelmän kehityksen mukaisesti. Tämä mahdollistaa säästöjen aikaansaamisen ja asiakastasolla vaikuttavamman palvelun. Uudistuneet sosiaalihuollon asumispalveluja koskevat säännökset tukevat tätä prosessia ja ne on otettava alueilla täysimääräisesti käyttöön.
- **Laitoshoidon** sosiaalihuollon palveluna (sosiaalihuoltolaki 22 §) on melko marginaalinen asia, yleislainsäädännössä koskee pääosin laitoshoidon päihdekuntoutusta. Iäkkäiden pitkäaikainen sosiaalihuollon laitoshoito lakkautuu vuoden 2027 loppuun mennessä (vanhuspalvelulaki 14 a §). Mahdollisen laitoshoidon uudelleenmäärittelyn (vrt. terveydenhuoltolaki 36 §) vaikutukset ovat pienet. Eniten laitoshoitoa on lastensuojelussa ja kehitysvammaisten palveluissa (vaikeasti kehitysvammaiset). Huomioitava, että lastensuojelulaitosten tiloista ja henkilöstöstä on säädetty lastensuojelulaissa (58 §). Em. mitoitukseen on viitattu myös TEM:n perheryhmäkoteja koskevissa säädöksissä (perheryhmäkodit ovat hv-alueiden yleiseen toimialaan kuuluvia palveluja ja muuttuvat sosiaalihuoltolain mukaisiksi palveluiksi 1.1.2025).
- **Sosiaalipäivystyksen ”sairaalassaolovelvoitetta” (29 a 1. mom)** voisi tarkastella uudelleen. Ei välttämättä aiheuta isoja kustannussäästöjä (aikoinaan säädetty kustannusneutraalina toimenpiteenä), mutta keventäisi osaltaan järjestämisvelvoitetta.

Uudistetaan **lastensuojelulainsäädäntö** kustannusvaikuttavampien palveluiden mahdollistamiseksi:

Lastensuojeluilmoitus- ja palvelutarpeen arviointivaiheen yksinkertaistamisessa ja sujuvoittamisessa voi olla säästöpotentiaalia. Lastensuojeluilmoitusten ja palvelutarpeen arviointityön vaatima työpanos on (Helsingin kaupungin kokemusten mukaan) suuri suhteessa

asiakashyötyyn. Selvitettävä tässä yhteydessä, pitäisikö ennen lastensuojeluilmoituksen tekoa esimerkiksi edellyttää tuen antamista lapselle varhaiskasvatuksen tai perusopetuksen keinoilla.

Painopisteen siirtäminen nykyistä enemmän sosiaalihuoltolain mukaisiin varhaisemman tuen palveluihin. Sosiaalihuoltolain mukaiset palvelut, kuten erityistä tukea tarvitsevan lapsen sosiaalityö ja palvelut (mm. perhetyö, tukihenkilö- ja tukiperhetoiminta) ovat tarkoituksenmukainen, asiakaslähtöinen, kustannustehokas ja raskaampien palvelujen tarpeelta säästävä tapa tukea lapsia ja perheitä.

Jos lastensuojeluyksiköstä luvatta poistuneet (ns. hatka-) lapset määriteltäisiin automaattisesti poliisin toimesta kadonneiksi henkilöiksi, siirtyisi etsimis- ja palauttamisvastuu poliisille lastensuojelun sijaan. Tämä säästäisi lastensuojelun kustannuksia ja vapauttaisi henkilöstöresursseja. Poliisilla on myös lastensuojeluviranomaisia laajemmat oikeudet lapsen palauttamiseksi. Em. tarkoittaisi todennäköisesti lisäresurssitarpeita poliisille.

Lainsäädännön selkiyttäminen niin, että sijoitettujen lasten varhaiskasvatusmaksut eivät ole osa lastensuojelun sijaishuollon kustannuksia eikä näin ollen lapsen sijoittaneen HVA:n vastuulla. Säästö syntyy siitä, että viranomaisten väliset laskutusprosessiin (byrokratiaan) liittyvät hallinnolliset kustannukset vähenevät.

Lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden enimmäisasiakasmäärän tiukentamisen (30) lykkääminen voi lyhyellä tähtäimellä säästää 16,9 milj. e/vuosi (2024 alkaen).

Todellinen pitkän aikavälin kustannusten hillintä saataisiin aikaan sillä, että erityisesti vaativan sijaishuollon osalta taataan riittävä julkinen palvelutuotanto ja keskitetään esim. YTA-tasolle kaikkein vaativimpien lasten sijaishuolto (mm. vaikeimmat riippuvuudet ja väkivalta) huomioiden tässä kokonaisuudessa Valtion koulukodit (erillinen kirjaus ”yhteensovitetaan THL:n alainen valtion palvelutuotanto”). Säästöpotentiaali syntyy vuorokausihintojen paremmasta ennakoinnista sekä kustannusvaikuttavuuden ja palvelujen jatkuvuuden paremmista turvaamismahdollisuuksista. Yhteys aiemmin tässä muistiossa mainittuun kohtaan ”erityisesti harvoin tarvittavien sosiaalihuollon palvelujen keskittäminen / SHL 33 a § ja järjestämislaki 9 §.

Vammaispalvelulaki (675/2023): Esitetyistä säästötavoitteista (uusien palvelujen voimaantulon siirto, soveltamisalan ym. rajaukset) on erillinen muistio. STM:n näkemyksen mukaan tulisi seurata vammaispalveluiden soveltamisalan toteutumista lain voimaantulon jälkeen tavoitteena, että laki pysyy vammaisille henkilöille suunnattuna erityislakina.

Jos osa palveluista tulisi voimaan vasta muutama vuosi lain pääasiallisen voimaantulon jälkeen, on todennäköistä, että siirtymäaikana vammaispalvelut eivät toteudu Suomessa YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen mukaisesti. Ryhmä, johon voimaantulon siirtämisen vaikutukset kohdistuvat, on kaikkein haavoittuvimmassa asemassa olevat vammaiset henkilöt.

Muistiossa esitetyistä palveluista vaativa moniammatillinen tuki on palvelu, jota kehitysvammaiset henkilöt saavat jo nyt. Palvelu on välttämätön kohderyhmälleen. Palvelulla vastataan tilanteisiin, jossa henkilö saattaa olla hengenvaarallinen itselleen tai muille taikka vaarantaa oman terveytensä. Tämän palvelun osalta voimaantuloa ei voida siirtää.

Laki on juuri hyväksytty ja tulossa voimaan 1.10.2023. Siten voimaantulon muuttamista ei todennäköisesti ehditä tehdä ennen lain voimaantuloa, sillä eduskunta aloittaa kautensa vasta syyskuussa ja lain voimaantulo on 1.10.2023. Mahdolliset muut muutokset vaatisivat merkittävästi pidempää valmistelu-aikaa lain vahvan perusoikeussidonnaisuuden takia.

Uudessa vammaispalvelulaissa on yhdistetty kahden lain palvelut (vammaispalvelulaki ja kehitysvammalaki), ja näin yksinkertaistettu kokonaisuutta. Aikaisemmin tehtiin samalle henkilölle esimerkiksi kehitysvammalain mukainen erityishuolto-ohjelma ja vammaispalvelulain mukainen asiakassuunnitelma. Muutoksen myötä tarve poistuu. Koska palvelut eivät enää ole diagnoosipohjaisia, henkilöstö voidaan yhdistää, mikä voi tuoda synergiaetuja. Kehitysvammalaki on tarkoitus kokonaan kumota asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamista koskevan sääntelyn myötä.

Tulkkauspalvelut: Asiakkaan ja potilaan oikeus tulkkauspalveluun sote-palveluissa muilla kuin kotimaisilla kielillä. Mitkä ovat julkistalouden kustannukset palvelulle, onko se rajattavissa ajallisesti maassaolon perusteella ja minkälaisia rajoituksia palveluun olisi tehtävissä?

Perus- ja ihmisoikeudet

Arvioitaessa tulkkauspalvelun mahdollista rajoittamista maassaolon perusteella tulee ottaa huomioon perustuslain ja kansainvälisten ihmisoikeussopimusten asettamat velvoitteet. Ihmisoikeussopimuksissa turvatut oikeudet muodostavat perustuslaissa turvattujen oikeuksien sellaisen vähimmäistason, josta ei voida kansallisesti poiketa. Kansallisesti voidaan säätää korkeammasta suojelun tasosta.

Perustuslain mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä (yleinen yhdenvertaisuuslauseke). Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan esimerkiksi alkuperän, kielen tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella (syrjintäkielto). Syrjintäkielto on ehdoton, eikä siitä voida poiketa tavallisella lailla. Hyväksyttävän perusteen arvioimisessa olennaista on, voidaanko erottelu perustella perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävällä tavalla.

Perustuslain mukaan jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Jokaisen yksityiselämä, kunnia ja kotirauha on turvattu.

Perustuslain mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.

Perustuslain mukaan jokaisella on oikeus saada asiansa käsitellyksi asianmukaisesti ja ilman aiheutonta viivytystä lain mukaan toimivaltaisessa viranomaisessa. Julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen.

Mahdollisten rajausten arvioiminen

Tulkkauspalvelun mahdollista rajoittamista tulee arvioida sen kannalta, voidaanko erilainen kohtelu perustella perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävällä tavalla; miten turvataan jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja vähintään viimesijainen välttämätön huolenpito; miten

turvataan oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen ja yksityiselämän suoja sekä näihin kiinnittyvä yksilön itsemääräämisoikeus; ja miten turvataan yksilön oikeusturva.

Arvioitaessa mahdollisia rajoituksia sosiaali- ja terveystaloudissa annettavaan tulkkauspalveluun on otettava huomioon oikeus saada sosiaali- ja terveystaloudia. Oikeus sosiaali- ja terveystaloudiin perustuu pääsääntöisesti henkilön pysyvään asumiseen ja kotikuntaan Suomessa. Kiireelliset palvelut on annettava jokaiselle tarpeen mukaan. Niihin voi kuitenkin liittyä henkilön oma vastuu syntyneistä kustannuksista.

Hallintolaisissa säädetään esimerkiksi viranomaisen velvollisuudesta kohdella hallinnossa asioivia tasapuolisesti sekä siitä, että asiointi ja asian käsittely viranomaisessa on pyrittävä järjestämään siten, että hallinnossa asioiva saa asianmukaisesti hallinnon palveluita ja viranomainen voi suorittaa tehtävänsä tuloksellisesti. Myös asiakkaan kuulemisesta ennen häntä koskevan päätöksen tekemistä säädetään hallintolaisissa. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa ja potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa säädetään esimerkiksi asiakkaan ja potilaan oikeudesta saada laadultaan hyviä palveluja sekä itsemääräämisoikeudesta ja osallistumisesta.

