



”TIEDÄN ETTEN SAA APUA”

TERVEYDENHUOLLON ERIARVOISUUS SUOMESSA

AMNESTY
INTERNATIONAL



Amnesty International on maailman suurin ihmisoikeusjärjestö, jonka toiminta perustuu yksittäisten ihmisten tuelle. Tukijoita on 10 miljoonaa, 150 maassa eri puolilla maailmaa.

Amnesty on poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumaton.

Amnesty työskentelee kansainvälisesti ja Suomessa ihmisoikeuksien edistämiseksi.

© Amnesty International 2023

Except where otherwise noted, content in this document is licensed under a Creative Commons (attribution, non-commercial, no derivatives, international 4.0) licence.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

For more information please visit the permissions page on our website: www.amnesty.org

Where material is attributed to a copyright owner other than Amnesty International this material is not subject to the Creative Commons licence.

First published in 2020

by Amnesty International Ltd

Peter Benenson House, 1 Easton Street

London WC1X 0DW, UK



Kansikuva: © Eerika Mäki-Paavola / Amnesty International Suomen osasto

amnesty.fi

AMNESTY
INTERNATIONAL 

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ	5
1. METODOLOGIA	8
2. TAUSTAA	10
3. SUOMEN IHMISOIKEUSVELVOITTEET	13
3.1 SYRJIMÄTÖN JA TASA-ARVOINEN TERVEYDENHUOLTO	14
3.2 TERVEYDENHUOLTO EI SAA OLLA KENELLEKÄÄN LIIAN KALLISTA	14
3.3 TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS JA LEIKKAUSPOLITIikka IHMISOIKEUSKYSYMYKSINÄ	15
3.3.1 LEIKKAUSPOLITIikka JA OIKEUS TERVEYTEEN	16
3.4 IHMISOIKEUSSOPIMUSTEN VALVONTAELINTEN HUOMIOT SUOMESTA	17
4. TYÖLLISYYSASEMA MÄÄRITTELEE PÄÄSYN PALVELUIHIN	18
4.1 TYÖTERVEYSHUOLLON ULKOPUOLELLE JÄÄVÄT	22
4.2 TYÖTERVEYSHUOLLON TARJONNASSA SUURTA VAIHTELUA	24
5. RIITTÄMÄTÖN TERVEYSRAHOITUS JA SOTE-UUDISTUKSEN PUUTTEET	26
5.1 SUOMEN TERVEYSMENOT ALLE EU:N KESKIARVON	26
5.1.1 LEIKKAUSPOLITIikan VAIKUTUS TERVEYDENHUOLTOON	28
5.2 RIITTÄMÄTTÖMÄT HENKILÖSTÖRESURSSIT JULKISISSA TERVEYSPALVELUISSA	29
5.3 SOTE-UUDISTUKSEN TOIMENPITEET RIITTÄMÄTTÖMIÄ ERIARVOISUUDEN KAVENTAMISEKSI	32
5.3.1 HAJANAISIA PYRKIMYKSIÄ PALVELUTARJONNAN PARANTAMISEKSI	33
5.4 KORONAPANDEMIAN JA ELINKUSTANNUSKRIISIN VAIKUTUS	34
6. TERVEYDENHUOLLON PALVELUIDEN SAANNISSA MONINAISIA ESTEITÄ	36
6.1 TALOUDELLISET ESTEET	36
6.2 PITKÄT ODOTUSAJAT JULKISISSA TERVEYDENHUOLLOSSA	44

6.3 RAJALLINEN SAATAVUUS JA KORKEA HINTA TIETYISSÄ TERVEYSPALVELUISSA	49
6.3.1 SYVÄ SOSIOEKONOMINEN ERIARVOISUUS SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA	49
6.3.2 RIITTÄMÄTTÖMÄT MIELENTERVEYSPALVELUT	54
6.3.3 PULAA SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYSPALVELUISTA	56
6.4 DIGITAALISET ESTEET PALVELUIDEN SAANNISSA JA KÄYTÖSSÄ	57
6.5 TYÖTTÖMIEN TERVEYSTARKASTUKSET	59
6.6 LUOTTAMUKSEN PUUTE JULKISEEN TERVEYDENHUOLTOON	61
7. LOPUKSI	63
8. SUOSITUKSET	65

TIIVISTELMÄ

Kansainvälisten arvioiden mukaan Suomen terveysjärjestelmä on terveydenhuoltopalveluiden saatavuuden ja käytön suhteen yksi vauraiden maiden eriarvoisimmista. Suomi on myös saanut kansainvälisten ihmisoikeussopimusten toimeenpanoa valvovilta ihmisoikeuselimiltä moitteita terveydenhuollon eriarvoisuudesta ja kehotuksia turvata kaikkien oikeus terveyteen.

Tämä Amnesty International Suomen osaston raportti kertoo, miten julkisen perusterveydenhuollon varassa olevat ihmisryhmät, kuten työttömyyttä kokevat, pienituloiset ikääntyneet sekä ihmiset, joilla ei ole yksityistä sairauskuluvakuutusta, kohtaavat erityisiä haasteita terveydenhuoltopalveluiden saatavuudessa ja käytössä. Nämä tiettyihin ihmisryhmiin vaikuttavat esteet terveydenhuoltopalveluiden saatavuudessa ja käytössä ovat ristiriidassa Suomen ihmisoikeusveloitteiden kanssa.

Raportti pohjautuu taustatutkimukseen ja 117 haastatteluun palveluiden käyttäjien, sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden, kansalaisjärjestöjen edustajien, viranomaisten ja asiantuntijoiden kanssa.

SUOMELLA ON VELVOLLISUUS TURVATA KAIKKIEN OIKEUS TERVEYTEEN

Kansainvälisten ihmisoikeusnormien mukaan jokaisella on oikeus nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä.

Epäoikeudenmukaiset terveyserot eri ihmisryhmien välillä ovat seurausta monista erilaisista sosiaalisista tekijöistä ja olosuhteista. Vaikka sosiaali- ja terveyspalvelut eivät voi yksin poistaa terveyseroja, niillä on tärkeä merkitys etenkin heille, jotka ovat marginalisoidussa asemassa tai alttiita syrjinnälle.

Terveydenhuoltajärjestelmillä on siten merkittävä rooli terveyserojen vähentämisessä tai vakiinnuttamisessa. Suomen valtio ei ole onnistunut terveyserojen kaventamisessa, vaikka se on ollut poliittinen tavoite jo yli neljän vuosikymmenen ajan.

Valtiolla on velvollisuus varmistaa riittävä, oikea-aikainen, kohtuuhintainen ja laadukas terveydenhuolto ketään syrjimättä, sosioekonomisesta asemasta, sukupuolesta tai muusta taustasta riippumatta.

JULKISEN TERVEYDENHUOLLON VARASSA OLEVAT IHMISET KOHTAAVAT MONINAISIA ESTEITÄ

Ihmiset, joilla ei ole pääsyä työterveyteen tai varaa käyttää yksityisiä terveydenhuollon palveluita, kohtaavat runsaasti ongelmia terveydenhuoltopalveluihin pääsyssä ja palveluiden käytössä. Näitä ovat muun muassa vaikeus saada yhteys palveluihin, pitkät jonotusajat, taloudelliset esteet, maantieteellinen eriarvoisuus sekä digitaaliset esteet.

Ihmisillä on mittavia vaikeuksia saada yhteyttä terveyskeskuksiin oman hoidon tarpeen arvioimiseksi ja ajan varaamiseksi. Amnesty Internationalin tekemissä haastatteluissa ihmiset kertoivat, ettei puheluihin vastata, eikä takaisinsoittopalveluista soiteta takaisin. Monesti aikoja ei edes ole annettavaksi, vaan soittajia pyydetään kokeilemaan uudestaan toiste. Ajanvaraukset ruuhkautuivat monessa paikassa erityisesti koronapandemian aikana. Joissain kunnissa jopa poistettiin lainvastaisesti soittopyyntöjä ajanvarauspalveluiden tiedoista.

Pitkät jonotusajat olivat haastatteluissa useimmin mainittu ongelma. Perustason terveydenhuoltopalveluissa on kohtuuttoman pitkiä jonotusajoja eri puolilla maata. Useat Amnesty Internationalin haastattelemat ihmiset kertoivat, että odottaminen aiheuttaa huolta omasta terveydentilasta, ja osa koki tilansa huonontuneen pitkän jonotusajan vuoksi. Jonottaminen pakottaa ihmiset pärjäämään oireidensa tai kipujensa kanssa. Pitkänkin jonottamisen jälkeen aika saattaa peruuntua tai lykkääntyä.

Terveydenhuoltopalvelut ja lääkkeet ovat monille liian kalliita. Vuonna 2022 lähes 490 000 sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksua meni ulosottoon, vaikka ulosottojen määrä laski hieman vuonna 2021 voimaan tulleen asiakasmaksulain uudistuksen myötä. Amnesty Internationalin haastatteluissa ihmiset kertoivat, miten he pitkittävät terveyspalveluihin hakeutumista kulujen pelossa, säästävät rahaa ottamalla lääkkeitä harvemmin kuin mitä lääkäri määräsi tai vetävät hampaan itse pois, koska ei ole varaa mennä hammaslääkəriin.

Koronapandemia vauhditti digitaalisten ajanvaraus- ja vastaanottopalveluiden käyttöönottoa. Kaikki ihmiset eivät pysty käyttämään digitaalisia palveluita yhdenvertaisesti. Kaikilla ei ole varaa ostaa älylaitteita, jotkut tarvitsevat ohjausta ja neuvontaa niiden käyttämiseen, ja joillekin ne eivät ole saavutettavia esimerkiksi kognitiivisten haasteiden vuoksi. Ihmisten erilaisia elämäntilanteita ja tarpeita ei ole huomioitu riittävästi palveluiden digitalisoinnissa.

Palveluita käyttävien ihmisten ja asiantuntijoiden haastatteluissa raportoitiin, että ongelmia palveluiden saatavuudessa on erityisesti suun terveydenhuollossa, seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluissa sekä mielenterveyspalveluissa. Myös päihteidenkäyttäjien tarvitsemien palveluiden ja silmätauteihin liittyvien palveluiden saatavuudessa koettiin ongelmia.

Lain mukaan hyvinvointialueiden on järjestettävä työttömien terveystarkastukset, jotta työelämän ulkopuolella olevien työikäisten terveyttä voidaan seurata ja edistää. Tämä vuonna 2010 annetussa terveydenhuoltolaissa esitetty vaatimus oli tunnustus siitä, että työttömät ovat Suomessa eriarvoisessa asemassa terveyspalveluiden saatavuuden suhteen. Terveystarkastusten toteutuminen on silti ollut vähäistä esimerkiksi tiedonpuutteen, huonon saatavuuden ja pitkien jonotusaikojen vuoksi.

Amnesty Internationalin tätä raporttia varten tekemissä haastatteluissa korostui ihmisten kokemaa luottamuksen puute julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Luottamus suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään on erityisen vähäistä sairastuneilla ja pienituloisilla ihmisillä. Luottamuksen menetykseen ovat johtaneet edellä kuvatut esteet terveydenhuollon saatavuudessa: ongelmat yhteyden saamisessa palveluihin, pitkät jonotusajat, liian korkeat asiakasmaksut sekä digitaaliset esteet palveluiden käytössä. On vakava ongelma, etteivät julkista terveydenhuoltoa eniten tarvitsevat ihmiset pysty luottamaan järjestelmään.

RINNAKKAISET PERUSTERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄT YHTENÄ ERIARVOISUUDEN SYNNÄ

Rinnakkaiset perusterveydenhuollon palvelujärjestelmät ovat yksi syy Suomen terveydenhuollon eriarvoisuuteen. Ihmiset, jotka kuuluvat työterveyshuollon piiriin tai joilla on taloudellinen mahdollisuus käyttää yksityisiä palveluita, pääsevät palveluiden pariin helpommin ja nopeammin kuin julkisten palveluiden varassa olevat. Työterveyshuollon palvelut ovat käyttöhetkellä ilmaisia, kun taas julkisessa terveydenhuollossa potilaat maksavat asiakasmaksuja suurimmasta osasta palveluita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa (sote-uudistus) ei puututa rinnakkaisiin perusterveydenhuollon järjestelmiin, eikä siten rakenteelliseen eriarvoisuuteen Suomen terveydenhuollossa.

SUOMEN TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS: HIDASTA KASVUA JA LEIKKAUSPOLITIikka

Suomen julkisen terveydenhuollon rahoitusta on viime vuosikymmeninä leimannut stagnaatio eli taloudellinen pysähtyneisyys ja leikkauspolitiikka. 1990-luvulta lähtien julkiseen terveydenhuoltoon on kohdistunut useita leikkauksia. Leikkausten välillä rahoitus on kasvanut vaatimattomasti. Terveydenhuollon rahoitus onkin Suomessa alhaisempi kuin Pohjoismaissa ja EU-maissa keskimäärin.

Pitkäaikaisella alirahoituksella on seurauksensa. Julkinen terveydenhuoltosektori kärsii kroonisesta henkilöstöpulasta, joka on kasvanut nopeasti viime vuosina. Henkilöstöpula vaikuttaa jonotusaikojen pitenemiseen ja lisää työntekijöiden kuormitusta. Lisäksi kiihtyvä kilpailu henkilöstöstä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä on vaikuttanut osaltaan julkisen puolen rekrytointivaikkeuksiin.

Amnesty Internationalin hyvinvointialuekyselyssä alueet kertoivat, että niiden saama valtion rahoitus on joko riittämätöntä tai luultavasti riittämätöntä edes lakisääteisten palveluiden järjestämisen turvaamiseen, saati varmistamaan alueiden mahdollisuutta parantaa terveydenhuoltopalveluiden saatavuutta niille ihmisryhmille, joilla on vaikeuksia saada tarvitsemiaan palveluita. Hälyttävää on, että sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusmalli huomioi tulevina vuosina palvelutarpeen kasvusta vain 80 prosenttia.

Tässä raportissa tuodaan esille moninaiset haasteet, joita ihmisillä on terveydenhuollon saatavuuteen, käyttöön ja kohtuuhintaisuuteen liittyen sekä se, kuinka kaukana Suomi on näiden velvollisuuksien täyttämisestä. Suomi ei turvaa kaikkien oikeutta terveyteen, vaikka sillä on velvollisuus tehdä niin.

TÄRKEIMMÄT SUOSITUKSET

SUOMEN HALLITUKSEN JA EDUSKUNNAN TULEE:

- Turvata universaali terveydenhuollon kattavuus ja oikeus terveyteen ihmisoikeusvelvoitteiden mukaisesti varmistamalla, että terveydenhuolto on kaikille saatavilla, saavutettavaa ja kohtuuhintaista, myös niille pienituloisille, joilla ei ole pääsyä työterveyshuoltoon.
- Vahvistaa perusterveydenhuoltoa ja turvata sille riittävät resurssit:
 - Osoittamalla uusia resursseja perusterveydenhuoltoon, esimerkiksi korvamerkityksellä perusterveydenhuoltoon progressiivisesti kasvava osuus hyvinvointialueille osoitetuista varoista.
 - Poistamalla automaattinen 20 prosentin leikkaus tarveperustaisesta hyvinvointialueiden rahoituksesta.
 - Harkitsemalla vaihtoehtoisia tapoja hyödyntää täysimääräisesti käytettävissä olevat voimavarat ihmisoikeusvelvoitteiden täyttämiseksi, esimerkiksi verotuksen keinoin.
 - Priorisoimalla julkisen perusterveydenhuollon resursointia, harkiten monikanavarahoituksen vähentämistä, muun muassa työterveyshuollon sairaanhoitokulujen korvausten pienentämisellä tai poistamisella, jotta kaikille voidaan turvata yhdenvertainen pääsy terveydenhuoltoon.
 - Välttämällä julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuvia leikkauksia. Mikäli leikkauksia harkitaan, niiden ihmisoikeusvaikutukset on arvioitava ennalta, jotta toimet eivät kohdistu marginalisoituihin ja syrjinnälle alttiisiin ihmisryhmiin.
- Poistaa terveydenhuollon käytön taloudellisia esteitä ja vähentää maantieteellistä eriarvoisuutta uudistamalla asiakasmaksulakia ja -asetusta. Uudistuksessa tulisi:
 - Uudistaa perusterveydenhuollon asiakasmaksut siten, että terveydenhuolto on kaikille saavutettavissa.
 - Laajentaa hyvinvointialueiden velvollisuutta huojentaa ja alentaa asiakasmaksuja.
 - Yhdistää kaikki maksukatot ja siirtää vastuu maksukaton täyttymisen seurannasta potilaalta viranomaisille.
- Toteuttaa ihmisoikeusvaikutusten arviointi osana kaikkia terveystaloudellisia uudistuksia:
 - Ihmisoikeusvaikutusten arviointien tulee olla kattavia, sisältäen sukupuolivaikutusten arviointi ja lapsivaikutusten arviointi, ja niissä tulee erityisesti huomioida vaikutukset marginalisoituihin ja syrjinnälle alttiisiin ihmisryhmiin.
 - Tulee varmistaa riittävät resurssit ja asiantuntemus valtionhallinnossa laadukkaiden ihmisoikeusvaikutusten arviointien turvaamiseksi.

1. METODOLOGIA

Tämä raportti pohjautuu Amnesty Internationalin tekemiin haastatteluihin ja taustatutkimukseen, johon sisältyy seuraavien analysointi:

- (a) Terveydenhuollon lainsäädäntö- ja politiikka-asiakirjat.
- (b) Valtion teettämät selvitykset ja akateeminen tutkimus terveydenhuollon saatavuudesta, kohtuuhintaisuudesta ja käytöstä Suomessa.
- (c) Suomen julkisen terveydenhuollon menot ja asiakasmaksut.
- (d) Tilastot terveydenhuoltopalveluista ja palveluiden käytöstä, mukaan lukien viranomaisilta tietopyyntöjen kautta saadut tilastotiedot, kuten Ulosottolaitoksen tilastot sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen ulosottojen määristä ja Aluehallintovirastojen tekemät päätökset terveydenhuoltopalveluiden saatavuudesta.

Amnesty International teki raporttia varten 117 haastattelua joulukuun 2022 ja helmikuun 2023 välisenä aikana:

- 1) Yhteensä 88 yksilö- tai pienryhmähaastattelua sellaisten henkilöiden kanssa, jotka joko yrittivät hakeutua tai olivat hakeutuneet julkiseen terveydenhuoltoon.

Konsultoituaan kansalaisjärjestöjä ja kansanterveyden asiantuntijoita Amnesty International keskittyi tutkimuksessa sellaisiin ihmisryhmiin, joihin perusterveydenhuollon avohoidon saatavuusongelmien voitiin nähdä vaikuttavan erityisesti. Näitä olivat työttömyyttä kokevat ihmiset, etenkin pitkäaikaistyöttömät; pienituloiset henkilöt, joilla ei ole pääsyä yksityiseen terveydenhuoltoon; koulutuksen ja työn ulkopuolella olevat alle 25-vuotiaat nuoret aikuiset; lapsiperheet; vammaiset henkilöt sekä eläkeläiset. Kansalaisjärjestöjen ja kansanterveyden asiantuntijat tunnistivat, että näihin ryhmiin kuuluvista ihmisistä etenkin mielenterveysongelmista kärsivät, huumausaineita käyttävät ja pitkäaikaissairauksia sairastavat ihmiset kokevat erityisiä ongelmia julkisen terveydenhuollon saatavuudessa ja käytössä. Haastateltaviin sisältyi ihmisiä kaikista edellä mainituista ryhmistä. Lähtään he olivat 20–90-vuotiaita. Myös lapsiperheiden vanhempia haastateltiin.

Haastattelut järjestettiin tämän raportin kannalta olennaisten teemojen parissa työskentelevien kansalaisjärjestöjen kautta, kuten sellaisten järjestöjen, jotka tarjoavat tukea työttömille, mielenterveysongelmista kärsiville tai huumausaineita käyttäville ihmisille; kohtaamistoimintaa järjestävien yhteisöjen kautta sekä edullisia aterioita ja muita palveluita tarjoavia seurakuntien kautta.

Kasvotusten toteutetut haastattelut tehtiin Helsingissä sekä seitsemässä kaupungissa eri hyvinvointialueilla¹: Espoo (Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue), Hämeenlinna (Kanta-Hämeen hyvinvointialue), Pori (Satakunnan hyvinvointialue), Tampere (Pirkanmaan hyvinvointialue), Turku (Varsinais-Suomen hyvinvointialue), Vaasa (Pohjanmaan hyvinvointialue) sekä Vantaa (Vantaan ja Keravan hyvinvointialue). Sijainnit valikoituivat kansalaisjärjestöjen konsultaatioiden pohjalta. Etähaastatteluita tehtiin puhelimitse tai videopuhelun välityksellä. Useimmat haastattelut kestivät 45 minuutista 1,5 tuntiin.

Ennen haastatteluita haastateltavia tiedotettiin tutkimuksesta ja siitä, miten haastatteluita käytetään osana Amnesty Internationalin työtä. Haastateltaville annettiin mahdollisuus kysyä kysymyksiä ja kerrottiin, että osallistuminen on vapaaehtoista ja he voivat perua suostumuksensa milloin vain. Tietoon perustuva

¹ Hyvinvointialue on kunnista ja valtiosta erillinen julkisoikeudellinen yhteisö, jolla on alueellaan itsehallinto. Hyvinvointialueet vastaavat sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä pelastustoimen järjestämisestä Suomessa.

suostumus oli avainasemassa, koska haastattelut käsittelivät haastateltavien henkilökohtaisia aiheita, kuten terveydentilaa, ja haastateltavina oli myös ihmisiä, jotka kuuluivat marginalisoituihin tai syrjinnälle alttiisiin ryhmiin. Nimet ja muut yksilölliset tiedot niistä henkilöistä, joiden sitaatteja on käytetty raportissa, on poistettu yksityisyyden suojaamiseksi. Raportissa käytetyt nimet ovat pseudonyymeja.

Yhdellä haastattelijoista on terveydenhuollon tutkinto, ja hän pystyi antamaan haastateltaville yleistä tietoa terveydenhuoltoon hakeutumisesta, kun tarve sille nousi haastatteluissa esille. Haastattelijat tarjosivat myös tarpeen mukaan haastatteluiden yhteydessä tietoa useista haastatteluihin liittyvistä aiheista, kuten oikeudesta työttömien terveystarkastukseen sekä asiakasmaksujen huojentamisen ja perimättä jättämisen käytännöistä.

- 2) Yhteensä 29 haastattelua terveydenhuollon työntekijöiden, sosiaalityöntekijöiden, terveydenhuollon työntekijäorganisaatioiden edustajien, terveydenhuollon asiantuntijoiden, terveysekonomistien, kansalaisjärjestöjen edustajien, yhden TE-palveluiden edustajan ja yhden Aluehallintoviraston edustajan kanssa. Haastatteluja tehtiin sekä kasvotusten että puhelimitse ja videopuheluiden välityksellä.

Marras-joulukuussa 2022 Amnesty International toteutti verkkokyselyn 21 hyvinvointialueen virkahenkilöille. 14 virkahenkilöä 11 hyvinvointialueelta vastasi kyselyyn. Kysely sisälsi kysymyksiä hyvinvointialueiden strategioista terveyserojen kaventamiseksi, asiakasmaksuista, työttömien terveystarkastuksista sekä hyvinvointialueiden rahoituksesta.

Raportin johtopäätökset muodostettiin tutkimuskirjallisuuden, tilastotiedon, haastatteluiden ja yllä mainitun kyselyn pohjalta. Sitaatit, joissa haastatellut jakavat omia kokemuksiaan julkisesta terveydenhuollosta, havainnollistavat, kuinka eriarvoisuudet palveluiden saatavuudessa, kohtuuhintaisuudessa ja käytössä vaikuttavat ihmisten elämässä.

Amnesty International kiittää lämpimästi haastateltuja ihmisiä omien kokemustensa jakamisesta. Kiitämme myös lukuisia kansalaisjärjestöjä, jotka auttoivat meitä tutkimuksessamme sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa työskenteleviä, kansalaisyhteiskunnan edustajia, virkahenkilöitä ja asiantuntijoita, joita haastateltiin raporttia varten.

2. TAUSTAA

“On tämä ollut niin nähtävissä. Valmistuin hoitajaksi vuosituhatosen vaihteessa ja vaikka silloin oli parempi tilanne, niin silloin sen jo huomasi, että onhan tämä julkinen terveydenhuolto uppoava laiva. Ei se tule mitenkään kestämaan, kun jonot vaan venyy ja venyy ja venyy.”

Julkisessa terveydenhuollossa työskentelevä hoitaja

Suomi on vauras maa.² Tästä huolimatta Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö (OECD) on nimennyt Suomen terveyspalvelujärjestelmän yhdeksi teollistuneiden maiden eriarvoisimmista terveydenhuollon palveluiden jakautumisen ja käytön suhteen.³

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan terveyden eriarvoisuus tarkoittaa ”epäoikeudenmukaisia väestöryhmien välisiä eroja terveydessä tai terveysresurssien jakautumisessa”.⁴ Terveystietojärjestelmillä on merkittävä rooli monista sosiaalisista tekijöistä ja olosuhteista johtuvien terveyserojen vähentämisessä tai ylläpitämisessä.

Suomen perusterveydenhuoltojärjestelmä on ainutlaatuinen siinä mielessä, että palvelut ovat saatavilla monikanavaisen rahoitusjärjestelmän kautta.⁵ Perusterveydenhuollon avohoidon palveluita voi saada 1. julkisen perusterveydenhuollon, 2. työterveyshuollon, 3. opiskelijaterveydenhuollon ja 4. yksityisen terveydenhuollon kautta.

Rinnakkaisten perusterveydenhuollon palveluiden olemassaolo on yksi syy eriarvoisuuteen suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä.⁶ Esimerkiksi kattavan työterveyshuollon piirissä olevat ihmiset pääsevät

² Bruttokansantuotteella (BKT) asukasta kohden mitattuna Suomi sijoittuu yleensä maailmassa 30 maan kärkeen.

³ Maat on jaettu ryhmiin, jotka heijastavat palveluiden käytön eriarvoisuutta perustuen kunkin maan eriarvoisuusindeksiin, joka muodostuu seitsemästä palvelusta (yleislääkärikäynnit, erikoislääkärikäynnit, hammaslääkärikäynnit, sairaalahoito sekä kohdunkaulan-, rinta- ja paksusuolensyöpien seulonnot). Suomi sijoittuu ryhmään, jossa eriarvoisuuksien määrä on suurin yhdessä Bulgarian, Kroatian, Kyproksen, Kreikan, Italian, Latvian, Puolan, Romanian, Slovenian, Espanjan ja Yhdysvaltojen kanssa. OECD, *Health for Everyone?: Social inequalities in health and health systems*, 2019, oecd-ilibrary.org/docserver/3c8385d0en.pdf?expires=1674135849&id=id&accname=guest&checksum=051308FB0740BD84BE85F970C73FE1D7, s. 25-26; kts. myös OECD, *Health at a Glance 2017*, oecd-ilibrary.org/health-at-a-glance-2017_5jfqgv50kpk.pdf?itemId=%2Fcontent%2Fpublication%2Fhealth_glance-2017-en&mimeType=pdf.

⁴ World Health Organization (WHO), “Health inequities and their causes”, 22 February 2018, who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes.

⁵ Tuukka Holster et al., “The role of occupational healthcare in ambulatory healthcare in Finland”, 2022, *Nordic Journal of Health Economics – Early view*, journals.uio.no/NJHE/article/view/8561/8121, s. 1.

⁶ Ks. esim. Olli Kangas ja Laura Kallioma-Puha, *ESPN Thematic report on inequalities in access to healthcare Finland 2018*, 2018, ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20367&langId=lv, s. 4; OECD, *State of Health in the EU: Finland - Country Health Profile 2019*, 2019, oecd-ilibrary.org/docserver/20656739en.pdf?expires=1671538813&id=id&accname=guest&checksum=F92E5E413958CBF90B4ED35CE1E63B25, s. 22; Ilmo Keskimäki et al., *Finland: Health system review*, 2019, apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327538/HIT-21-2-2019-eng.pdf?sequence=7&isAllowed=y, s. 153; Kristiina Manderbacka et al., “Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa”, 2017, Suomen sosiaalinen tila 2/2017, julkari.fi/bitstream/handle/10024/132346/SST2_2017_15062017.pdf?sequence=3&isAllowed=y, s. 1.

terveydenhuoltoon usein saman päivän aikana ja palvelut ovat heille käyttöhetkellä maksuttomia.⁷ Sen sijaan julkisen terveydenhuollon varassa olevat ihmiset joutuvat jonottamaan palveluihin pääsyä pidempään ja maksamaan asiakasmaksuja suurimmasta osasta palveluita.⁸ Palveluntarpeeseen nähden suurempituloiset käyttävät terveyspalveluita enemmän kuin pienempituloiset.⁹ Tämä tarkoittaa, että silloinkin kun terveydenhuollon tarve vakioidaan, suurempituloiset pääsevät palveluihin paremmin kuin pienempituloiset.

Suomi on onnistunut heikosti terveyserojen kaventamisessa, vaikka se on ollut merkittävä kansanterveydellinen tavoite jo lähes neljän vuosikymmenen ajan.¹⁰ Vuosien 2001–2015 kansanterveysohjelmassa ei onnistuttu pienentämään terveyseroja,¹¹ vaan ne jopa kasvoivat tällä tarkasteluvälillä.¹²

Vuonna 2021 sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä uudistettiin merkittävästi ja Suomeen luotiin 21 hyvinvointialuetta, joille siirrettiin kunnilta vastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä pelastustoimen järjestämisestä.¹³ Hyvinvointialueet aloittivat virallisesti toimintansa vuoden 2023 tammikuussa. Uudistuksen pitkän aikavälin tavoite on tasapainottaa resurssien kohdentumista ja lyhentää odotusaikoja keskittämällä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen aluetasolle.¹⁴

Sote-uudistuksessa ja terveyspolitiikassa ei kuitenkaan puututa rinnakkaisjärjestelmien olemassaolosta johtuvaan eriarvoisuuteen terveydenhuollon saatavuudessa, vaikka asiantuntijat ovat toistuvasti nostaneet esille tätä ongelmaa.¹⁵

Hyvinvointialueet aloittivat toimintansa haasteellisissa oloissa. Taustalla vaikuttivat koronapandemia, krooninen sosiaali- ja terveysalan työvoimapula¹⁶, vuoden 2022 hoitajalakko ja työtaistelut¹⁷, Venäjän Ukrainassa aloittaman hyökkäyssodan aiheuttama energiakriisi, korkea inflaatio ja kasvavat toimintakulut sekä paisunut hoitovelka ja kasvavat jonotusajat hoitoon.

Terveydenhuoltojärjestelmän kriisi nousi säännölliseksi uutisotsikoksi vuonna 2022, kun eri puolilla maata päivystyspalvelut joutuivat kuukausien ajan kamppailemaan potilasmäärien ja henkilöstöpulan kanssa, ja niillä oli vaikeuksia saada siirrettyä potilaita päivystyspalveluista muihin terveys- ja sosiaalipalveluyksiköihin.¹⁸ Ikäntyneiden hoivapalveluiden alhainen kapasiteetti johti siihen, että päivystykset eivät pystyneet kotiuttamaan iäkkäitä potilaita, koska heillä ei ollut paikkaa, minne mennä.¹⁹ Päivystykset olivat täynnä potilaita, jotka odottivat siirtoa jatkohoitoon. Joulukuun lopulla 2022 HUS:in toimialajohtaja kertoi, että median raportoitua ongelmista olivat ihmiset alkaneet välttää päivystykseen menemistä.²⁰

⁷ OECD, *State of Health in the EU: Finland - Country Health Profile 2019*, 2019, oecd-ilibrary.org/docserver/20656739-en.pdf?expires=1671538813&id=id&accname=guest&checksum=F92E5E413958CBF90B4ED35CE1E63B25, s. 17.

⁸ OECD, *State of Health in the EU: Finland - Country Health Profile 2019*, 2019, oecd-ilibrary.org/docserver/20656739-en.pdf?expires=1671538813&id=id&accname=guest&checksum=F92E5E413958CBF90B4ED35CE1E63B25, s. 12.

⁹ Kristiina Manderbacka et al., "Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa", 2017, Suomen sosiaalinen tila 2/2017, julkari.fi/bitstream/handle/10024/132346/SST2_2017_15062017.pdf?sequence=3&isAllowed=y, s. 3.

¹⁰ Hannele Palosuo et al. (toim.), *Health inequalities in Finland: trends in socioeconomic health differences 1980-2005*, 2009, [julkari.fi/bitstream/handle/10024/72254/URN%3aBNB%3aafi-fe201504224334.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://isut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72254/URN%3aBNB%3aafi-fe201504224334.pdf?sequence=1&isAllowed=y), s. 4.

¹¹ Tuulia Rotko ja Tapani Kauppinen, *Terveys 2015 –kansanterveysohjelman loppuarviointi*, 2016, julkari.fi/bitstream/handle/10024/130313/TY%20c3%962016_8_Terveys%202015_WEB_korjattu%20ja%20linkitetty_6.4.16%20%283%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 6.

¹² Ohjelma pyrki vähentämään terveyden eriarvoisuutta, jota mitattiin sosioekonomisilla kuolleisuuseroilla. Tuulia Rotko ja Tapani Kauppinen, *Terveys 2015 –kansanterveysohjelman loppuarviointi*, 2016, julkari.fi/bitstream/handle/10024/130313/TY%20c3%962016_8_Terveys%202015_WEB_korjattu%20ja%20linkitetty_6.4.16%20%283%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 35.

¹³ 21 hyvinvointialueen lisäksi palveluita järjestää myös Helsingin kaupunki ja HUS. Pelastustoimeen kuuluu muun muassa hälytyspalvelut, palokunta, onnettomuuksien uhrien pelastustoiminta sekä varoitusten antaminen väestön terveyttä ja turvallisuutta uhkaavissa tilanteissa.

¹⁴ OECD, *State of Health in the EU: Finland - Country Health Profile 2021*, 2021, oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/finland-country-health-profile-2021_2e74e317-en, s. 16.

¹⁵ Paula Saikkonen et al., "Monimuotoinen hyvinvointi ja muuttuva hyvinvointivaltio", teoksessa Sakari Karvonen et al. (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2022*, 2022, julkari.fi/bitstream/handle/10024/145692/Suomalaisten%20hyvinvointi%202022%20verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 359.

¹⁶ Terhi Tevameri, *Toimialaraportit: Katsaus sote-alan työvoimaan - Toimintaympäristön ajankohtaisten muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua*, 2021, isut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162852/TEM_2021_02_t.pdf, s. 49.

¹⁷ Yle News, "Possible resolution of nurses' strike on the horizon", 3 October 2022, yle.fi/a/3-12647333.

¹⁸ Ks. esim. Helsingin Sanomat (HS), "Työntekijät kertovat, mistä Husin katastrofaaliset ruuhkat johtuvat: 'Koko terveydenhuoltojärjestelmä on sakkautunut'", 8.8.2022, hs.fi/kaupunki/art-2000008990790.html; Yle Uutiset, "Päivystykset ovat tukossa koko Suomessa, selvisi Ylen kyselyssä – Joensuussa potilas odotti jopa 65 tuntia jatkohoitoa", 7.8.2022, yle.fi/a/3-12566516; MTV Uutiset, "HUS:n päivystyksessä joutuu odottamaan jopa vuorokausia – johtaja: 'Potilaat tulevat tänne, kun he eivät saa muualta apua'", 4.8.2022, mtvuutiset.fi/artikkeli/hus-n-paivystyksessa-joutuu-odottamaan-jopa-vuorokausia-johtaja-potilaat-tulevat-tanne-kun-he-eivat-saa-muualta-apua/8482316#gs.7sf58z; Länsiväylä, "Jorvin päivystys jälleen pahasti tukossa – ambulansseja on ohjattu Meilahteen", 11.10.2022, lansivayla.fi/paikalliset/5408871.

¹⁹ HS, "Päivystyslääkäri: Vanhuksen vaiva hoidetaan päivystyksessä puolessa tunnissa, mutta hän jää sinne päiviksi makaamaan", 10.8.2022, hs.fi/kotimaa/art-2000008991336.html.

²⁰ MTV Uutiset, "Päivystyksen ruuhkat HUSin alueella iskevät kovimmin vanhuksiin – 'Pisimmillään odotusaika on ollut yli sata tuntia'", 22.12.2022, mtvuutiset.fi/artikkeli/paivystyksen-ruuhkat-husin-alueella-iskevät-kovimmin-vanhuksiin-pisimmillaan-odotusaika-on-ollut-yli-sata-tuntia/8597458.

”Nyt kun seuraa uutisia ja katsoo, millaisista ruuhkista puhutaan, niin ainakin minun kohdallani pistää hyvin tarkkaan harkitsemaan, että menenkö sinne edes jonottamaan. Yritän venyttää [lääkärille menoa] ja se ei varmasti ole hyväksi.”

Kari, eläkeläinen, 79 vuotta

Näiden haasteiden edessä hyvinvointialueet ovat toistuvasti todenneet, että valtion rahoitus on riittämätöntä, jotta ne voisivat tarjota edes laissa vaaditut vähimmäistason palvelut.²¹ Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän rahoitushaasteiden taustalla on osaltaan ikääntyvä väestö – Suomen väestö on maailman vanhimpia.²² Elinajanodotteen kasvaessa terveydenhuoltojärjestelmän on pystyttävä tarjoamaan palveluita yhä useammalle iäkkäälle.

Ennen vuoden 2023 eduskuntavaaleja Suomen poliittiset puolueet kampanjoivat sen puolesta, että koronapandemian aikana nousseita ja valtion velkaa kasvattaneita julkisia menoja on hillittävä.²³ Sosiaali- ja terveyspalvelut nostettiin esille sektorina, jossa voitaisiin saada aikaan huomattavia säästöjä.²⁴ Useat terveydenhuollon asiantuntijat ovat panneet merkille, että sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää on kehitettävä ja korjattava edelleen uudistuksen täytäntöönpanon edetessä.²⁵

Tässä raportissa havainnollistetaan ihmisoikeusnäkökulmasta Suomen terveydenhuoltojärjestelmän eriarvoisuutta, jota ilmenee erityisesti perusterveydenhuollon saatavuudessa, kohtuuhintaisuudessa ja käytössä. Luvussa 3 esitellään terveyttä ihmisoikeuskysymyksenä ja terveyttä koskevia perus- ja ihmisoikeusvelvoitteita. Luku 4 kuvailee Suomen terveysjärjestelmän rakenteellista eriarvoisuutta. Luvussa 5 esitellään politiikkatoimia, jotka ovat syventäneet eriarvoisuutta, kuten leikkauspolitiikan vaikutuksia, ja kuvataan sote-uudistuksen puutteita. Lisäksi luvussa tuodaan esille koronapandemian ja elinkustannuskriisin vaikutuksia terveydenhuoltoon ja palveluiden käyttäjiin. Luvussa 6 kuvaillaan ongelmia, joita ihmiset kohtaavat palveluiden saatavuudessa ja käytössä. Raportin lopussa on Amnesty Internationalin suositukset toimenpiteistä, joilla valtio ja hyvinvointialueet voivat nykyistä paremmin turvata oikeutta terveyteen.

²¹ Ks. esim. Yle Uutiset, ”Ylen selvitys: Hyvinvointialueet kertovat tarvitsevänsä jopa 1,5 miljardia lisää rahaa ensi vuodelle”, 5.9.2022, yle.fi/a/3-12609206; Turun Sanomat (TS), ”Rahat eivät riitä edes pakollisiin sote-palkkojen nostoihin, arvioivat hyvinvointialueiden johtajat laajassa kyselyssämme – edessä miljardiluokan lisälasku”, 11.6.2022, ts.fi/teemat/5681889.

²² 22,9 % Suomen väestöstä oli yli 65-vuotiaita vuonna 2021. Laura Kestilä ja Ilmo Keskimäki, ”Katsaus Suomen väestöön ja väestön hyvinvointiin tilastojen valossa” teoksessa Sakari Karvonen et al. (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2022, 2022*, julkari.fi/bitstream/handle/10024/145692/Suomalaisten%20hyvinvointi%202022%20verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 20.

²³ Yle Uutiset, ”Ylen vaalikysely: Puoluejohtajat kertovat, mihin ensi vaalikaudella panostetaan ja mistä leikataan – vertaile ja tutki puolueiden lupauksia”, 31.1.2023, yle.fi/a/74-20014938.

²⁴ HS, ”Orpo lupaa vaikeiden päätösten aikaa – Kokoomus tasapainottaisi julkista taloutta ensi vaalikaudella kuudella miljardilla eurolla”, 29.1.2023, hs.fi/politiikka/art-2000009357891.html.

²⁵ Kansanterveyden asiantuntijat toivat tämän toistuvasti esille haastatteluissa, joita toteutettiin tätä raporttia varten. Ks. myös Sakari Karvonen et al., ”Johdanto”, teoksessa Sakari Karvonen et al. (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2022, 2022*, julkari.fi/bitstream/handle/10024/145692/Suomalaisten%20hyvinvointi%202022%20verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 13; Markku Satokangas ja Ilmo Keskimäki, ”Sote-uudistus tarjoaa mahdollisuuden parantaa palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuutta”, 14.10.2022, stnipro.fi/yleinen/sote-uudistus-tarjoo-mahdollisuuden-parantaa-palvelujarjestelman-oikeudenmukaisuutta/.

3. SUOMEN IHMIS- OIKEUSVELVOITTEET

”Oikeus terveyteen tarkoittaa, että jokaisella tulisi olla pääsy tarvitsemiinsa terveydenhuoltopalveluihin, silloin ja siellä kun niitä tarvitsee – ilman, että kärsii sen vuoksi taloudellisesta ahdingosta.”

Tedros Adhanom Ghebreyesus, Maailman terveysjärjestön pääjohtaja²⁶

Suomi on ratifioinut useita kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia, jotka turvaavat oikeuden terveyteen vailla syrjintää, ja on siten velvoitettu kunnioittamaan, suojelemaan ja turvaamaan tätä oikeutta. Näitä ihmisoikeussopimuksia ovat muun muassa taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (TSS-sopimus) ja sen valinnainen pöytäkirja; kaikkinaisen naisten syrjinnän poistamista koskeva yleissopimus; kaikkinaisen rotusyrjinnän poistamista koskeva kansainvälinen yleissopimus; yleissopimus lapsen oikeuksista; sekä yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista.

Suomella on myös alueellisista ihmisoikeusnormeista johtuvia velvoitteita, jotka koskevat oikeutta terveyteen. Suomi on ratifioinut Uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan, jonka mukaan jokaisella on oikeus nauttia toimista, jotka turvaavat hänelle korkeimman saavutettavissa olevan terveyden.²⁷ Suomi on myös sitoutunut Euroopan sosiaalisten oikeuksien pilariin, jonka periaatteen 16 mukaan ”jokaisella on oikeus päästä oikea-aikaisesti kohtuuhintaisiin ja laadukkaisiin ehkäiseviin ja sairautta hoitaviin terveydenhuoltopalveluihin”.²⁸

Suomen perustuslaki velvoittaa julkista valtaa käyttävät turvaamaan jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistämään väestön terveyttä.²⁹ Perustuslaki myös velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perus- ja ihmisoikeuksien toteutumisen.³⁰ Perustuslakiuudistusta koskevan hallituksen esityksen mukaan ”[p]alvelujen riittävyttä arvioitaessa voidaan lähtökohtana pitää sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä”.³¹

²⁶ Maailman terveysjärjestö, 'Health is a fundamental human right', 10.12.2017, apps.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/en/index.html.

²⁷ Uudistettu Euroopan sosiaalinen peruskirja, rm.coe.int/168007cf93, Artikla 11.

²⁸ Euroopan komissio, The European Pillar of Social Rights in 20 Principles, ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/_redirect.htm?lang=en.

²⁹ Suomen perustuslaki, 731/1999, 19§.

³⁰ Suomen perustuslaki, 731/1999, 22§.

³¹ Hallituksen esitys Eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta HE 309 – 1993 vp, eduskunta.fi/Fl/vaski/HallituksenEsitys/Documents/he_309+1993.pdf, s. 71.

3.1 SYRJIMÄTÖN JA TASA-ARVOINEN TERVEYDENHUOLTO

Syrjimättömyys ja tasa-arvo ovat ihmisoikeusnormien keskiössä ja välttämättömiä taloudellisten ja sosiaalisten oikeuksien toteutumiselle.³² Kaikenlainen syrjintä alkuperän, sukupuolen, kielen, vakaumuksen, poliittisen toiminnan, mielipiteen, omaisuuden tai muun statuksen perusteella on kiellettyä.³³

YK:n taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitean (TSS-komitea) mukaan terveyspalveluiden tulee olla syrjimättömästi kaikkien saatavilla niin lain mukaan kuin käytännössä, ja erityisesti haavoittuvimpien ja marginalisoitujen väestöryhmien osalta.³⁴ TSS-komitea katsoo tämän muodostavan oikeuden terveyteen ydinalueen.³⁵ Valtio ei voi missään olosuhteissa oikeuttaa ydinvelvoitteidensa noudattamatta jättämistä.³⁶

3.2 TERVEYDENHUOLTO EI SAA OLLA KENELLEKÄÄN LIIAN KALLISTA

Suomella on velvollisuus varmistaa, että kaikilla on varaa terveydenhuoltoon. TSS-komitean mukaan ihmisen taloudellinen tilanne ei saa johtaa eriarvoisuuteen pääsyssä terveydenhuoltoon.³⁷

Terveydenhuollon potilaiden maksamien maksujen tulee perustua yhdenvertaisuuden periaatteeseen, ja turvata myös kaikille sosioekonomisesti heikommassa asemassa oleville ihmisryhmille kohtuuhintaiset palvelut, oli kyse sitten julkisesti tai yksityisesti tuotetuista palveluista.³⁸ TSS-komitean mukaan yhdenvertaisuuden toteutuminen edellyttää, että ”köyhempiä kotitalouksia ei tule suhteettomasti kuormittaa suurilla kuluilla verrattuna varakkaampiin kotitalouksiin”.³⁹

Valtion on varmistettava, ettei maksukyky vaikuta ihmisen päätökseen hakeutua tarvitsemiinsa terveyspalveluihin tai hankkia tarvitsemiin tervestuotteita.⁴⁰ Maailman terveysjärjestön komissio terveyden sosiaalisista määrittäjistä korostaa, että valtion on turvattava universaali pääsy terveydenhuoltoon riippumatta maksukyvystä ja pitää elintärkeänä terveydenhuollon potilasmaksujen minimoimista.⁴¹ Perustuslakivaliokunta on todennut, etteivät asiakasmaksut eivät saa siirtää palveluita niitä tarvitsevien tavoittamattomiin.⁴²

TSS-komitea on todennut valtiolla olevan myös velvollisuus varmistaa, ettei terveydenhuollon yksityistäminen muodosta uhkaa terveydenhuollon saatavuudelle, hyväksyttävyydelle ja laadulle.⁴³

³² TSS-komitea, General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (Art. 2, Para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/20, 2.7.2009, [“TSS-komitea, General Comment 20”], Para 2.

³³ TSS-komitea, General Comment 20, Para 2.

³⁴ TSS-komitea, General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health, E/C.12/2000/4, 11.8.2000, [“TSS-komitea, General Comment 14”], Para 12b.

³⁵ TSS-komitea, General Comment 14, Para 43a.

³⁶ TSS-komitea, General Comment 14, Para 47.

³⁷ TSS-komitea, General Comment 20, Para 35.

³⁸ TSS-komitea, General Comment 14, Para 12b.

³⁹ TSS-komitea, General Comment 14.

⁴⁰ Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Interim report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, A/67/302, 2012, [Special Rapporteur on the Right to Health, 2012], Para 34.

⁴¹ Maailman terveysjärjestö, Closing the gap in a generation – Health equity through action on the social determinants of health, 2008, apps.who.int/iris/rest/bitstreams/65985/retrieve, s. 12-13.

⁴² Perustuslakivaliokunta, PeVL 39/1996 vp – HE 208/1996 vp, eduskunta.fi/FI/vaski/Lausunto/Documents/pevl_39+1996.pdf, s. 2.

⁴³ TSS-komitea, General Comment 14, Para 35.

TYÖTERVEYSHUOLTO JA MAAILMAN TYÖJÄRJESTÖN STANDARDIT

Oikeus työterveyshuoltoon turvataan Maailman työjärjestö ILO:n sopimuksessa 161 ja TSS-sopimuksessa.⁴⁴ ILO:n sopimuksen 161 Artikla 1:n mukaan käsite työterveyshuolto viittaa ennaltaehkäiseviin palveluihin, jotka ohjaavat työnantajia, työntekijöitä ja heidän edustajiaan luomaan ja ylläpitämään turvallista ja terveellistä työympäristöä, joka puolestaan edistää terveyttä työssä.⁴⁵ Toisin sanoen ILO:n mukaan työterveyshuollon tarkoitus on suojata työntekijöitä heidän työssään ja työympäristössään, ei tarjota rinnakkaista perusterveydenhuollon järjestelmää työntekijöille.

3.3 TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS JA LEIKKAUSPOLITIikka IHMISOIKEUSKYSYMYKSIINÄ

Terveysrahoitus on keskeinen osatekijä oikeuden terveyteen toteuttamisessa.⁴⁶ Suomella on velvollisuus täysimääräisesti käytettävissä olevien voimavarojen ryhtyä toimenpiteisiin kaikin soveltuvin keinoin oikeuden terveyteen toteuttamiseksi asteittain kokonaisuudessaan.⁴⁷

Velvoitteidensa täyttämiseksi Suomen on pantava toimeen oikeudellisia, hallinnollisia, taloudellisia ja muita asianmukaisia keinoja.⁴⁸ Valtioiden tulee ottaa käyttöön täysimääräisesti käytettävissä olevat voimavarat keräämällä riittävät tulot, mobilisoimalla riittävät voimavarat terveydenhuoltoon sekä priorisoimalla terveysrahoitus kansallisissa budjeteissa.⁴⁹

VAIHTOEHTOJA VALTION RESURSSIEN MOBILISOIMISEKSI TERVEYDENHUOLTOON

Valtio voi mobilisoida voimavaroja ihmisoikeusvelvoitteidensa mukaisesti monin eri tavoin. Asiantuntijat ovat esittäneet runsaasti erilaisia vaihtoehtoja voimavarojen mobilisoimiseksi. Esimerkiksi, arvioiden mukaan Suomi menettää vuosittain satoja miljoonia euroja verovälttelyn ja aggressiivisen verosuunnittelun vuoksi.⁵⁰ Verovälttelyn ja aggressiivisen verosuunnittelun vastaisilla toimilla on mahdollista saada lisää verotuloja valtion käyttöön.

Valtiovarainministeriön mukaan listaamattomien yhtiöiden osinkoverohuojennuksen pienentäminen voisi tuoda valtiolle 430 miljoonaa euroa verotuloja vuosittain.⁵¹ Suurin osa näistä ylimääräisistä valtion verotuloista, 400 miljoonaa euroa, kerättäisiin ylimpään tulokymmenyksen kuuluvilta.⁵² Verohuojennuksen vuoksi listaamattomien yhtiöiden osinkoverotus on alhaisempi kuin pörssiyrityksistä saatavien osinkojen verotus.

Perustuslakivaliokunta katsoo, että perusoikeussäännökset on otettava huomioon eduskunnan käyttäessä budjettivaltaa.⁵³ Perustuslakiuudistusta koskevan hallituksen esityksen mukaan perusoikeussäännöksillä on huomattava merkitys kohdennettaessa valtion varojen käyttöä.⁵⁴

Kun valtio epäonnistuu tekemään tarvittavat toimet oikeuden terveyteen turvaamiseksi, se loukkaa ihmisoikeusvelvoitteitaan. TSS-komitean mukaan tällaisia epäonnistumisia ovat esimerkiksi:

⁴⁴ Maailman työjärjestö, C161 - Occupational Health Services Convention, 1985 (No. 161), ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEX-PUB:55:0::NO::P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:CON,en,C161./Document; TSS-sopimus, Artikla 12.

⁴⁵ Maailman työjärjestö, C161 - Occupational Health Services Convention, 1985 (No. 161), ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEX-PUB:55:0::NO::P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:CON,en,C161./Document.

⁴⁶ Special Rapporteur on the Right to Health, 2012, Para 5.

⁴⁷ TSS-komitea, General Comment 14.

⁴⁸ TSS-komitea, General Comment 14.

⁴⁹ Special Rapporteur on the Right to Health, 2012, Para 6-7.

⁵⁰ Kts. esim., Mikko Lumme ja Olli Ropponen, *Monikansallisten yritysten voitonsiirto ja yhteisöveropohjan rapautuminen – kokoluokan arviointia kansainvälisen kirjallisuuden valossa*, 2020, doria.fi/bitstream/handle/10024/177488/vatt-muistiot-58.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 3; Verkkosivu Missing profits, 'Close to 40% of multinational profits are shifted to tax havens each year', missingprofits.world/.

⁵¹ Valtiovarainministeriö, *Verokartoitus 2023*, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164690/2023_VM_15.pdf?sequence=4, s. 67–68. Saman suosituksen on antanut myös mm. Talouden arviointineuvosto vuoden 2022 raportissaan: *Talouspolitiikan arviointineuvosto.fi/wp-content/uploads/2023/02/Full-report-2022.pdf*, s. 11.

⁵² Valtiovarainministeriö, *Verokartoitus 2023*, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164690/2023_VM_15.pdf?sequence=4, s. 68.

⁵³ Perustuslakivaliokunnan mietintö n:o 25 hallituksen esityksestä perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta (1994 vp – PeVM 25 – HE 309/1993 vp), eduskunta.fi/FI/vaski/mietinto/Documents/pevm_25+1994.pdf, s. 3.

⁵⁴ Hallituksen esitys Eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta HE 309 – 1993 vp, eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/he_309+1993.pdf, s. 28.

- Epäonnistuminen sellaisen terveystalouden luomisessa, joka turvaa kaikkien oikeuden terveyteen;
- Riittämättömät terveysmenot tai väärin allokoitujen julkisten voimavarojen, jotka aiheuttavat sen, ettei joidenkin ihmisten tai ihmisryhmien oikeus terveyteen toteudu, erityisesti mikäli kyseessä ovat haavoittuvat tai marginalisoidut ihmiset; sekä
- Riittämättömät toimet terveydenhuollon eriarvoisuuden vähentämiseksi.⁵⁵

Se, miten terveydenhuollon palveluita priorisoidaan voimavaroja kohdennettaessa, on myös ihmisoikeuskysymys. TSS-komitea katsoo, että terveysinvestointien ”ei tule suhteettomasti suosia kalliita sairaudenhoitopalveluita, jotka ovat yleensä vain pienen, etuoikeutetun väestöosan saatavilla, yli perusterveydenhuollon ja ehkäisevän terveydenhuollon, jotka hyödyttävät paljon suurempaa osaa väestöstä”.⁵⁶ Perusterveydenhuolto on yleensä edullisempaa tuottaa kuin erikoissairaanhoito, joka edellyttää muun muassa erikoislaitteita ja erikoistunutta henkilökuntaa.⁵⁷ Investointi perusterveydenhuoltoon on pitkällä aikavälillä kustannustehokkaampaa, sillä se ennaltaehkäisee sairauksia ja edistää terveyttä yleisesti, mikä puolestaan vähentää tarvetta kalliimmalle hoidolle.⁵⁸ Oikeus terveyteen edellyttää siten tehokasta terveysresurssien kohdentamista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, perusterveydenhuoltoa painottaen.⁵⁹

Työvoima on kaikkien terveysjärjestelmien keskeinen osatekijä. TSS-komitean mukaan terveydenhuollon saatavuuden turvaaminen edellyttää koulutettua ja kilpailukykyistä palkkaa saavaa terveydenhuollon henkilöstöä.⁶⁰ Maailman terveysjärjestön komissio terveyden sosiaalisista määrittäjistä kehottaa valtioita investoimaan kansalliseen terveydenhuollon työvoimaan terveydenhuollon yhdenvertaisuuden turvaamiseksi.⁶¹

3.3.1 LEIKKAUSPOLITIikka JA OIKEUS TERVEYTEEN

TSS-sopimuksessa on vahva otaksuma oikeuksien toteutumisen heikennyksiä vastaan.⁶² Leikkauspolitiikka tarkoittaa yleensä julkisen kulutuksen pienentämistä ja rakenteellisia muutoksia hyvinvointijärjestelmiin säästöjen aikaansaamiseksi. Tällaiset toimet heikentävät usein taloudellisten ja sosiaalisten oikeuksien toteutumista.⁶³

Ihmisoikeussopimusten valvontaelimet ovat todenneet, että leikkausohjelmilla on yhteys ihmisoikeusriskeihin ja että valtioilla on ihmisoikeusvelvoitteita myös taloudellisten kriisien aikoina.⁶⁴ TSS-komitea on painottanut, että valtion tulee suojella yhteiskunnan haavoittuvia jäseniä myös vakavien resurssirajoitteiden vallitessa.⁶⁵

Mikäli heikennyksiä tehdään, valtion tulee osoittaa, että vaihtoehtoiset toimintatavat on selvitetty ja että toimet ovat oikeutettuja suhteessa valtion ihmisoikeusvelvoitteisiin ja käytettävissä oleviin voimavaroihin.⁶⁶

⁵⁵ TSS-komitea, General Comment 14, Para 52.

⁵⁶ TSS-komitea, General Comment 14.

⁵⁷ Special Rapporteur on the Right to Health, 2012, Para 12.

⁵⁸ Special Rapporteur on the Right to Health, 2012, Para 12.

⁵⁹ Special Rapporteur on the Right to Health, 2012, Para 12.

⁶⁰ TSS-komitea, General Comment 14.

⁶¹ Maailman terveysjärjestö, Closing the gap in a generation – Health equity through action on the social determinants of health, 2008, apps.who.int/iris/rest/bitstreams/65985/retrieve, s. 12-13.

⁶² TSS-komitea, General Comment 14, Para 30.

⁶³ Amnesty International, “Spain: Wrong prescription: The impact of austerity measures on the right to health in Spain”, 2018, [amnesty.org/en/documents/eur41/8136/2018/en/](https://www.amnesty.org/en/documents/eur41/8136/2018/en/), s. 50.

⁶⁴ TSS-komitea, CESCR Letter, 16.5.2012, www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/Lettercescrtosp16.05.12.pdf.

⁶⁵ TSS-komitea, General Comment No. 3: The nature of States parties' obligations (art. 2, par. 1), E/1991/23, 14.12.1990, Para 12.

⁶⁶ TSS-komitea, General Comment 14.

3.4 IHMISOIKEUSSOPIMUSTEN VALVONTAELINTEN HUOMIOT SUOMESTA

TSS-komitea ilmaisi vuonna 2021 huolensa siitä, että tietyillä ihmisryhmillä on muita suurempia vaikeuksia saada tarvitsemiinsa terveydenhuollon palveluita Suomessa.⁶⁷ Komitea totesi myös, ettei perusterveydenhuollon palveluita ole riittävästi saatavilla eri puolilla maata.⁶⁸ Komitea suositteli, että sote-uudistuksessa puututaan eri ryhmien, kuten työttömyyttä kokevien ja iäkkäiden ihmisten, kokemuksiin esteisiin palveluiden saatavuudessa.⁶⁹

TSS-komitea totesi Suomessa olevan mielenterveyspalveluiden vaje, ja palveluiden saatavuudessa olevan eriarvoisuutta, joka vaikuttaa heikommassa asemassa oleviin ihmisryhmiin. Komitea kehotti Suomea parantamaan kohtuuhintaisten mielenterveyspalveluiden saatavuutta ja parantamaan saatavuutta matalan tulotason kotitalouksille kohdennetuin toimin.⁷⁰

Lapsen oikeuksien komitea antoi kesäkuussa 2023 Suomelle suosituksen turvata lasten pääsy laadukkaisiin terveyspalveluihin nopeasti ja tehokkaasti koko maassa, huomioiden erityisesti marginalisoidussa asemassa olevat, kuten köyhyydessä elävät lapset.⁷¹ Komitea myös kehotti Suomea vahvistamaan lasten mielenterveyspalveluita ja turvaamaan niille riittävät resurssit.⁷²

SUOSITUKSET SUOMELLE YK:N YLEISMAAILMALLISESSA MÄÄRÄAIKAISTARKASTELUSSA 2022

Yleismaailmallinen määräaikaistarkastelu (Universal Periodic Review, UPR) on YK:n ihmisoikeusneuvoston alainen valtiovetoinen prosessi, jossa arvioidaan vuorollaan kunkin YK:n jäsenvaltion ihmisoikeustilannetta. Suomea arvioitiin viimeksi vuonna 2022. Suomi sai seuraavia terveyteen liittyviä suosituksia:

- Turvaa terveyspalveluiden saatavuus kaikille syrjimättömästi.
- Turvaa kaikille, vailla erotteluja, tarvittavan hoidon saatavuus.
- Harkitse perusterveydenhuollon vahvistamista saatavuuden parantamiseksi koko maassa ja turvaa yhdenvertainen saatavuus kaikille ihmisryhmille.
- Tarjoa saavutettava, kohtuuhintainen ja yhdenvertainen pääsy perusterveydenhuoltoon universaalin terveydenhuollon kattavuuden⁷³ saavuttamiseksi, TSS-komitean suositusten mukaisesti.

Suomi sai myös useita tiettyihin terveydenhuollon sektoreihin, kuten mielenterveyspalveluihin, iäkkäiden hoivaan ja haavoittuvien ryhmien hoitoon, liittyviä suosituksia.⁷⁴

⁶⁷ TSS-komitea, Concluding observations: Finland, E/C.12/FIN/CO/7, 30.3.2021, Para 41.

⁶⁸ TSS-komitea, Concluding observations: Finland, E/C.12/FIN/CO/7, 30.3.2021, Para 41.

⁶⁹ TSS-komitea, Concluding observations: Finland, E/C.12/FIN/CO/7, 30.3.2021, Para 42.

⁷⁰ TSS-komitea, Concluding observations: Finland, E/C.12/FIN/CO/7, 30.3.2021, Para 44-45.

⁷¹ Lapsen oikeuksien komitea, Concluding observations on the combined fifth and sixth reports of Finland, CRC/C/FIN/CO/5-6, Para 31(a).

⁷² Lapsen oikeuksien komitea, Concluding observations on the combined fifth and sixth reports of Finland, CRC/C/FIN/CO/5-6, Para 32(a)-(b).

⁷³ Maailman terveysjärjestön mukaan universaali terveydenhuollon kattavuus (Universal Health Coverage, UHC) tarkoittaa, että kaikilla ihmisillä on pääsy tarvitsemiinsa laajoihin ja laadukkaisiin terveydenhuoltopalveluihin silloin ja siellä kun he niitä tarvitsevat, siten ettei palveluiden käytöstä aiheudu heille taloudellista ahdinkoa.

⁷⁴ YK:n ihmisoikeusneuvosto, *Thematic list of recommendations: Finland, 2022*, ohchr.org/sites/default/files/documents/hrbodies/upr/sessions/session41/fi/UPR41_Finland_Thematic_List_of_Recommendations.doc.

4. TYÖLLISYYSASEMA MÄÄRITTELEE PÄÄSYN PALVELUIHIN

”[E]ri yhteiskuntaluokissa elävät ihmiset saavat Suomessa erilaista terveydenhuoltoa. Karkeasti ilmaistuna niiden, jotka terveydenhuoltoa eniten tarvitsisivat, on vaikeinta sitä saada. Hyvätuloisilla on Suomessa kattava työterveyshuolto, ja he käyttävät sen palveluja kansainvälisesti vertaillen ahkerasti, kun taas köyhät jonottavat julkisiin palveluihin. Hyvätuloisilla on myös varaa ostaa tarvitsemansa lääkkeet, joka ei ole välttämättä mahdollista pienituloiselle.”

Satu Jokela et al. teoksessa *Terveyden eriarvoisuus Suomessa – Ehdotus seurantajärjestelmän kehittämiseen*, 2021.⁷⁵

Suomella on velvollisuus varmistaa, että kansallinen terveystaloudellinen edistää oikeuden terveyteen progressiivista toteutumista ja vähentää eriarvoisuutta terveydenhuollon saatavuudessa ja käytössä.⁷⁶ Tällä hetkellä terveydenhuollon saatavuudessa on suurta eriarvoisuutta, jota ylläpitää järjestelmä, joka erottelee ihmisiä työllisyysaseman ja tulotason mukaan.

Tyydyttämättömät palvelutarpeet sekä perusterveydenhuollossa että hammashuollossa ovat Suomessa korkeammalla tasolla kuin EU-maissa keskimäärin.⁷⁷ Tilanne on heikentynyt viime vuosina.⁷⁸ Alimpien ja ylimpien tuloluokkien välillä on merkittäviä eroja tyydyttämättömissä palvelutarpeissa terveydenhuollossa ja

⁷⁵ Satu Jokela et al. (toim.), *Terveyden eriarvoisuus Suomessa: Ehdotus seurantajärjestelmän kehittämiseen*, 2021, julkari.fi/bitstream/handle/10024/142576/RAP2021_005_Terveiden_eri-arvoisuus_Suomessa_s_korj2.pdf?sequence=10&isAllowed=y, s. 14.

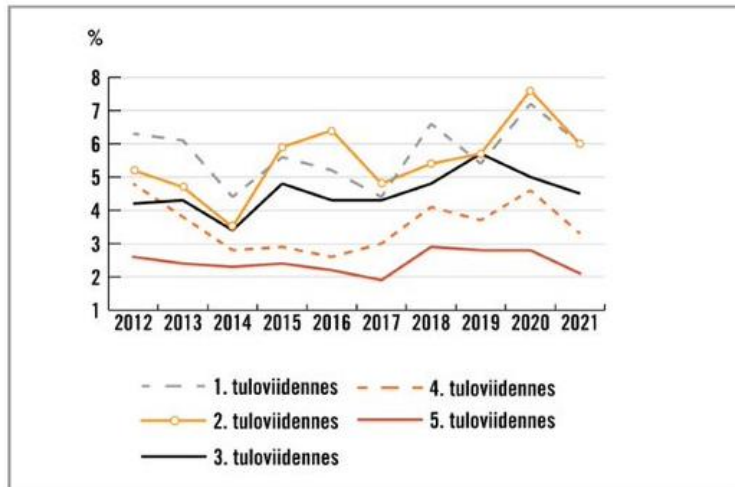
⁷⁶ TSS-komitea, General Comment 14, Para 52.

⁷⁷ Jussi Tervola et al., *Can people afford to pay for health care?: New evidence on financial protection in Finland*, 2021, apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346170/9789289056007-eng.pdf?sequence=1, s. 21.

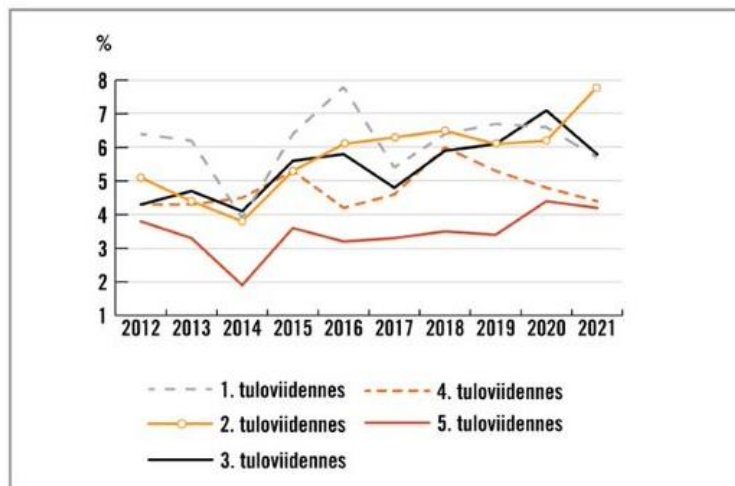
⁷⁸ Jussi Tervola et al., *Can people afford to pay for health care?: New evidence on financial protection in Finland*, 2021, apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346170/9789289056007-eng.pdf?sequence=1 s. 21.

suun terveydenhuollossa (kts. kuviot 1. ja 2).⁷⁹ Lisäksi ihmisillä on tyydyttämättömiä tarpeita reseptilääkkeiden käytössä.⁸⁰ Sosioekonominen eriarvoisuus terveydenhuollon palveluiden saatavuudessa ja käytössä Suomessa on kaikkein korostuneinta perusterveydenhuollon avohoidossa.⁸¹

Kuvio 1. Tyydyttämätön lääkärintutkimuksen tarve tulojen mukaan Suomessa vuosina 2012–2021.⁸²



Kuvio 2. Tyydyttämätön hammaslääkärin tutkimuksen tarve tulojen mukaan Suomessa 2012–2021.⁸³



Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on hyvin pirstaloitunut, sillä perusterveydenhuolto on järjestetty neljän eri rahoituskanavan kautta: julkinen perusterveydenhuolto, työterveyshuolto, opiskelijaterveydenhuolto ja yksityinen terveydenhuolto. Terveydenhuoltojärjestelmän hajanaisuus ja erityisesti julkisen

⁷⁹ Jussi Tervola et al., Can people afford to pay for health care?: New evidence on financial protection in Finland, 2021, apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346170/9789289056007-eng.pdf?sequence=1, s. 22.

⁸⁰ Jussi Tervola et al., Can people afford to pay for health care?: New evidence on financial protection in Finland, 2021, apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346170/9789289056007-eng.pdf?sequence=1, s. 23.

⁸¹ Kristiina Manderbacka et al., "Eriarvoisuus somaattisten terveyspalvelujen saatavuudessa", teoksessa Laura Kestilä ja Sakari Karvonen (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2018, 2019*, julkari.fi/bitstream/handle/10024/137498/THL_Suomalaisten%20hyvinvointi%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 213.