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaisesti sosiaalihuollon henkilöstön on selvitettävä asiakkaalle hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset samoin kuin muut seikat, joilla on merkitystä hänen asiassaan. Selvitys on annettava siten, että asiakas riittävästi ymmärtää sen sisällön ja merkityksen.

Jos sosiaalihuollon henkilöstö ei hallitse asiakkaan käyttämää kieltä taikka asiakas ei aisti- tai puhevian tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta ja tulkin hankkimisesta.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaisesti potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle.

Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 5 §:n mukaan palveluja annettaessa on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta ja tulkin hankkimisesta, jos sosiaali- tai terveydenhuollon henkilöstö ei hallitse asiakkaan käyttämää viittoma- tai muuta kieltä tai asiakas ei vammaisuuden tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi. Pohjoismaiden kansalaisilla on oikeus käyttää omaa, joko suomen, islannin, norjan, ruotsin tai tanskan, kieltään Pohjoismaisen sosiaalipalvelusopimuksen mukaisesti. Viranomaisen on kuitenkin hallintolain perusteella järjestettävä tulkitseminen asiassa, joka voi tulla vireille viranomaisen aloitteesta, jos asianosainen ei osaa viranomaisessa käytettävää suomen tai ruotsin kieltä.

Mahdollisiin rajoituksiin liittyvät riskit

Sosiaali- ja terveystalveluiden tulkkauksen rajaaminen voisi vaarantaa paitsi tiedonsaantioikeuden myös asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä estää oikean ja oikea-aikaisen palvelun tai hoidon saamisen. Tulkkautalveluiden rajaaminen voisi kasvattaa kustannuksia toisaalla, jos esimerkiksi asiakas ei saa tarvitsemaansa perustason hoitoa, ja joutuu myöhemmin turvautumaan kalliimpiin erityistason palveluihin. Tulkkautalveluiden rajaaminen voisi myös merkittävästi hidastaa ja vaikeuttaa ammatilaiden työtä ja vaarantaa sekä työntekijän että asiakkaan oikeusturvan. Tulkkautalveluiden rajaaminen myös heikentäisi ihmisten omahoitomahdollisuuksia. Se voisi lisätä tarttuvien tautien leviämistä.

Asiassa on tarpeen huomioida se, ettei kaikilla ihmisillä ole yhdenvertaisia mahdollisuuksia uuden kielen oppimiseen. Eniten tulkkautalveluiden rajaaminen kohdistuisi kaikkein haavoittavimmissa asemassa olevien maahanmuuttajien oikeuksien toteutumiseen. Tällaisina ryhminä voidaan tunnistaa esimerkiksi vammaiset tai iäkkäät maahanmuuttajat. Kotoutumislain kokonaisuudistuksen yhtenä keskeisenä tavoitteena on edistää maahanmuuttajien työllistymistä ja erityistä huomiota on kiinnitetty pitkään kotona lapsia hoitavien vanhempien nopeampaan työelämään siirtymiseen. Usein perheissä miehet siirtyvät nopeammin koulutukseen ja työelämään, minkä seurauksena miesten kielitaito kehittyy naisia nopeammin. Tulkkautalveluiden rajaaminen saattaisi näin asettaa kotoutujat keskenään eriarvoiseen asemaan ja sillä voisi olla merkittäviä vaikutuksia sukupuolten välisen tasa-arvon toteutumiseen.

Tulkkautalveluiden rajaaminen lisäisi epävirallisten tulkkien käyttöä. Silloin esimerkiksi omaiset, kuten alaikäiset lapset, voisivat joutua toimimaan tulkkeina. Epävirallisten ja ammatitaidottomien tulkkien käyttö heikentäisi tiedonsaantioikeutta ja asiakas- ja potilasturvallisuutta, vaarantaisi yksityisyyden suojan ja voisi altistaa hyväksikäytölle. Lisäksi läheiset ovat joissain tapauksissa jäävejä toimimaan tulkkeina.

Kokonaisuudessaan tulkkautalveluiden rajaamisella olisi negatiivinen vaikutus ihmisten toimintakykyyn, kun pääsy tarvittavien palveluiden piiriin estyisi tai vaikeutuisi. Tällä olisi laajasti negatiivisia vaikutuksia, esimerkiksi koulutus- ja työllistymismahdollisuuksiin.

Tulkkautalveluiden ja riittävän ja ymmärrettävän tiedon merkitys on huomioitu sosiaali- ja terveystalveluiden julkaisemassa [Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiassa ja sen toimeenpanosuunnitelmassa](#). Voidakseen osallistua tasavertaisena kumppanina oman asiansa hoitoon, asiakkaat ja potilaat tarvitsevat riittävää ja ymmärrettävässä muodossa annettua tietoa sekä neuvontaa ja ohjausta. Arvostava ja luottamuksellinen suhde ammatilaiden kanssa parantaa palvelun käyttäjän mahdollisuutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Tämä edellyttää myös, että palvelut ovat saatavilla asiakkaan tai potilaan omalla kielellä, ja tulkkipalveluiden riittävästä saatavuudesta huolehditaan niin vieraskielisille kuin viittomakielisille.

Tulkkautalvelun kustannukset sosiaali- ja terveystalveluissa

Kuntien toteutuneita tulkkautuskustannuksia selvitettiin kotoutumisen edistämisestä annetun lain valmistelun yhteydessä ja tilastollista tietoa oli vaikeasti saatavilla. Toteutuneista kustannuksista tietoa on lähinnä valtionkorvauksiin oikeuttavien tulkkautuskustannusten osalta. Kunnat ja nykyisin myös hyvinvointialueet voivat hakea kotoutumislain nojalla korvausta kiintiöpakolaisille tai kansainvälistä suojelua saaville henkilöille tai heidän perheen yhdistämisen kautta saapuneille perheenjäsenilleen annetuista tulkkautalveluista. Selvitystyön perusteella kaikista korvauksiin oikeuttavista tulkkautalveluista noin 60% kohdistui sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Kotoutumislain kokonaisuudistuksen myötä korvausmenettelyyn on tehty muutoksia, jotka tulevat

voimaan 1.1.2025 (HE 208/2022 vp). Muutosten myötä valtio ei enää erikseen korvaa hyvinvointialueille tulkkauksen kustannuksia kotoutumispalvelujen piirissä olevista henkilöistä. Vuoden 2025 alusta hyvinvointialueille siirretään arvion mukaan noin 9 miljoonaa euroa yleiskatteelliseen rahoitukseen. Esityksessä arvioitu yksikkökustannus kotoutumispalvelujen piirissä olevaa henkilöä kohden oli 727 euroa vuodessa.

Jos oletetaan, että neljäsosalla Suomen reilusta 500 000 ulkomaalaistaustaisesta henkilöstä on tarvetta tulkkauspalveluille, ja että keskimääräinen ulkomaalaistaustainen käyttää 40–60 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja siitä, mitä kotoutumispalvelujen piirissä oleva henkilö käyttää, ovat sosiaali- ja terveystulkkauksen kustannukset muille kuin kotoutumispalvelujen piirissä oleville noin 35–55 miljoonaa euroa vuodessa ($500\,000 \cdot \frac{1}{4} \cdot 0,40 \cdot 727$ euroa – $500\,000 \cdot \frac{1}{4} \cdot 0,60 \cdot 727$ euroa). Näin ollen sosiaali- ja terveystulkkauksen kustannusten voi arvioida olevan kaikkien vieraskielisten osalta yhteensä noin 45–65 miljoonaa euroa vuodessa. Tulkkaukspalvelujen kustannuksiin vaikuttaa jatkossa myös yksikkökustannushinnaltaan edullisempien etätulkkauspalvelujen ja tulkkaukssovellusten yleistymisen.

Tulkkaukspalvelun mahdollinen rajaaminen voisi toisaalta myös aiheuttaa kustannusvaikutuksia hyvinvointialueille ottaen huomioon yllä esitetyt riskit. Oikeuden rajaaminen vain Suomessa asutun ajan perusteella ei huomioisi vieraskielisten välisiä suuria keskinäisiä eroja. Jonkinlainen yksilökohtainen harkinta rajoituksista poikkeamiseen olisi välttämätöntä esimerkiksi haavoittuvien ryhmien (esimerkiksi vammaiset tai iäkkäät henkilöt tai henkilöt, joiden toimintakyky on alentunut) palveluiden turvaamiseksi. Näin päätös rajata tulkkaukspalveluita voisi lisätä hyvinvointialueilla työtä, kun henkilön yksilölliseen tarpeeseen perustuvaa oikeutta tulkkaukspalveluun tulisi arvioida.

Paperittomien kiireetön sosiaali- ja terveydenhuolto: Mikä on vaikutus julkiselle taloudelle, jos näistä luovutaan?

Tiivistelmä:

- Terveystulkkauksen palveluiden kohdalla oikeutta palveluihin laajennettiin kiireellisistä välttämättömiin kiireettömiin palveluihin vuoden 2023 alusta alkaen. Muutoksen kustannusvaikutus valtiolle arvioitiin olevan vuositasolla noin 1 miljoonaa euroa. Muutoksella arvioidaan olevan myös positiivisia kustannusvaikutuksia, kun hoidon painopiste siirtyy edullisimpiin välttämättömiin palveluihin kalliimmista kiireellisistä palveluista. Lisäksi muutoksella nähdään olevan merkitystä esim. tartuntatautien tarkoituksenmukaisen ehkäisyn osalta, jolloin vaikutus ulottuu yhteiskuntaan laajemmin.*
- Paperittomilla henkilöillä on nykylainsäädännön perusteella oikeus vain kiireellisiin sosiaalihuollon palveluihin. Vaikka oikeus kiireellisiin sosiaalihuollon palveluihin voi tapauskohtaisesti olla muutakin kuin viimesijainen ravinnon, lääkkeiden ja majoituksen turvaaminen, on melko vahvaa näyttöä siitä, että muita sosiaalihuollon palveluita on annettu paperittomille hyvin vähäisissä määrin.*
- Tarkkaa tilastollista tietoa paperittomien määrästä Suomessa ja heidän saamistaan palveluista ei ole, mutta on selvää, että melko pieni osa heistä käyttää julkisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Paperittomien asiakasmäärä ja käytettävissä oleva tilannetieto viittaa siihen, ettei säästöjä ole mahdollista saavuttaa ilman ihmisten merkittävien perusoikeuksien heikennystä.*

Kuka on sosiaali- ja terveydenhuollon osalta paperiton?

”Paperittomat henkilöt”-termille ei ole vakinaista määritelmää. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kannalta termi kattaa kaikki ne henkilöt, joilla ei ole Suomessa kotikuntaa tai oikeutta saada laajemmin sote-palveluita EU-lainsäädännön tai kansainvälisten sopimusten perusteella.

Yleensä tarkoitetaan seuraavia henkilöryhmiä:

- Maassa ilman oleskelulupaa oleskelevaa, muualta kuin EU- tai Eta-valtiosta tai Sveitsistä tullutta henkilöä. Henkilön oleskelulupa on umpeutunut tai maahantulo / maassa oleskelu ei ole ulkomaalaislainsäädännön mukaista tai henkilö odottaa oleskeluluvan käsittelyä Suomesta käsin.
- Maassa tilapäisellä oleskeluluvalla oleskelevaa, muualta kuin EU- tai Eta-valtiosta tai Sveitsistä tullutta henkilöä, jolla ei ole Suomessa kotikuntaa tai oikeutta saada terveydenhuollon palveluita EU-lainsäädännön tai kansainvälisen sopimuksen perusteella.
- Suomeen muualta kuin EU- tai Eta-valtiosta tai Sveitsistä tullutta henkilöä, jonka kotipaikkaoikeuden käsittely on kesken tai epäselvä.
- EU-kansalaista, jonka maassa oleskelu on laillista, mutta jolla ei ole vakuutusturvaa sairauden tai sairaanhoidon varalle omasta maastaan.

Paperittomilla ei tarkoiteta Suomessa lyhytkestoisella turisti- tai liikematkalla olevia henkilöitä (3 kk).

Mihin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin paperittomilla on oikeus?

Perustuslain (731/1991) 19 §:n 1 momentti takaa jokaiselle Suomessa oleskelevalle oikeuden välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Oikeus sosiaali- ja terveystalouteen sisältyy huolenpitoa koskevaan oikeuteen. Säännös turvaa jokaiselle Suomen lainkäyttöpiirissä olevalle subjektiivisen oikeuden sellaiseen tulotasoon ja palveluihin, joilla turvataan ihmisarvoisen elämän edellytysten vähimmäistaso. On lisäksi huomioitava, että julkisella vallalla on velvollisuus turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen (perustuslaki 22 §).

Perustuslain lisäksi oikeus välttämättömään huolenpitoon ja terveyteen ovat yksilön perustavanlaatuisia ihmisoikeuksia, jotka on sisällytetty moneen Suomea sitoviin ihmisoikeussopimuksiin. Suomea sitovat kansainväliset ihmisoikeussopimukset eivät sisällä selkeitä kriteerejä tai edellytyksiä, jotka määrittäisivät minkä tasoiset tai laajuiset terveydenhuollon palvelut toteuttaisivat henkilön oikeutta terveyteen. Ihmisoikeussopimusten toimeenpanoa seuraavat ja valvovat toimielimet ovat kannanotoissaan ja jäsenmaille (ml. Suomi) annetuissa huomautuksissaan nostaneet esille, ettei pelkkä oikeus saada kiireellistä sairaanhoitoa tyydyttävästi täyttäisi kansainvälisten ihmisoikeussopimusten vaatimuksia, erityisesti pidempään valtiossa oleskelleiden osalta.

Kansainväliset tutkimukset osoittavat, ettei ole yhteyttä vastaanottavan maan terveydenhuolto-oikeuksien ja paperittomien henkilöiden kohdemaan valinnan välillä. Näin ollen terveydenhuolto-oikeuksien laajuus ei siten katsota aiheuttavan vetovoimatekijää. On arvioitu tämän johtuvan siitä, että harva kansainvälistä suojelua hakeva on alun perin lähtenyt terveydellisistä syistä omasta maastaan. Lisäksi henkilöt lähtökohtaisesti pyrkivät valitsemaan maan, jossa arvioidaan olevan parhaimmat työllisyysmahdollisuudet harmaan talouden piiristä tai josta löytyy jo valmiiksi tukiverkostoa.

- Esimerkit:

- Jos oikeus terveyspalveluihin näyttelisi merkittävää vetovoimatekijää, voidaan olettaa tämän näkyvän vuonna 2015 kansainvälistä suojelua Euroopasta hakeneita henkilöitä koskeissa tilastoissa. Suurimpia kohdevaltioita olisivat silloin olleet ne valtiot, jotka tarjoavat laajimmat terveyspalvelut alueellaan oleskeleville paperittomille. Ranskan olisi silloin pitänyt olla suositumpi kohdevaltio kuin Saksan, koska Ranskassa kansallinen lainsäädäntö kieltää ehdottomasti terveydenhuollossa potilaana olevan paperittoman ilmoittamisen viranomaisille. Tästä huolimatta tilastot osoittavat, että Saksassa kansainvälistä suojelua hakeneiden määrä oli vuonna 2015, väkilukuun suhteutettuna, jopa viisi kertaa suurempi kuin Ranskassa.
- Ruotsi muutti paperittomien oikeuksia määrittävää lainsäädäntöään vuonna 2013 siten, että paperittomille taattiin kansainvälistä suojelua hakevan henkilön kaltaiset oikeudet. Vuonna 2015 laaditussa selvityksessä havaittiin, että oikeuksien lisääminen ei ollut vaikuttanut juuri mitenkään paperittomien henkilöiden kokonaismäärään Ruotsissa.

a) Terveystenhuolto

Terveystenhuoltolain (1326/2010) 50 §:n mukaan julkisen terveydenhuollon on aina annettava kiireellistä hoitoa kaikille Suomessa oleskeleville.

- Kiireellisen hoidolla tarkoitetaan kiireellistä somaattista sairaanhoitoa kiireellinen suun terveydenhuolto mukaan lukien, kiireellistä mielenterveyden hoitoa, kiireellistä päihdehoitoa kiireellinen vieroitushoito mukaan lukien sekä kiireellistä psykososiaalista tukea.
- Kyse voi olla äkillisestä sairastumisesta, vammasta, pitkäaikaissairauden vaikeutumisesta tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämästä *välttämättä arviosta ja hoidosta*.

Kiireellisten palveluiden lisäksi pidempään Suomessa oleskelevilla aikuisilla paperittomilla on vuoden 2023 alusta alkaen oikeus sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä annetun lain (612/2021, *järjestämisvastuulaki*) 56 a §:n nojalla oikeus sellaisiin kiireettömiin palveluihin, jotka terveydenhuollon ammattihenkilö katsoo välttämättömiksi henkilön terveydentilan ja Suomessa oletetun oleskelun kestoon nähden. Paperittomilla lapsilla on oikeus terveydenhuollon palveluihin samoin perustein kuin niillä alaikäisillä, joilla on kotikunta Suomessa. Lainmuutoksen tavoitteena oli, ottaen huomioon ihmisoikeussopimusten valvojen Suomelle antamia huomautuksia, paremmin turvata paperittomien henkilöiden oikeus välttämättömään huolenpitoon ihmisoikeuksia ja perusoikeuksia kunnioittaen.

Välttämättömyyden arviointi on aina potilaskohtaista. Välttämättömällä hoidolla tarkoitetaan sellaisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää *arviota ja hoitoa, jossa hoidon aloittamista ei voida pitkittää ilman, että sairaus todennäköisesti pahenee tai vamma vaikeutuu merkittävästi* lyhyellä tai keskipitkällä aikavälillä.

b) Sosiaalihoito

Sosiaalihoitolain (1301/2014) 12 §:n mukaan jokaisella Suomessa oleskelevalla henkilöllä on oikeus saada kiireellisessä tapauksessa hänen yksilölliseen tarpeeseensa perustuvat sosiaalipalvelut siten, ettei hänen perustuslaissa säädetty oikeutensa välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu. Palveluiden tulee aina perustua sosiaalihoitoon ammattihenkilön tekemään yksilökohtaiseen palvelutarpeen arvioon. Arvioinnissa kaikki palveluvalikoimaan kuuluvat sosiaalihoitoon palvelut ovat käytettävissä.

Sosiaalihuollon kokonaisuuteen kuuluu myös kiireellisenä myönnetty toimeentulotuki, joka voidaan myöntää Suomessa vakinaisesti oleskelevalle henkilölle tai perheelle. Kiireellisenä toimeentulotukena myönnetään pääsääntöisesti vain välttämättömät ravinto- ja lääkemenot. Tukea voidaan myöntää paperittomalle, jos sitä pidetään välttämättömänä perustuslaissa tarkoitetun ihmisarvoisen elämän edellyttämän toimeentulon ja huolenpidon takaamiseksi.

Sosiaalihuollon osalta paperittomalla henkilöllä ei ole oikeutta kiireettömiksi arvioituihin sosiaalihuollon palveluihin.

Paperiton henkilö ei myöskään ole oikeutettu asumisperustaiseen sosiaaliturvaan, koska hän ei asu vakinaisesti Suomessa. Tämä tarkoittaa, ettei hänellä lähtökohtaisesti ole oikeutta Kelan myöntämiin etuuksiin, kiireellisenä myönnettyä perustoimeentulotukea lukuun ottamatta.

Kuka vastaa paperittomille annettujen sosiaali- ja terveyspalveluista aiheutuneista kustannuksista?

Paperiton henkilö on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992, jäljempänä *asiakasmaksulaki*) 13 §:n nojalla lähtökohtaisesti itse vastuussa saamansa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusta aiheutuvista kustannuksista, ottaen kuitenkin huomioon mainitussa pykälässä säädetyt poikkeukset. Kaikille henkilöille, joiden oleskelua Suomessa ei ole tarkoitettu tilapäiseksi, maksuttomia ovat mm. yleisvaarallisen tartuntataudin leviämisen ehkäisemiseksi tehtävät tutkimukset ja annettu kiireellinen hoito, yleisvaarallisen tartuntataudin hoitoon määrätyt lääkkeet sekä tietyt tartuntatautilain mukaiset rokotukset.