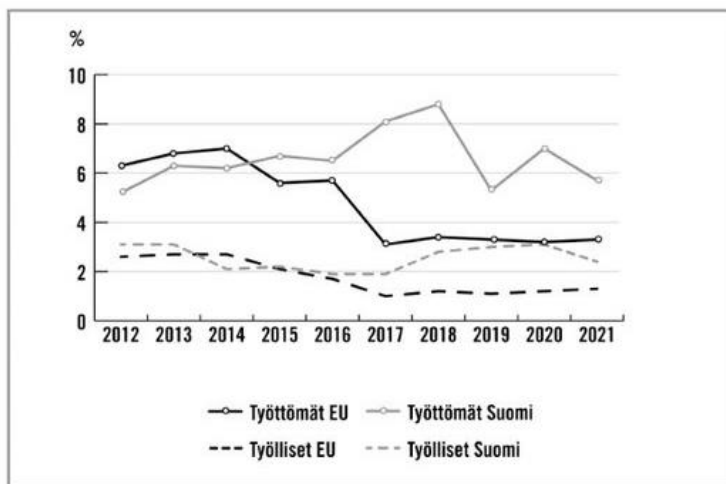
⁸² Tilastoidut syyt tyydyttämättömälle palvelutarpeelle: liian kallis hinta, jonotusaika, liian pitkä etäisyys palveluihin. Eurostat, "Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile", ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/HLTH_SILC_08_custom_3748553.

⁸³ Tilastoidut syyt tyydyttämättömälle palvelutarpeelle: liian kallis hinta, jonotusaika, liian pitkä etäisyys palveluihin. Eurostat, "Self-reported unmet needs for dental examination by sex, age, main reason declared and income quintile", ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/HLTH_SILC_09_custom_4939904.

perusterveydenhuollon rinnalla toimiva työterveyshuolto lisää eriarvoisuutta terveydenhuoltopalveluiden saatavuudessa ja käytössä Suomessa.⁸⁴

Työssäkäyvät ihmiset voivat käyttää työterveyspalveluita, yksityistä terveydenhuoltoa ja julkista terveydenhuoltoa, kun taas työttömyyttä kokevat sekä ihmiset, joilla ei ole taloudellisia mahdollisuuksia käyttää yksityisiä palveluita, ovat julkisten palveluiden varassa.⁸⁵ Eriarvoisuutta korostettiin myös haastatteluissa, joita Amnesty International teki tätä raporttia varten. Kuten 76-vuotias eläkeläinen Oskari sanoi; ”Sen näkee, että työnantajan pussista [saa]. Tämä eriarvoisuus on tässä. Rahalla pääset ja sitten, jos sulla ei ole niin kyllä jäät toiseksi.” Työttömyyttä kokeva 62-vuotias Suvi kertoi: ”Jos olet siellä [julkisessa terveydenhuollossa], niin et ole missään työterveyshuollon alaisuudessa. Automaattisesti kaikki ne, jotka käyvät [julkisessa terveydenhuollossa], on alempaa kastia.”

Kuvio 3. Tyydyttämätön lääkärintutkimuksen tarve työmarkkina-aseman mukaan Suomessa ja EU-maissa vuosina 2012–2021.⁸⁶



⁸⁴ Jenni Blomgren ja Lauri J. Virta, "Socioeconomic differences in use of public, occupational and private health care: A register-linkage study of a working-age population in Finland", 2020, PLoS ONE, Volume 15, journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0231792&type=printable, s. 16.

⁸⁵ Jenni Blomgren ja Lauri J. Virta, "Socioeconomic differences in use of public, occupational and private health care: A register-linkage study of a working-age population in Finland", 2020, PLoS ONE, Volume 15, journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0231792&type=printable, s. 16.

⁸⁶ Tilastoidut syyt tyydyttämättömälle palvelutarpeelle: liian kallis hinta, jonotusaika, liian pitkä etäisyys palveluihin. Eurostat, "Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and labour status", ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/HLTH_SILC_13_custom_3748500.

MONIKANAVAINEN TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS

Julkinen perusterveydenhuolto (valtion ja potilaiden rahoittama) Hyvinvointialueet ovat vastuussa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalveluiden järjestämisestä. Palveluntarjoajiin sisältyy julkisia ja sopimusperusteisia yksityisiä palveluntarjoajia. Palveluita tarjotaan vakinaisille asukkaille. Jotkin palvelut ovat tarjolla myös muille ryhmille. Esimerkiksi vuodesta 2023 lähtien välttämättömiksi katsotut terveydenhuollon palvelut ovat saatavilla myös paperittomille ja paperittomien kaltaisessa tilanteessa oleville henkilöille. Palvelut rahoitetaan valtionavustuksilla ja asiakasmaksuilla (16,4 prosenttia kustannuksista katettiin asiakasmaksuilla vuonna 2020).⁸⁷	Työterveyshuolto (työnantajien ja työntekijöiden rahoittama) Työterveyshuoltojärjestelmä kattaa 88,6 prosenttia työssäkäyvistä ihmisistä Suomessa.⁸⁸ Se ei kata perheenjäseniä tai eläkeläisiä. Työterveyshuoltolaki velvoittaa työnantajan tarjoamaan tiettyjä, pääasiassa ennaltaehkäiseviä, työhön liittyviä terveysterveystoimia.⁸⁹ Lisäksi työnantajat voivat tarjota erilaisia sairaanhoidollisia palveluita. Pakollinen ennaltaehkäisevä työterveyshuolto rahoitetaan kansallisella sairausvakuutuksella (60 prosenttia kustannuksista) ja työnantajilta perittävillä maksuilla. Hyväksytyistä sairaanhoidollisista palveluista, joita työnantaja voi halutessaan tarjota työntekijöilleen, 50 prosenttia voidaan rahoittaa kansallisella sairausvakuutuksella laskennallisen enimmäismäärän mukaan.⁹⁰ Palvelut ovat käytettäessä maksuttomia.
Opiskelijaterveydenhuolto (valtion ja opiskelijoiden rahoittama) Opiskelijaterveydenhuollon tarjoaa Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö, ja se tarjotaan korkeakouluopiskelijoille. Opiskelijaterveydenhuoltoon kuuluvat terveys- ja sairaanhoitopalvelut lukuun ottamatta joitakin erikoissairaanhoidon ja päivystyksen palveluita.⁹¹ Opiskelijaterveydenhuolto rahoitetaan valtionavustuksilla ja opiskelijoilta vuosittain kerättävillä pakollisilla maksuilla. Palvelut ovat käytettäessä maksuttomia.	Sairausvakuutus Sairausvakuutus sisältää vakuutuksen sairauden ja tulojen menetyksen varalle. Sairausvakuutus kattaa vakituiset asukkaat ja muualla vakinaisesti asuvat työntekijät. Se korvaa avohoidon reseptilääkkeitä sekä joitakin terveyteen liittyviä matkakuluja ja yksityisesti tarjottavia terveysterveystoimia. Tulovakuutus kattaa myös useita etuuksia, jotka liittyvät sairauteen, kuntoutukseen ja vanhemmuuteen, sekä rahoittaa osan työterveyshuollosta. Sairausvakuutus rahoitetaan valtionavustuksilla sekä työnantajilta, työntekijöiltä, itsenäisiltä ammatinharjoittajilta ja sosiaaliturvan saajilta perittävillä pakollisilla maksuilla.

TYÖTERVEYSHUOLLON LAAJENTUMINEN JA YKSITYISTEN SAIRAUSKULUVAKUUTUSTEN MÄÄRÄN KASVU

Työterveyshuoltolaki velvoittaa työnantajan järjestämään työterveyshuollon työntekijöilleen. Lain mukaan työterveyshuollon tarkoituksena on edistää työhön liittyvien terveysriskien ehkäisyä ja auttaa varmistamaan terveellinen ja turvallinen työympäristö.⁹² Työterveyshuolto on kuitenkin ajan myötä laajentunut ennaltaehkäisevistä ja tiukasti työhön liittyvistä terveydenhuoltopalveluista kattamaan laajan valikoiman erilaisia, työhön liittymättömiä terveydenhuoltopalveluita, kuten sairaanhoidollisia palveluita,⁹³ joita annetaan sairauden hoitamiseksi.⁹⁴ Vuonna 2020 ennaltaehkäisevän työterveyshuollon kustannukset olivat 417

⁸⁷ THL, Terveystietojärjestelmien rahoitus 2000–2020, % käyttömenoista*, thl.fi/documents/10531/0/Terveystietojärjestelmien+menot+ja+rahoitus+2020%2C+ennakkotiedot%2C+THL_v09_2022.xlsx/e21a307b-f4ce-deb3-ab52-78ca13d29d5a?t=1664360130176, taulukko 6b.

⁸⁸ Luku vuodelta 2020. Tuomas Sarparanta (toim.), *Kelan työterveyshuoltotilasto 2020*, 2020, helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/344595/Kelan_tyoterveyshuoltotilasto_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 7.

⁸⁹ Työterveyshuoltolaki, 21.12.2001/1383, finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383.

⁹⁰ Työnantajakohtaisista työterveyshuollon vuosittaisista kustannuksista enintään 50 % voidaan korvata ja kokonaiskorvauksista enintään 40 % voi kertyä sairaanhoidollisista ja muista kuin ennaltaehkäisevistä palveluista. Sairausvakuutuslaki, 21.12.2004/1224, finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224, luku 13, pykälät 1–7.

⁹¹ Hyvinvointialueet ovat vastuussa sellaisten palveluiden järjestämisestä, jotka eivät sisälly opiskelijaterveydenhuoltoon.

⁹² Työterveyshuoltolaki (1383/2001), luku 1.

⁹³ Ilmo Keskimäki, *Development of Primary Health Care in Finland*, 2022, ishtm.ac.uk/media/62361, s. 15.

⁹⁴ Tuukka Holster et al., "The role of occupational healthcare in ambulatory healthcare in Finland", 2022, *Nordic Journal of Health Economics* – Early view, <https://journals.uio.no/NJHE/article/view/8561/8121>, s. 3.

miljoonaa euroa, kun taas sairaudenhoidolliset ja muut työterveyshuollon kustannukset olivat 463 miljoonaa euroa.⁹⁵ Samana vuonna työnantajille korvattiin 42,2 prosenttia työterveyshuollon kokonaiskustannuksista.⁹⁶

Yksityisten sairauskuluvakuutusten määrä on kasvanut Suomessa voimakkaasti viime vuosikymmeninä. Vuosina 2009–2022 yritysten työntekijöilleen ostamat yksityiset sairauskuluvakuutukset lähes kolminkertaistuivat 98 359:stä 278 339:ään.⁹⁷ Yritysten yksityiset sairauskuluvakuutukset täydentävät työterveyshuoltoa ja kattavat tyypillisesti useita yksityisesti tarjottavien terveydenhuoltopalveluiden ja reseptilääkkeiden kustannuksia. Yksityisen sairauskuluvakuutuksen tarjonta työntekijöille on lisääntynyt voimakkaasti, mikä kertoo työterveyshuollon laajenemisesta.

Myös suun terveydenhuollon palveluita saatetaan tarjota osana työterveyshuoltoa. On vaikea arvioida, kuinka moni työnantaja tarjoaa tätä työsuhte-etu, mutta useimmat yksityiset työterveyshuollon palveluntuottajat mainostavat näitä palveluita. Tiettyjen ehtojen täyttyessä, kuten palveluiden tarjoaminen kaikille työntekijöille saman laajuisina, työnantajien yksityiset sairauskuluvakuutukset ovat verottomia.⁹⁸ Ne voivat myös olla verottomia, kun ne myönnetään eläkkeelle jääville työntekijöille.⁹⁹

4.1 TYÖTERVEYSHUOLLON ULKOPUOLELLE JÄÄVÄT

Työttömät ovat suurin työikäisten ryhmä, joka jää työterveyshuollon ulkopuolelle. Vuoden 2022 lopussa Suomessa oli yli 260 000 työttömää.¹⁰⁰ Ryhmä on heterogeeninen ja siihen kuuluu sekä lyhytaikaisesti työttömiä että pitkäaikaistyöttömiä, joilla työttömyys on kestänyt kauemmin kuin vuoden.¹⁰¹

Ihmiset, jotka ovat työkyvyttömiä huonon terveyden vuoksi, luokitellaan joissain tapauksissa työttömiksi. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) teettämässä tutkimuksessa arvioitiin, että vuonna 2018 työttömyysetuuksia sai yhteensä 27 000 sellaista ihmistä, jotka eivät terveydentilansa vuoksi pystyisi työhön, jos heille tarjottaisiin töitä.

Työnantajia ei ole veloitettu tarjoamaan työterveyshuoltoa 6–12 kuukauden työkokeiluun tai kuntouttavaan työtoimintaan, joiden tarkoituksena on sopeuttaa ihmiset takaisin työelämään, osallistuville.¹⁰² Työttömyyttä kokenut 47-vuotias Tiina kertoi Amnesty Internationalille, millaisia seurauksia voi olla sillä, ettei ole oikeutettu työterveyshuoltoon: ”Esimerkiksi semmoinen epäkohta, että jos on työtön ja on jossain työpajalla, vaikka kuntouttavassa työtoiminnassa, ja saa siitä sen 9 euroa per osallistumispäivä, monissa paikoissa pitää sairastuessa heti ensimmäisestä päivästä lähtien olla lääkärintodistus. Esimerkiksi [suurella järjestökentän työnantajalla] oli näin, kun olin itse siellä töissä. Se saa ihmiset tulemaan työpaikalle sairaanakin ja tartuttamaan muillekin sen taudin, koska heillä ei ole varaa siihen, että he tuhlaavat toista kymppiä rahaa siihen, että he käyvät hakemassa [sairausloma]todistuksen. Jos heillä on pää hirveän kipeä, ripuli tai joku, että ei pystynyt tänään menemään töihin, niin he eivät pysty omalla ilmoituksella [olemaan poissa töistä]. Palkalliset yleensä voivat olla vaikka kolme päivää pois töistä omalla ilmoituksella. Heidän ei tarvitse mennä hakemaan mitään maksullista lippulappua siihen. Oikeasti tuommoiset ihmiset, jotka elävät kituuttamalla kiikun kaakun, niin se on heille hirveä rasite, että he joutuvat työnantajan epäluottamuksen takia menemään joka päivä hakemaan erikseen sairauslomatodistuksen. Ja aina menee maksu. Mielestäni se on tosi väärin,

⁹⁵ Tuomas Sarparanta (toim.), *Kelan työterveyshuoltotilasto 2020*, 2020, helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/344595/Kelan_tyoterveys-huoltotilasto_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 9.

⁹⁶ Tuomas Sarparanta (toim.), *Kelan työterveyshuoltotilasto 2020*, 2020, helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/344595/Kelan_tyoterveys-huoltotilasto_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 9.

⁹⁷ Samalla aikavälillä 2009–2022 aikuisten yksityisten sairauskuluvakuutusten määrä kasvoi 69 % (327 763:sta 552 667:ään) ja lasten yksityisten sairauskuluvakuutusten määrä kasvoi 16 % (398 439:stä 460 838:aan). Vuoden 2022 vakuutusten määrä: Finanssiala, Sairauskuluvakuutus, finanssiala.fi/wp-content/uploads/2023/04/fa-tilasto-sairauskuluvakuutus-2012-2022.pdf; Vuoden 2009 vakuutusten määrä: Finanssiala, Sairauskuluvakuutus 2009–2020, finanssiala.fi/wp-content/uploads/2021/04/FA-tilasto-sairauskuluvakuutus-2009-2020.pdf.

⁹⁸ On kuitenkin huomioitava, että esimerkiksi osa-aikaiset työntekijät tai alle puoli vuotta työssä olleet työntekijät voidaan sulkea näiden ulkopuolelle. Janne Myllymäki, ”Työnantajan ottaman sairauskuluvakuutuksen verotus”, 26.11.2020, tilisanomat.fi/palkka-ja-henkilostohallinto/tyonantajan-ottaman-sairauskuluvakuutuksen-verotus/; Verohallinto, ”Työnantajan ottaman sairauskuluvakuutuksen verotus”, 15.12.2014, vero.fi/syventavat-vero-ohjeet/ohje-hakusivu/48347/tyonantajan-ottaman-sairauskuluvakuutus/.

⁹⁹ Janne Myllymäki, ”Työnantajan ottaman sairauskuluvakuutuksen verotus”, 26.11.2020, tilisanomat.fi/palkka-ja-henkilostohallinto/tyonantajan-ottaman-sairauskuluvakuutuksen-verotus/.

¹⁰⁰ Työ- ja elinkeinoministeriö, ”Työttömiä työnhakijoita tammikuussa 258 000”, 21.2.2023, temtyollisyyskatsaus.fi/TextBase/Tkat/Prs/Tkat_fi.htm.

¹⁰¹ Vuoden 2022 joulukuussa Suomessa oli yli 86 200 henkilöä, jotka olivat olleet työttöminä kauemmin kuin vuoden. Työ- ja elinkeinoministeriö, ”Työttömiä työnhakijoita tammikuussa 258 000”, 21.2.2023, temtyollisyyskatsaus.fi/TextBase/Tkat/Prs/Tkat_fi.htm.

¹⁰² Työkokeilun tarkoituksena on tukea henkilön työllistymistä esimerkiksi silloin kun henkilöltä puuttuu ammatillinen koulutus tai hän on ollut pitkän ajan poissa työmarkkinoilta. Kuntouttava työtoiminta on tarkoitettu henkilöille, jotka eivät työ- ja toimintakykynsä rajoitteiden vuoksi voi osallistua työhön tai julkisiin työvoimapaalveluihin. TE-palvelut, ”Työkokeilun käytännöt ja säännökset”, 6.9.2022, toimistot.te-palvelut.fi/tyokoikeilun-kaytannot-ja-saannokset.

että saattaa olla, ettei palkallisten tarvitse hakea [sairauslomatoimistusta], mutta palkattomien työntekijöiden pitää.”

Suomessa työttömillä on yleisesti huonompi terveydentila kuin työssäkäyvillä.¹⁰³ Työelämän ulkopuolella olevat ihmiset raportoivat huonommasta koetusta terveydestä ja ovat yleisemmin kroonisesti sairaita verrattuna keskiväestöön.¹⁰⁴ Joidenkin arvioiden mukaan pitkäaikaistyöttömistä noin puolet on osatyökykyisiä ja noin kolmasosa avoimille työmarkkinoille työkyvyttömiä.¹⁰⁵ Syyt tähän ovat kaksijakoiset: he, joilla on parempi terveys työllistyvät helpommin, ja toisaalta työttömyys voi vaikuttaa kielteisesti terveyteen. OECD on arvioinut, että terveysongelmat muodostavat yleisimmän työllistymisen esteen Suomessa.¹⁰⁶

Vuonna 2022 tehdyn tutkimuksen mukaan suurin osa Suomessa työttöminä olleista ihmisistä ei joko käyttänyt tai käytti vain vähän sosiaali- ja terveyspalveluita yhden vuoden tarkkailujakson aikana.¹⁰⁷ Palveluiden käyttö on keskittynyt suhteellisen pienelle osalle työttömistä: 10 prosenttia työttömistä kattoi 60 prosenttia kaikkien työttömien kokonaisterveyskustannuksista.¹⁰⁸ Erityisesti pitkäaikaistyöttömyys on yhteydessä terveyspalveluiden käyttämättä jättämiseen.¹⁰⁹ On viitteitä siitä, että osa työttömistä käyttää päivystyksen palveluita useammin, koska muiden terveyspalveluiden saatavuus on riittämätöntä.¹¹⁰

Myös ikänsä puolesta työelämän ulkopuolella olevat ovat työterveyshuollon ulkopuolella, koska perheenjäsenten terveydenhuolto ei yleensä sisälly työterveyssovimuksiin. Tämä tarkoittaa sitä, että lapset ja nuoret eivät kuulu työterveyshuollon piiriin. Niillä nuorilla aikuisilla, jotka ovat korkea-asteen koulutuksessa, on mahdollisuus käyttää opiskelijaterveydenhuollon palveluita, mutta ei heillä, jotka ovat toisen asteen koulutuksessa tai heillä, jotka eivät opiskele. Myös eläkeläiset ovat työterveyshuollon ulkopuolella, kuten myös ne vammaiset henkilöt, jotka eivät ole tavanomaisissa työsuhteissa.

Epävirallisella sektorilla, lyhytaikaisilla sopimuksilla ja ”keikka”-työssä työskentelevät eivät yleensä kuulu työterveyshuollon piiriin. Esimerkiksi maataloudessa työskentelevistä vain noin joka kahdeksas ja itsenäisistä ammatinharjoittajista alle 5 000 kuuluu työterveyshuollon piiriin.¹¹¹ Woltin ja Foodoran kaltaisissa kotiinkuljetuspalveluissa työskentelevät kuljettajat eivät myöskään kuulu työterveyshuollon piiriin siitä huolimatta, että Etelä-Suomen Aluehallintovirasto on antanut päätöksen, jonka mukaan kuljettajat ovat työntekijöitä eivätkä itsenäisiä ammatinharjoittajia, kuten yhtiö väitti.¹¹²

¹⁰³ Tuija Oivo ja Raija Kerätär, *Osatyökykyisten reitit työllisyyteen - etuudet, palvelut, tukitoimet: Selvityshenkilöiden raportti*, 2018, [julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161151/STM%20rap%2043%202018%200satyokykyisten%20reitit%20tyollisyyteen.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://sul.sut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161151/STM%20rap%2043%202018%200satyokykyisten%20reitit%20tyollisyyteen.pdf?sequence=4&isAllowed=y), s. 87.

¹⁰⁴ Työelämän ulkopuolella olevilla viitataan heihin, jotka eivät ole työssäkäyviä eivätkä työttömän statuksella. Lars Leemann et al., *Työelämän ulkopuolella olevien osallisuus ja hyvinvointi: Kyselytutkimuksen tuloksia*, 2018, julkari.fi/bitstream/handle/10024/136551/URN_ISBN_978-952-343-119-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 51.

¹⁰⁵ Tuija Oivo ja Raija Kerätär, *Osatyökykyisten reitit työllisyyteen - etuudet, palvelut, tukitoimet: Selvityshenkilöiden raportti*, 2018, [julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161151/STM%20rap%2043%202018%200satyokykyisten%20reitit%20tyollisyyteen.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://sul.sut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161151/STM%20rap%2043%202018%200satyokykyisten%20reitit%20tyollisyyteen.pdf?sequence=4&isAllowed=y), s. 20.

¹⁰⁶ Tuija Oivo ja Raija Kerätär, *Osatyökykyisten reitit työllisyyteen - etuudet, palvelut, tukitoimet: Selvityshenkilöiden raportti*, 2018, [julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161151/STM%20rap%2043%202018%200satyokykyisten%20reitit%20tyollisyyteen.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://sul.sut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161151/STM%20rap%2043%202018%200satyokykyisten%20reitit%20tyollisyyteen.pdf?sequence=4&isAllowed=y), s. 19.

¹⁰⁷ OECD, *A People-centred Perspective on Employment Barriers and Policies: Faces of joblessness in Finland*, 2020, oecd.org/els/soc/OECD-2020-FoJ-Finland.pdf, s. 41.

¹⁰⁸ Peppi Saikku et al., ”Työttömien sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö ja kustannukset”, teoksessa Sakari Karvonen et al. (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2022*, 2022, julkari.fi/bitstream/handle/10024/145692/Suomalaisten%20hyvinvointi%202022%20verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 218.

¹⁰⁹ Peppi Saikku et al., ”Työttömien sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö ja kustannukset”, teoksessa Sakari Karvonen et al. (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2022*, 2022, julkari.fi/bitstream/handle/10024/145692/Suomalaisten%20hyvinvointi%202022%20verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 218.

¹¹⁰ Kirsi Lappalainen et al., ”Pisimpään työttömänä olleet käyttävät vähiten terveyskeskuksen palveluja”, 2018, laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperäistutkimukset/pisimpaan-tyottomana-olleet-kayttavat-vahiten-terveyskeskuksen-palveluja/.

¹¹¹ Peppi Saikku et al., ”Työttömien sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö ja kustannukset”, teoksessa Sakari Karvonen et al. (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2022*, 2022, julkari.fi/bitstream/handle/10024/145692/Suomalaisten%20hyvinvointi%202022%20verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 220; Jenni Blomgren et al., ”Avosairaanhoidon palvelujen käyttö on vahvasti eriytynyt työmarkkina-aseman mukaan”, 2022, laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperäistutkimukset/avosairaanhoidon-palvelujen-kaytto-on-vahvasti-eriytynyt-tyomarkkina-aseman-mukaan/#reference-10.

¹¹² Esa-Pekka Takala et al., *Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018, 2019*, julkari.fi/bitstream/handle/10024/138566/TTL-978-952-261-891-7.pdf?sequence=6&isAllowed=y, s. 3.

¹¹³ Woltin tapaus ratkeaa todennäköisesti myöhemmin hallinto-oikeudessa. Ks. esim. Helsinki News, ”Wolt’s couriers are employees, rules authority; Wolt to defy ruling”, 3.11.2021, helsinkitimes.fi/finland/finland-news/domestic/20285-wolt-s-couriers-are-employees-rules-authority-wolt-to-defy-ruling.html.

4.2 TYÖTERVEYSHUOLLON TARJONNASSA SUURTA VAIHTELUA

”Työterveyshuolto on erittäin eriarvoinen. Työnantajahan päättää sen, että kuinka laaja se on.”

Yrjö Mattila, Suomen sosiaalioikeudellinen seura ry:n puheenjohtaja

Työntekijöiden työterveyshuollon laajuus riippuu sopimuksista, joita työnantajat tekevät palveluntarjoajien kanssa.¹¹³ Samalla työnantajalla työskenteleville työntekijöille tarjotaan yleensä samat palvelut, mutta palvelut vaihtelevat työnantajan mukaan.¹¹⁴ Osa työnantajista tarjoaa sairaanhoidollisia palveluita ja jopa erikoislääkäripalveluita, kun taas osa tarjoaa vain laissa määrätty vähimmäispalvelut, eli palvelut, jotka liittyvät puhtaasti työhön liittyviin terveyskysymyksiin.¹¹⁵ Työterveyshuoltosopimusten kattavuudesta saatavilla olevat vähäiset tiedot osoittavat, että noin kolmannes työnantajista ei tarjoa sairaanhoidollista terveydenhuoltoa osana työterveyshuoltoa.¹¹⁶

Kaikkien työntekijöiden ja työnantajien on osallistuttava sairaanhoidollisen työterveyshuollon rahoittamiseen pakollisten veropohjaisten maksujen kautta, vaikka sairaanhoidollisten työterveyshuollon palveluiden tarjoamista ei määrätä laissa ja työterveyssopimusten sisältö vaihtelee työnantajittain. Vuonna 2023 maksu on työnantajille 1,53 prosenttia maksetuista palkoista.¹¹⁷ Työntekijöille ja itsenäisille ammatinharjoittajille maksu on 1,36 prosenttia maksetuista palkoista tai tuloista, jotka ylittävät 15 703 euroa.¹¹⁸ Pienituloiset työntekijät ovat vapautettuja maksuista.

Tutkimusten mukaan työterveyshuolto on tärkeä pienituloisille, koska heillä voi olla suurempi tarve terveydenhuollon palveluille¹¹⁹, ja työterveyshuollon toistuva käyttö voi olla yhteydessä esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollossa, tehdaesteollisuudessa tai julkishallinnossa työskentelyyn, kuten myös keskisuudessa tai suuressa yhtiössä työskentelyyn.¹²⁰ Lisäksi työterveyshuollon korkeampi käyttöaste voi olla yhteydessä tuki- ja liikuntaelämistön, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnooseihin sekä naissukupuoleen.¹²¹ Alemmassa asemassa olevilla palkansaajilla on enemmän sairauspoissaoloja kuin korkeammassa asemassa olevilla, ja fyysisillä työoloilla on suuri merkitys näiden erojen selittämisessä.¹²² Alemmassa asemassa olevat palkansaajat ovat monesti fyysisesti vaativammassa töissä.

¹¹³ Sopimuksesta riippuen työterveyshuoltoon voi sisältyä normaalin perusterveydenhuollon avohoidon kuten lääkärin ja hoitajan vastaanottojen ja tutkimusten lisäksi myös erikoislääkärin konsultaatioita, fysioterapiaa, psykoterapiaa ja suun terveydenhuoltoa. Päivystyspalvelut, sairaalahoito ja erikoissairaanhoito eivät kuulu tähän. Tuukka Holster et al., “The role of occupational healthcare in ambulatory healthcare in Finland”, 2022, Nordic Journal of Health Economics – Early view, journals.uio.no/NJHE/article/view/8561/8121, s. 3.

¹¹⁴ Jos tarjotut palvelut vaihtelevat saman työnantajan palveluksessa olevien työntekijöiden välillä, ne lisäpalvelut, joita ei tarjota kaikille, eivät ole verovähennyskelpoisia.

¹¹⁵ Tuukka Holster et al., “The role of occupational healthcare in ambulatory healthcare in Finland”, 2022, Nordic Journal of Health Economics – Early view, journals.uio.no/NJHE/article/view/8561/8121, s. 3.

¹¹⁶ Liina-Kaisa Tynkkynen et al., ”Pohdinta ja johtopäätökset” teoksessa Päivikki Koponen ja Liina-Kaisa Tynkkynen (toim.) *Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut – näkökulmia suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän oikeudenmukaisuuteen*, 2023, julkari.fi/bitstream/handle/10024/146227/TY%20c3%962023_008_Ty%20c3%96terveyshuollon%20sairaanhoitopalvelut_s_korjattu%20150323.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 113.

¹¹⁷ STM, ”Sairausvakuutusmaksut vahvistettu vuodelle 2023”, 17.11.2022, valtioneuvosto.fi/-/1271139/sairausvakuutusmaksut-vahvistettu-vuodelle-2023.

¹¹⁸ STM, ”Sairausvakuutusmaksut vahvistettu vuodelle 2023”, 17.11.2022, valtioneuvosto.fi/-/1271139/sairausvakuutusmaksut-vahvistettu-vuodelle-2023.

¹¹⁹ Hilla Sumanen et al., “Association between socioeconomic position and occupational health service utilisation trajectories among young municipal employees in Finland”, 2019, BMJ Open, Volume 9, bmjopen.bmj.com/content/9/11/e028742.long.

¹²⁰ Tiia T.M. Reho et al., “Frequent attenders in occupational health primary care: A cross-sectional study”, 2019, Scandinavian Journal of Public Health, Volume 47, journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1403494818777436.

¹²¹ Tiia T.M. Reho et al., “Frequent attenders in occupational health primary care: A cross-sectional study”, 2019, Scandinavian Journal of Public Health, Volume 47, journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1403494818777436.

¹²² Mikko Laaksonen et al., “Explaining occupational class differences in sickness absence: results from middle-aged municipal employees”, 2010, Journal of Epidemiology & Community Health, Volume 64, researchgate.net/profile/Mikko-Laaksonen/publication/26835893_Explaining_occupational_class_differences_in_sickness_absence_Results_from_middle-aged_municipal_employees/links/5f92a466458515b7cf96c557/Explaining-occupational-class-differences-in-sickness-absence-Results-from-middle-aged-municipal-employees.pdf; Karl Bang Christensen et al., “Explaining the social gradient in long-term sickness absence: a prospective study of Danish employees”, 2008, Journal of Epidemiology & Community Health, Volume 62, discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/5328/1/5328.pdf.

Sosioekonomisia eroja on kuitenkin havaittu myös työterveyshuollon käytössä. Korkeammin palkatut työntekijät ottavat yhteyttä työterveyshuoltoon useammin kuin pienituloisemmat työntekijät.¹²³ Syyt tähän ovat epäselviä, mutta ne voivat liittyä siihen, että korkeamman tulotason ihmiset työskentelevät yleisemmin työnantajilla, jotka tarjoavat sairaanhoidollista työterveyshuoltoa.¹²⁴

HUS:illa työskentelevä hoitaja kertoi terveydenhuollon henkilökunnalle tehdyissä haastatteluissa Amnesty Internationalille, että työterveyshuoltosopimuksissa on eriarvoisuutta, sillä niiden laajuus vaihtelee työnantajan mukaan: ”Olen aiemmin ollut töissä Helsingin kaupungilla ja ajattelin, että HUS:illa olisi parempi työterveyshuolto, mutta nopeasti selvisi, että on vaan lakisääteinen. Siihen kuuluu vaan työhöntulotarkastus ja työstä johtuvien asioiden hoitaminen. Mitään sairaanhoitoa ei saa... En enää edes yritä päästä työterveyshuoltoon. Ja sitten kun soitan terveysasemalle, niin sieltä ne aina ensimmäiseksi kysyy, että mikset mene työterveyshuoltoon?”

¹²³ Selvä ero nähdään 2. alimman ja sitä korkeampien tuloviidennesten välillä (alin tuloviidennes ei ollut tarkastelussa). Tuukka Holster et al., ”The role of occupational healthcare in ambulatory healthcare in Finland”, 2022, Nordic Journal of Health Economics – Early view, journals.uio.no/NJHE/article/view/8561/8121, s. 11.

¹²⁴ Tuukka Holster et al., ”The role of occupational healthcare in ambulatory healthcare in Finland”, 2022, Nordic Journal of Health Economics – Early view, journals.uio.no/NJHE/article/view/8561/8121, s. 11.

5. RIITTÄMÄTÖN TERVEYSRAHOITUS JA SOTE-UUDISTUKSEN PUUTTEET

Yksi keskeinen osa valtioiden velvollisuutta turvata oikeutta terveyteen ovat budjettitoimet, jotka mahdollistavat etenemisen kohti tätä perimmäistä tavoitetta.¹²⁵ Tämä edellyttää, että valtiot hyödyntävät täysimääräisesti käytettävissään olevia voimavaroja ja priorisoivat terveydenhuollon rahoitusta.¹²⁶ Tämä luku osoittaa, miten Suomessa terveydenhuollon rahoitus on harjoitetun politiikan vuoksi kasvanut liian hitaasti tai ajoittain jopa vähentynyt. Terveydenhuollon heikko rahoitus on vaikuttanut myös terveydenhuoltopalveluiden saatavuuteen ja käyttöön ja siten oikeuden terveyteen toteutumiseen.

5.1 SUOMEN TERVEYSMENOT ALLE EU:N KESKIARVON

Suomessa terveydenhuoltomenot asukasta kohti olivat 10 prosenttia EU:n keskiarvoa pienemmät ja selvästi pienemmät kuin muissa Pohjoismaissa ennen koronapandemiaa vuonna 2019.¹²⁷ 2010-luvulla terveydenhuoltomenot asukasta kohti kasvoivat Suomessa hyvin hitaasti verrattuna muiden EU-maiden keskiarvoon.¹²⁸ Vuonna 2020 terveydenhuoltomenojen osuus Suomen BKT:stä oli 9,6 prosenttia, mikä on alle EU:n keskiarvon (10,9 prosenttia) ja OECD-maiden keskiarvon (9,7 prosenttia).¹²⁹

¹²⁵ Special Rapporteur on the Right to Health, 2012, Para 5.