Suomea sitovien ihmisoikeussopimusten velvoitteiden nojalla henkilön maksukyvyttömyys ei saa olla este palvelujen saamiselle tai palveluiden piiriin hakeutumiselle. Siksi on säädetty, että hyvinvointialue, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä tietyissä tilanteissa voivat hakea kustannuksistaan korvauksia valtiolta. Korvaukset haetaan Kansaneläkelaitokselta (Kela).

a) Terveydenhuolto

Henkilö on aina itse velvollinen maksamaan asiakasmaksulain mukaan määräytyvän kotikuntalaisen asiakasmaksun.

Valtion korvausta voidaan maksaa rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain (1201/2013) 20 §:n perusteella, jos asiakasmaksun ylimenevää osuutta kiireellisen hoidon ja järjestämistä vastuualueen 56 a §:n perusteella annettujen kiireettömien palveluiden kustannuksista ei saada perittyä henkilöltä itseltään. Valtion korvaus hakemus voidaan lähettää Kelaan ilman sitä edeltävää perintäyritystä, jos palvelutilanteessa on ilmeistä, ettei henkilöllä olisi taloudellisia edellytyksiä suoriutua maksusta.

b) Sosiaalihuolto

Sosiaalihuoltolain 12 a §:n perusteella valtion korvausta voidaan maksaa välttämättömänä huolenpitona annetun ruoan, lääkkeiden ja tilapäisen asumispalvelun kustannuksista. Valtion korvauksen maksamisen edellytyksenä on, että kiireellinen sosiaalipalvelu on annettu kielteisen turvapaikkapäätöksen saaneelle henkilölle, joka ei ole enää vastaanottopalveluiden piirissä.

Muille paperittomille annettavien palveluiden kustannuksista vastaa hyvinvointialue.

Miten paperittomuus näkyy tilastoista?

Suomessa oleskelevien paperittomien henkilöiden kokonaismäärää on hyvin vaikea arvioida ja se muuttuu jatkuvasti. Tehdyt arviot lähtökohtaisesti perustuvat eri viranomaisilta tai kolmannen

sektorin tahoilta saatuihin epäsuoriin tietoihin mm. heidän tapaamiensa paperittomien henkilöiden määrästä. Tämän pohjalta karkean arvion mukaan Suomessa oleskelisi n. 3 000–6 000 henkilöä, jotka kuuluisivat sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta ”paperiton henkilö” -määritelmän piiriin (avattu yllä ”Kuka on sosiaali- ja terveydenhuollon osalta paperiton?”-osiossa).

Suomessa paperittomuus on ilmiönä keskittynyt tietyille alueille. Turun yliopiston tutkimuksen¹ mukaan paperittomia arvioitiin vuoden 2017 lopussa pääosin oleskelevan suurimmissa kaupungeissa. Paperittomia oli eniten Helsingissä ja toiseksi eniten muissa pääkaupunkiseudun kunnissa ja Turun seudulla. Pienemmissä kunnissa arvioitiin oleskelevan vain yksittäisiä paperittomia tai heidän perheitään.

Helsingiltä ja Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueelta saadun vuoden 2023 alkua koskevan arvion mukaan paperittomien asiakasmäärät ovat pysyneet lähes ennallaan tai jopa hieman laskeneet. Koska eniten paperittomia henkilöitä on perinteisesti tavattu juuri pääkaupunkiseudulla, oletuksena on, että trendi koskisi koko maata. Venäjän hyökkäyssodan seurauksena Suomessa on tällä hetkellä ennätysmäärä tilapäistä suojelua saavia henkilöitä. On kiinnitettävä huomiota, että kriisitilanteessa pääosa Suomen tulevista henkilöistä hakevat Suomessa kansainvälistä suojelua tai saavat tilapäistä suojelua, jonka aikana he eivät oleskele Suomessa paperittomana.

Kattavia tilastoja paperittomille henkilöille annetuista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista taikka niistä aiheutuvista kustannuksista ei ole saatavilla. Osittain tämä johtuu siitä, että Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ylläpitämistä valtakunnallisista rekistereistä voidaan luoda tilastoja vain henkilöistä, joilla on suomalainen virallinen henkilötunnus. Henkilötunnukset paperittomia henkilöitä koskevat palvelutiedot tallentuvat kylläkin THL:n rekistereihin mutta heitä koskevia tilastoja ei voida luoda, koska paperittomia henkilöitä ei voida tunnistaa. Hyvinvointialueiden järjestelmissä ei myöskään lähtökohtaisesti eritellä paperittomille annettuja palveluja tai niihin liittyviä kustannuksia. Tästä seuraa, että paperittomia ja heille annettuja palveluita koskevat tilastotiedot pääsääntöisesti perustuvat alueilla tehtäviin arvioihin.

Kelan valtion korvauksia koskevien tilastojen osalta on kiinnitettävä huomiota valtion korvauksen pitkään haku-aikaan. Korvauksia on haettava 12 kuukauden kuluessa sen kuukauden päättymisestä, jolloin kustannukset ovat syntyneet. Kelan on käsiteltävä hakemus ja maksettava korvaus viimeistään vuoden kuluessa hakemuksen jättämisestä. Tilastoista ei siten ole luettavissa, milloin palveluita olisi annettu. Tilastoista ei myöskään voida vetää mitään johtopäätöksiä henkilömäärästä, koska Kelan rekisterit pohjautuvat hakemuksiin. Monet käsiteltävänä olevat hakemukset voivat koskea yhtä ja samaa henkilöä. Tuoreiden saatavilla olevien Kelan tilastojen osalta on hyvä hahmottaa, että toimivalta hakea valtion korvausta siirtyi vuoden 2023 alusta alkaen kunnilta (pl. Helsingin kaupunki) ja sairaanhoitopiireiltä hyvinvointialueille. Kuntien ja sairaanhoitopiirien oli jätettävä omia kustannuksia koskevat hakemuksensa viimeistään vuoden 2022 loppuun mennessä. Tämä koski myös viime vuonna aiheutuneita kustannuksia.

¹ [Paperittomat Suomessa 2017](#), Turun yliopiston maantieteen ja geologian laitoksen julkaisu nro 8, Jussi S. Jauhiainen, Katri Gadd & Justus Jokela)

a) Terveystenhuolto

- Kiireettömänä annetut palvelut

Kelalta saaman tiedon mukaan ei vielä ole saatavilla tilastotietoa paperittomille kiireettömänä annetuista palveluista maksetuista valtion korvauksista (järjestämisvastuulain 56 a §:n mukaan maksetut korvauksiset). Järjestelmämuutokset otettiin käyttöön maaliskuun 2023 lopulla. Valtion korvauksia maksetaan hyvinvointialueille neljä kertaa vuodessa. Tästä seuraa, että vuoden vaihteen jälkeen mahdollisesti tulleita hakemuksia voisi ensimmäisen kerran sisältyä vasta kesäkuussa maksettavissa maksuerissä. Kelan kertoman mukaisesti käytännön korvauskäsittelyssä ei ole juurikaan vielä tullut käsittelyyn valtion korvaus hakemuksia, joissa olisi kyse 56 a §:n perusteella annetusta hoidosta.

Tästä seuraa, ettei vielä ole saatavilla tilastoja paperittomille henkilöille kuluvan vuoden aikana mahdollisesti annetuista välttämättömiksi arvioiduista palveluista ja niistä aiheutuneista kustannuksista. Hallituksen esitystä (HE 112/2022 vp, sivut 28 - 29) valmisteltaessa arvioitiin, että vuotuiset lisäkustannukset, oikeuden laajentamisesta sisältämään myös tiettyjä kiireettömiä terveydenhuollon palveluita, olisivat valtiolle **arviolta korkeintaan 1 miljoonaa euroa / vuosi**. Arvio perustui Helsingin kaupungin antamiin tilastoihin. Helsinki on jo vuodesta 2017 alkaen omatoimisesti antanut paperittomille lakiesitystä vastaavat oikeudet.

Kustannusvaikutuksia koskevaan arvioon liittyen on kuitenkin huomioitava, että Helsinki ei ollut, aiheutuneita kustannuksia lukuun ottamatta, seurannut paperittomille henkilöille annettua hoitoa tai paperittomien hoito-oikeuksien toteutumista. Esityksen valmistelun taustalla käytettävien tilastotietojen nojalla ei siten voitu erotella kiireellisenä ja kiireettömänä annettujen palveluiden kustannuksia. Oletuksena oli, että suuri osa erityisesti erikoissairaanhoidon liittyvistä kustannuksista liittyivät kiireellisenä annettuun hoitoon, johon paperittomilla oli oikeus jo silloin voimassa olevan lainsäädännön nojalla. Tästä syystä ei myöskään lainvalmistelun aikana voitu aukottomasti arvioida lakimuutoksesta, eli kiireettömien palveluiden antamisesta, aiheutuvia lisäkustannuksia valtakunnan tasolla.

Koska Helsingiltä saadut tilastot eivät sisältäneet tietoa paperittomille annetuista palveluista ja hoitoon hakeutumisen syistä, kustannuslaskelmissa ei myöskään voitu laskea arvioita niistä säästöistä, jotka mahdollisesti syntyisi siitä, että nopeammin puututtaisiin henkilön terveydentilaan. Jos henkilöt saadaan hakeutumaan aikaisemmin hoitoon eikä vasta sitten kun terveydentilanne on huonontunut ja hoidontarve muuttunut kiireelliseksi, voidaan oletuksen mukaan mahdollisesti ehkäistä tarvetta turvautua kalliimpiin erikoissairaanhoidon palveluihin tai esimerkiksi tartuntatautien leviämistä yleisemmin yhteiskunnassa. Kustannusnäkökulmasta varhaisella terveysongelmien ennaltaehkäisemisellä arvioidaan olevan merkittäviäkin kustannuksia säästäviä vaikutuksia.

- Kiireellisenä annetut palvelut

Kuten kaikilla Suomessa oleskelevilla henkilöillä, paperittomilla on oikeus saada tarvitsemansa kiireellinen hoito. Tähän ei vuoden 2023 alussa voimaan astuneella lainmuutoksella ollut vaikutusta.