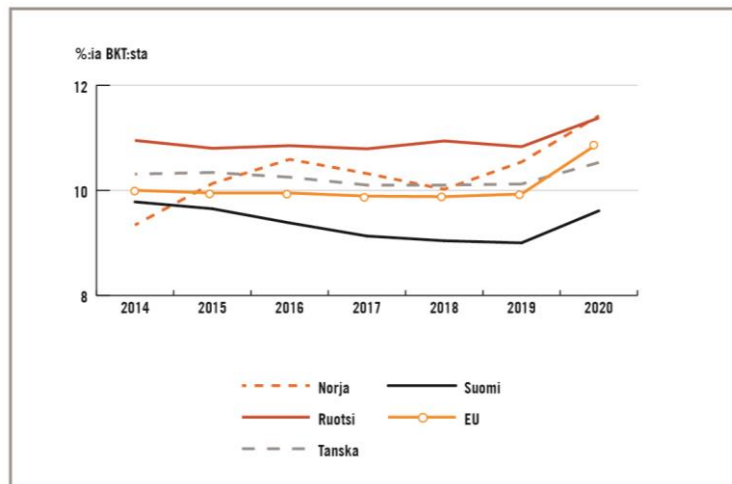
¹²⁶ Special Rapporteur on the Right to Health, 2012, Paras 6, 7.

¹²⁷ Vuonna 2019 terveydenhuoltomenot asukasta kohti olivat 3 150 euroa kun taas EU:n keskiarvo oli 3 520 euroa. OECD, *State of Health in the EU: Finland - Country Health Profile 2021*, 2021, oecd-ilibrary.org/docserver/2e74e317-en.pdf?expires=1667402156&id=id&ac-cname=guest&checksum=488ECBE68D339786CA93B152EF522D1A, s. 3, 8.

¹²⁸ OECD, *State of Health in the EU: Finland - Country Health Profile 2021*, 2021, oecd-ilibrary.org/docserver/2e74e317-en.pdf?expires=1667402156&id=id&ac-cname=guest&checksum=488ECBE68D339786CA93B152EF522D1A, s. 3.

¹²⁹ OECD:n luvut: OECD, 'Health Statistics 2022', 2022, oecd.org/health/OECD-Health-Statistics-2022-Frequently-Requested-Data.xls; EU:n ja Suomen luvut: Eurostat, 'Health care expenditure by financing scheme', 2023, https://ec.europa.eu/eurostat/data-browser/view/HLTH_SHA11_HF_custom_4139406/default/table?lang=en.

Kuvio 4. Terveydenhuoltomenot Pohjoismaissa ja EU-maissa vuosina 2014–2020.¹³⁰



Julkisen terveydenhuollon rahoituksen osuus kaikista terveydenhuoltomenoista on Suomessa myös pienempi kuin EU:n keskiarvo.¹³¹ Asiakasmaksut kattavat suurimman osan yksityisistä terveydenhuoltomenoista (lue lisää asiakasmaksuista luvussa 6.1).

Perusterveydenhuollon resurssit eivät ole kasvaneet viimeisten kahden vuosikymmenen aikana.¹³² Perusterveydenhuollon rahoitus itse asiassa väheni absoluuttisesti mitattuna 2010-luvulla ja kasvoi hieman vasta vuonna 2020, kun koronapandemia alkoi.¹³³ Perusterveydenhuollon osuus terveydenhuollon kokonaismenoista on myös laskenut tasaisesti viime vuosikymmeninä. Vuonna 1995 perusterveydenhuollon prosentuaalinen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli 19,4 prosenttia ja vuoteen 2019 mennessä, ennen pandemiaa, osuus oli laskenut 13 prosenttiin,¹³⁴ nousten hieman – 13,7 prosenttiin – vuonna 2020.¹³⁵ Kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista 11,5 prosenttia ohjattiin perusterveydenhuollon avohoitoon vuonna 2020.¹³⁶ Sitä vastoin vuosina 1995–2020 terveydenhuollon kustannuksista erikoissairaanhoidon ohjattu osuus kasvoi 32,6 prosentista 36,9 prosenttiin.¹³⁷

Lähes kaikki raporttia varten haastatellut asiantuntijat totesivat, että terveydenhuoltopalveluiden julkista rahoitusta, erityisesti perusterveydenhuollon rahoitusta, olisi lisättävä ja tämän tulisi olla pitkän aikavälin sitoumus kansallisessa terveystaloudessa. Amnesty Internationalin haastattelema lääkäri totesi, että perusterveydenhuollon vähäinen rahoitus verrattuna erikoissairaanhoidon näkyy selvästi julkisissa terveyskeskuksissa, joissa ”lääkäreiden virkojen määrä ei ole kasvanut, vaikka samaan aikaan sairaalavirkoja on tullut vaikka kuinka paljon.”

¹³⁰ Eurostat, ”Health care expenditure by financing scheme”, ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HF_custom_4139406/default/table?lang=en//hlth_sha11_hf_custom_4139406_page_spreadsheet.xlsx.

¹³¹ Julkisen rahoituksen osuus kaikista terveydenhuoltomenoista Suomessa on 78 prosenttia kun EU:n keskiarvo on 80 prosenttia. OECD, *State of Health in the EU: Finland - Country Health Profile 2021*, 2021, oecd-ilibrary.org/docserver/2e74e317-en.pdf?expires=1667402156&id=id&accname=guest&checksum=488ECBE68D339786CA93B152EF522D1A, s. 3.

¹³² Pasi Eskola et al., *Hoidon jatkuvuusmalli: Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti*, 2022, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164291/STM_2022_17_rap.pdf, s. 64.

¹³³ THL, ”Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2020”, Liitetaulukko 2. Terveydenhuoltomenot toiminnoittain 2000–2020, milj. euroa vuoden 2020 hinnoin, julkari.fi/bitstream/handle/10024/146539/TR18_23.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

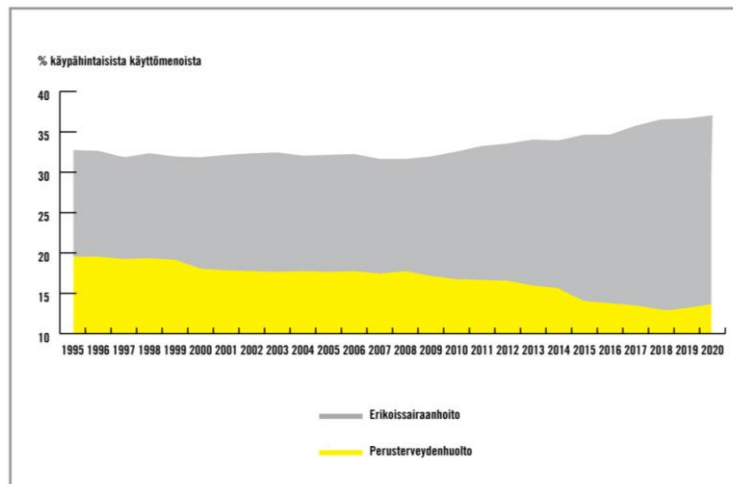
¹³⁴ Vuoden 1995 luku: THL, Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2013, 2015, julkari.fi/bitstream/handle/10024/125775/Tr06_2015_Terveysdenhuollon%20menot%20ja%20rahoitus%202013.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 16; Vuoden 2019 luku: THL, ”Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2020”, Liitetaulukko 3. Terveydenhuoltomenojen rakenne toiminnoittain 2000–2020, % käypähintaisista käyttömenoista, julkari.fi/bitstream/handle/10024/146539/TR18_23.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

¹³⁵ THL, ”Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2020”, Liitetaulukko 3. Terveydenhuoltomenojen rakenne toiminnoittain 2000–2020, % käypähintaisista käyttömenoista, julkari.fi/bitstream/handle/10024/146539/TR18_23.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

¹³⁶ Tiina Hetemä et al., *Tiedosta arviointiin – tavoitteena paremmat palvelut: Sosiaali- ja terveystaloudessa Suomessa 2020*, 2022, julkari.fi/bitstream/handle/10024/144240/PT2022_003%20verkko%20k.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 17.

¹³⁷ Vuoden 1995 luku: THL, Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2013, 2015, julkari.fi/bitstream/handle/10024/125775/Tr06_2015_Terveysdenhuollon%20menot%20ja%20rahoitus%202013.pdf?sequence=4, s. 16; Vuoden 2019 luku: THL, ”Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2020”, Liitetaulukko 3. Terveydenhuoltomenojen rakenne toiminnoittain 2000–2020, % käypähintaisista käyttömenoista, julkari.fi/bitstream/handle/10024/146539/TR18_23.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Kuvio 5. Terveydenhuollon menot Suomessa vuosina 1995–2020.¹³⁸



5.1.1 LEIKKAUSPOLITIIKAN VAIKUTUS TERVEYDENHUOLTOON

Leikkauspolitiikalla on ollut merkittävä vaikutus suomalaiseen terveydenhuoltosektoriin.

Perusterveydenhuollon rahoituksen väheneminen voidaan jäljittää 1990-luvun alun talouden taantumaa ja siitä seuranneisiin säästötoimiin.¹³⁹ Perusterveydenhuollon järjestämisestä vastasivat tuolloin kunnat, jotka leikkasivat terveyskeskusbudjetteja 8–9 prosenttia vuosina 1991–1992.¹⁴⁰ Tähän aikaan tehtiin myös valtionosuus- ja valtionohjausjärjestelmän uudistus, joka myös kannusti kuntia leikkaamaan terveydenhuollon määrärahoja.¹⁴¹ Vuonna 1992 kunnat saivat nostaa asiakasmaksuja valtion sääntelemään enimmäistasoon asti.¹⁴²

Kun Suomi toipui talouden lamasta, terveydenhuollon rahoitus nousi 1990- ja 2000-luvuilla hyvin hitaasti pysyen suurimmaksi osaksi alle kahdeksassa prosentissa BKT:sta.¹⁴³ Vuodesta 2009 alkaen rahoitus alkoi kasvaa, ja vuonna 2013 se oli 9,8 prosenttia BKT:sta.¹⁴⁴ Pääministerien Jyrki Kataisen ja Alexander Stubbien hallitus, virassa vuosina 2011–2015, otti käyttöön menoleikkaukset ja kasvatti ihmisille aiheutuvia kustannuksia lääkkeistä, terveyteen liittyvästä matkustamisesta ja yksityisten terveydenhuoltopalveluiden käytöstä.¹⁴⁵

Pääministeri Juha Sipilän hallitus, virassa vuosina 2015–2019, otti käyttöön laaja-alaisia säästötoimia, joihin kuului merkittäviä leikkauksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin ja sosiaaliturvaetuuksiin.¹⁴⁶ Terveydenhuollon rahoitus suhteessa BKT:seen laski tämän hallituskauden aikana.¹⁴⁷ Asiakasmaksujen

¹³⁸ Vuosien 1995–1999 luvut ovat osuudet terveydenhuollon kokonaismenoista: THL, Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2013, 2015, Liite-taulukko 3. Terveydenhuoltomenojen rakenne toiminnollain 1995–2013, % käypärintaisista kokonaismenoista, julkari.fi/bitstream/handle/10024/125775/Tr06_2015_Terveystenhuollon_menot_ja_rahoytus_2013.pdf?sequence=4&isAllowed=y; Vuosien 2000–2020 luvut ovat osuudet käypärintaisista käyttömenoista (joissa kokonaismenoista on vähennetty investointimenot): THL, ”Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2020”, Liite-taulukko 3. Terveydenhuoltomenojen rakenne toiminnollain 2000–2020, % käypärintaisista käyttömenoista, julkari.fi/bitstream/handle/10024/146539/Tr18_23.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

¹³⁹ Pasi Eskola et al., *Hoidon jatkuvuusmalli: Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti*, 2022, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164291/STM_2022_17_rap.pdf, s. 34.

¹⁴⁰ Pasi Eskola et al., *Hoidon jatkuvuusmalli: Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti*, 2022, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164291/STM_2022_17_rap.pdf, s. 34.

¹⁴¹ Pasi Eskola et al., *Hoidon jatkuvuusmalli: Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti*, 2022, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164291/STM_2022_17_rap.pdf, s. 34–35.

¹⁴² Pasi Eskola et al., *Hoidon jatkuvuusmalli: Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti*, 2022, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164291/STM_2022_17_rap.pdf, s. 35.

¹⁴³ THL, Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2013, 2015, julkari.fi/bitstream/handle/10024/125775/Tr06_2015_Terveystenhuollon%20menot%20ja%20rahoytus%202013.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 13.

¹⁴⁴ THL, Terveydenhuoltomenot toiminnollain 2000–2020, milj. euroa käyvin hinnoin, thl.fi/documents/10531/0/Terveystenhuollon+menot+ja+rahoytus+2020%2C+ennakkotiedot%2C+THL_v09_2022.xlsx/e21a307b-f4ce-deb3-ab52-78ca13d29d5a?t=1664360130176, taulukko 1.

¹⁴⁵ Katri Aaltonen et al., ”Analysing the Effects of Healthcare Payment Policies on Poverty: A Microsimulation Study with Real-World Healthcare Data”, 2023, International Journal of Microsimulation, s. 92–94.

¹⁴⁶ Olli Kangas ja Laura Kalliomaa-Puha, ”Austerity measures in Finland”, 2017, ESPN Flash Report 2017/28; Katri Aaltonen, ”Austerity, economic hardship and access to medications: a repeated cross-sectional population survey study, 2013–2020”, 2023, J Epidemiol Community Health, Volume 77, jech.bmj.com/content/jech/early/2023/01/23/jech-2022-219706.full.pdf.

¹⁴⁷ THL, Terveydenhuoltomenot toiminnollain 2000–2020, milj. euroa käyvin hinnoin, thl.fi/documents/10531/0/Terveystenhuollon+menot+ja+rahoytus+2020%2C+ennakkotiedot%2C+THL_v09_2022.xlsx/e21a307b-f4ce-deb3-ab52-78ca13d29d5a?t=1664360130176, taulukko 1.

enimmäistasoa nostettiin 27,5 prosenttia.¹⁴⁸ Tämän seurauksena taloudelliset vaikeudet, mukaan lukien vaikeudet lääkkeiden ostamisessa, lisääntyivät etenkin työttömyyttä kokevien naisten, eläkeläismiesten, vammaisten ja sairaiden henkilöiden sekä osa-aikatyössä olevien miesten keskuudessa.¹⁴⁹ Sosioekonominen eriarvoisuus kärjistyi, sillä nämä ryhmät kokivat merkittävästi suurempia taloudellisia vaikeuksia kuin kokopäivätyössä olevat.¹⁵⁰

AMNESTY INTERNATIONALIN AIEMPAA TUTKIMUSTA LEIKKAUSPOLITIIKAN VAIKUTUKSESTA TERVEYTEEN

Amnesty International on aiemminkin tutkinut leikkauspolitiikan vaikutusta siihen, miten oikeus terveyteen toteutuu. Amnesty julkaisi raportit leikkauspolitiikan vaikutuksista Espanjan (2018) ja Kreikan terveydenhuoltojärjestelmiin (2020).¹⁵¹ Molemmat maat harjoittivat vuoden 2008 finanssikriisin jälkeen leikkauspolitiikkaa, joka vaikutti niiden terveydenhuoltojärjestelmiin.¹⁵²

Leikkauspolitiikka heikensi molemmissa maissa terveydenhuollon saatavuutta, kohtuuhintaisuutta ja laatua. Espanjassa säästötoimilla oli erityinen ja epäsuhtainen vaikutus pienituloisiin ihmisiin, etenkin kroonisesti sairaisiin, vammaisiin ja ikääntyneisiin henkilöihin sekä mielenterveyspalveluihin hakeutuviin.¹⁵³ Kreikassa säästötoimet heikensivät terveydenhuollon saatavuutta ja kohtuuhintaisuutta sekä lisäsivät huomattavasti terveydenhuoltoalan työntekijöiden taakkaa.¹⁵⁴

5.2 RIITTÄMÄTTÖMÄT HENKILÖRESURSSIT JULKISISSA TERVEYSPALVELUISSA

Julkinen terveydenhuolto kärsii kroonisesta henkilöstöpulasta.¹⁵⁵ Lokakuussa 2022 jopa 8 prosenttia terveyskeskusten lääkärin tehtävistä oli täyttämättä.¹⁵⁶ Johtavat lääkärit ovat arvioineet, että täyttämättömien vakanssien lisäksi tarvitaan vielä 300 lisävakanssia.¹⁵⁷ Lääkäreiden määrä suhteessa asukaslukuun on Suomessa pienempi kuin useimmissa muissa Pohjoismaissa¹⁵⁸ ja pienempi kuin EU:n keskiarvo.¹⁵⁹

Terveydenalan työntekijäresursseissa on myös merkittäviä alueellisia eroja. Lääkäreiden määrä on suurimmissa kaupungeissa paljon suurempi kuin harvaan asutuilla alueilla.¹⁶⁰ Tämä johtuu siitä, että suurin osa sairaaloista ja erikoissairaanhoidon yksiköistä on keskittynyt kaupunkialueille.¹⁶¹ Lisäksi yksityisten lääkäripalveluiden saatavuus on isoissa kaupungeissa parempi kuin maaseutukunnissa.¹⁶² Suomen

¹⁴⁸ THL, Uusi tutkimus: Asiakasmaksujen korotukset ja lääkekorvausten leikkaukset köyhdyttivät etenkin ikääntyneitä, 4.4.2023, thl.fi/fi/-/uusi-tutkimus-asiakasmaksujen-korotukset-ja-laa-kekorvausten-leikkaukset-koyhdyttivat-etenkin-ikaantyneita?redirect=%2Ffi%2F.

¹⁴⁹ Katri Aaltonen, "Austerity, economic hardship and access to medications: a repeated cross-sectional population survey study, 2013–2020", 2023, J Epidemiol Community Health, Volume 77, jech.bmj.com/content/jech/early/2023/01/23/jech-2022-219706.full.pdf.

¹⁵⁰ Katri Aaltonen, "Austerity, economic hardship and access to medications: a repeated cross-sectional population survey study, 2013–2020", 2023, J Epidemiol Community Health, Volume 77, jech.bmj.com/content/jech/early/2023/01/23/jech-2022-219706.full.pdf.

¹⁵¹ Amnesty International, "Greece: Resuscitation required – The Greek health system after a decade of austerity", 28.4.2020, [amnesty.org/en/documents/eur25/2176/2020/en/](https://www.amnesty.org/en/documents/eur25/2176/2020/en/); Amnesty International, "Spain: Wrong prescription: The impact of austerity measures on the right to health in Spain", 24.4.2018, [amnesty.org/en/documents/eur41/8136/2018/en/](https://www.amnesty.org/en/documents/eur41/8136/2018/en/).

¹⁵² Amnesty International, "Greece: Resuscitation required – The Greek health system after a decade of austerity", 28.4.2020, [amnesty.org/en/documents/eur25/2176/2020/en/](https://www.amnesty.org/en/documents/eur25/2176/2020/en/); Amnesty International, "Spain: Wrong prescription: The impact of austerity measures on the right to health in Spain", 24.4.2018, [amnesty.org/en/documents/eur41/8136/2018/en/](https://www.amnesty.org/en/documents/eur41/8136/2018/en/).

¹⁵³ Amnesty International, "Spain: Wrong prescription: The impact of austerity measures on the right to health in Spain", 24.4.2018, [amnesty.org/en/documents/eur41/8136/2018/en/](https://www.amnesty.org/en/documents/eur41/8136/2018/en/).

¹⁵⁴ Amnesty International, "Greece: Resuscitation required – The Greek health system after a decade of austerity", 28.4.2020, [amnesty.org/en/documents/eur25/2176/2020/en/](https://www.amnesty.org/en/documents/eur25/2176/2020/en/).

¹⁵⁵ Terhi Tevameri, Toimialaraportit: Katsaus sote-alan työvoimaan – Toimintaympäristön ajankohtaisten muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua, 2021, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162852/TEM_2021_02_t.pdf, s. 49–50.

¹⁵⁶ Terveyskeskuksissa oli 325 lääkärin tehtävää, joihin ei ollut saatu tekijää. Lisäksi hoitamatta oli 97,5 tehtävää, joihin ei pyrittykään hakemaan tekijää. Peppiina Saastamoinen, "Terveyskeskusten lääkäritilanne 2022", 2023, laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/2022_terveyskeskusten_laakaritilanne_final3.pdf, s. 25.

¹⁵⁷ Peppiina Saastamoinen, "Terveyskeskusten lääkäritilanne 2022", 2023, laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/2022_terveyskeskusten_laakaritilanne_final3.pdf, s. 26.

¹⁵⁸ OECD, *Health at a Glance: Europe 2020: State of health in the EU cycle*, 2020, oecd-ilibrary.org/docserver/82129230-en.pdf?expires=1669106624&id=id&accname=guest&checksum=2266CD5E22F801F118108ABD608C5796, s. 213.

¹⁵⁹ OECD, *Health at a Glance: Europe 2020: State of health in the EU cycle*, 2020, oecd-ilibrary.org/docserver/82129230-en.pdf?expires=1669106624&id=id&accname=guest&checksum=2266CD5E22F801F118108ABD608C5796, s. 213.

¹⁶⁰ OECD, *State of Health in the EU: Finland - Country Health Profile 2021*, 2021, oecd-ilibrary.org/docserver/2e74e317-en.pdf?expires=1667898441&id=id&accname=guest&checksum=BB94A78D61BC40195F7DFF19E2FAC143, s. 15.

¹⁶¹ OECD, *State of Health in the EU: Finland - Country Health Profile 2021*, 2021, oecd-ilibrary.org/docserver/2e74e317-en.pdf?expires=1667898441&id=id&accname=guest&checksum=BB94A78D61BC40195F7DFF19E2FAC143, s. 15.

¹⁶² Kristiina Manderbacka et al., "Terveyspalvelujen oikeudenmukaisuus edellyttää paikkatietoista politiikkaa", 2019, Suomen sosiaalinen tila 1/2019, julkari.fi/bitstream/handle/10024/138484/URN_ISBN_978-952-343-371-7.pdf?sequence=1, s. 8.

Lääkäriliiton vuonna 2022 tekemässä tutkimuksessa havaittiin, että lääkärivaje oli yli 10 prosenttia kahdeksassa sairaanhoitopiirissä.¹⁶³

Suomessa on myös hammaslääkärivaje. Julkisten terveyskeskusten hammaslääkärivaje on pahentunut viime vuosina ja noussut vuoden 2019 5 prosentista 9,3 prosenttiin vuonna 2022.¹⁶⁴ Lokakuussa 2022 terveyskeskuksissa oli 184 täyttämätöntä hammaslääkäripaikkaa.¹⁶⁵ Tässäkin oli suuria alueellisia eroja. Pahinta hammaslääkärivaje oli Etelä-Savon (25,9 prosenttia) ja Keski-Pohjanmaan (24,6 prosenttia) hyvinvointialueilla, joissa noin joka neljäs vakanssi oli täyttämättä.¹⁶⁶ Terveyskeskusten johtaville hammaslääkäreille vuonna 2022 toteutetussa kyselyssä useampi kuin joka toinen vastaaja arvioi, että terveyskeskuksiin tarvitaan enemmän hammaslääkärivakansseja.¹⁶⁷ Samassa kyselyssä suurin osa johtajista arvioi suuhygienistien ja hammashoitajien saatavuuden olevan joko melko tai erittäin huono.¹⁶⁸

Suomen Hammaslääkäriliitto arvioi vuonna 2022, että yksityisten hammaslääkäreiden vapaa kapasiteetti vastasi lähes 80 prosenttia valtakunnallisesti täyttämättömistä tarpeista, vaikka se ei vastaakaan tarvetta maantieteellisesti.¹⁶⁹ Toisin sanottuna suurin osa hammaslääkärivajeesta voitaisiin korjata tehostamalla resurssien jakoa. Vaikka yksityisen ja julkisen sektorin kapasiteetti on epäsuhtainen, vain 27 prosenttia yksityisistä hammaslääkäreistä oli palkattu tarjoamaan palveluita terveyskeskuksille.¹⁷⁰

Myös hoitajapulasta on tullut krooninen ongelma julkisessa terveydenhuollossa. Koronapandemia ja hoitotarpeen kasvu väestössä ovat lisänneet hoitajapulaa.¹⁷¹ Sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista on pulaa lähes koko maassa.¹⁷² Suomalaisen julkisoikeudellisen eläkelaitoksen Kevan mukaan hoitajhenkilökunnan vaje on kasvanut nopeasti viime vuosina – vuonna 2023 sairaanhoitajavaje oli 16 600 ja lähihoitajavaje 8 800. Vuonna 2021 vastaavat luvut olivat 8 000 sairaanhoitajien ja 738 lähihoitajien osalta.¹⁷³

”Sairaanhoitajapula on niin valtava, että se vaikuttaa terveydenhuollon palveluiden toimintaan ja saatavuuteen. Hoitoon pääsyn odottaminen vaikuttaa yksilön työkykyyn, perhe-elämään ja omaan jaksamiseen. On kaikkien edun mukaista, että sairaanhoitajapula ratkaistaan.”

Anne Pauna, toiminnanjohtaja, Suomen Sairaanhoitajat ry

¹⁶³ Sairaanhoitopiirit olivat Suomen terveydenhuollossa vuoteen 2022 saakka hallinnollisia yksiköitä, joiden tehtävänä oli tarjota jäsenkuntien asukkaalle erikoissairaanhoidon palveluita. Vuonna 2023 sairaanhoitopiirit yhdistettiin hyvinvointialueisiin. Yli 10 %:n lääkärivaje oli Etelä-Pohjanmaan, Vaasan, Etelä-Savon, Kainuun, Keski-Pohjanmaan, Itä-Savon, Etelä-Karjalan ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiireissä. Peppiina Saastamoinen, ”Terveyskeskusten lääkäritilanne 2022”, 2023, laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/2022_terveyskeskusten_laakaritilanne_final3.pdf, s. 26.

¹⁶⁴ Suomen Hammaslääkäriliitto, ”Työvoimaselvitys 2022: Terveyskeskusten hammaslääkäritilanne lokakuussa”, 2022, hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/tyovoimaselvitys_2022_-_terveyskeskukset.pdf, s. 10.

¹⁶⁵ Suomen Hammaslääkäriliitto, ”Työvoimaselvitys 2022: Terveyskeskusten hammaslääkäritilanne lokakuussa”, 2022, hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/tyovoimaselvitys_2022_-_terveyskeskukset.pdf, s. 7.

¹⁶⁶ Lääkärivaje oli pienintä Pohjois-Savon (1 %), Vantaan ja Keravan (1,7 %) sekä Itä-Uusimaan (2,7 %) hyvinvointialueilla. Suomen Hammaslääkäriliitto, ”Työvoimaselvitys 2022: Terveyskeskusten hammaslääkäritilanne lokakuussa”, 2022, hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/tyovoimaselvitys_2022_-_terveyskeskukset.pdf, s. 16.

¹⁶⁷ Suomen Hammaslääkäriliitto, ”Työvoimaselvitys 2022: Terveyskeskusten hammaslääkäritilanne lokakuussa”, 2022, hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/tyovoimaselvitys_2022_-_terveyskeskukset.pdf, s. 22.

¹⁶⁸ Näin arvioi 72 % suuhygienisteistä ja 74,1 % hammashoitajista. Suomen Hammaslääkäriliitto, ”Työvoimaselvitys 2022: Terveyskeskusten hammaslääkäritilanne lokakuussa”, 2022, hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/tyovoimaselvitys_2022_-_terveyskeskukset.pdf, s. 27.

¹⁶⁹ Suomen Hammaslääkäriliitto, ”Yksityisen sektorin työvoimaselvitys 2022”, 2022, hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/tyovoimaselvitys_2022_-_yksityinen_sektori.pdf, s. 16.

¹⁷⁰ Suomen Hammaslääkäriliitto, ”Yksityisen sektorin työvoimaselvitys 2022”, 2022, hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/tyovoimaselvitys_2022_-_yksityinen_sektori.pdf, s. 13.

¹⁷¹ Terhi Tevameri, *Toimialaraportit: Katsaus sote-alan työvoimaan – Toimintaympäristön ajankohtaisten muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua*, 2021, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162852/TEM_2021_02_t.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 54.

¹⁷² Terhi Tevameri, *Toimialaraportit: Katsaus sote-alan työvoimaan – Toimintaympäristön ajankohtaisten muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua*, 2021, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162852/TEM_2021_02_t.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 56.

¹⁷³ Keva, ”Kuntien työvoimaennuste: Hoitajapula kaksinkertaistui kahdessa vuodessa”, 1.3.2023, keva.fi/uutiset-ja-artikkelit/kuntien-tyovoimaennuste-hoitajapula-kaksinkertaistui-kahdessa-vuodessa/.

SAIRAANHOITAJIEN PALKAT JA TYÖOLOJAT VUONNA 2022

Suomessa sairaanhoitajat ansaitsivat kaikkien työntekijöiden keskipalkkaa vähemmän vuonna 2020, kun taas EU-maissa keskimäärin sairaanhoitajat ansaitsevat hieman kaikkien työntekijöiden keskipalkkaa enemmän.¹⁷⁴

Ammattijärjestö Tehyn vuonna 2020 teettämässä kyselyssä selvisi, että lähes 90 prosenttia sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista oli harkinnut uranvaihtoa, ja jopa 95 prosenttia alle 30-vuotiaista harkitsi uranvaihtoa.¹⁷⁵ Tyytymättömyyden syitä olivat matalat palkat, henkilöstöpula, arvostuksen puute ja henkinen kuormitus.¹⁷⁶

Vuonna 2022 sairaanhoitajat vaativat korkeampia palkkoja. Tämän vaatimuksen tueksi huhtikuussa 2022 järjestettyä lakkoa seurasivat joukkoyhtiöiden suunnitelmat, kun hallitus uhkasi rajoittaa sairaanhoitajien lakko-oikeutta perustellen sitä potilasturvallisuuden suojelulla.¹⁷⁷ Lähes tuhat sairaanhoitajaa poisti nimensä terveydenhuollon ammattihenkilöiden kansallisesta rekisteristä vuonna 2022, ja vuoden 2023 alussa heitä oli tulossa satoja lisää.¹⁷⁸ Työriitaan saatiin vihdoin sopu lokakuussa 2022, kun palkankorotuksista sovittiin.¹⁷⁹

Rinnakkaiset ja päällekkäiset perusterveydenhuollon järjestelmät, eli julkinen perusterveydenhuolto ja työterveyshuolto, ovat lisänneet julkisen ja yksityisen puolen kilpailua pätevistä terveydenhuollon henkilöstöstä, myös lääkäreistä ja sairaanhoitajista.¹⁸⁰ Tämä on lisännyt rekrytointivaikeuksia ja henkilöstöpulaa julkisessa terveydenhuollossa.¹⁸¹

”Työterveyshuoltojärjestelmä vaikuttaa työvoiman saatavuuteen julkisella puolella. Henkilöstöresurssit eivät myöskään ole kovin tehokkaassa käytössä työterveyshuollossa.”

Lauri Vuorenkoski, terveyspolitiikan asiantuntija, Suomen Lääkäriliitto

Rinnakkaisten perusterveydenhuollon järjestelmien vaikutus julkisen terveydenhuollon työoloihin on vaikuttanut myös julkisessa terveydenhuollossa työskenteleviin sekä julkisen terveydenhuollon asiakaskuntaan, jota ovat yleensä työttömät ja ikääntyneet ihmiset.¹⁸² Amnesty Internationalin haastattelemat terveydenhuollon työntekijät kertoivat, että työmäärä on kasvanut ja hoidettavat tapaukset ovat muuttuneet monimutkaisemmiksi. Terveyskeskusten potilaissa painottuvat pitkäaikaissairaat ja useita erilaisia palveluja tarvitsevat.¹⁸³

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL), Suomen Lääkäriliiton ja Helsingin yliopiston kyselyn mukaan työuupumus on yli kaksi kertaa yleisempää terveyskeskuslääkäreillä kuin yksityisellä sektorilla työskentelevillä

¹⁷⁴ OECD, *Health at a Glance: Europe 2022: State of health in the EU cycle*, 2022, oecd-ilibrary.org/docserver/507433b0-en.pdf?expires=1673621793&id=id&accname=guest&checksum=57B4027E4CAF79EC598F13676BC92D72, s. 186.

¹⁷⁵ Tehy, ”Tehyn tuore kysely: Lähes kaikki nuoret hoitajat harkinneet alan vaihtoa”, 10.9.2021, tehy.fi/fi/mediatiedote/tehy-tuore-kysely-lahes-kaikki-nuoret-hoitajat-harkinneet-alan-vaihtoa.

¹⁷⁶ Tehy, ”Tehyn tuore kysely: Lähes kaikki nuoret hoitajat harkinneet alan vaihtoa”, 10.9.2021, tehy.fi/fi/mediatiedote/tehy-tuore-kysely-lahes-kaikki-nuoret-hoitajat-harkinneet-alan-vaihtoa.

¹⁷⁷ Yle Uutiset, ”Tehy ja Super valmistelevat joukkoyhtiöiden suunnitelmaa – ”Ministeri mursi lakon pakkotyölailla”, sanoo Mil-lariikka Rytkönen”, 19.4.2022, yle.fi/a/3-12409797.

¹⁷⁸ Vuonna 2022 tehtiin pyynnöstä yhteensä 997 poistoa kun vastaava luku vuonna 2021 oli 46. Helmikuussa 2023 rekisterissä oli käsiteltyä lähes 300 poistopyyntöä. HS, ”Liki tuhannelta hoitajalta poistettiin ammattioikeudet viime vuonna, satoja poistopyyntöjä jonossa”, 6.2.2023 hs.fi/kotimaa/art-2000009375512.html?share=63830aca07867b44426a192a1fa8dbe7.

¹⁷⁹ Yle Uutiset, ”Hoitoalan työkiistaan sopu – kiistan osapuolet hyväksyivät valtakunnansovittelijan esityksen”, 3.10.2022, yle.fi/a/3-12647307.

¹⁸⁰ Ilmo Keskimäki, *Development of Primary Health Care in Finland*, 2022, lshrm.ac.uk/media/62361, s. 15.

¹⁸¹ Ilmo Keskimäki, *Development of Primary Health Care in Finland*, 2022, lshrm.ac.uk/media/62361, s. 4.

¹⁸² Ilmo Keskimäki, *Development of Primary Health Care in Finland*, 2022, lshrm.ac.uk/media/62361, s. 18.

¹⁸³ Pasi Eskola et al., *Hoidon jatkuvuusmalli: Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti*, 2022, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164291/STM_2022_17_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 84.

”TIEDÄN ETTEN SAA APUA”

TERVEYDENHUOLLON ERIARVOISUUS SUOMESSA

Amnesty International Suomen osasto

lääkäreillä.¹⁸⁴ Amnesty Internationalin haastattelema lääkäri kertoi: ”Työterveyshuollossa työ on hirveän paljon yksinkertaisempaa kuin julkisella. Ei ole sellaisia mummoja, joilla on 10 eri sairautta ja 15 eri lääkettä. Alat siinä seuloamaan, että mikähän tässä on menossa. Terveyskeskuksen potilasaineisto on ihan eri kuin työterveyshuollon. Sen takia työterveyshuolto on lääkäreiden keskuudessa niin suosittu, kun se on kevyttä kenttätöitä.”