Kansaneläkelaitoksen tilastot kiireellisenä annetun hoidon valtion korvauksista

(Huom! Kaikki henkilöryhmät, ml. paperittomat henkilöt)

Vuosi	Henkilöt	Laskujen määrä	Maksetut valtion korvaukset
2022	12 217	13 866	4 299 601*
2021	5883	6619	2 492 601*
2020	1894	2306	2 414 795
2019	1205	1433	2 066 436
2018	1036	1234	1 565 070

*) Valtion korvauksen pitkiin haku- ja käsittelyaikoihin viitaten, hakemusten määrän ja korvausmenojen kasvua vuosina 2021-2022 oletetaan olevan seuraus Covid19-pandemiasta. Pandemian seurauksena tilapäisesti Suomessa olevien tarve saada matkan aikana terveydenhuoltoa lisääntyi. Samalla asiakasmaksulain 13 §:ää koskeva muutos siitä, ettei tiettyjen tartuntatautien (ml. covid19) hoidosta peritä keneltäkään asiakasmaksuja, tarkoitti kiireellisen hoidon valtion korvausten osalta sitä, että valtion korvausta voitiin hakea ilman edeltävää perintäyritystä henkilöltä itseltään.

On huomioitava, että **Kelan kiireelliseen hoitoon liittyviä valtionkorvaustilastoja ei voida jakaa henkilöryhmittäin. Näin ollen kustannuksia ei voida millään tasolla kohdentaa paperittomille henkilöille annettuihin palveluihin.** Kiireellisestä hoidosta aiheutuneista kustannuksista voidaan rajat ylittävstä terveydenhuollosta annetun lain mukaan maksaa henkilöryhmästä riippumatta, jos henkilö ei ole perintäyrityksestä huolimatta itse maksanut hoidosta aiheutuneita kustannuksia. Kelan antaman karkean arvion mukaan pääosa annettuun kiireelliseen hoitoon liittyvistä valtion korvauksista koskee Suomessa tilapäisesti ollutta turistia, joka ei luokitella olevan paperiton henkilö (avattu yllä ”Kuka on sosiaali- ja terveydenhuollon osalta paperiton?”-osiossa).

b) Sosiaalihuolto

Vaikka hyvinvointialueiden sosiaalihuollossa ei pääsääntöisesti tilastotasolla eritellä paperittomille henkilöille annettuja sosiaalihuollon palveluita, mahdollisuus hakea tietyn henkilöryhmän (kielteisen turvapaikkapäätöksen saaneiden) osalta valtionkorvauksia on ohjannut sosiaalihuollossa päätöksentekoa siten, että esim. Helsingissä ja Länsi-Uudenmaan hv-alueella ko. asiakasryhmälle päätöksiä varten on luotu asiakastietojärjestelmään oma palvelu, jotta korvausten hakeminen mahdollistuisi. Päätöksiä palveluista tehdään kuitenkin monella sosiaalihuollon palvelualueella, minkä vuoksi esim. paperittomille henkilöille vammaispalvelulain tai lastensuojelulain nojalla annettuja kiireellisiä palveluja ei ole tilastoissa eritelty. Näin ollen suurin osa paperittomille annetuista kiireellisistä palveluista jää hyvinvointialueiden kustannusvastuulle, eikä niistä ole saatavilla eriteltyä tilastotietoa. Helsingin kaupungilta saadun arvion mukaan, viime vuosina n. 50 % kaikista sosiaalihuollon palveluiden piirissä olevista paperittomista on ollut kielteisen turvapaikkapäätöksen saaneita henkilöitä eli sellaisia, joille annetuista palveluista kunta on voinut hakea valtionkorvausta. Huomioiden Suomessa oleskelevien paperittomien arvioitu määrä, voidaan nähdä, että melko pieni osuus on sosiaalihuollon palveluiden piirissä. Vuonna 2021 valtionkorvauksia haettiin 579 henkilölle annetuista kiireellisistä sosiaalihuollon palveluista (ravinto, lääkkeet ja viimesijaiset

asumispalvelut). Valtaosa paperittomille myönnettyistä kiireellisistä sosiaalihuollon palveluista annetaan pääkaupunkiseudulla.

Kelan kunnille maksamat valtionkorvaukset, SHL 12 §, kiireellinen sosiaalipalvelu (majoitus, ruoka, lääkkeet)

VUOSI	PAPERITTOMAT HENKILÖT (KPL)	EUROA/PAPERITON HENKILÖ (€)*
2021	579	2 951
2020	518	2 410
2019	158	1 709
2018	25	880

* Kelan kunnille maksamat valtionkorvaukset on muutettu vuoden 2021 hintatasoon julkisten menojen hintaindeksillä.

Lähde: Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2023:6

Toimeentulotuen tarkoitus on turvata henkilön ja perheen ihmisarvoisen elämän kannalta vähintään välttämätön toimeentulo. Perustoimeentulotuki on osa toimeentulotuen ja sosiaalihuollon kokonaisuutta. Toimeentulotukilain 27 §:n mukaan toimeentulotuki myönnetään Suomessa vakinaisesti oleskelevalle hakijalle tai perheelle. Oleskelun tosiasiallinen luonne on selvitettävä yksilöllisesti jokaisen hakijan kohdalla. Jokaisella maassa oleskelevalla henkilöllä on kuitenkin oikeus saada kiireellisessä tilanteessa tukea välttämättömän avun turvaamiseksi siten, ettei hänen oikeutensa välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon vaarannu. Ravintomenoina on yleensä myönnetty n. 49 % laskennallisesta toimeentulotuen perusosasta (aikuiselle n. 272 €/kk) ja välttämättömiksi lääkemenoina on katsottu kuuluvan vain lääkärin myöntämät reseptilääkkeet. Toimeentulotukilainsäädännössä ei ole määritelty tuen vähimmäismäärää yksiselitteisesti, koska hyväksyttävät menot ja niiden määrän tulee perustua kunkin hakijan kohdalla tapauskohtaiseen harkintaan.

Viime vuosina ja lopullisesti hyvinvointialuesiirtymän yhteydessä viimesijaisten ravinto- ja lääkemenojen myöntäminen paperittomille henkilöille on siirtynyt Kelan perustoimeentulotukena myönnettäväksi. Jatkossa on siten oletettavissa, että hyvinvointialueet hakevat vähemmän valtionkorvauksia paperittomille myönnettyihin kiireellisiin sosiaalihuollon menoihin.

Johtopäätökset julkisen taloudellisen kannalta?

Paperittomilla henkilöillä on Suomessa pitkään katsottu olevan oikeus vain kiireelliseen ja viimesijaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Terveydenhuollon oikeuksia laajentava lainsäädäntö hyväksyttiin eduskunnassa syksyllä 2022. Vaikka tarkkaa tilastollista tietoa paperittomien määrästä Suomessa ei ole, on kuitenkin selvää, että melko pieni osa heistä käyttää julkisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Paperittomien asiakasmäärä ja käytettävissä oleva tilannetieto viittaa siihen, ettei säästöjä ole mahdollista saavuttaa ilman ihmisten merkittävien perusoikeuksien heikennystä.

Paperittomilla henkilöillä on nykyainsäädännön perusteella oikeus vain kiireellisiin sosiaalihuollon palveluihin siten, ettei heidän oikeutensa välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu. Vaikka oikeus kiireellisiin sosiaalihuollon palveluihin voi tapauskohtaisesti olla muutakin kuin viimesijainen ravinnon, lääkkeiden ja majoituksen turvaaminen, on melko vahvaa näyttöä siitä, että muita sosiaalihuollon palveluita on annettu paperittomille hyvin vähäisissä määrin. Lähinnä kyse on ollut viimesijaisista ja kiireellisistä lastensuojelun palveluista.

Terveystieteiden palveluiden kohdalla oikeutta palveluihin laajennettiin kiireellisistä välttämättömiin vuoden 2023 alusta alkaen. Muutoksen kustannusvaikutus valtiolle arvioitiin olevan vuositasona noin 1 miljoonaa euroa. Muutoksella tavoiteltiin ensisijaisesti perusoikeuksien parempaa toteutumista, mutta muutoksella arvioidaan olevan myös positiivisia kustannusvaikutuksia, kun hoidon painopiste siirtyy edullisimpiin välttämättömiin palveluihin kalliimmista kiireellisistä palveluista. Lisäksi muutoksella nähdään olevan merkitystä esim. tartuntatautien tarkoituksenmukaisen ehkäisyn osalta, jolloin vaikutus ulottuu yhteiskuntaan laajemmin.

LIITE 1

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin liittyvää lainsäädäntöä (STM)

Nimi	Numero
Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista	980/2012
Laki kehitysvammaisten erityishuollosta	519/1977
Valtioneuvoston asetus erityishuoltopiireistä	1045/2008
Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta	695/2019
Valtioneuvoston asetus korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon maksuista vuonna 2023	922/2022
Valtioneuvoston asetus korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukunnasta	274/2021
Laki kuntouttavasta työtoiminnasta	189/2001
Laki kuolemansyyn selvittämisestä	459/1973
Valtioneuvoston asetus oikeuslääkeopillisista tutkimuksista suoritettavista korvauksista	862/2004
Asetus kuolemansyyn selvittämisestä	948/1973
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta	27/2004
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	785/1992
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista	94/2022
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä	1088/2010
Valtioneuvoston asetus valtakunnallisesta sosiaali- ja terveysalan eettisestä neuvottelukunnasta	667/2009
Laki potilasasiavastaavista ja sosiaaliasiavastaavista	739/2023
Laki rajat ylittävstä terveydenhuollosta	1201/2013
Valtioneuvoston asetus rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusten hallinnoinnista	65/2014

Valtioneuvoston asetus rajat ylittävän terveydenhuollon neuvottelukunnasta	64/2014
Laki raskauden keskeyttämisestä	239/1970
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus raskauden keskeyttämistä ja steriloinista koskevista lomakkeista	1063/2008
Asetus raskauden keskeyttämisestä	359/1970
Laki rintamaveteraanien hammashuollon järjestämisestä ja korvaamisesta	678/1992
Laki rintamaveteraanien kuntoutuksesta	1184/1988
Asetus rintamaveteraanien kuntoutuksesta	1348/1988
Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä	817/2015
Valtioneuvoston asetus sosiaalihuollon ammattihenkilöistä	153/2016
Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista	812/2000
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista	734/1992
Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista	912/1992
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä	612/2021
Lakisosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta	741/2023
Laki sosiaalisesta luototuksesta	1133/2002
Laki Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisista lastensuojeluyksiköistä	1379/2010
Asetus valtion koulukodeista	769/1978
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä	559/1994
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoidosta opioidilääkkeillä	642/2023
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksesta	56/2015

Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta	1089/2010
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä	33/2008
Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä	564/1994
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä	1088/2010
Laki toimeentulotuesta	1412/1997
Valtioneuvoston asetus alueellisista toimeentulotukiasioiden neuvottelukunnista	1197/2022
Valtioneuvoston asetus valtakunnallisesta toimeentulotukiasioiden neuvottelukunnasta	1196/2022
Laki vammaisten henkilöiden tulkkauspalvelusta	133/2010
Laki Vankiterveydenhuollon yksiköstä	1635/2015
Valtioneuvoston asetus Vankiterveydenhuollon yksiköstä	1737/2015
Laki vastavuoroisesta sairaan- ja terveydenhoidosta rajaseudulla	307/1961
Lastensuojelulaki	417/2007
Mielenterveyslaki	1116/1990
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus mielenterveyslain mukaista tahdosta riippumatonta hoitoa koskevien lomakkeiden kaavoista ja potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisen valvonnasta	1582/2015
Mielenterveysasetus	1247/1990
Perhehoitolaki	263/2015
Päihdehuoltolaki	41/1986
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus tahdosta riippumattomaan päihdehoitoon käytettävistä lomakkeista	993/2006
Päihdehuoltoasetus	653/1986
Sosiaalihuoltolaki	1301/2014

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sosiaalihuollon ammattihenkilöiden yliopistollisen erikoistumiskoulutuksen korvauksen perusteista vuonna 2022	540/2022
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus yliopistotasaisen sosiaalityön tutkimuksen rahoituksesta	605/2020
Valtioneuvoston asetus kiireellisessä tapauksessa annettujen sosiaalipalveluiden kustannusten hallinnoinnista	4.1.2018/2
Valtioneuvoston asetus erityisperustein korvattavista lääkkeistä ja lääketieteellisin perustein vakaviksi arvioitavista sairauksista	616/2005
Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslaissa tarkoitettujen työterveyshuollon korvausten laskennallisten enimmäismäärien määrittelemisestä	1338/2004
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sairausvakuutuslain 4 luvun 5 §:ssä tarkoitetun erityisajoneuvon käytöstä aiheutuneiden matkakustannusten korvaamista koskevasta taksasta	1337/2004
Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslain 3 luvun 4 ja 5 §:ssä tarkoitettujen korvaustaksojen perusteista	1336/2004
Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslain täytäntöönpanosta	1335/2004
Sosiaalihuoltolaki	710/1982
Steriloimislaki	283/1970
Steriloimisasetus	427/1985
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sukupuolen muuttamiseen tähtäävän tutkimuksen ja hoidon järjestämisestä sekä lääketieteellisestä selvityksestä transseksuaalin sukupuolen vahvistamista varten	1053/2002
Terveydenhuoltolaki	1326/2010

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus huumausainerikoksista epäillyille tai huumausainerikoksiin syyllistyneille hoitoa antavista toimintayksiköistä	1371/2022
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista	1239/2022
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen korvauksen perusteista vuonna 2022	464/2022
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden edellytyksenä olevan koulutuksen korvauksen suuruudesta vuonna 2022	422/2022
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen korvauksiin ja yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoitukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista	375/2022
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääketieteellisistä asiantuntijalausunnoista maksettavasta valtion korvauksesta	42/2020
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksesta	888/2019
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta	585/2017
Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä	583/2017
Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä	582/2017
Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostosta	63/2014
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta	1363/2011
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta	341/2011
Valtioneuvoston asetus seulonnoista	339/2011

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta	338/2011
Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta	337/2011
Työterveyshuoltolaki	1383/2001
Valtioneuvoston asetus työntekijöiden suojelemiseksi biologisista tekijöistä aiheutuvilta vaaroilta	933/2017
Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta	708/2013
Valtioneuvoston asetus työntekijöiden työterveyskortista rakennustyössä	1176/2006
Valtioneuvoston asetus huumausainetestien tekemisestä	218/2005
Valtioneuvoston asetus terveystarkastuksista erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä	1485/2001
Vammaispalvelulaki	675/2023

LIITE 2

Lääkehoito

Rajaus

Tässä tehtäväksi annossa käsitellään lääkehoitoa, joka on yksi keskeisistä terveydenhuollon hoitokeinoista. Lääkäri päättää potilaan lääkityksestä ja hoitotyöntekijät toteuttavat lääkehoitoa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. Lääkehoidon toteuttaminen on terveydenhuollon toimintaa riippumatta siitä, minkälaisessa ympäristössä sitä toteutetaan. Viiden oikean listan mukaan lääkehoitoon kuuluvat oikea lääke, oikea annos, oikea antotapa, oikea antoaika, oikea potilas, oikea potilaan ohjaus sekä oikea dokumentointi.

Tiivistelmä

- Valmistellaan lääkehoitojen ohjauksen malli ja integroidaan lääkehoidot osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän sisältöjen kokonaisuutta.
- Varmistetaan, että kansallinen lääkityslista otetaan käyttöön potilastietojärjestelmissä vaiheistettusti lääkehoidon tiedonhallinnan suunnitelman mukaisesti.
- Edistetään Lääke 75+ -luokituksen käyttöön ottamista terveydenhuollon tietojärjestelmissä sekä luokituksen käyttöä lääkkeitä määrättäessä.
- Edellytetään, että terveydenhuollon tietojärjestelmä tai sovellus nostaa automaattisesti lääkkeen määrääjälle valittavaksi edullisimman tai halvimman valmisteeseen.
- Kehitetään Käypä hoito -suosituksiin perustuva lääkkeen määräämisen seurantaan tarkoitettu tietotuote.
- Reseptilääkkeiden osalta selvitetään rekisteritutkimuksena Kanta-palvelujen reseptikeskuksen aineistossa, kuinka moni sähköisistä lääkemääräyksistä jää kokonaan toimittamatta. Tämä on luokiteltavissa yhdeksi häiriökysynnän muodoksi.
- Sairausvakuutuksesta korvattaviin lääkkeisiin voi liittyä esimerkiksi eri syistä määräaikaista erityiskorvausoikeuksina. Tätä selvitetään Kansaneläkelaitoksen tietojen avulla tavoitteena selkeyttää tilanne, karsia lisäarvoa tuottamattomia lausuntoja (erityisesti lääkärin B-lausunnot) ja selvittää, voidaanko määräaikoja pidentää. Nykyisin lääkehoidon ohjaus toteutetaan pitkälti lääkekorvausjärjestelmän kautta, eikä lääkekorvausjärjestelmässä esimerkiksi lääkärin B-lausunnoista luopuminen ole ajankohtaista.

Taustaa

Lääkehoito on keskeinen osa henkilön kokonaisvaltaista hoitoa. Lääkehoito on myös yleisin toimenpide terveydenhuollossa. Lääkehoidon onnistuessa henkilön sairauksia voidaan parantaa, sairauksien etenemistä hidastaa, sairauksien oireita lievittää ja sairauksia voidaan ehkäistä. Järkevän lääkehoidon mukaan lääkehoito on kohdallaan, kun potilas ottaa lääketieteellisesti perusteltuja lääkkeitä ohjeen mukaan, oikeaan aikaan, sopivan annoksen ja hyötyy lääkehoidosta.

Lääkehoidon kokonaisuus voidaan nähdä arvoketjuna, jossa tavoitteena ovat varmistaa lääkevalmisteen vaikuttavuus, turvallisuus ja laatu sekä lääkevalmisteen järkevä käyttö. Lääkehoidon arvoketjussa on monia portaita. Lääkehoidon arvoketjua voidaan käyttää hyväksi tavoiteltaessa muutoksia, joiden tavoitteena olisi suoraviivaisempi toimintatapa tai eri tavoin määritellyt muut säästöt.

- **Lääketutkimus ja lääkekehitys.** Lääketutkimuksen ja lääkekehityksen mahdollistaminen ovat edellytyksiä uusien lääkeinnovaatioiden syntymiselle, ja samalla muistetaan lääketeollisuuden toimivan globaalissa toimintaympäristössä.
- **Lääkkeiden teollinen valmistus ja valvonta.** Lääkkeiden teollinen valmistus ja valvonta ovat EU-säänneltyjä ja kansainvälisten sopimusten määrittelemää.
- **Lääkkeiden myyntilupajärjestelmä.** Lääkkeiden myyntilupajärjestelmän tavoitteena on taata lääkevalmisteiden laatu, turvallisuus ja teho. Lääkkeiden myyntilupajärjestelmä ei ota kantaa siihen, onko lääke tarpeellinen (onko samaan sairauteen markkinoilla jo hyviä lääkkeitä tai voidaanko terveysongelmaa hoitaa muilla menetelmillä).
- **Hallittu lääkevalmisteiden käyttöön ottaminen ja hankinnat.** Hallitun lääkevalmisteiden käyttöön ottamisen ja hankintojen tarkoituksena on arvioida ja selvittää käyttöön otettavien, mutta myös käytössä olevien lääkehoitojen kustannusvaikuttavuutta eli lääkevalmisteella saavutettavissa olevia hyötyjä suhteessa kustannuksiin.
- **Lääkkeen määrääminen.** Avohoidon lääkkeen määräämisessä apteekki määrätään toimittamaan lääkevalmistetta potilaalle, kun taas sairaalassa lääkkeen määräämisellä tarkoitetaan lääkehoitopäätöstä, jonka mukaisesti lääkehoito toteutetaan.
- **Lääkkeen jakelu ja toimittaminen.** Lääkkeiden tukkujakelun sääntely pohjautuu EU:n lääkedirektiiviin ja tukkujakelussa noudatetaan kansainvälisiä hyvien jakelutapojen ohjeita. Lääkkeiden toimittaminen on vähittäisjakelun eli apteekkien ja sairaala-apteekkien tehtävä.
- **Hallittu lääkkeiden käytöstä luopuminen.** Hallitun lääkkeiden käytöstä luopumisen avulla rajallisia voimavaroja pyritään suuntaamaan järkevästi luopumalla sellaisten lääkkeiden käytöstä, joista kertyneen uuden tiedon valossa ei voida pitää enää vaikuttavana, turvallisena tai kustannusvaikuttavana.

Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2000–2020

THL kerää vuosittain OECD:n terveystilinpitojärjestelmän (SHA 2011, System of Health Accounts 2011) mukaisiin käsitteisiin ja luokituksiin pohjautuvat tiedot julkisen ja yksityisen terveydenhuollon menoista ja rahoituksesta. Terveydenhuollon menot ja rahoitustilastoa varten tiedot kerätään tilastoista, rekistereistä, toimintakertomuksista, tilinpäätöksistä ja muista vastaavista lähteistä. Tiedot päivitetään kerran vuodessa keväisin.