Terveystenhuollon työntekijöiden ja asiantuntijoiden haastatteluissa tuli toistuvasti esiin, että keskimääräinen vastaanottoaika per potilas on yleensä sama sekä julkisessa perusterveydenhuollossa että työterveyshuollossa, mutta potilaiden tarpeet voivat olla moninaisempia julkisella puolella. Esimerkiksi ikääntyneillä ihmisillä voi olla useampia sairauksia tai tarve usealle lääkitykselle. Huumausaineita käyttävillä tai mielenterveysongelmista kärsivillä henkilöillä voi olla tarve sosiaalipuolen osaamiselle. Samoin mielenterveysongelmista kärsivien lasten ja nuorten tilanteet vaativat aikaa ja erityistä osaamista. Riittämättömiksi koetuista vastaanottoajoista kerrottiin toistuvasti Amnesty Internationalin haastatteluissa. 48-vuotias työkyvyttömyyseläkkeellä oleva Mikael kertoi: ”On sellaisiakin lääkäreitä, jotka sanoo, että nyt ei ehditä ottaa enempää asioita esille [vastaanotolla]. Sehän tarkoittaa sitä, että jos ei ole mitään akuuttia, niin hoitoa joutuu odottamaan hautaan saakka.”

Haastatteluissa monet terveydenhuollon työntekijät ja asiantuntijat toivat esiin, että vastaanottoaikojen riittämätön pituus monimutkaisempien potilastapausten selvittelyyn voi johtaa kasvaneeseen kuormitukseen ja jopa moraaliseen ahdinkoon.¹⁸⁵ Tutkimusten mukaan moraalinen ja kognitiivinen stressi ovat yleisiä terveydenhuollon työntekijöillä Suomessa.¹⁸⁶ Amnesty Internationalin toteuttamassa haastattelussa hammaslääketieteen professori Liisa Suominen Itä-Suomen yliopistosta kuvasi hammaslääkäreiden työkuormaa ja vaikeutta jatkoaikojen järjestämisessä: ”Terveyskeskuksen [suun terveydenhuollon] henkilökunta kertoo siitä, että tulee niin vaikeahoitoisia potilaita, että tekisi mieli nostaa kädet pystyyn. [2000-luvun alkupuolen] hammashoitouudistuksen jälkeen, kun kaikille aikuisille tuli oikeus tulla terveyskeskukseen hoitoon, niin vaikeahoitoisten potilaiden määrä on lisääntynyt selkeästi. Se on ihan mahdoton kuvio, että on vaikka mielenterveyspotilas, jolta hoidetaan joku akuutti ongelma, mutta seuraavan ajan voi antaa vasta puolen vuoden päähän. Se ei ole kestävä hoitoa. Se aiheuttaa terveyskeskuslääkäreille stressiä, ettei pysty hoitamaan potilaita niin hyvin kuin pitäisi.”

5.3 SOTE-UUDISTUKSEN TOIMENPITEET RIITTÄMÄTTÖMIÄ ERIARVOISUUDEN KAVENTAMISEKSI

Nykyinen sote-uudistus on jatkumoa vuosikymmenten mittaisille vähittäisille uudistuksille ja epäonnistuneille hallitusaloitteille.¹⁸⁷ Nykyisen sote-uudistuksen tavoitteena on tuoda aiemmin kuntien vastuulla olleet sosiaali- ja terveyspalvelut sekä pelastustoimi aluehallintojen vastuulle, vahvemman valtionhallinnon alaisuuteen.¹⁸⁸ Uudistuksessa alueelliset hyvinvointialueet ovat vastuussa näistä palveluista.

Uudistus kattaa ainoastaan julkisen terveydenhuoltojärjestelmän, eli se ei koske työterveyshuoltoa. Siksi on vaarana, että tämäkään uudistus ei tule kaventamaan terveyseroja. Siksi uudistus on jäämässä jälleen puutteelliseksi. European Observatory on Health Systems and Policies -seurantakeskuksen ja OECD:n selvityksessä todettiin, että työterveyshuolto lisää eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä Suomessa ja lisäksi työterveyshuollon ylikapasiteetti vaikuttaa koko terveydenhuoltojärjestelmän resurssien tehokkaaseen kohdentamiseen.¹⁸⁹

Hyvinvointialueiden rahoitus perustuu valtion rahoitukseen ja asiakasmaksuihin. Valtion rahoitusta myönnetään arvioidun palvelutarpeen, kustannustason muutosten ja uudistusta edeltäneiden toteutuneiden

¹⁸⁴ Posti- ja verkkokysely toteutettiin syksyllä 2019. Otokseen lukeutui 8000 satunnaisotannalla valittua lääkäriä ja 2121 seurantaotokseen kuuluvaa lääkäriä aiemmista vastaavista tutkimuksista. Työuupumusta koskevaan kysymykseen vastasi 2753 vastaajaa. Suomen Lääkäriliitto, *Lääkärin työolot ja terveys tutkimus*, 2019, laakariliitto.fi/site/assets/files/5229/tyoolot_ja_terveys_tutkimuksesta_netiiin.pdf, s. 26.

¹⁸⁵ Moraalinen ahdinko viittaa ahdinkoon, jota terveydenhuollon työntekijä kokee tuntiessaan voimattomuutta toimia eettisesti. Terveystenhuollossa ahdinkoa luo kyvyttömyys tarjota laadukasta hoitoa potilaille esimerkiksi henkilöstöpulan tai riittämättömien resurssien vuoksi.

¹⁸⁶ Terhi Tevameri, *Toimialaraportit: Katsaus sote-alan työvoimaan – Toimintaympäristön ajankohtaisten muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua*, 2021, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162852/TEM_2021_02_t.pdf, s. 73–74.

¹⁸⁷ Ilmo Keskimäki, *Development of Primary Health Care in Finland*, 2022, lshtm.ac.uk/media/62361, s. 16, 18.

¹⁸⁸ Ilmo Keskimäki, *Development of Primary Health Care in Finland*, 2022, lshtm.ac.uk/media/62361, s. 4.

¹⁸⁹ OECD, *State of Health in the EU: Finland - Country Health Profile 2019*, 2019, oecd-ilibrary.org/docserver/20656739-en.pdf?expires=1685530337&id=id&accname=guest&checksum=8804CFD3FD4C0ECF9648DF960398A8D6, s. 22.

kustannusten perusteella. Valtion rahoituksen taso tarkistetaan jälkikäteen vuosittain toteutuneita kustannuksia vasten.

Hälyttävää on, että vuoden 2024 jälkeen palvelutarpeen kasvu huomioidaan valtion rahoituksessa vain 80-prosenttisesti.¹⁹⁰ Perusteluna tälle on, että ”[t]ämä kannustaa hyvinvointialueita tehokkuuteen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä.”¹⁹¹ Mikäli rahoituksen taso ei turvaa perustuslain takaamia riittäviä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, hyvinvointialueella on oikeus saada valtiolta lisärahoitusta.¹⁹² Toistuva lisärahoituksen tarve voi johtaa hyvinvointialueen arviointimenettelyyn ja jopa hyvinvointialueiden yhdistämisiin.¹⁹³ Ei ole selvää, onko tämän rahoitusmallin puitteissa mahdollista paitsi järjestää lakisääteiset palvelut, myös kehittää palveluita tavalla, joka parantaa niiden saatavuutta ja käytettävyyttä niille ihmisryhmille, joille palveluiden käyttö on nykyisellään vaikeaa.

”Sote-uudistuksen onnistuminen riippuu vain ja ainoastaan resursseista. Tarvitaan rahaa ja johtajuutta.”

Lääkäri

Sote-uudistuksen toimeenpano alkoi tammikuussa 2023 haasteellisten olosuhteiden keskellä. Näitä haasteita olivat muun muassa koronapandemian aikaansaama hoitovelka; krooninen henkilöstöpula sosiaali- ja terveydenhuollossa; vuonna 2022 alkaneet terveydenhuollon työntekijöiden työtaistelut; Venäjän Ukrainaan kohdistaman hyökkäyssodan aiheuttama energiakriisi; korkea inflaatio ja kasvavat toimintakustannukset sekä kiireettömän hoidon pitkät jonotusajat. Hyvinvointialueiden riittämätön rahoitus oli säännöllinen mediaotsikko vuonna 2022 ja vuoden 2023 alussa. Kaikki vastaajat Amnesty Internationalin toteuttamassa hyvinvointialuekyselyssä kertoivat, että heidän hyvinvointialueensa rahoitus on joko riittämätöntä tai luultavasti riittämätöntä kattamaan palveluiden tarjoamisen vuonna 2023.

Tammikuussa 2023 THL julkaisi arviot uusista hyvinvointialueista.¹⁹⁴ Arvioiden mukaan lähes kaikilla hyvinvointialueilla oli vaikeuksia tarjota oikea-aikaista pääsyä perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon henkilöstöpulan vuoksi.¹⁹⁵ Rajoitettu pääsy näihin palveluihin johtaa siihen, että potilaat joutuvat odottamaan ahtaissa päivystystiloissa siirtoa muihin hoitopaikkoihin.¹⁹⁶

5.3.1 HAJANAISIA PYRKIMYKSIÄ PALVELUTARJONNAN PARANTAMISEKSI

Hallitus aloitti ”Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus” -ohjelman vuosille 2020–2023 pyrkimyksenään kehittää perusterveydenhuoltoa osana sote-uudistusta. Edellisessä luvussa käsiteltyn hallinto- ja rakenneuudistusten ohella ohjelman on tarkoitus uudistaa palveluiden sisältöä.¹⁹⁷ Ohjelman tavoitteena on:

1. Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen
2. Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoiwaan työhön
3. Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen
4. Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen

¹⁹⁰ Arvio palvelutarpeen vuosittaisesta kasvusta perustuu THL:n tutkimukseen. Pelastustoimen rahoitusta korotetaan kustannustason kasvun perusteella; Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta, 617/2021, finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210617#Pdm45843170559840, Luku 2, 7§.

¹⁹¹ Sote-uudistus, ”Rahoituksen tason määräytyminen ja vuosittainen tarkistaminen”, 2022, soteuudistus.fi/rahoituksen-maaraytyminen-ja-tarkistaminen, luettu 30.5.2023.

¹⁹² Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaiksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi (HE 241/2020 vp), eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE_241+2020.pdf, s. 209.

¹⁹³ Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaiksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi (HE 241/2020 vp), eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE_241+2020.pdf, s. 1133–1134.

¹⁹⁴ THL, ”Ikääntyvä väestö, henkilöstöpula ja koronan aiheuttama hoito- ja palveluvelka vaikeuttavat sote-palvelujen järjestämistä hyvinvointialueilla”, 31.1.2023, thl.fi/fi/-/ikaantyyva-vaesto-henkilostopula-ja-koronan-aiheuttama-hoito-ja-palveluvelka-vaikeuttavat-sote-palvelujen-jarjestamista-hyvinvointialueilla?redirect=%2Ffi%2F.

¹⁹⁵ THL, ”Ikääntyvä väestö, henkilöstöpula ja koronan aiheuttama hoito- ja palveluvelka vaikeuttavat sote-palvelujen järjestämistä hyvinvointialueilla”, 31.1.2023, thl.fi/fi/-/ikaantyyva-vaesto-henkilostopula-ja-koronan-aiheuttama-hoito-ja-palveluvelka-vaikeuttavat-sote-palvelujen-jarjestamista-hyvinvointialueilla?redirect=%2Ffi%2F.

¹⁹⁶ THL, ”Ikääntyvä väestö, henkilöstöpula ja koronan aiheuttama hoito- ja palveluvelka vaikeuttavat sote-palvelujen järjestämistä hyvinvointialueilla”, 31.1.2023, thl.fi/fi/-/ikaantyyva-vaesto-henkilostopula-ja-koronan-aiheuttama-hoito-ja-palveluvelka-vaikeuttavat-sote-palvelujen-jarjestamista-hyvinvointialueilla?redirect=%2Ffi%2F.

¹⁹⁷ STM, *Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman arvioinnin väliraportti*, 2022, soteuudistus.fi/documents/16650278/21777209/Tulevaisuuden_sote-keskus_v%C3%A4liraportti_final_140622.pdf/d681e3d5-48be-5e44-e695-1354ec5220cd/Tulevaisuuden_sote-keskus_v%C3%A4liraportti_final_140622.pdf?t=1660040343950, s. 9.

5. Kustannusten nousun hillitseminen¹⁹⁸

Ohjelman väliraportti julkaistiin kesäkuussa 2022. Siinä todettiin, että ” - ohjelmasta tuli enemmän kokonaisuutta STM:n hallinnonalan kehityshankkeita kuin johdonmukainen ohjelmallinen kokonaisuus”.¹⁹⁹ Ohjelma perustuu projektijohtoiseen kehittämiseen, eikä se sisällä esimerkiksi vakituisten henkilöstön palkkaamista. Hyvinvointialueiden osalta arvioinnissa todettiin, että ohjelma on hajanainen ja päällekkäinen ja että monilla alueilla henkilöstön vähäisyys on hankaloittanut sen toimeenpanoa.²⁰⁰

Amnesty Internationalin toteuttamissa asiantuntijahaastattelussa useat haastateltavat huomauttivat, että terveydenhuoltoa on Suomessa tyypillisesti kehitetty erilaisissa lyhyen aikavälin projekteissa, joita ei välttämättä integroida järjestelmään. Tällaiset aloitteet eivät ole tuottaneet toivottuja tuloksia palveluiden saatavuuden ja laadun parantamisesta.

5.4 KORONAPANDEMIAN JA ELINKUSTANNUSKRIISIN VAIKUTUS

KORONAPANDEMIA

”Ennen sai paremmin [ajan terveydenhuoltoon]. Ennen ei ollut koronaa.”

Kirsi, eläkeläinen, 72 vuotta

Terveyspalveluiden tuottajat pystyivät sopeuttamaan palvelutarjontaa suhteellisen hyvin koronapandemian aikana vähentämällä kiireettömiä palveluita sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa kohdentaakseen resursseja pandemiaan liittyviin toimintoihin.²⁰¹

THL:n mukaan koronapandemia aiheutti valtavan paineen terveyspalvelujärjestelmälle ja loi palvelu- ja hoitovelkaa etenkin haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden perusterveydenhuollossa, kiireettömässä erikoissairaanhoidossa sekä suun terveydenhuollossa.²⁰² Pandemian vaikutusten terveydenhuoltoon on arvioitu olleen isompia niillä alueilla, joilla oli vakavampi pandemiatilanne – pääasiassa isommissa kaupungeissa pienempiin kuntiin verrattuna.²⁰³

Pandemia on aiheuttanut painetta terveydenhuoltopalveluiden jonotusaikoihin. Hallitus höllensi enimmäisodotusaikoja koskevia sääntöjä maaliskuussa 2020, sillä pandemian hoitoon tarvittiin lisäresursseja.²⁰⁴ Seurauksena tästä yli kuusi kuukautta hoitoa odottaneiden potilaiden määrä kasvoi 1 500:sta lähes 18 000:een (12,9 prosenttia kaikista potilaista) elokuuhun 2020 mennessä. Jonotusajat alkoivat lyhentyä vuonna 2021.²⁰⁵

¹⁹⁸ STM, *Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman arvioinnin väliraportti*, 2022, soteuudistus.fi/documents/16650278/21777209/Tulevaisuuden_sote-keskus_v%C3%A4liraportti_final_140622.pdf/d681e3d5-48be-5e44-e695-1354ec5220cd/Tulevaisuuden_sote-keskus_v%C3%A4liraportti_final_140622.pdf?t=1660040343950, s. 3.

¹⁹⁹ STM, *Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman arvioinnin väliraportti*, 2022, soteuudistus.fi/documents/16650278/21777209/Tulevaisuuden_sote-keskus_v%C3%A4liraportti_final_140622.pdf/d681e3d5-48be-5e44-e695-1354ec5220cd/Tulevaisuuden_sote-keskus_v%C3%A4liraportti_final_140622.pdf?t=1660040343950, s. 9.

²⁰⁰ STM, *Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman arvioinnin väliraportti*, 2022, soteuudistus.fi/documents/16650278/21777209/Tulevaisuuden_sote-keskus_v%C3%A4liraportti_final_140622.pdf/d681e3d5-48be-5e44-e695-1354ec5220cd/Tulevaisuuden_sote-keskus_v%C3%A4liraportti_final_140622.pdf?t=1660040343950, s. 32.

²⁰¹ Tiina Hetemaa et al., *Tiedosta arviointiin – tavoitteena paremmat palvelut: Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa 2020*, 2022, julkari.fi/bitstream/handle/10024/144240/PT2022_003%20verkko%20k.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 4.

²⁰² Tiina Hetemaa et al., *Tiedosta arviointiin – tavoitteena paremmat palvelut: Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa 2020*, 2022, julkari.fi/bitstream/handle/10024/144240/PT2022_003%20verkko%20k.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 4.

²⁰³ Laura Kestilä et al. (toim.), *Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen: Asiantuntija-arvio kevät 2021*, 2021, julkari.fi/bitstream/handle/10024/142536/THL_Rap3_2021-Covid-seuranta%20kev%C3%A4t%202021_f_web.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 98.

²⁰⁴ OECD, *State of Health in the EU: Finland - Country Health Profile 2021*, 2021, oecd-ilibrary.org/docserver/2e74e317-en.pdf?expires=1667898441&id=id&accname=guest&checksum=BB94A78D61BC40195F7DFF19E2FAC143, s. 15.

²⁰⁵ OECD, *State of Health in the EU: Finland - Country Health Profile 2021*, 2021, oecd-ilibrary.org/docserver/2e74e317-en.pdf?expires=1667898441&id=id&accname=guest&checksum=BB94A78D61BC40195F7DFF19E2FAC143, s. 15.

”TIEDÄN ETEN SAA APUA”

TERVEYDENHUOLLON ERIARVOISUUS SUOMESSA

Amnesty International Suomen osasto

Pandemia kuormitti paljon myös terveydenhuollon työntekijöitä. Suomen Lääkäriliiton vuonna 2021 tekemän kyselyn mukaan joka neljäs lääkäri koki työmääränsä lisääntyneen.²⁰⁶ Työmäärä oli lisääntynyt useammalla terveyskeskuksessa työskentelevällä kuin yksityisellä puolella työskentelevällä. Työterveyslaitoksen vuonna 2022 tekemän kyselyn mukaan 63 prosenttia sairaanhoitajista oli kokenut työmääränsä lisääntyneen pandemian vuoksi.²⁰⁷ Tehyn vuonna 2021 teettämän kyselyn mukaan 77 prosenttia heidän jäsenistään koki, että pandemia oli heikentänyt heidän työhyvinvointiaan.²⁰⁸

ELINKUSTANNUSKRIISI

Elinkustannuskriisillä on ollut suuri vaikutus pienituloisten ihmisten elämään vuodesta 2021 lähtien. Suomessa inflaatio alkoi kasvaa jo vuonna 2021 nousten 4,4 prosenttiin tammikuuhun 2022 mennessä.²⁰⁹ Joulukuussa 2022 inflaatio oli 9,1 prosenttia.²¹⁰

Inflaation aiheuttama elinkustannuskriisi vaikutti pienituloisten kykyyn maksaa terveysmenoja, esimerkiksi kykyyn ostaa lääkkeitä. Kuluttajaliiton marraskuussa 2022 teettämän kyselyn mukaan 14 prosenttia vastaajista oli joutunut säästämään lääkkeiden ostamisesta elinkustannuskriisin vuoksi.²¹¹ Eniten kärsivät pienituloiset (bruttotulot alle 20 000 euroa vuodessa), joista useampi kuin joka viides vastaaja joutui vähentämään lääkeostoja elinkustannusten nousun vuoksi.²¹² (Lisätietoja taloudellisista esteistä terveydenhuollossa, ks. luku 6.1.)

Luvussa 5 on kuvattu terveydenhuollon riittämätöntä rahoitusta Suomessa sekä sote-uudistuksen kyvyttömyyttä puuttua tähän ja muihin terveydenhuoltojärjestelmän puutteisiin. Yhteenvetona voidaan todeta, että uudistus ei toteuta tavoitettaan, eli kavenna terveyseroja. Mikäli uudistus ylläpitää resurssivajetta, joka vaikuttaa hyvinvointialueiden mahdollisuuksiin tarjota palveluita, se ei edistä terveyteen liittyvien oikeuksien toteutumista. Rahoitukseen ja henkilöstövajeeseen liittyvät ongelmat vaikuttavat erityisesti heikossa asemassa oleviin ryhmiin, jotka ovat julkisten terveydenhuoltopalveluiden varassa. Pandemia ja elinkustannuskriisi ovat pahentaneet näitä olemassa olevia ongelmia. Valtiolla on velvollisuus turvata kaikkien oikeus terveyteen, mutta toistaiseksi hallituksen toteuttamat toimenpiteet eivät ole olleet riittäviä tämän toteutumiseksi.

²⁰⁶ Sähköpostikysely lähetettiin 5000:lle liiton jäsenelle toukokuussa 2021 ja siihen vastasi oli 834 vastaajaa. Suomen Lääkäriliitto "Koronaepidemian vaikutukset lääkärin työhön", 2021, laakariliitto.fi/site/assets/files/5227/laakariliitto_koronan_vaiikutukset_kevat_2021_ra-portti.pdf, s. 6.

²⁰⁷ Työterveyslaitos, "Sote- ja kunta-alan tutkimustuloksia", 2023 tli.fi/sites/default/files/2023-01/Mediainfo%202501%20Sote-%20ja%20kunta-alan%20tutkimustuloksia.pdf, s. 24.

²⁰⁸ Kysely lähetettiin aikavälillä kesäkuu-elokuu 2021 liiton jäsenille, jotka työskentelevät sairaaloissa. Kyselyn vastausprosentti oli 35 % (3 490 vastaajaa). Aula Research, "Kysely tehläisille 2021", 2021, tehy.fi/system/files/mfiles/dokumentti/aula_researchin_kysely_hoitajien_tyossajaksamisesta_ja_tyohyvinvoinnista_2021_id_17362.pdf, s. 6.

²⁰⁹ Tilastokeskus. 2022. Suomen inflaatio: stat.fi/pxgraf/api/v1/sq-filed/58bd76bf-7908-439b-ac1a-528cef4cb0b8?lang=fi&format=xlsx.

²¹⁰ Tilastokeskus, 2022. Suomen inflaatio: stat.fi/julkaisu/ci8bkshgb6g8z0bw0h415hbnu.

²¹¹ Verkkokyselyssä oli 1090 aikuista vastaajaa eri puolelta Suomea. Kuluttajaliitto, 2022, "Kuluttajaliiton kansalaiskysely", docplayer.fi/231116756-Kuluttajaliiton-kansalaiskysely-luottamuksellinen-1.html, s. 3.

²¹² Kuluttajaliitto, 2022, "Kuluttajaliiton kansalaiskysely", docplayer.fi/231116756-Kuluttajaliiton-kansalaiskysely-luottamuksellinen-1.html, s. 6.

6. TERVEYDENHUOLLON PALVELUIDEN SAANNISSA MONINAISIA ESTEITÄ

Suomella on velvollisuus turvata kaikille oikea-aikainen pääsy kohtuuhintaisiin terveyspalveluihin.²¹³ Ihmisoikeusperustainen terveyspolitiikka edellyttää heikoimmassa asemassa olevien tarpeiden priorisoimista yhdenvertaisuuden edistämiseksi.²¹⁴ Tämä ei toteudu, sillä ihmiset, joilla ei ole pääsyä työterveyshuollon tai yksityisten palveluiden pariin, kohtaavat moninaisia esteitä tarvitsemiensa terveyspalveluiden pariin pääsyssä. Näitä ovat taloudelliset esteet, pitkät jonotusajat, kyvyttömyys saada yhteys palveluihin, tiettyjen palveluiden huono saatavuus, maantieteellinen eriarvoisuus ja digitaaliset esteet. Luottamuksen puute siitä, että palveluita ja laadukasta hoitoa on tarvittaessa mahdollista saada julkisissa palveluissa, voi myös vaikuttaa kielteisesti ihmisiin, jotka ovat riippuvaisia näistä palveluista.

6.1 TALOUDELLISET ESTEET

Suomella on velvollisuus varmistaa, että terveydenhuolto on kohtuuhintaista kaikille. Taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitean mukaan henkilön sosiaalinen asema tai taloudellinen tilanne ei saisi johtaa terveydenhuollon eriarvoiseen saatavuuteen.²¹⁵ Amnesty Internationalin keräämien tietojen mukaan näin ei kuitenkaan Suomessa ole, koska taloudelliset esteet tuottavat merkittäväälle ihmismäärälle ahdinkoa ja voivat johtaa siihen, ettei ihmisillä ole mahdollista käyttää tarvitsemiaan terveydenhuollon palveluita tai lääkkeitä.

²¹³ TSS-komitea, General Comment 14, Para 17.

²¹⁴ TSS-komitea, General Comment 14, Paras 52, 43.

²¹⁵ TSS-komitea, General Comment 20, Para 35.

Taulukko 1. Tyydyttämätön palvelutarve taloudellisista syistä eri terveydenhuoltopalveluissa Suomessa ja EU-maissa vuonna 2019.²¹⁶

	Yhteensä	Terveys-palvelut	Suunterveyden palvelut	Mielenterveys-palvelut	Resepti-lääkkeet
Suomi	25,7 %	10,5 %	22,2 %	29,8 %	8,1 %
EU	13,0 %	5,5 %	10,8 %	3,7 %	4,2 %

Kuten taulukosta 1. voi havaita, vuonna 2019 lähes 26 prosenttia Suomessa asuvista ihmisistä raportoi tyydyttämätöntä palvelutarvetta terveyspalveluissa taloudellisten syiden vuoksi, kun taas EU:n keskiarvo oli 13 prosenttia. Erot olivat huomattavia kaikissa kategorioissa: terveyspalveluissa, suunterveyden palveluissa, mielenterveyspalveluissa ja reseptilääkkeissä. THL:n tekemässä väestökyselyssä 18,3 prosenttia vastanneista oli viimeisten 12 kuukauden aikana joutunut tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä rahanpuutteen vuoksi.²¹⁷

Tilastojen mukaan pienempituloisilla ihmisillä on enemmän tyydyttämätöntä palvelutarvetta terveyspalveluissa kuin korkeampituloisilla. Vuonna 2019 tehdyn kyselytutkimuksen mukaan Suomessa 31,7 prosenttia vastaajista alimmassa tuloviidenneksessä raportoi tyydyttämätöntä palvelutarvetta terveyspalveluissa taloudellisten syiden vuoksi. Vastaava luku ylimmässä tuloviidenneksessä oli 11,9 prosenttia.²¹⁸ EU-keskiarvo alimmalle tuloviidennekselle oli 21,9 prosenttia ja ylimmälle 6,5 prosenttia.²¹⁹

Terveydenhuollon korkeat kustannukset voivat aiheuttaa taloudellista ahdinkoa. Ihmiset voivat joutua turvautumaan toimeentulotukeen²²⁰ maksaakseen terveyskulujaan.²²¹ Suomen köyhyyden vastaisen verkoston EAPN-Fin:in raportin mukaan kyvyttömyys asiakasmaksujen ja lääkkeiden maksamiseen voi johtaa velkaantumiseen, laskujen perintämenettelyyn, pikavippien käyttöön ja luottotietojen menettämiseen.²²² Luottotietojen menettämisellä voi olla kauaskantoisia ja kielteisiä vaikutuksia – se voi esimerkiksi estää henkilöä vuokraamasta kotia tai saamasta vakuutusta.²²³ Lisäksi velkaantuminen voi aiheuttaa häpeän ja ahdistuksen tunteita.²²⁴

“En ole ainut [jolla on taloudellisia huolia terveystenoihin liittyen]. Tiedän monia ikäisiäni, jotka ovat myös joutuneet köyhyysloukkuun sen takia. Sitten he tinkivät, että eivät mene lääkäriin... Mä vaan siirrän sitä [lääkäriin menoa].

Tuulia, pienituloisen eläkeläinen, 64 vuotta

Kyvyttömyys maksaa hoidon kustannuksia tai pelko maksujen vuoksi taloudellisiin vaikeuksiin joutumisesta voi ajaa ihmisiä lykkäämään tarvittavaan hoitoon hakeutumista tai johtaa siihen, ettei hoitoon hakeuduta

²¹⁶ Eurostat, "Self-reported unmet needs for specific health care-related services due to financial reasons by sex, age and income quintile", [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/HLTH_EHIS_UN2I\\$DEFAULTVIEW](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/HLTH_EHIS_UN2I$DEFAULTVIEW).

²¹⁷ Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet, Rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus (%), 2020, sotkanet.fi/taulukko/?indicator=szY0cgEA®ion=s07MBAA=&year=sy5zsk7W0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202109301228.

²¹⁸ Eurostat, Self-reported unmet needs for health care by sex, age, specific reasons and income quintile, ec.europa.eu/eurostat/data-browser/view/HLTH_EHIS_UN1I_custom_5659697/default/table?lang=en.

²¹⁹ Eurostat, Self-reported unmet needs for health care by sex, age, specific reasons and income quintile, ec.europa.eu/eurostat/data-browser/view/HLTH_EHIS_UN1I_custom_5659697/default/table?lang=en.

²²⁰ Toimeentulotuki on henkilön tai perheen viimesijainen taloudellinen tuki, jota myönnetään kattamaan elämän perusmenoja.

²²¹ Katri Aaltonen et al., "Toimeentulotuen käyttö terveys- ja lääkemenoihin Helsingissä 2008–2010", teoksessa Elina Ahola ja Heikki Hii-lamo (toim.), *Köyhyyttä Helsingissä: Toimeentulotuen saajat ja käyttö 2008–2010*, 2013, helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38938/Tutkimuksia127.pdf, s. 102.

²²² Tiina Saarela (toim.), *Asiakasmaksut aiheuttavat ahdinkoa: Raportti kyselystä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksuista johtuvasta taloudellisesta ahdingosta paljon palveluja käyttävien arjessa*, 2020, eapn.fi/wp-content/uploads/2020/05/Asiakasmaksut-aiheuttavat-ahdinkoa.pdf, s. 24.

²²³ Tiina Saarela (toim.), *Asiakasmaksut aiheuttavat ahdinkoa: Raportti kyselystä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksuista johtuvasta taloudellisesta ahdingosta paljon palveluja käyttävien arjessa*, 2020, eapn.fi/wp-content/uploads/2020/05/Asiakasmaksut-aiheuttavat-ahdinkoa.pdf, s. 24.

²²⁴ Tiina Saarela (toim.), *Asiakasmaksut aiheuttavat ahdinkoa: Raportti kyselystä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksuista johtuvasta taloudellisesta ahdingosta paljon palveluja käyttävien arjessa*, 2020, eapn.fi/wp-content/uploads/2020/05/Asiakasmaksut-aiheuttavat-ahdinkoa.pdf, s. 24.

ollenkaan.²²⁵ Ihmiset saattavat lykätä lääkärin vastaanotolle menemistä mahdollisimman kauan tai jättää ottamasta heille määrättyjä lääkkeitä.²²⁶ Amnesty Internationalin tekemissä haastatteluissa useammat henkilöt kertoivat laiminlyöneensä hoitoaan korkeiden terveystuotteiden vuoksi. Klubitalo Sarastuksen johtaja Annika Häggqvist kertoi Amnesty Internationalille: ”Ensin saatetaan lykätä lääkärille menoa siinä pelossa, kun se maksaa. Ei välttämättä edes tiedetä, mitä se maksaa. Kun sitä aikansa pitkitetään, niin usein myös oireet pahenevat ja hoidon tarve vaan lisääntyy... Kerrankin oli tilanne, että tarvittiin ambulanssihoitoa, niin potilas kysyi, että mitä se maksaa, onko mulla varaa siihen. Nämä ovat aika karuja tilanteita.”

ASIAKASMAKSUT AIHEUTTAVAT TALOUDELLISTA AHDINKOA

“Hinnat ovat kallistuneet terveyspalveluissa. Paljon jos joutuu käymään, niin ovat kalliita. Ja ne [laskut] erääntyvät nopeasti.”

Hilkka, eläkeläinen, 69 vuotta

Vaikka Suomella on velvollisuus varmistaa, että terveydenhuolto on kaikille kohtuuhintaista, monilla ihmisillä on vaikeuksia maksaa terveydenhuollosta aiheutuvia maksuja. Taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitean mukaan terveydenhuollon palveluiden sekä terveystuotteiden kohtuuhintaisuus on taattava jokaiselle, mukaan lukien haavoittuville ryhmille ja ihmisille, joiden taloudellinen tilanne on heikko, jotta oikeus terveyteen toteutuisi.²²⁷

Suomessa asiakasmaksut kattavat EU:n keskiarvoa suuremman osan terveydenhuoltomenoista.²²⁸ Vuonna 2019 asiakasmaksujen osuus terveydenhuoltomenoista oli 17,4 prosenttia kun taas EU:n keskiarvo oli 15,4 prosenttia.²²⁹ OECD:n (2019) mukaan Suomi on yhdeksän sellaisen maan joukossa, joissa tuloerot tyydyttämättömissä palvelutarpeissa terveyspalveluissa ovat korkeimpia – pienituloisten kustannuksella.²³⁰ Asiakasmaksut voivat myös lisätä köyhyyttä, sillä THL:n tekemässä mikrosimulaatiomallissa selvisi, että asiakasmaksujen vähentäminen kotitalouden tuloista nostaa köyhyysastetta.²³¹

Suomessa asiakasmaksuja peritään suurimmasta osasta julkisia terveydenhuollon palveluita kuten perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidon avo- ja poliklinikkahoidosta, päivystyspalveluista sekä lääkkeistä.²³² Jotkin terveydenhuollon palvelut ovat käyttöhetkellä ilmaisia kuten terveysneuvonta ja ohjaus, hoitajien vastaanottokäynnit perusterveydenhuollossa, seulonnat sekä äitiys- ja lastenneuvolakäynnit.²³³ Palvelusta riippuen asiakasmaksu on joko tasasuuruinen tai tulosidonnainen eli tulojen ja perhesuhteiden mukaan määräytyvä.²³⁴ Tasasuuruisia asiakasmaksuja peritään esimerkiksi terveyskeskusten palveluista, kuten terveydenhuollon ammattilaisten ja suun terveydenhuollon vastaanottokäynneistä. Vuonna 2023 lääkärin vastaanottokäynniltä perittävä enimmäismaksu on 20,90 euroa ja hammaslääkärin 13,30 euroa.²³⁵ Tulosidonnaisia asiakasmaksuja peritään yleensä jatkuvasta ja säännöllisestä kotona annettavasta palvelusta,

²²⁵ Tiina Saarela (toim.), *Asiakasmaksut aiheuttavat ahdinkoa: Raportti kyselystä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksuista johtuvasta taloudellisesta ahdingosta paljon palveluja käyttävien arjessa*, 2020, eapn.fi/wp-content/uploads/2020/05/Asiakasmaksut-aiheuttavat-ahdinkoa.pdf, s. 24.

²²⁶ Tiina Saarela (toim.), *Asiakasmaksut aiheuttavat ahdinkoa: Raportti kyselystä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksuista johtuvasta taloudellisesta ahdingosta paljon palveluja käyttävien arjessa*, 2020, eapn.fi/wp-content/uploads/2020/05/Asiakasmaksut-aiheuttavat-ahdinkoa.pdf, s. 44–45.

²²⁷ TSS-komitea, General Comment 14, Para 12b.

²²⁸ OECD, *State of Health in the EU: Finland - Country Health Profile 2021*, 2021, oecd-ilibrary.org/docserver/2e74e317-en.pdf?expires=1665999496&id=id&accname=guest&checksum=D13E7211CB4537399088CADA5F3A981E, s. 14.