Vuonna 2020 Suomen terveydenhuollon menot olivat 22,9 miljardia euroa (4138 euroa/asukas). Terveydenhuollon menojen suhde bruttokansantuotteeseen kasvoi 0,4 prosenttiyksikköä edellisvuodesta ollen 9,6 prosenttia vuonna 2020. Vuonna 2020 terveydenhuollon menojen julkisen rahoituksen (valtio, kunnat, Kela) osuus oli 78,1 prosenttia, ja osuudessa oli nousua 1,3 prosenttiyksikköä vuoteen 2019 verrattuna.

Kasvua oli etenkin somaattisen erikoissairaanhoidon avohoidon (+16,8 prosenttia) ja perusterveydenhuollon avohoidon menoissa (+12,1 prosenttia). Erikoissairaanhoidon avohoidon kasvua selittää koronanäytteen ottojen kirjaaminen erikoissairaanhoidon käynneiksi yhdessä kiireettömän hoidon vähenemisen kanssa. Kiireettömän hoidon väheneminen näkyi vastaavasti menojen laskuna somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa ja päiväkirurgiassa. Koronaepidemia selittää myös perusterveydenhuollon avohoidon kasvua. Perusterveydenhuollon avohoidon etäasiointi kasvoi lähes 21 prosenttia vuoteen 2019 verrattuna.

Lääkkeet ja muut lääkinnälliset kulutustavarat

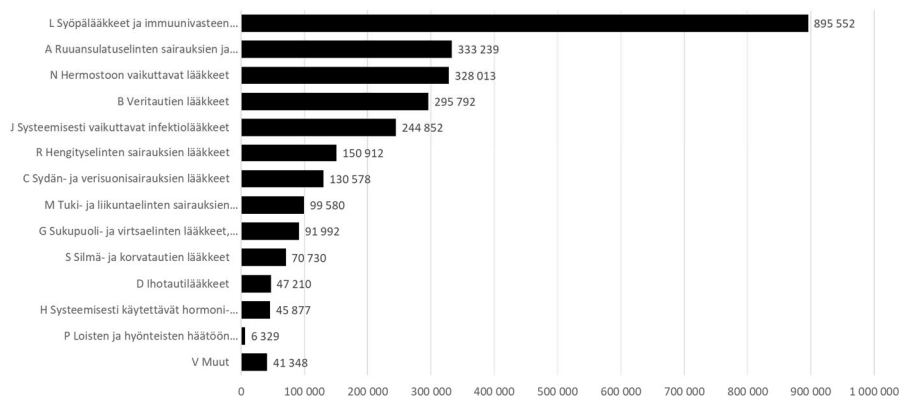
Menot terveydenhuollon avohoidon lääkkeisiin ja muihin lääkinnällisiin kulutustavaroihin vuonna 2020 olivat yhteensä noin 2,8 miljardia euroa, joka oli 12,2 prosenttia terveydenhuollon käyttömenoista. Terveydenhuollon avohoidon reseptilääkkeiden menot olivat 2,3 miljardia euroa ja menot nousivat 6,1 prosenttia edellisvuoteen verrattuna. Terveydenhuollon avohoidon reseptilääkkeistä 2,2 miljardia euroa oli sairausvakuutuksen piirissä. Loput 163 miljoonaa euroa olivat sellaisten reseptilääkkeiden menoja, joita sairausvakuutus ei korvaa. Avohoidon itsehoitolääkkeiden menot olivat 367 miljoonaa euroa vuonna 2020.

Sairaalalääkkeiden menot olivat 820 miljoonaa euroa.

Suomen Lääketilasto 2021

Vuonna 2021 lääkemyynnin tukkuhintainen arvo oli 2,782 miljardia euroa, josta 69 prosenttia (1,922 miljardia euroa) oli apteekkimyyntiä ja 31 prosenttia (859,6 miljoonaa euroa) sairaala-myyntiä.

Lääkemyynnin tukkuhintainen jakautuminen ATC-luokittain vuonna 2021 (1000 euroa)



Kuviossa esitetään lääkemyynti tukkuhinnoin ATC-luokittain vuonna 2021. Suurin myynti 895,6 miljoonaa euroa kirjattiin ATC-luokkaan L (syöpälääkkeet ja immuunivasteen muuntajat), josta 43,7 prosenttia (391,4 miljoonaa euroa) oli sairaalamyyntiä. ATC-luokan L sairaalamyynti oli suurin kaikista ATC-luokista.

Taulukossa esitetään Suomen Lääketilastojen vuosilta 2016–2021 koottuja indikaattoritietoja niin, että yhdellä rivillä esitetään kunkin indikaattorin aikasarjaiset tiedot.

Seurannan indikaattori	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Apteekkien toimipisteet, apteekit ja sivuapteekit yhteensä	814	812	814	817	818	823
Apteekit, yksityiset ja yliopistojen apteekit yhteensä	613	616	618	623	626	632
Sivuapteekit, yksityiset ja yliopistojen apteekit yhteensä	201	196	196	194	192	191
Lääketoimitukset, apteekit, milj. kappaletta	58,8	61,3	63,3	65,7	67,1	71,5
Lääkkeiden kokonaismyynti, milj. euroa	3 067	3 078	3 287	3 460	3 518	3 620
Avohoidon reseptilääkkeiden myynti, milj. euroa (vmh+alv)	2 137	2 107	2 188	2 284	2 331	2 400
Avohoidon itsehoitolääkkeiden myynti, milj. euroa (vmh+alv)	352	350	355	357	367	359
Sairaalalääkkeiden myynti, milj. euroa (tmh)	578	621	745	818	820	861
Sairausvakuutuksesta korvattavat lääketoinmitukset						
Asiakkaat	3 817 051	3 805 016	3 842 848	3 861 862	3 730 259	3 771 318
Lääketoimitukset, korvausluokat yhteensä, milj. kappaletta	40,5	41,8	43,4	45,2	46,1	48,4
Lääketoimitukset, kaikki sv-korvatut, milj. kappaletta	47,0	48,9	51,1	53,5	54,9	57,5
Ostokerrat, milj. kertaa	28,0	28,8	29,5	30,4	30,0	30,5
Kustannukset, milj. euroa	2 034,5	2 006,9	2 096,3	2 198,8	2 273,2	2 251,4
Korvaukset, milj. euroa	1 405,3	1 360,0	1 454,7	1 558,5	1 639,0	1 711,3
Lääkekorvausten saajat, kaikki korvausluokat	3 136 095	3 036 110	3 034 776	3 042 434	2 953 465	2 956 849
Asiakkaita, jotka vaihtoivat ainakin yhden lääkkeen	1 712 795	1 814 073	1 929 821	2 074 350	2 110 178	2 159 097

Apteekkien lääketoinmitusten lukumäärä oli 58,8 miljoonaa vuonna 2016 ja 71,5 miljoonaa (+21,6 prosenttia) vuonna 2021. Vastaavasti sairausvakuutuksesta korvattujen apteekin lääketoinmituksia oli 47,0 miljoonaa vuonna 2016, kun luku oli 57,5 miljoonaa (+22,3 prosenttia) vuonna 2021. Sairaalalääkkeiden tukkuhintainen myynti oli 578 miljoonaa euroa vuonna 2016, kun se oli 861 miljoonaa (+49,0 prosenttia) euroa vuonna 2021. Ainakin yhden viitehintajärjestelmään kuuluneen lääkkeen apteekissa toiseen valmisteeseen vaihtoi 1,71 miljoonaa henkilöä vuonna 2016, kun luku oli 2,16 miljoonaa (+26,3 prosenttia) vuonna 2021.

Taulukossa esitetään lääkkeiden määrääjien (lääkäri, hammaslääkäri ja sairaanhoitoja) lukumäärät sekä lääketoinmitusten lukumäärät lääkkeen määrääjää kohti vuosina 2015–2021.

Seurannan indikaattori	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Lääkkeen määrääjä: lääkäri	27 845	28 306	28 163	28 409	29 313	29 999	30 843
Lääketoinmitukset/määrääjä	1 576	1 642	1 720	1 781	1 811	1 817	1 854
Lääkkeen määrääjä: hammaslääkäri	5 466	5 447	5 132	5 058	5 113	5 038	5 032
Lääketoinmitukset/määrääjä	93	91	87	86	87	74	64
Lääkkeen määrääjä: sairaanhoitoja	194	229	275	315	389	413	488
Lääketoinmitukset/määrääjä	51	53	54	49	41	33	34

Lääkettä määränneiden lääkäreiden lukumäärä on kasvanut (+10,8 prosenttia) vuosi vuodelta, kun taas hammaslääkäreiden lukumäärä on vähentynyt (-7,9 prosenttia). Sairaanhoitajien lukumäärä on kasvanut moninkertaiseksi, mutta heidän osuutensa oli 1,3 prosenttia kaikista lääkkeen määrääjistä vuonna 2021.

Kun tarkastellaan lääketoinmitusten lukumäärää lääkettä määränneiden lukumäärän suhteen, ammattiryhmien erot olivat merkittävät. Lääkäreillä suhdeluku oli 1576 vuonna 2015, kun se oli 1854 (+17,6 prosenttia) vuonna 2021. Hammaslääkäreillä suhdeluku oli huomattavasti pienempi ja se väheni: 93 vuonna 2015 ja 64 (-31,2 prosenttia) vuonna 2021. Myös sairaanhoitajilla suhdeluku oli huomattavan pieni: 51 vuonna 2015 ja 34 (-33,3 prosenttia) vuonna 2021.