²²⁹ OECD, *State of Health in the EU: Finland - Country Health Profile 2021*, 2021, oecd-ilibrary.org/docserver/2e74e317-en.pdf?expires=1665999496&id=id&accname=guest&checksum=D13E7211CB4537399088CADA5F3A981E, s. 14.

²³⁰ OECD, *Health for Everyone?: Social inequalities in health and health systems*, 2019, oecd-ilibrary.org/docserver/3c8385d0-en.pdf?expires=1674135849&id=id&accname=guest&checksum=051308FB0740BD84BE85F970C73FE1D7, s. 27.

²³¹ Jussi Tervola et al., *The distributional effects of out-of-pocket health payments in Finland 2010–2018*, 2018, julkari.fi/bitstream/handle/10024/137236/URN_ISBN_978-952-343-220-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 17.

²³² OECD, *State of Health in the EU: Finland - Country Health Profile 2021*, 2021, oecd-ilibrary.org/docserver/2e74e317-en.pdf?expires=1665999496&id=id&accname=guest&checksum=D13E7211CB4537399088CADA5F3A981E, s. 10.

²³³ STM, ”Terveydenhuollon maksut”, 2023, stm.fi/terveydenhuollon-maksut.

²³⁴ STM, ”Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut”, 2023, stm.fi/sotehuollon-asiakasmaksut.

²³⁵ Yhdessä terveyskeskuksessa lääkärin vastaanottokäynnistä voidaan periä enintään 20,90 euron maksu enintään kolme kertaa kalenterivuodessa. Vaihtoehtoisesti voidaan periä vuosimaksu, jonka suuruus on enintään 41,80 euroa kalenterivuodessa. STM, ”Terveydenhuollon maksut”, 2023, stm.fi/terveydenhuollon-maksut; STM, ”Hammashuollon maksut”, 2023, stm.fi/hammashuollon-maksut.

”TIEDÄN ETTEN SAA APUA”

TERVEYDENHUOLLON ERIARVOISUUS SUOMESSA

Amnesty International Suomen osasto

ASIAKSMAKSULAIN UUDISTUS

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista uudistettiin vuonna 2021. Tavoitteena oli lisätä ilmaisten terveyspalveluiden määrää ja tehdä maksuista tasapuolisempia. Jotkin palvelut, kuten sairaanhoitajan vastaanotot, perusterveydenhuollossa tapahtuva psykiatrinen hoito sekä alle 18-vuotiaiden avosairaanhoito, säädettiin maksuttomiksi. Julkisten palveluiden maksukattoa laajennettiin kattamaan suun terveydenhuollon, terapian, tilapäisen kotihoidon ja tiettyjen etänä toteutettavien palveluiden kuluja.

Lain 11 pykälä velvoittaa hyvinvointialueita alentamaan tai jättämään perimättä maksuja, jotka perustuvat asiakkaan maksukykyyn, mikäli maksun periminen ”vaarantaa henkilön tai perheen toimeentulon edellytyksiä”. Laki painottaa, että maksun alentamisen ja perimättä jättämisen on oltava ensisijaista toimeentulotukeen nähden. Hyvinvointialueet ovat myös velvollisia tiedottamaan asiakkaita heidän oikeuksistaan asiakasmaksujen alentamiseen ja perimättä jättämiseen.²⁴⁸ TSS-komitean mukaan tiedon saaminen on edellytys saavutettaville terveydenhuoltopalveluille.²⁴⁹

Kansalaisyhteiskunnan toimijat ovat kritisoineet lakia sen kyvyttömyydestä poistaa hoidon taloudellisia esteitä. Lain mukaan asiakasmaksujen alentamisen ja perimättä jättämisen käytännöt pätevät ainoastaan tulosidonnaisiin, eivät tasasuuruisiin asiakasmaksuihin.

Amnesty Internationalin haastattellessa palvelunkäyttäjiä paljastui, että monet ihmiset eivät useinkaan ole tietoisia oikeudestaan hakea alennuksia tai huojuksia asiakasmaksuihinsa. Kuten 62-vuotias työttömyyttä kokeva Suvi kertoi: ”En ole hakenut [huojennuksia]. En ole ollut tietoinen [asiakasmaksujen huojuksien tai perimättä jättämisen käytännöistä], ei ole tiedotettu. En ole tiennyt tällaisesta mitään. Olen vaan yrittänyt välttää niitä tilanteita, ettei mun tarvitse mennä sinne [terveydenhuoltoon].” 34-vuotiaalla, työttömyyttä kokevalla Jonnalla oli niin ikään samoja kokemuksia: ”Olen [saanut toimeentulotukea terveydenhuollon maksuihin]. Ei [ole kukaan kertonut asiakasmaksujen huojuksen ja perimättä jättämisen käytännöistä]. Olen ihmetellytkin, että millä tavalla sä maksat ne, kun ei ole rahaa.”

Tutkimusten mukaan ihmiset eivät usein ole tietoisia asiakasmaksujen alentamisen ja perimättä jättämisen käytännöistä.²⁵⁰ Tämä voi johtaa taloudellisiin vaikeuksiin ja pakottaa ihmisiä turvautumaan toimeentulotukeen asiakasmaksujen maksamiseksi. Tulonsiirrot eivät kuitenkaan riitä poistamaan esteitä palveluiden saatavuudelle, varsinkaan silloin, kun ne perustuvat takautuvaan korvaukseen.²⁵¹

Hyvinvointialueet voivat halutessaan tarjota lain velvoittamaa suotuisampia maksukäytäntöjä. Esimerkiksi asiakkaiden mahdollisuus hakea asiakasmaksujen alentamista ja perimättä jättämistä myös tasasuuruksissa asiakasmaksuissa vaihtelee alueiden välillä.²⁵² Tämä toisaalta luo ja vahvistaa maantieteellistä eriarvoisuutta terveydenhuollon kohtuuhintaisuudessa.

Suomessa sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakasmaksut ovat suoraan ulosottokelpoisia.²⁵³ Sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakasmaksujen määrä on noussut merkittävästi viime vuosina.²⁵⁴ Vuonna 2012 ulosottoja oli vähemmän kuin 200 000 ja vuonna 2022 niitä oli jo 480 000.²⁵⁵

²⁴⁸ Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista, 1992, finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734, 11 §.

²⁴⁹ TSS-komitea, General Comment 14, Para 12b.

²⁵⁰ Tiina Saarela (toim.), *Asiakasmaksut aiheuttavat ahdingkoa: Raportti kyselystä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksuista johtuvasta taloudellisesta ahdingosta paljon palveluja käyttävien arjessa*, 2020, eapn.fi/wp-content/uploads/2020/05/Asiakasmaksut-aiheuttavat-ahdingkoa.pdf, s. 8.

²⁵¹ Maria Vaalavuo (toim.), *Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus*, 2018, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160727/30-2018-Asiakasmaksut.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 42.

²⁵² Maaseudun tulevaisuus, ”Näillä alueilla pienituloisen voi hakea alennusta lääkärikänteihin tai suun terveydenhuollon maksuihin”, 13.2.2023, maaseuduntulevaisuus.fi/uutiset/3a9cece8-a98a-4c5f-a397-cbfad04537d6.

²⁵³ Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista, 1992, finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734, 17 §.

²⁵⁴ Anne Perälähti, ”Asiakasmaksulaki nyt eduskunnassa – esitys ei suojaa paljon sairastavia kohtuuttomilta maksuilta”, 10.9.2020, soste.fi/blogikirjoitus/asiakasmaksulaki-nyt-eduskunnassa-esitys-ei-suojaa-paljon-sairastavia-kohtuuttomilta-maksuilta/.

²⁵⁵ Ulosottolaitos, valtakunnanvoudin kanslia, tietopyyntö, tammikuu 2023.

Taulukko 2. Julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden vireille tulleita asiamääriä ulosotossa vuosina 2012–2022.²⁵⁶

2012	180 527
2013	213 205
2014	305 857
2015	326 877
2016	387 437
2017	355 468
2018	420 961
2019	456 568
2020	663 997
2021	559 453
2022	487 121

Kuten taulukosta 2. voi havaita, asiakasmaksujen ulosottojen määrä on hieman vähentynyt vuonna 2021 tehdyn asiakasmaksulain uudistuksen jälkeen. Siitä huolimatta monilla ihmisillä on yhä vaikeuksia maksaa terveydenhuollon kustannuksia. Kyselyt paljastavat, että ulosotoilla on taloudellisen ahdingon lisäksi muita vaikutuksia. Ihmiset ovat raportoineet pitkäkestoista ahdinkoa ja häpeää luottotietojensa menettämisestä sekä tunnetta marginalisoitumisesta ja siitä, ettei voi osallistua yhteiskunnan toimintoihin sen täysimääräisenä jäsenenä.²⁵⁷

Amnesty Internationalin toteuttamissa haastatteluissa ihmiset olivat samaa mieltä siitä, että lääkärin vastaanottokäyntien tulisi olla kohtuuhintaisia kaikille. Lisäksi esille nousi maantieteellisen eriarvoisuuden ulottuvuus, koska asiakasmaksut ovat eri suuruisia eri alueilla. Tämä voi luoda eriarvoisuutta hoidon kohtuuhintaisuuteen eri puolella Suomea asuvien ihmisten välille.

“Onhan siinä nyt vähän semmoista eriarvoisuutta, että yhdellä paikkakunnalla maksaa [lääkärikäynnit] ja toisella ei.”

Kirsi, eläkeläinen, 72 vuotta

Julkisille palveluille, lääkkeille ja terveydenhuoltoon liittyvälle matkustamiselle on olemassa kolme erillistä vuosittaista maksukattoa. Vuonna 2023 vuosiomavastuut, joiden jälkeen potilaiden ei tarvitse maksaa kuluja ovat: 692 euroa julkisissa terveydenhuollon palveluissa²⁵⁸, 592,16 euroa lääkkeissä²⁵⁹ sekä 300 euroa matkakustannuksissa²⁶⁰. Potilaat ovat itse vastuussa maksukattojen täyttymisen seurannasta. Kyselytutkimusten mukaan ihmiset kokevat tämän usein vaikeaksi eivätkä välttämättä pysty seuraamaan maksukattojen täyttymistä.²⁶¹

²⁵⁶ Sisältää: sosiaali- ja terveyspalvelumaksuasiat; sairaala- ja muut laitoshoitomaksut; terveyskeskusmaksut; hammashoitomaksut; lasten-päivähoitomaksut; kotipalvelumaksut; muut sosiaali- ja terveyspalvelumaksut. Ulosottolaitos, valtakunnanvoudin kanslia, tietopyyntö, tammi-kuu 2023.

²⁵⁷ Tiina Saarela (toim.), *Asiakasmaksut aiheuttavat ahdinkoa: Raportti kyselystä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksuista johtuvasta taloudellisesta ahdingosta paljon palveluja käyttävien arjessa*, 2020, eapn.fi/wp-content/uploads/2020/05/Asiakasmaksut-aiheuttavat-ahdinkoa.pdf, s. 24–25.

²⁵⁸ STM, “Terveydenhuollon maksukatto”, 2023, stm.fi/terveydenhuollon-maksukatto.

²⁵⁹ Kela, “Vuosiomavastuu eli lääkekatto”, 2023, kela.fi/laakkeet-laakekatto.

²⁶⁰ Kela, “Matkakorvauksen määrä ja omavastuu”, 2023, kela.fi/matkakorvaus-omavastuu.

²⁶¹ Tiina Saarela (toim.), *Asiakasmaksut aiheuttavat ahdinkoa: Raportti kyselystä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksuista johtuvasta taloudellisesta ahdingosta paljon palveluja käyttävien arjessa*, 2020, eapn.fi/wp-content/uploads/2020/05/Asiakasmaksut-aiheuttavat-ahdinkoa.pdf, s. 16.

KORKEAT LÄÄKEKULUT

Lääkkeet voivat olla merkittävä kulu suomalaisille kotitalouksille. Kela korvaa osan reseptilääkkeiden kustannuksista, mutta osa maksetaan asiakasmaksuna tai omavastuuna.²⁶² Lääkkeiden omavastuiden osuus kaikista sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakasmaksumenoista²⁶³ on noin neljännes – merkittävästi enemmän kuin tasasuuruisten asiakasmaksujen osuus.²⁶⁴ Lääkkeiden korvaustasot ovat suhteellisen alhaisia, sillä potilaat maksavat keskimäärin 34 prosenttia reseptilääkkeiden kustannuksista.²⁶⁵

“Joitakin lääkkeitä olen jättänyt ottamatta sen takia, että ne maksavat liikaa. Esimerkiksi mulla on diabetislääke, joka maksaa noin 90 euroa. Jossain vaiheessa olin puoli vuotta niin, etten käyttänyt sitä. Ajattelin, että tämä on turha. Mutta toisaalta verensokerini oli jatkuvasti koholla... Ilman muuta olen joutunut monta kertaa laiminlyömään lääkehoitoa kustannusten takia.”

Mikael, työkyvyttömyyseläkkeellä, 48 vuotta

Vuosittainen omavastuu lääkkeitä eli asiakasmaksuille asetettu raja, jonka täytyttyä Kela korvaa kaikki lisäkustannukset, on Suomessa korkea verrattuna muihin maihin.²⁶⁶ Suomessa lääkekatto oli 580 euroa vuonna 2021²⁶⁷ ja 592,16 euroa vuonna 2023.²⁶⁸ Vuonna 2021 raja reseptilääkkeille oli Ruotsissa 235 euroa²⁶⁹ ja Norjassa 235 euron rajaan sisältyi reseptilääkkeiden lisäksi erinäisiä terveydenhuollon palveluita kuten lääkärin vastaanotot.²⁷⁰

Koska vuosittainen lääkekatto on suhteellisen korkea eikä perustu potilaan tulotasoon, osa ihmisistä kohtaa vaikeuksia maksujen maksamisessa.²⁷¹ Tämä voi olla mahdollista etenkin perheiden kohdalla, joissa useampi ihminen tarvitsee kalliita lääkkeitä, sillä lääkekatto on henkilökohtainen.²⁷² 76-vuotias eläkeläinen Fanni kertoi Amnesty Internationalille: ”Ei ikinä tule [lääkekatto täyteen]. Maksut tulevat siihen noin 500 euroon ja sitten vaihtuu vuosi. En ole vielä ikinä hyötynyt siitä [lääkekatosta].”

²⁶² Lääkekorvausta saa sen jälkeen, kun alkuomavastuu (50 euroa kalenterivuodessa) on täyttynyt. Kaikki korvausjärjestelmän piiriin kuuluvat reseptillä ostetut tuotteet kerryttävät alkuomavastuuta. Alkuomavastuuta sovelletaan aikuisiin. Kun alkuomavastuu täyttyy, lääkekorvausten saa heti apteekissa. Maksetun omavastuun määrä riippuu lääkkeen korvausluokasta ja henkilölle myönnettyistä korvausoikeuksista. Kela, ”Lääkekustannusten omavastuut”, 2023, kela.fi/laakekustannusten-omavastuut.

²⁶³ Sisältää: tasasuuruiset asiakasmaksut, tulositonaiset asiakasmaksut, suun terveydenhuollon asiakasmaksut, lääkkeiden omavastuut, matkojen omavastuut sekä yksityisten palveluiden omavastuut.

²⁶⁴ Maria Vaalavuo (toim.), Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus, 2018, tietokayttoon.fi/documents/10616/6354562/30-2018-Asiakasmaksut.pdf/82c084e6-829e-4a46-b552-f9a9ad4d2b96/30-2018-Asiakasmaksut.pdf?version=1.0&t=1522993100000, s. 101–102.

²⁶⁵ Vuoden 2017 luku. Liina-Kaisa Tynkkynen et al. *Finland: Health system summary*, 2023, apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1495991/retrieve, s. 7.

²⁶⁶ Leena K. Saastamoinen et al., ”Keitä lääkekustannusten vuotuisen omavastuuosuuden ylittäneet ovat?”, teoksessa Ilpo Airio (toim.), *Toimeentuloturvan verkkoa kokemassa: Kansalaisten käsitykset ja odotukset*, 2013, helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38496/Toimeentuloturva.pdf, s. 227.

²⁶⁷ OECD, *State of Health in the EU: Finland - Country Health Profile 2021*, 2021, health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_fi_english.pdf, s. 10.

²⁶⁸ Kela, ”Vuosiomavastuu eli lääkekatto”, 2023, kela.fi/laakkeet_laakekatto.

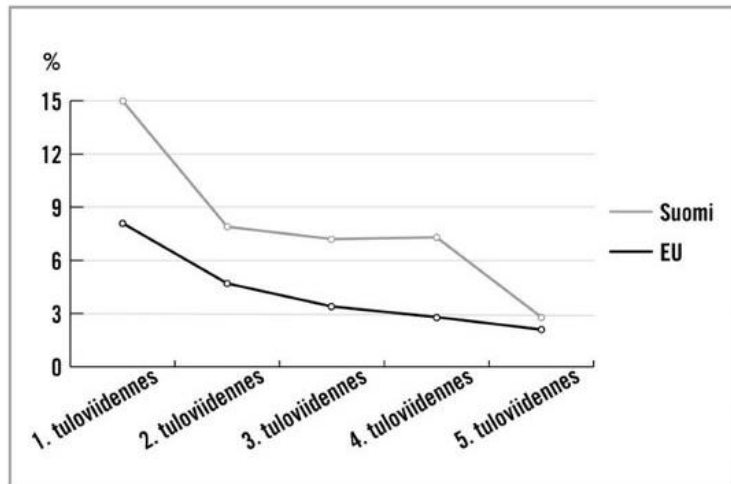
²⁶⁹ OECD, *State of Health in the EU: Sweden - Country Health Profile 2021*, 2021, health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_sv_english.pdf, s. 10.

²⁷⁰ OECD, *State of Health in the EU: Norway - Country Health Profile 2021*, 2021, health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_no_english.pdf, s. 10.

²⁷¹ WHO, *Medicines reimbursement policies in Europe*, 2018, euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf, s. 59.

²⁷² WHO, *Medicines reimbursement policies in Europe*, 2018, euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf, s. 59.

Kuvio 6. Tyydyttämätön reseptilääkkeiden tarve taloudellisista syistä, tulotason mukaan Suomessa ja EU-maissa vuonna 2019.²⁷³



Lääkkeiden ottamatta jättäminen korkeiden kustannusten vuoksi on yleisintä sellaisten henkilöiden kohdalla, jotka ovat pienituloisia sekä heidän, joiden terveydentila on huono.²⁷⁴ Toisin sanottuna ihmiset, jotka tarvitsevat lääkkeitä eniten, voivat kohdata eniten haasteita niiden saamisessa.²⁷⁵ Useilla Amnesty Internationalin haastattelemissa ihmisillä oli kokemuksia siitä, ettei kaikkien reseptilääkkeiden ottaminen ollut jossain vaiheessa ollut heille mahdollista korkeiden kustannusten vuoksi. Kuten 64-vuotias eläkeläinen Elisa kertoi: "Mulla on toistaiseksi voimassa sairaskuluvakuutus ja saan sitä kautta lääkkeeni. Kun se sairaskuluvakuutus tämän vuoden lopulla päättyy, niin mulle tulee vähän ongelmia lääkkeiden kanssa. Joudun todennäköisesti yhden lääkityksen lopettamaan kokonaan... Lääkekatto on tosi korkea. Kaikista kallein lääkkeeni ei käsittääkseni edes kerrytä lääkekattoa."

"Minulla oli yksi asiakas, jolla ei ollut ollut varaa ostaa verenpainelääkkeitä. Työparini mittasi häneltä verenpaineet, niin ne olivat niin isoissa lukemissa, että lopulta haettiin hänelle lääkkeitä vuodeosastolta, jotta hän selvisi siitä seuraavaan maksupäivään... Se on aika yleistä, että ihmisillä ei ole varaa lääkkeisiin. Niitä säännöstellään. Otetaan vaikka vaan joka toinen päivä tai välillä."

Veera Luoto, sosiaalityöntekijä, Työttömien keskusjärjestö

Yksi konkreettinen esimerkki lääkekustannusten vaikutuksesta ihmisten elämään on vuonna 2017 tehty muutos diabeteslääkkeiden korvauksiin liittyen. Tyypin 2 diabeteksen hoidossa käytettävien lääkkeiden korvauksia leikattiin potilaiden omavastuita korottamalla. Yhdessä tutkimuksessa lähes puolet vastaajista raportoi, että muutoksella oli ollut vaikutusta heidän elämäänsä.²⁷⁶ Yleisin vastaajien raportoima vaikutus

²⁷³ Eurostat, "Self-reported unmet needs for specific health care-related services due to financial reasons by sex, age and income quintile", ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/HLTH_EHIS_UN2I_custom_5585684.

²⁷⁴ Katri Aaltonen et al., "Kenellä ei ole varaa lääkkeisiin?", teoksessa Ilpo Airio (toim.), *Toimeentuloturvan verkkoa kokemassa: Kansalaisten käsitykset ja odotukset*, 2013, helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38496/Toimeentuloturva.pdf, s. 235–236.

²⁷⁵ Katri Aaltonen et al., "Kenellä ei ole varaa lääkkeisiin?", teoksessa Ilpo Airio (toim.), *Toimeentuloturvan verkkoa kokemassa: Kansalaisten käsitykset ja odotukset*, 2013, helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38496/Toimeentuloturva.pdf, s. 243.

²⁷⁶ Hanna Rättö et al., "Diabeteslääkkeiden korvauksia leikattiin – miten kävi potilaiden?", 2022, invest.utu.fi/wp-content/uploads/2022/01/Diabeteslaakkeiden-korvauksia-leikattiin-miten-kavi-potilaiden.pdf, s. 3.

liittyi taloudellisiin asioihin, kuten kasvaneeseen rahanmenoon, vaikeuksiin ostaa lääkkeitä sekä rahan säästämiseen tai lainaamiseen lääkkeiden ostamiseksi.²⁷⁷

Pienituloiset ihmiset, joilla on vaikeuksia lääkkeiden maksamisessa, saattavat joutua säästämään esimerkiksi ruokakuluissa tai muissa välttämättömissä menoissa.²⁷⁸ On kuitenkin myös havaittu, että ihmiset eivät välttämättä priorisoi lääkkeitä joutuessaan valitsemaan, käyttävätkö rahaa ruokaan vai lääkkeisiin.²⁷⁹ Hoidon lykkääminen voi johtaa vakavampien terveysongelmien syntymiseen tulevaisuudessa, mikä ei ole ainoastaan vahingollista yksilölle, vaan aiheuttaa vältettävissä olevan lisäkuorman terveydenhuoltojärjestelmälle, koska erikoissairaanhoidon on monesti perusterveydenhuoltoa kalliimpaa.²⁸⁰

6.2 PITKÄT ODOTUSAJAT JULKISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA

“Kyllähän se totuus on, ettei ihmiset pääse lääkärille, eikä oikein hoitajallekaan.”

Lääkäri

Suomella on velvollisuus tarjota kaikille yhtäläiset ja oikea-aikaiset terveydenhuoltopalvelut. Eriarvoisuutta luo se, että julkisessa terveydenhuollossa jonotusajat ovat jatkuvasti pitkiä, kun taas työterveyshuollossa ne ovat yleisesti ottaen todella lyhyitä. Julkisten palveluiden varassa olevat odottavat liian usein kohtuuttomia aikoja päästäkseen tarvitsemiinsa palveluihin. Lisäksi jopa yhteyden saaminen vastaanottoajan varaamiseksi voi olla julkisella puolella vaikeaa.

Suomen Lääkäriliiton vuonna 2021 toteuttamassa kyselyssä 30 prosenttia terveyskeskuksessa käyneistä vastaajista raportoi vaikeuksista päästä lääkärin vastaanotolle pitkien odotusaikojen vuoksi.²⁸¹ Aikaisemmissa kyselyissä osuudet olivat pienempiä: 28 prosenttia vuonna 2017 ja 26 prosenttia vuonna 2014. Samassa kyselyssä 66 prosenttia terveyskeskusten johtavista lääkäreistä oli samaa mieltä siitä, että heidän kunnassaan ihmisillä on jonkin verran tai merkittäviä ongelmia päästä terveyskeskukseen lääkärin vastaanotolle pitkien odotusaikojen vuoksi.²⁸²

Palveluiden saatavuudessa ja jonotusajoissa on merkittäviä eroja eri puolilla maata. THL:n tyytyväisyyttä terveyskeskuspalveluihin tutkineen potilaskyselyn mukaan palveluiden saatavuudessa on havaittavissa alueellisia eroja, ja tulokset ovat heikkoja etenkin Uudellamaalla.²⁸³

Amnesty Internationalin haastattelemat ihmiset olivat samaa mieltä siitä, että pitkät jonotusajat tekevät palveluiden pariin pääsystä vaikeaa. Useat haastateltavat mainitsivat, että odottaminen aiheuttaa huolta ja stressiä omasta terveydentilasta. Osa myös mainitsi, että se pakottaa heidät pärjäämään oireidensa tai kipujensa kanssa. Osa oli sitä mieltä, että odottaminen oli huonontanut heidän terveydentilaansa. 76-vuotias eläkeläinen Oskari kertoi Amnesty Internationalille: ”Toiveeni on, että pääsisi mahdollisimman nopeasti [terveyspalveluiden pariin]. Koska nyt näen isoimpana jarruna sinne pääsyn. Se aiheuttaa sen ongelman. Ja itse asiassa katkeruutta, jos sulle sanotaan, että pääset kuukauden päästä. Ja kärsit sitten kivun kanssa.”

²⁷⁷ Hanna Rättö et al., ”Diabeteslääkkeiden korvauksia leikattiin – miten kävi potilaiden?”, 2022, invest.utu.fi/wp-content/uploads/2022/01/Diabeteslaakkeiden-korvauksia-leikattiin-miten-kavi-potilaiden.pdf, s. 3.

²⁷⁸ Leena K. Saastamoinen et al., ”Keitä lääkekustannusten vuotuisen omavastuuosuuden ylittäneet ovat?”, teoksessa Ilpo Airio (toim.), *Toimeentuloturvan verkkoa kokemassa: Kansalaisten käsitykset ja odotukset*, 2013, helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38496/Toimeentuloturva.pdf, s. 224.

²⁷⁹ Kirsi Kvarnström, *Why patients do not take medication as prescribed: The complexity of medication adherence as a phenomenon*, 2022, helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/349782/Kvarnstr%c3%b6m_Kirsi_dissertation_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 93.

²⁸⁰ Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi (HE 74/2022 vp), 2022, eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_74+2022.aspx.

²⁸¹ Tiedot keräsi puhelinhaastattelulla Kantar TNS aikavälillä 25.10.–9.11.2021. Vastaajia oli 1 003 ja iältään he olivat 15–79-vuotiaita. Suomen Lääkäriliitto, ”Väestökysely hoitoon pääsystä 2021”, 2021, laakariliitto.fi/site/assets/files/5227/vaestokysely_hoitoon_paasysta_2021.pdf, s. 14.

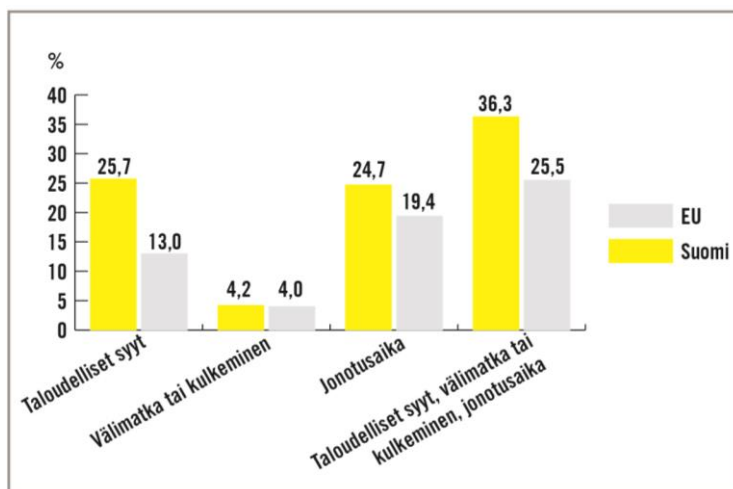
²⁸² Suomen Lääkäriliitto, ”Väestökysely hoitoon pääsystä 2021”, 2021, laakariliitto.fi/site/assets/files/5227/vaestokysely_hoitoon_paasysta_2021.pdf, s. 17.

²⁸³ Kyselyyn osallistui noin 13 900 vastaajaa lähes 200 eri kunnasta. Vastaajat olivat käyttäneet terveyskeskuspalveluita lähi- tai etäpalveluina. THL, ”Mitä mieltä asiakkaat ovat terveyskeskusten vastaanottopalveluista 2022”, 2022, thl.fi/documents/9716163/9879162/Terveyskeskusasiakaspalaute_2022.pdf/f18aff45-547b-d166-7eb7-dbddef89d4ce?t=1672839459154.

Vuoden 2022 elokuussa 44 prosenttia potilaista ei päässyt kiireettömälle lääkärin vastaanotolle viikossa ja 33 prosenttia kahdessa viikossa hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen.²⁸⁴ Pienemmän osan potilaista, yhden prosentin, piti odottaa perusterveydenhuollossa lääkärin vastaanotolle pääsyä yli kolme kuukautta.²⁸⁵ On tärkeä huomioida, että nämä tilastot jonotusaikoihin liittyen koskevat ainoastaan potilaita, jotka ovat saaneet yhteyden terveystakeskukseen (ks. seuraava luku vaikeuksista yhteydensaannissa).

Pitkät jonotusajat ovat yhteydessä pienempiin tuloihin. Kuten yllä mainittiin, ennen pandemiaa vuonna 2019 yksi neljästä ihmisestä Suomessa raportoi tyydyttämättömää palvelutarvetta terveystakespalveluissa pitkien odotusaikojen vuoksi.²⁸⁶ EU:n keskiarvo oli harvempi kuin yksi viidestä.²⁸⁷ Odotusajasta johtuvien itse raportoitujen tyydyttämättömien palvelutarpeiden osuus pienenee tulotason noustessa.²⁸⁸ Tämä viittaisi siihen, että pitkät jonotusajat vaikuttavat pienituloisiin ihmisiin enemmän kuin suurituloisiin, joilla on mahdollisuus käyttää muitakin kuin julkisia terveystakespalveluita. Vastaavasti OECD-verailussa pienituloisilla ihmisillä oli merkittävästi suurempi todennäköisyys lykätä hoitoon hakeutumista jonotusaikojen vuoksi kuin suurituloisilla 16 maassa vertailussa mukana olleista 30 maasta.²⁸⁹ Suomella ero pienituloisten ja suurituloisten välillä oli yksi vertailussa mukana olleiden maiden suurimmista (15 prosenttiyksikköä).²⁹⁰

Kuvio 7. Tyydyttämättömän terveystakeshuoltopalveluiden tarve Suomessa ja EU-maissa ennen pandemiaa vuonna 2019.²⁹¹



²⁸⁴ Kaisa Mölläri ja Tiina Marttila, "Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2022: Terveystakeskusten kiireettömistä lääkärikäynneistä vajaa 60 prosenttia toteutui viikossa syksyllä 2022", 2022, julkari.fi/bitstream/handle/10024/145778/Tilastoraportti%2046%202022.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 1.

²⁸⁵ Kaisa Mölläri ja Tiina Marttila, "Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2022: Terveystakeskusten kiireettömistä lääkärikäynneistä vajaa 60 prosenttia toteutui viikossa syksyllä 2022", 2022, julkari.fi/bitstream/handle/10024/145778/Tilastoraportti%2046%202022.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 2.

²⁸⁶ Eurostat, Self-reported unmet needs for health care by sex, age, specific reasons and income quintile, ec.europa.eu/eurostat/data-browser/view/HLTH_EHIS_UN11/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_care.hlth_unm.

²⁸⁷ Eurostat, Self-reported unmet needs for health care by sex, age, specific reasons and income quintile, ec.europa.eu/eurostat/data-browser/view/HLTH_EHIS_UN11/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_care.hlth_unm.

²⁸⁸ Eurostat, Self-reported unmet needs for health care by sex, age, specific reasons and income quintile, ec.europa.eu/eurostat/data-browser/view/HLTH_EHIS_UN11_custom_3789746/default/table?lang=en.

²⁸⁹ OECD, *Health for Everyone?: Social inequalities in health and health systems*, 2019, oecd-ilibrary.org/docserver/3c8385d0-en.pdf?expires=1675082037&id=id&accname=guest&checksum=B7F1768493416F0BD45119FD8BBBD79D2, s. 140

²⁹⁰ OECD, *Health for Everyone?: Social inequalities in health and health systems*, 2019, oecd-ilibrary.org/docserver/3c8385d0-en.pdf?expires=1675082037&id=id&accname=guest&checksum=B7F1768493416F0BD45119FD8BBBD79D2, s. 155.

²⁹¹ Eurostat, "Self-reported unmet needs for health care by sex, age, specific reasons and income quintile", [ec.europa.eu/eurostat/data-browser/product/page/HLTH_EHIS_UN11\\$DEFAULTVIEW](https://ec.europa.eu/eurostat/data-browser/product/page/HLTH_EHIS_UN11$DEFAULTVIEW).

HOITOTAKUU EI TURVAA PÄÄSYÄ PALVELUIHIN

“Aiemmin puhuttiin hoitotakuusta, mutta nyt siitä ei puhuta enää mitään. Ne on vaan sellaisia kauniita sanoja, mutta ei todellakaan toteudu käytännössä.”

Hoitaja

Pitkät jonotusajat julkisessa terveydenhuollossa tunnistettiin ongelmaksi jo 1990-luvulla.²⁹² Pitkien odotusajkojen hillitsemiseksi ja julkisten terveydenhuoltopalveluiden saatavuuden parantamiseksi vuonna 2005 otettiin käyttöön hoitotakuu.²⁹³ Terveydenhuoltolain²⁹⁴ mukaan potilaiden on voitava saada yhteys perusterveydenhuoltoon arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana. Hoidon tarpeen arviointi on tehtävä viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveystieteiden keskukseseen. Jos potilas ohjataan erikoissairaanhoidon, hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Kiireetön hoito on aloitettava kolmen kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista perusterveydenhuollossa ja puolen vuoden sisällä erikoissairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa.

Valtiontalouden tarkastusviraston vuonna 2008 julkaiseman toiminnantarkastuskertomuksen mukaan lääkäriavajeen vuoksi hoitotakuun toteuttamisessa ja nopeassa pääsystä lääkärin vastaanotolle oli ollut ongelmia.²⁹⁵ Hoitotakuun ensimmäisten täytäntöönpanon vuosien aikana julkista terveydenhuoltojärjestelmää alkoi vaivata lääkäriavajeen lisäksi myös hoitajavaje.²⁹⁶ Hoitotakuun täytäntöönpanossa on edelleen vaikeuksia – jopa aiempaa enemmän koronapandemian jälkimainingeissa.