Lisätietoja:

Kela ja Fimea. Suomen lääketilasto 2021. Helsinki: Kansaneläkelaitos sekä Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea; 2022. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022121672023>

Matveinen P. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2020: koronaepidemian aiheuttama terveydenhuollon menojen kasvu näkyi etenkin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon avohoidossa. THL Tilastoraportti 18/2023 (SVT), 8.5.2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023050841652>

Rajaniemi S. Lääkehoidon ohjauksen kehittäminen: selvityshenkilön raportti. Helsinki; 7.2.2023. https://stm.fi/documents/1271139/2013549/Selvitys+SR+15.1.23_final.pdf/000f9c8b-159b-5c32-5874-4c204a9c610f/Selvitys+SR+15.1.23_final.pdf?t=1675761745353

Rannanheimo P, Kokko M, Piispanen M, Nevalainen P, Saarinen S, Tahvanainen H. Kohti rationaalisen lääkehoidon ja lääkehuollon tietojohdamista: selvitys lääkehoidon ja lääkkeiden käytön dataperustaisesta ohjauksesta. STM raportteja ja muistioita 2023:11. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö; 2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6879-0>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Apteekkijärjestelmän kehittäminen: nykytilan arviointi ja ehdotuksia jatkotoimenpiteiksi. STM raportteja ja muistioita 2023:6. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö; 2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5668-1>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Lääkehoidon ohjaus ja rahoitus: kehittämisen suuntaviivat. STM raportteja ja muistioita 2023:15. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö; 2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8361-8>

Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut: Lääkehoito ja lääkehuolto, 11.5.2023. <https://stm.fi/laakehoito>

LIITE 3

Hallitusneuvottelut / pöytä 2.1 / PALVELULAINSÄÄDÄNTÖ

Terveystieteidenlaki 1326/2010 / Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta [338/2011](#)

Äitiys- ja lastenneuvolat sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ovat kustannustehokkaita väestön terveyden ja hyvinvoinnin tasa-arvoa edistäviä palveluja, jotka tavoittavat käytännössä kaikki raskaana olevat, alle kouluikäiset ja kouluikäiset lapset ja heidän perheensä sekä opiskelijat.

Lapsen kasvun ja kehityksen haasteisiin sekä esim. nuoren mielenterveyden orastaviin pulmiin on sekä taloudellisesti että inhimillisesti perusteltua puuttua varhaisessa vaiheessa, jolloin ongelmat ovat vielä ratkaistavissa perustasolla. Mikäli tapaamisia neuvolapalveluissa tai koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa vähennetään, on todennäköistä, että lasten, nuorten ja perheiden tuen tarpeita jää tunnistamatta ja oikea-aikaisen avun saaminen viivästyy, mikä tarkoittaa jatkossa kustannusten kasvua ja kalliimpien korjaavien palvelujen tarvetta. Kansalliset uusimpaan näyttöpohjaiseen tietoon perustuvat ohjeistukset ja suositukset neuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ammattilaisille on tallennettu Terveysportin [NEUKO-tietokantaan](#).

Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä ehkäisyneuvoloiden käyttömenot olivat n. 1 % ja koulu- sekä opiskeluterveydenhuollon käyttömenot olivat yhteensä 0,8 % terveydenhuollon käyttömenoista vuonna 2020.

Lasten ja nuorten ehkäiseviä terveystarpeita tulee tarkastella kokonaisuutena ja jonkin verran lääkäriresurssia voitaisiin kohdentaa terveystarkastuksista lasten ja nuorten tarpeen mukaiseen hoitoon seuraavasti:

- Kouluterveydenhuollosta voitaisiin kohdentaa yhden ikäryhmän lääkärintarkastuksen resurssi (n. 3,6 milj euroa) lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin.
- Opiskeluterveydenhuollossa voitaisiin kutsuntauudistuksen yhteydessä luopua yli 18-vuotiaiden opiskelijoiden säännönmukaisista hoitajan ja lääkärin tarkastuksista ja siirtää heidän osaltaan tarpeen mukaisesti tarkastuksiin. Vapautuvaa henkilöstöresurssia kohdennettaisiin nuorten mielenterveyspalveluihin.
- Äitiys- ja lastenneuvolan toiminnasta ei ole mahdollista säästää eikä tarkastusmääriä vähentää.
- Suun terveydenhuollon tarkastusten ajoitusta on tarpeen muuttaa, mutta tarkastuksia ei voida vähentää.

Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta

Äitiysneuvolassa varmistetaan turvallinen raskausaika, sikiön terve kasvu ja kehitys sekä tuetaan tulevia vanhempia. Lastenneuvolassa seurataan lapsen kasvua ja kehitystä ja puututaan mahdollisiin ongelmiin. Lapset saavat määräaikaistarkastusten yhteydessä kansallisen rokotusohjelman mukaiset rokotukset, joilla on merkittävä kansanterveyttä edistävä ja lasten sairastavuutta ja kuolleisuutta sekä tartuntatauteja ehkäisevä vaikutus. Niistä ei ole mahdollista luopua. Perheiden tuen tarpeet ovat viime vuosina kasvaneet ja monimutkaistuneet. Tukea perheiden jaksamiseen, lasten kasvun ja kehityksen tukemiseen sekä mm. mielenterveyden pulmien ennaltaehkäisyyn tarvitaan entistä enemmän.

Kouluterveydenhuolto

Kouluterveydenhuollon lääkärintarkastusten määrää, sisältöä ja ajoitusta voidaan selvittää, mutta tarkastelussa tulee huomioida lasten ja nuorten palvelujen kokonaisuus. Koska lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut ovat perustasolla erittäin heikot ja palveluvaje erittäin suuri, tulisi mahdollisesti säästävää lääkäriresurssia kohdentaa lasten ja nuorten mielenterveyden hoitoon. Lasten ja nuorten perusterveydenhuollon palveluista ei siten ole tarkoituksenmukaista hakea suoria säästöjä, jotta ei aiheutettaisi vastaavasti kustannusten nousua kalliimmissa erikoissairaanhoidon palveluissa.

Yhden lääkärintarkastuksen vähentäminen säästäisi laskennallisesti vuonna 2024 n. 7,4 milj. euroa². [THL:n selvityksen](#) mukaan 5. ja 8. luokan lääkärintarkastusten peittävyys oli vuonna 2021 kuitenkin vain 49%, joten tosiasiallista mahdollista lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin kohdennettavaa resurssia olisi 3,6 milj. euron verran.

Kouluterveydenhuollon toiminta on laaja-alaista lapsen ja nuoren hyvinvointia tukevaa toimintaa. Terveystarkastuksissa keskustellaan oppilaan tarpeen mukaan esim. hänen voinnistaan, jaksamisestaan, nukkumisesta, ruutuajasta, kavereista, ruokailemisesta, ehkäisystä ja seksuaalisuudesta, mielen hyvinvoinnista, kiusaamisesta sekä päihteistä. Lisäksi huolehditaan rokotuksista ja seurataan oppilaan kasvua ja kehitystä. Lääkärintarkastuksia peruskouluikäisellä on kolmesti. Lisäkäyntejä järjestetään oppilaan tarpeen mukaan.

Kouluterveydenhuolto on lasten ja nuorten peruspalvelu, jonne oppilas voi hakeutua huolineen koulupäivän aikana. Oppilaitoksen henkilöstön tulee myös ohjata oppilas opiskeluhuollon palvelujen piiriin, mikäli hän havaitsee oppilaan tarvitsevan opiskeluhuollon tukea. (Oppilas ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013, 16-17 §). Kouluterveyskyselyn 2021 mukaan noin 40 % oppilasta käy terveydenhoitajan luona muutoinkin kuin terveystarkastuksissa. Terveyspalveluista he ovat myös kokeneet saaneensa apua ja tukea (Asiointi ja avunsaanti perusopetuksen opiskeluhuoltopalveluissa – Kouluterveyskysely 2021, THL Tutkimuksesta tiiviisti 53/2021). Opiskeluhuollon seurantaselvityksen mukaan terveydenhoitajilla ja lääkäreillä reilu viidennes asiakastyöhön tarkoitettua työajasta kohdentui vuonna 2020 mielenterveysongelmiin. (Voimavarana yhteistyö – Opiskeluhuoltopalvelujen seuranta OPA 2020, THL Raportteja 4/2021).

Nikanderin tutkimuksen (2023) mukaan n. 80 % vanhemmista ja n. 60 % oppilaista kokee lääkärintarkastukset hyödyllisiksi. Lääkärikunnassa on kuitenkin hyvin ristiriitaisia näkemyksiä tarkastusten tarpeesta ja vaikuttavuudesta. Osa lääkäreistä pitää koulunkäynnin ja lapsen kehityskaaren nivelkohtiin sijoittuvia lääkärintarkastuksia perusteltuina, koska niissä löytyy aiemmin havaitsemattomia, tutkimuksia, tukea tai hoitoa vaativia asioita varsin usein (esim. [Skoopin kannanotto](#)). Osa lääkäreistä puolestaan toivoisi, että kouluikäisten lääkärintarkastuksista luovuttaisiin ainakin osittain, ja säästetty työaika kohdennettaisiin vain tukea tarvitseville. Tarkastusten kohdentamista niille oppilaille, joista vanhemmilla, opettajilla tai terveydenhoitajilla on

² Lääkärintarkastuksen yksikköhinta 122 euroa (Terveys- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2017, THL Työpaperi 21/2020: Lääkärintarkastuksen hinta v. 2017 oli 109 euroa. Korjattuna julkisten menojen hintaindeksillä vuoteen 2023 tarkastuksen hinta on 122 euroa.)

5. luokkalaisten määrä oli 61 191 vuonna 2024 (Tilastokeskuksen väestöennuste: 11-vuotiaat vuonna 2024).
mmm

huolta, on myös ehdotettu. Tällöinkin vapautuvaa resurssia kohdennettaisiin todettujen ongelmien hoitoon. (esim. [Nikanderin tutkimus](#)).

Opiskeluterveydenhuolto

Opiskeluterveydenhuollosta hyvinvointialueen vastuulla on toisen asteen (lukio ja ammatillinen koulutus) opiskeluterveydenhuolto, ja Kela järjestää korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon. Opiskeluterveydenhuoltoon sisältyy ehkäisevän työn lisäksi sairaanhoito ml. perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa terveystarkastukset kohdennetaan terveystarkastusten perusteella. Opiskelijoiden mielenterveysongelmien lisääntymisen ja palvelutarpeen kasvun vuoksi, opiskeluterveydenhuoltoon tulisi lisätä resursseja.

Mikäli kutsuntatarkastukset siirretään opiskeluterveydenhuollon vastuulle parlamentaarinen asevelvollisuuskomitean linjauksen mukaisesti, toisen asteen opiskeluterveydenhuoltoon tarvitaan laaja uudistus. Tällöin kutsuntojen ennakkoterveystarkastus integroitaisiin opiskeluterveydenhuollon oppivelvollisen terveystarkastukseen ja vanhempien opiskelijoiden terveystarkastukset toteutettaisiin vain terveystarkastusten tulosten perusteella tarpeen mukaisesti. Tämä tarkoittaisi opiskeluterveydenhuollon resurssien kohdentamista nuorempiin ikäryhmiin sekä tarpeen mukaisesti mielenterveystyöhön. Kutsuntauudistuksen reunaehdoja selvitetään parhaillaan PLM:n asettamassa poikkihallinnollisessa työryhmässä.