Nykyisen hoitotakuun täytäntöönpanoon liittyvistä haasteista huolimatta hallitus päätti kiristää takuita vuosien 2023–2024 aikana. Vuodesta 2024 eteenpäin hoidon on alettava perusterveydenhuollossa seitsemän päivän sisällä ja suun terveydenhuollossa kolmen kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista.²⁹⁷ Tästä huolimatta, kuten hallituksen esityksessä huomioidaan, hoitotakuun täytäntöönpano perusterveydenhuollon avohoidossa vaatii lisäystä terveydenhuollon pysyvän henkilökunnan määrään, mihin ei ole nopeita ja helppoja ratkaisuja.²⁹⁸

VAIKEUDET SAADA YHTEYTTÄ PALVELUIHIN JA ONGELMAT AJANVARAUKSESSA

“[Kun soittaa ajanvaraukseen], sen ”1, 2, 3” jälkeen tulee ”Jätä soittopyyntö”. Ja kun jättää soittopyynnön, niin kukaan ei soita.”

Nina, julkisten terveyspalveluiden käyttäjä, 57 vuotta

Suomessa terveystieteiden keskukseseen pääsee tavallisesti yhteydenoton ja ajanvarauksen jälkeen. Yleensä tämä tapahtuu soittamalla terveystieteiden keskukseseen. Potilaan tulee saada arkipäivisin aukioloaikoina välittömästi yhteys terveystieteiden keskukseseen soittamalla tai menemällä paikan päälle.²⁹⁹ Jos hoidon tarpeen arviointia ei voida tehdä

²⁹² Valtiontalouden tarkastusvirasto, *Hoitotakuu: Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 167/2008*, [vtv.fi/app/uploads/2018/07/03110102/hoitotakuu-167-2008.pdf](https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/07/03110102/hoitotakuu-167-2008.pdf), s. 17.

²⁹³ Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta, 2004, [eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE_77+2004.pdf](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE_77+2004.pdf), s. 1, 25.

²⁹⁴ Terveydenhuoltolaki – Health Care Act, 2010, [finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L6P51](https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L6P51), Luku 6, 51, 52 §.

²⁹⁵ Valtiontalouden tarkastusvirasto, *Hoitotakuu: Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 167/2008*, [vtv.fi/app/uploads/2018/07/03110102/hoitotakuu-167-2008.pdf](https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/07/03110102/hoitotakuu-167-2008.pdf), s. 93.

²⁹⁶ Seppo Tuomola et al., *Arviointiselvitys vuosina 2002–2007 toteutetusta kansallisesta terveyshankkeesta: Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen toteutuminen*, 2008, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74145/Arviointiselvitys_vuosina_2002_2007_toteutetusta_Kansallisesta_terveyshankkeesta_fi.pdf?sequence=1, s. 19.

²⁹⁷ Eduskunta, “Eduskunta hyväksyi seitsemän päivän hoitotakuuta koskevan lain”, 16.11.2022, [eduskunta.fi/FI/tiedotteet/Sivut/Eduskunta-hyvaksyi-seitseman-p%C3%A4ivan-hoitotakuuta-koskevan-lain.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/tiedotteet/Sivut/Eduskunta-hyvaksyi-seitseman-p%C3%A4ivan-hoitotakuuta-koskevan-lain.aspx).

²⁹⁸ Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi (HE 74/2022 vp), 2022, [eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE_74+2022.pdf](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE_74+2022.pdf), s. 84.

²⁹⁹ STM, “Hoitoon pääsy (hoitotakuu)”, 2023, <https://stm.fi/hoitotakuu>.

heti, se on tehtävä kolmen arkipäivän sisällä alkuperäisestä yhteydenotosta.³⁰⁰ Ihmiset eivät kuitenkaan välttämättä tunne kaikkia tapoja, joilla terveydenhuoltoon voi olla yhteydessä. 44-vuotias työkyvyttömyyseläkkeellä oleva Kimmo kertoi Amnesty Internationalille: ”Jonojen lisäksi mulle ei ole aina ollut selvää se byrokratia, että miten sinne [terveyskeskukseen] mennään.”

Vuonna 2022 terveyskeskusten puhelinpalveluiden ongelmista raportoitiin useaan kertaan mediassa.³⁰¹ Mediaraportoinnin mukaan potilaille soitettavissa takaisinsoitoissa oli huomattavia viivästyksiä. Etelä-Suomen aluehallintovirasto antoi huomautuksen Keski-Uudenmaan kuntayhtymälle kesäkuussa 2022 ja uudelleen joulukuussa 2022.³⁰² Huomautusten mukaan välitön yhteydensaanti terveyskeskukseen ei ole toteutunut lainmukaisesti.³⁰³ Ihmiset eivät ole saaneet yhteyttä terveyskeskuksiin – osa on odottanut takaisinsoittoja päiviä tai jopa viikkoja, osa terveyskeskusten nettisivuilla annetuista linkeistä ja puhelinnumeroista ei ole toiminut, ja pääsy lääkärin vastaanotoille on viivästynyt.³⁰⁴

Tammikuussa 2023 uutisoitiin isoista ruuhkista kiireettömissä takaisinsoitoissa Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella.³⁰⁵ Espoossa ja Kirkkonummella ihmisten piti odottaa takaisinsoittoa kolmesta kymmeneen päivään. Takaisinsoittajoina oli 4 000 ihmistä. Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella takaisinsoittajien joukossa oli lähes 2 900 puhelua vuoden 2023 tammikuun lopussa.³⁰⁶ Osa ihmisistä piti odottaa takaisinsoittoa useita viikkoja. Mikäli asia ei ratkennut takaisinsoiton yhteydessä, lääkäri arvioi etänä potilaan tarpeen vastaanotolle. Tämän takia osa ihmisistä odotti reilusti yli kolme viikkoa ennen kuin he tapasivat lääkärin kasvotusten. Yhtenä syynä tällaisille viivästyksille sanottiin olevan henkilökuntavaje.

Edellä mainitun kaltaiset ongelmat eivät ole uusia. Vuonna 2021 apulaisoikeuskansleri antoi Espoon kaupungille huomautuksen, koska kaupunki oli laittomasti ja systemaattisesti poistanut takaisinsoittajärjestelmästä tuhansia potilaiden soittamia ja vastaamatta jääneitä puheluita, ja piti mahdollisena, että kaupungin menettely oli voinut vaarantaa joidenkin soittajien terveyden.³⁰⁷ Samana vuonna Turun kaupunki oli kahden tai kolmen päivän jälkeen kiireettömistä soittoista lähettänyt soittajille tekstiviestejä, joissa kerrottiin, että heidän puhelunsa on poistettu ja jos yhteydenotto on vielä ajankohtaista, heidän on soitettava uudelleen.³⁰⁸

Suurimmalla osalla Amnesty Internationalin haastattelemissa ihmisistä oli ainakin jossain vaiheessa ollut vaikeuksia saada yhteyttä terveyspalveluihin. Monet kertoivat, että takaisinsoiton saaminen kestää liian kauan. Osa mainitsi, että heihin on luvattu olla yhteydessä vastaanottoihin liittyen, mutta lupausta ei aina ole pidetty. Tällöin ihmiset jätetään odottamaan jopa ensikontaktia terveydenhuollon ammattilaisiin tietämättömänä siitä, milloin sen saa.

³⁰⁰ Terveydenhuoltolaki, 2010, finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P10-2, Luku 6, 51 §.

³⁰¹ Ks. esim. Aamulehti, ”Mies joutui odottamaan terveysaseman takaisinsoittoa yli viikon ajan – Tampereen terveysasemien puhelinruuhkia puretaan nyt uuden käytännön avulla”, 5.8.2022, aamulehti.fi/tampere/art-2000008971960.html; Epari, ”Korona sotkee terveyskeskuksen soittorumbaa – Siru Manninen odotti takaisinsoittoa 17 päivää”, 11.3.2022, epari.fi/uutiset/korona-sotkee-terveyskeskuksen-soittorumbaa-siru-manninen-odotti-takaisinsoittoa-17-p%C3%A4iv%C3%A4%C3%A4; MTV Uutiset, ”Porvoolaisäiti järkyttyi terveyskeskuksen puhelinjonon pituudesta: 'Olet jonotuspaikalla 308'”, 19.11.2022, mtvuutiset.fi/artikkeli/porvoolaisaiti-jarkyttyi-terveyskeskuksen-puhelinjonon-pituudesta-olet-jonotuspaikalla-308/8567468#gs.n26j55.

³⁰² Tietopyyntö: Etelä-Suomen aluehallintovirasto, helmikuu 2023.

³⁰³ Tietopyyntö: Etelä-Suomen aluehallintovirasto, helmikuu 2023.

³⁰⁴ Tietopyyntö: Etelä-Suomen aluehallintovirasto, helmikuu 2023.

³⁰⁵ Yle Uutiset, ”4 000 ihmistä jumissa terveydenhuollon takaisinsoittajien joukossa Espoossa ja Kirkkonummella – odotusaika jopa 10 päivää”, 4.1.2023, yle.fi/a/74-20011516.

³⁰⁶ Yle Uutiset, ”Tuhannet suomalaiset odottavat soittoa terveysasemaltaan: Maiju Tirkkonen tarkkaili puhelintaan jopa koulun loppuko-keessa”, 27.1.2023, yle.fi/a/74-20014428.

³⁰⁷ Valtioneuvoston oikeuskansleri, Kaupungin terveydenhuollon toiminta takaisinsoittopyyntöjen käsittelyssä (OKV/1597/10/2020), 2021, oikeuskansleri.fi/-/kaupungin-terveydenhuollon-toiminta-takaisinsoittopyyntöjen-kasittelyssa.

³⁰⁸ Yle Uutiset, ”Terveyskeskusten takaisinsoittopalvelut ovat ruuhkautuneet korona-aikana – puheluiden poistaminen ei ole sallittua, mutta silti niin tapahtuu”, 2.8.2021, yle.fi/a/3-12041117.

“Sellaista on käynyt paljon, että mulle luvataan soittaa ja sitten ei koskaan soiteta. Joudun Omakannasta katsomaan, että mikä hoitoni on tällä hetkellä. Sitten esimerkiksi mut siirrettiin [potilaaksi] sisätautien poliklinikalle, mutta sitä poliklinikkaa ei ole enää olemassa. Sitten mut siirrettiin terveyskeskukseen, mutta eihän mulla mitään aikaa sinne terveyskeskukseen ole. Sitten mun pitää varata taas aika sinne, missä aikoja ei ole.”

Mimmi, työttömyyttä kokenut, 30 vuotta

Osa Amnesty Internationalin haastattelemissa ihmisistä jakoi kokemuksiaan terveyskeskusten puhelinpalveluista. He kertoivat kokeneensa stressiä ja turhautumista takaisinsoiton odottamisesta sekä murehtivansa, ovatko puhelimen ääressä, kun soitto vihdoinkin tulee. Puhelinsoittoihin voi myös liittyä saavutettavuusongelmia, kuten 64-vuotias pienituloisen eläkeläinen Tuulia kertoi Amnesty Internationalille: ”On ollut sellainen tilanne, että ei ole edes samana päivänä soitettu, vaan seuraavana päivänä. Ei ole mitään mahdollisuutta mennä ja sanoa, että on akuutti juttu. Siellä ei ole ketään henkilöä paikalla, vaan pitää soittaa. Ja sitten jos puhelin ei toimi jostain syystä tai pätkii, niin on vaikeaa, ettei ole henkilöä paikalla, että voisit mennä sinne sanomaan... Myös kuulovammaisille, mullakin on vähän kuulo-ongelmaa, on hirveän vaikea puhua puhelimessa. Olisi helpompaa, jos olisi henkilö paikalla. Ei tarvitsisi myöskään vahtia puhelinta koko ajan, että koska soitetaan ja eikö soiteta.”

Puhelinpalveluiden saavutettavuuskysymykset nousivat esille myös Amnesty Internationalin haastattelussa johtavaa sosiaalityöntekijää: ”Asunnottomat asiakkaat, joilla ei ole puhelinta tai muuten ihmiset, joilla ei ole puhelinta tai nettiä käytössä. Meillä on paljon asiakkaita, joilla ei ole kumpaakaan. Meille on annettu tänne sosiaalipuolelle terveydenhoidon niin sanottu hotline. Jos asiakas on vaikka tapaamisella ja siinä sitten soittaa [terveyskeskukseen], niin hyvin harvoin sitäkään kautta saa ihmiselle aikaa terveydenhuoltoon. Tosi paljon se vaatisi sitä, että pitäisi olla jollain tavalla tavoitettavissa, että ajan pystyy ilmoittamaan. Takaisinsoitto ei auta asiaa, jos soitetaan työntekijän puhelimesta, kun takaisinsoitto voi tulla viiden tunnin päästä.”

Ensikontaktin lisäksi ihmiset kohtaavat vaikeuksia jatkohoitokäyntien, kuten tutkimusten tulosten sekä lääkityksen seurantakäyntien, saamisessa. Työttömyyttä kokenut Miia kertoi Amnesty Internationalille: ”Olen käynyt [erikoissairaanhoidon yksikössä] TYKS:ssä, kun mulla oli siellä tutkimusjakso. Se loppui tämän vuoden alkupuolella ja mulle sanottiin, että lääkityksen vuoksi pitäisi seurata maksa-arvoja. Yritin päästä terveyskeskuksen kautta [laboratorioon], mutta en päässyt. Olen alkuvuodesta kesään asti aina välillä yrittänyt sinne soittaa... No sitten luovutin sen labra-asian suhteen.” Vastaavasti 62-vuotias työttömyyttä kokeva Suvi kertoi: ”Kun olen ollut [laboratorio]kokeissa, niin en ole koskaan saanut niitä tuloksia. Sanottiin että soittavat, mutta eivät ole ikinä soittaneet. Sitten kun olen soittanut sinne, niin eihän sitä tiedä kenelle olisi pitänyt soittaa ja se on jäänyt siihen. Olen todella yllättynyt, että se on noin hirveän leväperäistä. Siis todella hämmentävää. Jos mulla olisi rahaa, niin menisin yksityiselle [lääkäriasemalle].”

Osa ihmisistä kertoi Amnesty Internationalille, että heille ei ollut annettu terveydenhuollosta minkäänlaista hoitosuunnitelmaa tai heitä pomoteltiin palvelusta toiseen. Hoidon viivästyminen ei ainoastaan aiheuta potilaan pitkittynyttä sairastelua ja luottamuksen menettämistä järjestelmään, vaan voi myös huonontaa paranemisen ennustetta.

“Mietin, että miksi mulle määrättiin lääkkeitä, mistä en voi puhua. Mielestäni olisi tärkeää keskustella niistä. Sitten Maisassa [sähköisen asioinnin portaalissa] oli tieto, että muhun ei vaan voida ottaa yhteyttä, koska on kiire... Aloin sitten itse miettimään, että aloitanko niitä lääkkeitä vai en. Että mistä aloitan... Kun otin ne lääkkeet, niin olisin halunnut kertoa lääkärille, että nämä lääkkeet pistävät sydämeistä, että kuuluuko se tähän. Jos se [lääkäri] olisi soittanut. En ole niitäkään sitten uskaltanut hirveästi syödä. Olen yrittänyt soittaa terveyskeskukseen. Se on mennyt aina siihen, että he soittavat takaisin, mutta sitten sieltä ei välttämättä soiteta.”

Olivia, opiskelija, 23 vuotta

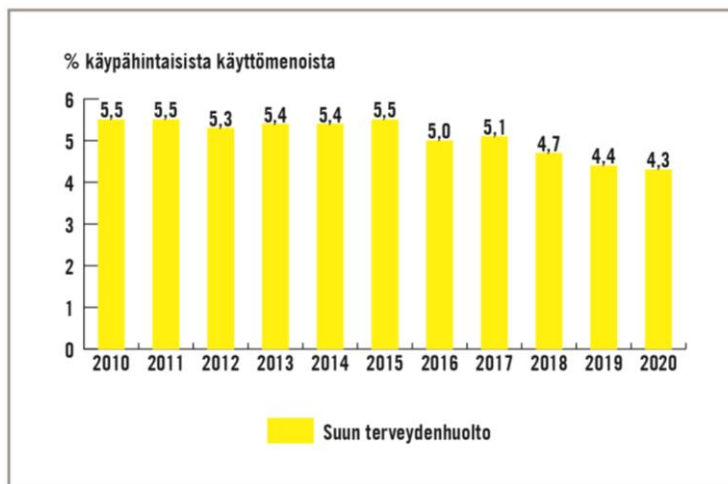
6.3 RAJALLINEN SAATAVUUS JA KORKEA HINTA TIETYISSÄ TERVEYSPALVELUISSA

Tämä luku keskittyy ongelmiin suun terveydenhuollon palveluiden, mielenterveyspalveluiden sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden saatavuudessa. Tämä ei ole tyhjentävä kuvaus eri palveluiden saatavuusongelmista, sillä ongelmia raportoitiin myös muista palveluista, kuten silmätauteihin liittyvistä terveyspalveluista. Lisäksi esimerkiksi useat haastatellut huumausaineita käyttävät ihmiset kertoivat haasteista päästä päihdehoitoon sekä kohtaamastaan stigmasta terveydenhuoltopalveluissa. Alla kuvatut palvelut ovat niitä, jotka nousivat useimmiten esille asiantuntijoiden ja palveluiden käyttäjien haastatteluissa.

6.3.1 SYVÄ SOSIOEKONOMINEN ERIARVOISUUS SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA

Suomella on velvollisuus varmistaa pääsy oikea-aikaisiin ja kohtuuhintaisiin suun terveydenhuollon palveluihin. Eriarvoisuuden minimointi edellyttää resurssien kohdentamista marginalisoitujen ja syrjintävaarassa olevien ihmisten hyväksi. Julkiset suun terveydenhuollon palvelut ovat Suomessa kuitenkin huonosti saatavilla, ja jonotusajat ovat pitkiä. Sekä julkiset että yksityiset palvelut voivat olla potilaille kalliita. Tämän seurauksena Suomessa suun terveydenhuollon tyydyttämättömät tarpeet ovat suuret, ja erityisesti marginalisoiduilla tai syrjintävaarassa olevilla ihmisillä on vaikeuksia saada ja käyttää palveluita.

Kuvio 8. Suun terveydenhuollon menot vuosina 2010–2020, prosenttia terveydenhuollon käyttömenoista.³⁰⁹



“En saanut aikaa [hammaslääkärille], vaikka yritin useamman kerran. Sitten luovutin ja se jäi pidemmäksi aikaa.”

Irja, eläkeläinen, 68 vuotta

Suun terveydenhuollon palveluita on tarjolla useiden palveluntarjoajien kautta: hyvinvointialueiden, yksityisten palveluntarjoajien, opiskelijaterveydenhuollon ja vähemmässä määrin työterveyshuollon kautta. Yksityiset palveluntarjoajat ovat merkittäviä toimijoita suomalaisessa suun terveydenhuollon palvelujärjestelmässä, ja puolet aikuisten suun terveydenhuollon palveluista toteutetaan yksityisesti.³¹⁰

Suunterveyden sosioekonominen eriarvoisuus on Suomessa pitkän aikavälin ilmiö: 1980-luvulta lähtien suunterveys on parantunut eniten heillä, joilla on korkeampi tulo- ja koulutustaso.³¹¹ 2000-luvun alussa julkisesti tuettuja suun terveydenhuollon palveluita alettiin tarjota myös aikuisille – aiemmin niitä oli tarjolla vain lapsille ja tietyille muille ryhmille, kuten niille, joilla oli erityisiä kroonisia sairauksia.³¹²

STM:n sosioekonomisten terveyserojen trendejä aikavälillä 1980–2005 tarkastelleessa katsauksessa havaittiin, että suurempituloiset ihmiset käyttävät suun terveydenhuollon palveluita useammin kuin pienempituloiset suhteessa tarpeeseen.³¹³ Suomen Hammaslääkäriliitto ja Suomen Hammaslääkärisseura Apollonia ovat todenneet, että suunterveyden sosioekonominen eriarvoisuus pysyy voimissaan aikuisten riittämättömän suun terveydenhuollon vuoksi.³¹⁴ He havaitsivat myös, että erityisesti haavoittuvassa asemassa olevilla ryhmillä, kuten pitkäaikaistyöttömällä, mielenterveysongelmista kärsivillä ja huumeusaineita käyttävillä ihmisillä sekä yksin asuvilla ikääntyneillä, on huomattavia ongelmia saada suun terveydenhuoltoa, ja heille kohdistuvia palveluita puuttuu.³¹⁵

³⁰⁹ THL, ”Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2020”, Liitetaulukko 3. Terveydenhuoltomenojen rakenne toiminnoittain 2000–2020, % käypähintaisista käyttömenoista, julkari.fi/bitstream/handle/10024/146539/TR18_23.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

³¹⁰ Suomen Hammaslääkäriliitto, ”Hammaslääkäriliiton lausunto Hallituksen esityksestä eduskunnalle sairausvakuutuslain 2 ja 3 luvun muuttamisesta, HE 237/2022 vp”, eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2022-AK-60338.pdf, s. 1.

³¹¹ Lisa Bøge Christensen et al., ”Suunterveyteen liittyvä eriarvoisuus Pohjoismaissa”, Hammaslääkäri, 6/2021, lehtiulkku.fi/lehti/hammaslaakarilehti/read/06-2021/278197.html, s. 51.

³¹² Ilmo Keskimäki et al., *Finland: Health system review*, 2019, apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327538/HIT-21-2-2019-eng.pdf?sequence=7&isAllowed=y, s. 122.

³¹³ Hannele Palosuo, ”Summary and conclusions”, teoksessa Hannele Palosuo et al. (toim.), *Health inequalities in Finland: trends in socio-economic health differences 1980–2005*, 2009, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72254/URN%3aNB%3afi-fe201504224334.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 225.

³¹⁴ Suomen Hammaslääkäriliitto, ”Tiedote: Suunterveyden eriarvoisuus pitää ratkaista”, 11.6.2021, hammaslaakariliitto.fi/fi/ajankoh-taista/ajassa/tiedote-suunterveyden-eriarvoisuus-pitaa-ratkaista#.Y9zFkK1ByUm.

³¹⁵ Suomen Hammaslääkäriliitto, ”Tiedote: Suunterveyden eriarvoisuus pitää ratkaista”, 11.6.2021, hammaslaakariliitto.fi/fi/ajankoh-taista/ajassa/tiedote-suunterveyden-eriarvoisuus-pitaa-ratkaista#.Y9zFkK1ByUm.

Kuten luvussa 5.2 kuvattiin, terveyskeskuksissa on huomattava puute hammaslääkäreistä. Hammaslääkäreiden määrässä on myös alueellisia eroja³¹⁶ ja erikoishammaslääkäreiden määrässä isoja eroja suhteessa väestöön.³¹⁷ Vuonna 2022 täyttämättömien terveyskeskushammaslääkärin virkojen osuus kaikista terveyskeskushammaslääkärin viroista oli suurin Itä-Savon sairaanhoitopiirissä (47 prosenttia), Ahvenanmaan sairaanhoitopiirissä (44 prosenttia) ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä (33 prosenttia) sekä pienin Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä (yksi prosentti) ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (neljä prosenttia).³¹⁸

Terveyskeskusten kapasiteettia ei ole koskaan suunniteltu vastaamaan koko väestön suun terveydenhuollon tarpeisiin – noin puolet aikuisista hoidetaan julkisessa terveydenhuollossa ja puolet yksityisessä terveydenhuollossa.³¹⁹ Työntantajien ei edellytetä tarjoavan suun terveydenhuollon palveluita osana työterveyshuoltoa, mutta osa tarjoaa.³²⁰ Kela korvaa osan yksityisten suun terveydenhuollon palveluiden käytöstä aiheutuvista potilaskustannuksista, mutta korvauksia, jotka kattavat vain noin 15 prosenttia kustannuksista³²¹, saavat erityisesti he, joilla on korkeampi tulotaso.³²² Tämä saattaa viitata siihen, että suurituloiset ihmiset käyttävät yksityisiä palveluita pienituloisia enemmän, koska matalan korvaustason vuoksi palvelut ovat edelleen kalliita pienituloisille jopa korvausten jälkeen.

THL:n vuonna 2020 tekemän kyselyn mukaan lähes yhdellä neljästä (23,8 prosenttia) vastaajasta oli tyydyttämättömyyden palvelutarvetta hammaslääkäripalveluista.³²³ Sellaisten ihmisten osuus, jotka olivat kokeneet vaikeuksia hammaslääkäripalveluiden saatavuudessa, vaihteli suuresti alueiden välillä.³²⁴ Helsingissä ja Kainuun alueella noin yksi kolmesta ihmisestä oli kohdannut vaikeuksia hoidon saamisessa, kun taas Etelä-Pohjanmaalla osuus oli noin yksi seitsemästä.³²⁵ THL:n toteuttamassa asiakastytyytyväisyyskyselyssä vuodelta 2021 havaittiin, että suun terveydenhuollon palveluiden saatavuus on huonompi isommissa kaupungeissa.³²⁶

³¹⁶ Suomen Hammaslääkäriliitto, ”Hammaslääkärit sairaanhoitopiireittäin”, 2018, hammaslaakariliitto.fi/fi/liiton-toiminta/tutkimukset-ja-tilastot/tilastot/hammaslaakarit-sairanhoitopiireittäin#.Y-JAinZBy5c.

³¹⁷ Johanna Rellman et al., *Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanne ja koulutustarve vuoteen 2035*, 2022, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164401/STM_2022_21_rap.pdf?sequence=7&isAllowed=y, s. 26.

³¹⁸ Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet, Täyttämättömien terveyskeskushammaslääkärin virkojen/toimien (hammaslääkäri-vaje) osuus kaikista terveyskeskushammaslääkärin viroista/toimista, %, 2022, sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko?indicator=s45MBQA=®ion=s7YssM7SM4y3BAA=&year=sy5zBgA=&gender=t.

³¹⁹ Suomen Hammaslääkäriliitto, ”Tiedote: Suun terveydenhuollon resurssipula näkyy monella hyvinvointialueella”, 27.1.2023, hammaslaakariliitto.fi/fi/ajankohtaista/ajassa/tiedote-suun-terveydenhuollon-resurssipula-nakyy-monella-hyvinvointialueella#.Y9u4A61ByUl; Hallituksen esitys eduskunnalle sairausvakuutuslain 2 ja 3 luvun muuttamisesta (HE 237/2022 vp), 2022, eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE_237+2022.pdf, s. 13.

³²⁰ Ilmo Keskimäki et al., *Finland: Health system review*, 2019, apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327538/HiT-21-2-2019-eng.pdf?sequence=7&isAllowed=y, s. 122.

³²¹ Vuoden 2017 luku. Liina-Kaisa Tynkkyinen et al. *Finland: Health system summary*, 2023, apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1495991/retrieve, s. 12.

³²² HE 237/2022 vp, eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE_237+2022.pdf, s. 8.

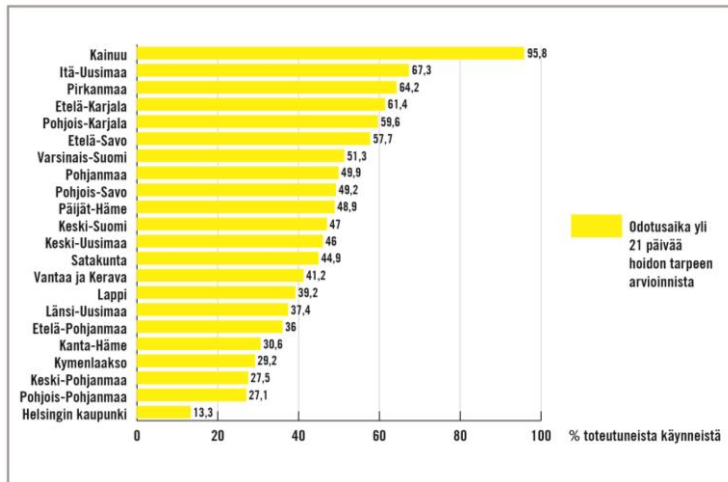
³²³ FinSote, Hammaslääkärin palveluita riittämättömästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista, 2020, terveytemme.fi/fin-sote/2020/html/fs_hc_need_dentist_cr.html.

³²⁴ FinSote, Hammaslääkärin palveluita riittämättömästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista, 2020, terveytemme.fi/fin-sote/2020/raportti/at-las.html?select=1001&data=fs_hc_need_dentist_cr.

³²⁵ FinSote, Hammaslääkärin palveluita riittämättömästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista, 2020, terveytemme.fi/fin-sote/2020/raportti/at-las.html?select=1001&data=fs_hc_need_dentist_cr.

³²⁶ Kysely kerättiin aikavälillä marraskuu-joulukuu. Siihen osallistui 13 200 vastaajaa, jotka olivat käyttäneet julkisia suun terveydenhuoltopalveluita. THL ”Tätä mieltä asiakkaat suun terveydenhuollon palveluista 2021”, thl.fi/documents/9716163/9879398/Suun_th_tulokset_2021.pdf/1af8691e-9f75-d203-29f8-fe0188b397c9?t=1672839902580, s. 5-6.

Kuvio 9. Hammaslääkärin kiireettömän käynnin odotusaika yli 21 päivää hoidon tarpeen arvioinnista, osuus toteutuneista käynneistä, maaliskuussa 2021.³²⁷



“Kun sanottiin että 14 000 [ihmistä on hammaslääkärijonossa], niin kun näen rivinä sen ihmismäärän niin sehän tuntuu, että miten ikinä voi kukaan päästä minnekään.”

Kaarina, eläkeläinen, 78 vuotta

Vuonna 2022 julkaistun väitöskirjan mukaan Suomen julkisen suun terveydenhuollon trendinä on huonontunut laatu, tutkimusten välisten aikojen piteneminen sekä lisääntyneet hampaanpoistot ennaltaehkäisevän ja laadukkaan hoidon sijaan.³²⁸ Ilmiö on esillä myös hammaslääkäreiden kokemuksissa. Suomen Hammaslääkäriiliiton vuoden 2022 kyselyssä 54 prosenttia terveyskeskuksissa työskentelevistä hammaslääkäreistä oli vähintään joksikin eri mieltä siitä, että heidän terveyskeskuksensa hoitojärjestelyt mahdollistavat tällä hetkellä potilaiden hyvän hoidon ja 72,4 prosenttia kertoi yksittäisten potilaiden hoitovälien olevan liian pitkiä.³²⁹ Lisäksi 53,7 prosenttia kertoi, että potilaan tarvitseman kokonaishoidon asemesta joudutaan usein tyytymään osittaisiin hoitoratkaisuihin.³³⁰ Vain yksi kymmenestä terveyskeskuksissa työskentelevistä hammaslääkäreistä uskoi, että tulevaisuudessa potilaille pystytään tarjoamaan entistä parempaa hoitoa.³³¹

³²⁷ Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet, ”Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon hammaslääkärin kiireettömän käynnin odotusaika yli 21 pv hoidon tarpeen arvioinnista, % toteutuneista käynneistä (maaliskuun tilanne)”, 2021, sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s3YLBgA=®ion=s06NtM7VM7TWNTWwNky01kQqjDcyNDGyNtIzjDcytk7WMwQA&year=sy5zAgA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimestamp=202211091024.

³²⁸ Jari Linden, *Register study on dental treatment in Finland*, 2022, helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/352673/Linden_Jari_dissertation_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 47.

³²⁹ Suomen Hammaslääkäriliitto, ”Työmarkkinatutkimus 2022”, 2022, hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/tmt2022_net-tiin.pdf, s. 46.

³³⁰ Suomen Hammaslääkäriliitto, ”Työmarkkinatutkimus 2022”, 2022, hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/tmt2022_net-tiin.pdf, s. 46.

³³¹ Suomen Hammaslääkäriliitto, ”Työmarkkinatutkimus 2022”, 2022, hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/tmt2022_net-tiin.pdf, s. 46.

“Kun ongelma on siinä vaiheessa, että siihen tarvitaan hammaslääkäri tekemään jotakin operatiivista, niin ollaan peli jo vähän menetetty. Jos siihen ongelmaan päästäisiin käsiksi aiemmin eli pystyttäisiin ehkäisemään suun sairauksia, niin se on kaikkein kustannustehokkainta ja se on myös parasta terveydenhoitoa.”

Liisa Suominen, suun terveydenhuollon professori, Itä-Suomen yliopisto

Pitkät jonotusajat ovat yleisiä julkisissa suun terveydenhuollon palveluissa. Vuoden 2022 elokuussa 16 prosenttia potilaista joutui odottamaan kiireetöntä hammaslääkärin vastaanottoa yli kolme kuukautta ja 4 prosenttia joutui odottamaan yli puoli vuotta.³³² Tammikuussa 2023 lähes 8 000 ihmistä odotti kiireettömään suun terveydenhuoltoon pääsyä pelkästään Helsingissä³³³. Jotkut olivat odottaneet jopa yhdeksän kuukautta.³³⁴

“Joutuu aina jonottamaan [kun soittaa terveydenhuoltoon] ja jos jättää takaisinsoittopyynnön, sitä ei välttämättä koskaan tule. Varsinkaan hammashuollosta, sieltä eivät soita takaisin.”

Elisa, eläkeläinen, 64 vuotta

Julkisen suun terveydenhuollon jonotusaikojen lyhentämiseksi käytetään maksusitoumuksia, jolloin hyvinvointialue sitoutuu maksamaan ennalta ilmoitetun summan hyväksymänsä yrityksen antamista terveydenhuollon palveluista, sekä suuhygienistien vastaanottoja.³³⁵ Maksusitoumusten käytöstä huolimatta potilaiden itse maksamien summien suuruus voi tulla heille yllätyksenä, sillä kaikkia aiheutuneita kustannuksia ei kateta. Asiakasmaksut, joita suun terveydenhuollon palveluita maksusitoumuksella käytettäessä maksetaan, eivät myöskään kerrytä vuosittaista maksukattoa.

Asiakasmaksuja nostettiin merkittävästi julkisella sektorilla 2010-luvulla.³³⁶ Suun terveydenhuollon palveluiden asiakasmaksut vaihtelevat suuhygienistin vastaanoton 10,30 eurosta erikoislääkärin vastaanoton 19,50 euroon.³³⁷ Vastaanotosta perittävän asiakasmaksun lisäksi toimenpiteistä peritään erillisiä asiakasmaksuja, jotka vaihtelevat 8,50 eurosta yli 200 euroon.³³⁸ Lisäksi materiaaleista voidaan periä erinäisiä maksuja ja kustannusten ennakointi voi olla potilaille vaikeaa.³³⁹ THL:n vuoden 2021 asiakastytytyväisyyskyselyssä heikoimman keskiarvotuloksen sai väittämä ”Minulle kerrottiin selkeästi ja

³³² Kaisa Mölläri ja Tiina Marttila, ”Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2022: Terveyskeskusten kiireettömistä lääkärikäynneistä vajaa 60 prosenttia toteutui viikossa syksyllä 2022”, 2022, julkari.fi/bitstream/handle/10024/145778/Tilastoraportti%2046%202022.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 4.

³³³ Yle Uutiset, ”Pääkaupunkiseudulla kiireetöntä hammashoitoa voi joutua odottamaan jopa yhdeksän kuukautta”, 11.1.2023, yle.fi/a/74-20010761.

³³⁴ Yle Uutiset, ”Pääkaupunkiseudulla kiireetöntä hammashoitoa voi joutua odottamaan jopa yhdeksän kuukautta”, 11.1.2023, yle.fi/a/74-20010761.

³³⁵ Ilmo Keskimäki et al., *Finland: Health system review*, 2019, apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327538/HiT-21-2-2019-eng.pdf?sequence=7&isAllowed=y, s. 123.

³³⁶ Maria Vaalavuo (toim.), *Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus*, 2018, tietokayttoon.fi/documents/10616/6354562/30-2018-Asiakasmaksut.pdf/82c084e6-829e-4a46-b552-f9a9ad4d2b96?version=1.0, s. 35.

³³⁷ Vuoden 2023 luvut. STM, ”Hammashuollon maksut”, stm.fi/hammashuollon-maksut.

³³⁸ STM, ”Hammashuollon maksut”, stm.fi/hammashuollon-maksut.

³³⁹ Maria Vaalavuo (toim.), *Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus*, 2018, tietokayttoon.fi/documents/10616/6354562/30-2018-Asiakasmaksut.pdf/82c084e6-829e-4a46-b552-f9a9ad4d2b96?version=1.0, s. 34–35.

ymmärrettävästi hoidon hinnoista ja maksujärjestelyistä”, ja osa potilaista oli yllätynyt julkisen suun terveydenhuollon korkeista kustannuksista.³⁴⁰

Vuoden 2014 European Health Interview Surveyn (EHIS) mukaan 15 prosenttia ihmisistä, jotka tarvitsivat suun terveydenhuollon palveluita Suomessa, ei päässyt palveluiden piiriin niiden hintojen vuoksi, ja osuus oli kaikista terveyspalveluista korkein hammashoidossa.³⁴¹ Eräs työttömiä tukevan järjestön edustaja, Amnesty Internationalin haastattelema henkilö totesi, että hammaslääkärin vastaanottojen hinnat ovat usein liian kalliita ihmisille. Eräs työn henkilö oli hiljattain kertonut heille joutuneensa vetämään oman hampaansa irti, koska hänellä ei ollut varaa mennä hammaslääkärin.

Useat Amnesty Internationalin haastattelemat asiantuntijat totesivat, että suun terveydenhuolto on jo pitkään jäänyt huomiotta terveydenhuollon kehittämisessä, huolimatta jyrkästä eriarvoisuudesta palveluiden saatavuudessa ja käytössä. Kuten Amnesty Internationalin haastattelema sosiaalipolitiikan professori Anne Kouvonon Helsingin yliopistosta sanoi: ”Hammashoito on tutkimusten mukaan kaikista isoin yksittäinen terveyspalvelu, joka tuottaa eriarvoisuutta, koska suun terveyden ongelmat vaikuttavat muuhun terveyteen niin paljon. Jos se saataisiin kuntoon, sillä olisi heijastevaikutuksia muuhunkin.”

6.3.2 RIITTÄMÄTTÖMÄT MIELENTERVEYSPALVELUT

“‘Ei pääse [lääkärille]. He sanovat ‘Ei, joskus kolmen viikon päästä’ ja sitten voi olla, että eivät osaa ollenkaan sanoa milloin... Mulla oli mielialalääkitys, kun sairastuin vakavaan masennukseen, mulle tapahtui hirveitä asioita. [Kuulin kun hoitaja sanoi] ‘Sillä on tämä mielialalääkitys, kyllä se jaksaa odottaa’. Hoitajalla oli jäänyt se [puhelinlinja] auki, niin kuulin kaiken, mitä se puhui.”

Suvi, työtön, 62 vuotta

Suomella on velvollisuus turvata tasa-arvoinen ja oikea-aikainen pääsy mielenterveyspalveluihin.³⁴² Kuten monien muiden terveyspalveluiden kohdalla, julkisissa mielenterveyspalveluissa on vaikeuksia turvata oikeutta terveyteen pitkien jonotusajojen sekä sosioekonomisen ja maantieteellisen eriarvoisuuden vuoksi.

Kuten muissakin perusterveydenhuollon palveluissa, perusterveydenhuollon tason mielenterveyspalvelut on järjestetty monen väylän kautta: julkisen perusterveydenhuollon, työterveyshuollon, opiskeluterveydenhuollon ja yksityisten palveluntarjoajien kautta.³⁴³ Julkinen perusterveydenhuolto vastaa tavallisimpien mielenterveys- ja päihdeoireiden sekä -häiriöiden hoidosta erikoissairaanhoidon tuella.³⁴⁴

Perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluista ei ole kattavaa tilastoraportointia. On kuitenkin selvää, että jonotusajat, erityisesti erikoistason hoitoon, pidentyivät koronapandemian aikana.³⁴⁵ Maantieteellinen eriarvoisuus mielenterveyspalveluiden saatavuudessa on jatkuva ongelma. Kuten työttömyyttä kokenut 30-vuotias Mimmi kertoi Amnesty Internationalille: ”Mielenterveyspuolen palveluissa menee täällä kahdeksan kuukautta ennen kuin pääsee erikoissairaanhoidon... Kun taas sitten [toisella paikkakunnalla] saat psykiatrille soittoajan vaikka kolmen päivän päähän. Se on ihan hirveä ero.”

³⁴⁰ THL, ”Tätä mieltä asiakkaat suun terveydenhuollon palveluista 2021”, thl.fi/documents/9716163/9879398/Suun_th_tulokset_2021.pdf/1af8691e-9f75-d203-29f8-fe0188b397c9?t=1672839902580, s. 7.

³⁴¹ Tulokset mainittu teoksessa Ilmo Keskimäki et al., *Finland: Health system review*, 2019, apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327538/HiT-21-2-2019-eng.pdf?sequence=7&isAllowed=y, s. 144.

³⁴² CESCR General Comment 14, Para 17.

³⁴³ Outi Linnanranta et al., (toim.), *Mielenterveysstrategia 2020–2030 – toimeenpanon ensimmäiset vuodet ja yhteisen tekemisen tahto*, 2022, julkari.fi/bitstream/handle/10024/145933/URN_ISBN_978-952-343-990-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 69.

³⁴⁴ Outi Linnanranta et al., (toim.), *Mielenterveysstrategia 2020–2030 – toimeenpanon ensimmäiset vuodet ja yhteisen tekemisen tahto*, 2022, julkari.fi/bitstream/handle/10024/145933/URN_ISBN_978-952-343-990-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 69.

³⁴⁵ Outi Linnanranta et al., (toim.), *Mielenterveysstrategia 2020–2030 – toimeenpanon ensimmäiset vuodet ja yhteisen tekemisen tahto*, 2022, julkari.fi/bitstream/handle/10024/145933/URN_ISBN_978-952-343-990-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 46–47.

THL:n raportin mukaan tällä hetkellä kouluikäisten perusterveydenhuollon tason mielenterveyspalvelut ovat riittämättömät, pirstaleiset ja heikosti koordinoitui.³⁴⁶ Lasten ja nuorten palveluiden tilanteen vakavuus ilmeni apulaisoikeuskanslerin tammikuussa 2023 antamassa ratkaisussa, jossa todettiin, että palveluiden ”pitkäaikainen riittämättömyys on perusoikeusongelma, jonka ratkaisemattomuus aiheuttaa laajaa inhimillistä kärsimystä”.³⁴⁷

Myös aikuisten julkiset mielenterveyspalvelut ovat riittämättömät. Vuoden 2019 mielenterveysbarometrin mukaan 91 prosenttia mielenterveysammattilaisista on sitä mieltä, etteivät apua tarvitsevat saa riittävästi mielenterveyspalveluita Suomessa.³⁴⁸ Samassa barometrissa 59 prosenttia vastaajista oli samaa mieltä seuraavan väittämän kanssa: ”Potilaita juoksutetaan kolmen kuukauden välein kontrollikäynnillä, mutta varsinaista hoitoa he eivät useinkaan saa”.³⁴⁹

Vuonna 2018, ennen pandemiaa, arvioitu mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys oli Suomessa EU-maiden korkein, 18,8 prosenttia.³⁵⁰ Suomalaisen tutkimuksen mukaan niillä, jotka ovat 30-vuotiaina pienituloisia, on huomattavasti hyvätuloisia korkeampi riski saada mielenterveyshäiriödiagnoosi myöhemmin elämänsä aikana.³⁵¹ Tutkimuksen mukaan myös työttömillä on huonompi mielenterveys kuin työssä olevilla.³⁵² Pitkäaikaistyöttömien työkyvyn heikentyminen näyttää jäävän tunnistamatta peruspalveluissa, työvoima- sekä sosiaali- ja terveyspalveluissa, minkä vuoksi suuri osa mielenterveyshäiriöistä jää diagnosoimatta ja hoitamatta.³⁵³ Mielenterveyshäiriöt ovatkin yleisin syy työttömien kokemille työkykyongelmille.³⁵⁴ Mielenterveys ja työttömyys muodostavat noidankehän, sillä mielenterveysongelmat usein pitkittävät työttömyysjaksoja ja johtavat epävakaisiin työurii.³⁵⁵

Vuoden 2019 mielenterveysbarometrissa 88 prosenttia mielenterveysammattilaisista oli sitä mieltä, että avomielenterveyspalveluissa on riittämättömästi henkilökuntaa.³⁵⁶ Mielenterveyden osuus terveydenhuollon rahoituksesta on alentunut 1990-luvun lamasta alkaen.³⁵⁷ Perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelut muodostivat vuonna 2020 vain prosentin terveydenhuollon kokonaiskäyttömenoista.³⁵⁸

³⁴⁶ Terhi Aalto-Setälä ja Eeva Huikko ”Lasten, nuorten ja perheiden mielenterveyspalvelut”, teoksessa *Mielenterveysstrategia 2020–2030 – toimeenpanon ensimmäiset vuodet ja yhteisen tekemisen tahto*, Outi Linnanranta et al., (toim.), 2022, julkari.fi/bitstream/handle/10024/145933/URN_ISBN_978-952-343-990-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 70.

³⁴⁷ Apulaisoikeuskansleri, ”Lasten ja nuorten mielenterveys- ja psykiatristen palvelujen toteutuminen covid-19-epidemian aikana”, 2023, oikeuskansleri.fi/documents/1428954/145162814/julkaistu_ratkaisu_lasten_ja_nuorten_mielenterveys_ja_psykiatristet_palvelut_OKV_294_70_2020.pdf/8a71ab3a-2e79-bdcb-566d-2f889c65ff5f/julkaistu_ratkaisu_lasten_ja_nuorten_mielenterveys_ja_psykiatristet_palvelut_OKV_294_70_2020.pdf?t=1673855590030, s. 31.

³⁴⁸ Mielenterveyden keskusliitto, ”Mielenterveysbarometri 2019”, 2019, mtkl.fi/uploads/2019/11/76679c12-mielenterveysbarometri_2019.pdf, s. 6.

³⁴⁹ Mielenterveyden keskusliitto, ”Mielenterveysbarometri 2019”, 2019, mtkl.fi/uploads/2019/11/76679c12-mielenterveysbarometri_2019.pdf, s. 51.

³⁵⁰ EU-keskiarvo oli 17,3 %; OECD, *Health at a Glance: Europe 2018 – State of health in the EU cycle*, 2019, oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf?expires=1673623815&id=id&accname=guest&checksum=E9A8552E8F7F3F022C297D8DFB9A271, s. 21–22.

³⁵¹ Rekisteritutkimuksen tulokset perustuvat yli 1,2 miljoonan suomalaisen tutkimuskohorttiin, jota seurattiin vuosina 1996–2017. Christian Hakulinen et al., ”Socioeconomic position at the age of 30 and the later risk of a mental disorder: a nationwide population-based register study”, 2023, *J Epidemiol Community Health*, jech.bmj.com/content/jech/early/2023/01/04/jech-2022-219674.full.pdf, s. 6.

³⁵² Kaarina Reini et al., ”Mielenterveyden ja työttömyyden välinen yhteys: Mitä kertovat kansainväliset ja kotimaiset tutkimukset?”, 2018, *Yhteiskuntapolitiikka*, Volume 83, julkari.fi/bitstream/handle/10024/137548/YP1804_Reiniym.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 435.

³⁵³ Raija Kerätär, *Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän: Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä*, 2016, jultika.oulu.fi/files/isbn9789526210865.pdf, s. 93.

³⁵⁴ Tuija Oivo ja Raija Kerätär, *Osatyökykyisten reitit työllisyyteen - etuudet, palvelut, tukitoimet: Selvityshenkilöiden raportti*, 2018, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161151/STM%20rap%2043%202018%20Osatyökykyisten%20reitit%20työllisyyteen.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 27; Raija Kerätär, *Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän: Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä*, 2016, jultika.oulu.fi/files/isbn9789526210865.pdf, s. 93.

³⁵⁵ Liina Junna, *Unemployment, health and mortality: Evidence from longitudinal register data*, 2022, helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/347466/Junna_Liina_dissertation_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 66.

³⁵⁶ Mielenterveyden keskusliitto, ”Mielenterveysbarometri 2019”, 2019, mtkl.fi/uploads/2019/11/76679c12-mielenterveysbarometri_2019.pdf, s. 41.

³⁵⁷ Outi Linnanranta et al., (toim.), *Mielenterveysstrategia 2020–2030 – toimeenpanon ensimmäiset vuodet ja yhteisen tekemisen tahto*, 2022, julkari.fi/bitstream/handle/10024/145933/URN_ISBN_978-952-343-990-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 91.

³⁵⁸ THL, *Terveydenhuoltomenojen rakenne toiminnoittain 2000–2020, % käypähintaisista käyttömenoista**, thl.fi/documents/10531/0/Terveystaloudenmenot+ja+rahoitus+2020%2C+ennakkotiedot%2C+THL_v09_2022.xlsx/e21a307b-f4ce-deb3-ab52-78ca13d29d5a?t=1664360130176, Taulukko 3.

6.3.3 PULAA SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYSPALVELUISTA

“Ei pääse [julkiselle puolelle gynekologille]. Tässä iässä kyllä mennään yksityiselle.”

Aulikki, eläkeläinen, 67 vuotta

Suomi on sitoutunut tasa-arvoon ja sukupuoleen perustuvan syrjinnän poistamiseen.³⁵⁹ Naisten oikeuksien toteutuminen edellyttää, että Suomi poistaa kaikki esteet terveyspalveluihin pääsyssä, mukaan lukien seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluissa.³⁶⁰ Tässä osiossa esitellään seuraavia esteitä: julkisten palveluiden heikko saatavuus, yksityisten palveluiden kallis hinta, maantieteellinen eriarvoisuus palveluiden tarjonnassa ja palveluiden rajattu valikoima.

Lääkäriliiton mukaan gynekologisia palveluita ”ei ole juurikaan saatavilla julkiselta sektorilta”.³⁶¹ Suomen Gynekologiyhdistyksen mukaan perusterveydenhuollon ruuhkautumisen ja osaamisvajeen vuoksi monet ovat yksityisten palveluntarjoajien varassa.³⁶² Silla Kakkola, Naisjärjestöt yhteistyössä NYTKIS ry:n pääsihteeri, kertoi Amnesty Internationalille: ”Ne, joilla on käytössään laajat työterveyspalvelut, pääsevät helpommin gynekologisiin palveluihin. Valtava joukko ihmisiä jää kuitenkin palveluiden ulkopuolelle, kuten ne työntekijät, joilla on suppea työterveyshuolto tai jotka ovat julkisen terveydenhuollon varassa, esimerkiksi työttömät ja iäkkäät. Gynekologiset palvelut painottuvat voimakkaasti yksityissektorille.”

Yksityisten gynekologien vastaanottojen hinnat vaihtelevat eri puolilla Suomea. Mediatietojen mukaan 20 minuutin gynekologin vastaanoton hinta palvelumaksuineen voi olla Helsingissä jopa 255 euroa ja Kuopiossa 150 euroa. Monelle pienituloiselle tällaiset hinnat ovat liian korkeita.

“Kyllä terveydenhuollon käynnit ovat [maksaneet paljon]. Varsinkin kun naisihminen on, niin on joutunut käymään gynekologilla. Sehän on ihan mahdotonta... Ei siellä [julkisella puolella] pääse [gynekologille].”

Jonna, työtön, 34 vuotta

Amnesty Internationalin haastattelema gynekologi kertoi, että palvelut ovat monille kalliita: ”Pidän yksityistä vastaanottoa pienemmällä paikkakunnalla, jossa on paljon varattomia ihmisiä ja veloitankin siellä pienempiä taksoja kuin muualla. Minulla kävi nuori naispotilas vaivojen takia. Sitten hän käsi oven kahvalla lähtiessään sanoen, että 'minä sain tämän käynnin äidiltä joululahjaksi'. Ajattelin silloin, että jossain on jotain mätää. Ei se voi niin olla. Eihän kaikkien tarvitse erikoislääkärillä käydä, mutta silloin kun sitä tarvitsee, niin sinne tulisi päästä varallisuudesta riippumatta.”

Terveyskeskuksissa ei ole aina tarvittavia välineitä tai osaamista gynekologisten sairauksien diagnosointiin tai hoitoon. Kuten gynekologi kertoi Amnesty Internationalille: ”Yleislääkärit terveyskeskuksessa osaavat diagnosoida gynekologisia sairauksia oireiden perusteella, mutta ei siellä esimerkiksi ole ultraääntä, eikä tietysti osaamista käyttää ultraääntä.”

Useat Amnesty Internationalin haastattelemat terveysalan asiantuntijat arvioivat sote-uudistuksen luovan mahdollisuuksia kehittää seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluita, kun perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito ovat saman hallinnon alla. Esimerkiksi Itä-Savon sairaanhoitopiirissä on saatu hyviä

³⁵⁹ Sosiaali- ja terveysministeriö, ”Gender Equality in Finland”, päivämätön, stm.fi/documents/1271139/5825735/sukupuolten_tasa_arvo_suomessa_UK_verkko_V1.pdf/7464741f-29b4-4acc-b01e-718449d55b01/sukupuolten_tasa_arvo_suomessa_UK_verkko_V1.pdf.

³⁶⁰ CESCR General Comment 14, Para 21.

³⁶¹ Lääkäriliitto, ”Hallituksen esitys eduskunnalle sairausvakuutuslain 2 ja 3 luvun muuttamisesta HE 237/2022 vp, Lausunto asiantuntija-kuulemiseen perjantaina 11.11.2022”, 2022, eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2022-AK-61104.pdf, s. 2.

³⁶² Suomen Gynekologiyhdistys ry, ”Asia: Asiantuntijalausunto hallituksen esityksestä eduskunnalle sairausvakuutuslain 2 ja 3 luvun muuttamisesta”, 2022, eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2022-AK-60869.pdf, s. 1.

tuloksia seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden integroinnista mahdollistamalla yleislääkäreille erikoislääkärin konsultointi samoissa tiloissa.³⁶³

STM on vuodesta 2007 suositellut kunnille maksuttoman ehkäisyn tarjoamista alle 20-vuotiaille nuorille.³⁶⁴ Vuonna 2019 alle 20 prosenttia kunnista tarjosi maksutonta ehkäisyä.³⁶⁵ Terveysalan ammattilaiset kertoivat haastatteluissa Amnestylle, että ehkäisypalveluita on saatavilla yleensä hyvin suurissa kaupungeissa, mutta osaamisen puute näkyy pienemmillä paikkakunnilla. Maantieteellisen eriarvoisuuden vähentämiseksi terveysalan asiantuntijat ovat esittäneet maksutonta ehkäisyä kaikille alle 25-vuotiaille.³⁶⁶ Osana Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa vuonna 2022 alkoi alle 25-vuotiaille suunnattu maksuttoman ehkäisyn kokeilu.³⁶⁷ Pääministeri Marinin hallituksen hallitusohjelmakirjauksesta poiketen kokeilun pohjalta ei kuitenkaan tehty kansallista päätöstä maksuttomasta ehkäisystä, vaan maksuttoman ehkäisyn jatkosta päättää kukin hyvinvointialue erikseen.³⁶⁸

6.4 DIGITAALISET ESTEET PALVELUIDEN SAANNISSA JA KÄYTÖSSÄ

“Lääkäriaikani peruuntui kolme kertaa... Nyt he antoivat mulle Skype-ajan. Tämäkin taas vaatii sen, että mulla on tietokone tai puhelin. Ja että mulla on Skype ja osaan käyttää sitä. Oletus oli se, että mulla on joku väline.”

Mimmi, työttömyyttä kokenut, 30 vuotta

Siinä missä digitaaliset palvelut voivat parantaa terveystietopalveluiden saatavuutta monille, niihin liittyy myös perusteltuja ihmisoikeusriskejä esimerkiksi yhdenvertaisuuden tai marginalisoitujen ihmisten osalta.³⁶⁹ Valtiolla on velvollisuus varmistaa, että digitaaliset terveystietopalvelut eivät muodosta esteitä terveystietopalveluiden saatavuudelle tai kohtuuhintaisuudelle.

Digitaalisia terveydenhuoltopalveluita on lisätty palvelujärjestelmään Suomessa etenkin koronapandemian aikana.³⁷⁰ Pandemia osoitti, että vaikka digitaaliset palvelut parantavat palveluiden saatavuutta osalle, monet ihmiset kohtasivat huomattavia hankaluuksia niiden käytössä.³⁷¹

Etäpalvelut voivat luoda esteitä ja sulkea ulos ihmisiä, jotka eivät syystä tai toisesta pysty käyttämään digitaalisia palveluita.³⁷² Syitä voivat olla esimerkiksi kielimuuri, saavutettavuuskysymykset, tarvittavien laitteiden tai sähköisen tunnistautumisen välineiden (esimerkiksi pankkitunnukset) puute tai puutteelliset taidot.³⁷³

³⁶³ Mediauutiset, ”Sosterin ainutlaatuinen lääkäriyhteistyö parantaa gynekologisen hoidon saatavuutta”, 8.3.2022, mediuutiset.fi/uutiset/sosterin-ainutlaatuinen-laakariyhteisty-paraantaa-gynekologisen-hoidon-saatavuutta/06e10f6c-18fe-48f6-ac48-33987693c922.

³⁶⁴ Sosiaali- ja terveysministeriö, *Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011*, 2007, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73912/julk_2007_17_sexterveys_paino.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 105.

³⁶⁵ Frida Gyllenberg ja Oskari Heikinheimo, ”Maksuton raskauden ehkäisy - kenelle tarjoamme?”, 2019, Duodecim, Volume 135, duodecim-lehti.fi/duo15044.

³⁶⁶ Frida Gyllenberg ja Oskari Heikinheimo, ”Maksuton raskauden ehkäisy - kenelle tarjoamme?”, 2019, Duodecim, Volume 135, duodecim-lehti.fi/duo15044.

³⁶⁷ THL, ”Maksuttoman ehkäisyn kokeilu”, 2022, thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/maksuttoman-ehkaisyn-kokeilu.

³⁶⁸ THL, ”Maksuttoman ehkäisyn kokeilu”, 2022, thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/maksuttoman-ehkaisyn-kokeilu.

³⁶⁹ YK:n ihmisoikeusneuvosto, ”Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Tlaleng Mofokeng”, A/HRC/47/28, Paras 78, 79, 82.

³⁷⁰ Pekka Rissanen et al., *COVID-19-epidemian vaikutukset väestön palvelutarpeisiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen – nopea vaikutusarvio*, 2020, julkari.fi/bitstream/handle/10024/139694/URN_ISBN_978-952-343-496-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

³⁷¹ Anu Kaihlanen et al., ”Haavoittuvat ryhmät etäpalvelujen käyttäjinä – kokemuksia COVID-19-epidemian ajalta”, 2021, julkari.fi/bitstream/handle/10024/142805/URN_ISBN_978-952-343-687-9.pdf.

³⁷² Satu Jokela et al. (toim.), *Terveyden eriarvoisuus Suomessa: Ehdotus seurantajärjestelmän kehittämiseen*, 2021, julkari.fi/bitstream/handle/10024/142576/RAP2021_005_Terveyden_eri-arvoisuus_Suomessa_s_korj2.pdf?sequence=10&isAllowed=y, s. 44.

³⁷³ Maiju Kyytsönen et al., *Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2020–2021: Väestön kokemukset*, 2021, julkari.fi/bitstream/handle/10024/142675/URN_ISBN_978-952-343-680-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y; Tarja Heponiemi et al., ”The role of age and digital

THL:n tekemän väestötutkimuksen mukaan digitaalisia palveluita käyttävien ihmisten osuus vähenee iän kasvaessa ja koulutustason laskiessa.³⁷⁴ Noin 80 prosenttia kaikista vastaajista oli kokenut esteitä ja huolia sähköisten palveluiden käytössä.³⁷⁵ Vastaava osuus yli 75-vuotiaista oli yli 90 prosenttia.³⁷⁶

THL:n raportin mukaan lähes yksi viidestä raportoi tarvitsevänsä opastusta sähköisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käytössä.³⁷⁷ Useat Amnesty Internationalin haastattelemat ihmiset kertoivat, että heillä oli ollut ainakin jonkinlaisia hankaluuksia sähköisten terveyspalveluiden käytössä ja osa ei ollut käyttänyt niitä lainkaan puuttuvien laitteiden tai taitojen vuoksi. 69-vuotias eläkeläinen Hilikka kertoi, että kyvyttömyys sähköisten palveluiden käyttämiseen oli johtanut hoidon lykkääntymiseen: ”Täytyy olla ensin valokuva ulkoisesta taudista. Ensin on etä vastaanotto, sitten sairaanhoitaja ja sitten vasta lääkäri. Ei vanha ihminen tajua, mistä otetaan kuvaa. Kun en osannut kuvaa lähettää, pääsin sairaanhoitajalle. Lääkäri sanoi, että aiemmin olisi pitänyt tulla.”

Jotkin alueet ovat ottaneet käyttöönsä sähköisen asiainnin portaaleja, joiden kautta asiakkaat saavat yhteyden julkisiin terveydenhuollon palveluihin. Esimerkiksi HUS-yhtymän, Helsingin, Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen sekä Kauniaisten alueella asuvat voivat käyttää Maisa-nimistä asiakasportaalia.³⁷⁸ Maisassa asiakkaat voivat tehdä ajanvarauksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Ajan varatakseen potilas tarvitsee useimmiten ajanvarausluvan (ns. ajanvaraustiketin) sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaiselta.³⁷⁹ Ajanvaraustiketin saatuaan asiakas voi etsiä vapaita aikoja Maisasta. Joidenkin Amnesty Internationalin haastattelemien ihmisten mukaan Maisan käyttöön liittyy erinäisiä vaikeuksia. Sähköisten palveluiden käyttö voi aiheuttaa hankaluuksia, vapaiden aikojen löytäminen voi olla vaikeaa ja odotusajat voivat olla pitkiä. 67-vuotias eläkeläinen Viljami kertoi Amnesty Internationalille: ”Aiemmin kun soitti terveysasemalle ja sieltä tuli takaisinsoitto, niin he katsoivat siinä sen ajan ja sen sai saman tien. Nyt on tällainen systeemi, jonka kanssa me olemme vaimoni kanssa tuskastelleet, että sieltä ei saa aikoja vaan sellaisen linkin. Sitten Maisasta etsitään sellaisia slotteja [ajanvarauksille]. Mulla kävi parempi tuuri, kun sain ajan aika tuskattomasti, kun ajatellaan, että kyseessä ei ollut kiireinen tilanne. Mutta vaimoni on nyt luovuttanut. Hänellä on ollut vähän ikävämpi juttu. Hän tuskaili sitä. Hänellä on ollut polvissa enemmänkin vaivaa ja on syönyt särkylääkkeitä. Fysioterapeutille pääsi tosi nopeasti ja sieltä tuli neuvot. Mutta on todella vaikeaa päästä lääkärille. Hän on nyt luovuttanut. Hän kävi monta päivää, jopa muutaman viikon ajan, joka aamu kahdeksalta katsomassa, että onko siellä [Maisassa] niitä aikoja ja ei ollut.”

“Jos asioi Maisan kautta, niin saattaa mennä viikko tai puolitoista ennen kuin sieltä tulee vastaus.”

Elisa, eläkeläinen, 64 vuotta

Digitaaliset terveydenhuoltopalvelut eivät sovellu kaikkiin tilanteisiin sillä ne voivat jopa heikentää tiettyjen ihmisryhmien, kuten ikääntyneiden ja pienituloisten pääsyä palveluiden piiriin. Tämä voi vahvistaa olemassa olevia eriarvoisuuksia. Nykyisiä käytäntöjä on tarkasteltava sen varmistamiseksi, että sähköisille palveluille on olemassa helppoja ja saavutettavia vaihtoehtoja.

competence on the use of online health and social care services: A cross-sectional population-based survey”, 2022, Digital Health, Volume 8, journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/20552076221074485.

³⁷⁴ FinSote, Internetiä sähköiseen asiointiin käyttävien osuus (%), 2020, terveytemme.fi/finsote/2020/raportti/atlas.html?se-lect=1001&data=fs_internet_transact_cr.

³⁷⁵ FinSote, Kokenut esteitä ja huolia sähköisten palvelujen käytössä (%), 2020, terveytemme.fi/finsote/2020/raportti/atlas.html?se-lect=1001&data=fs_digi_barriers_cr.

³⁷⁶ FinSote, Kokenut esteitä ja huolia sähköisten palvelujen käytössä (%), 2020, terveytemme.fi/finsote/2020/raportti/atlas.html?se-lect=1001&data=fs_digi_barriers_cr.

³⁷⁷ Maiju Kyytsönen et al., *Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2020–2021: Väestön kokemukset*, 2021, julkari.fi/bitstream/handle/10024/142675/URN_ISBN_978-952-343-680-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y, s. 41.

³⁷⁸ Apotti, ”Maisa helpottaa arkeasi”, apotti.fi/maisaa/.

³⁷⁹ Maisa, ”Usein kysytyt kysymykset”, ukk.maisa.fi/#millaisia-aikoja-voin-varata-maisan-kautta.

6.5 TYÖTTÖMIEN TERVEYSTARKASTUKSET

“En ole työttömänä ollut [terveystarkastuksessa]. Ei sitä ole muistaakseni tarjottu. En ole kyllä kuullut [työttömän terveystarkastuksesta].”

Jonna, työtön, 34 vuotta

Suomessa on tunnistettu eriarvoisuus terveydenhuoltopalveluihin pääsyssä ja käytössä. Hallituksen esityksessä terveydenhuoltolaista todetaan, että terveystarkastuksia on järjestettävä nuorille ja työikäisille, jotka eivät kuulu opiskelu- tai työterveyshuollon piiriin, sillä ”he ovat muuhun vastaavan ikäiseen väestöön verrattuna eriarvoisessa asemassa palvelujen saannissa... Syrjäytymiskehityksen seurauksena osa työttömistä ei oma-aloitteisesti hakeudu terveyspalvelujen piiriin, vaan heidän tavoittamisensa vaatii yhteistyötä työvoimaviranomaisten kanssa.”³⁸⁰

Lain mukaan hyvinvointialueiden on järjestettävä työttömien terveystarkastukset työterveyshuollon ja opiskelijaterveydenhuollon ulkopuolella oleville työikäisille heidän terveytensä seuraamiseksi ja edistämiseksi. Terveysneuvonnan ja -tarkastusten tarkoituksena on – integroituen muiden hyvinvointialueen palveluiden kanssa – tukea työ- ja toimintakykyä ja sairauksien ehkäisyä sekä edistää mielenterveyttä ja elämänhallintaa.³⁸¹

STM antoi vuonna 2013, yhdessä muiden viranomaisten kanssa, ohjauskirjeen työttömien ennaltaehkäisevän terveydenhuollon järjestämisestä.³⁸² Kirjeessä korostettiin, että erityisesti syrjäytymisriskissä olevat työttömät tulee tunnistaa ja ohjata tarvitsemiinsa terveyspalveluihin.³⁸³

Tällä hetkellä resurssien, osaamisen ja tarkastuksiin ohjaamisen taso vaihtelee eri puolilla Suomea.³⁸⁴ Työttömien terveystarkastusten toteutuksessa on suuria maantieteellisiä eroja. Vuonna 2022 useimmilla hyvinvointialueilla alle 10 prosenttia työttömistä osallistui tarkastuksiin ja yhdeksällä alueella osallistuminen oli alle viisi prosenttia.³⁸⁵

Amnesty Internationalin tekemissä haastatteluissa mainittiin useita erilaisia syitä vähäiselle terveystarkastuksiin osallistumiselle. Useimmin mainittuja syitä olivat tiedonpuute, heikko saavutettavuus, pitkät odotusajat ja pelko työttömyysetuuskien menettämisestä, mikäli joutuu hakeutumaan esimerkiksi kuntoutukseen.

Monet työttömät eivät ole koskaan kuulleet mahdollisuudesta päästä terveystarkastukseen³⁸⁶, mukaan lukien useimmat Amnesty Internationalin haastattelemat työttömät. Lisäksi monet terveydenhuollon asiantuntijat mainitsivat haastatteluissa, ettei ihmisille tiedoteta riittävästi terveystarkastuksista. Hyvinvointialueet tiedottavat tarkastuksista eri tavoin. Joillain hyvinvointialueilla tieto löytyy alueen verkkosivuilta ja toisilla alueilla tiedotusta on sisällytetty uutiskirjeisiin, kun taas toisilla alueilla ei ollut marraskuussa 2022 vielä tietoa siitä, miten tiedotusta aiotaan tehdä.³⁸⁷

³⁸⁰ Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi (HE 90/2010 vp), 2010, finlex.fi/esitykset/he/2010/20100090.pdf, s. 103.

³⁸¹ Terveydenhuoltolaki 1326/2010, finlex.fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L2P13, Luku 2, 13 §.

³⁸² Sosiaali- ja terveysministeriö, ”Kirje: Työttömien terveydenhuollon järjestäminen”, 19.8.2013, stm.fi/documents/1271139/1365032/Ty%C3%B6tt%C3%B6mien+terveydenhuollon+%C3%A4rjest%C3%A4minen/3b1979ea-c36c-4114-9399-6c45e49b40b1.

³⁸³ Sosiaali- ja terveysministeriö, ”Kirje: Työttömien terveydenhuollon järjestäminen”, 19.8.2013, stm.fi/documents/1271139/1365032/Ty%C3%B6tt%C3%B6mien+terveydenhuollon+%C3%A4rjest%C3%A4minen/3b1979ea-c36c-4114-9399-6c45e49b40b1, s. 1.

³⁸⁴ Sosiaaliturvakomitean välimietintö, 2023, valtioneuvosto.fi/documents/1271139/148073972/Sosiaaliturvakomitean+v%C3%A4limietint%C3%B6.pdf/c5db48f7-d8ae-d06d-f64a-b2ffd9c1ad06/Sosiaaliturvakomitean+v%C3%A4limietint%C3%B6.pdf?_t=1675087724368, s. 94.

³⁸⁵ Solkanet, Työttömien terveystarkastukset, % työttömistä, 2022, solkanet.fi/solkanet/fi/taulukko/?indicator=szbMLAQ®ion=s06NtM7V/MwQA&year=sy5zBgA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimestamp=202211091024

³⁸⁶ Kirsi Lappalainen ja Hanna Hakulinen, ”Työttömien terveyspalvelujen kehittäminen monitahoarvioinnin viitekehityksessä”, 2020, Työelämän tutkimus, Vol. 18, journal.fi/tyoelamantutkimus/article/view/97974/55983, s. 220.

³⁸⁷ Vastaukset Amnesty International Suomen osaston hyvinvointialuekyselyyn marras-joulukuussa 2022.

Pitkittyneet odotusajat terveystarkastuksiin voivat aiheuttaa erilaisia kielteisiä seurauksia. Työttömät ihmiset tarvitsevat esimerkiksi lähetteen erikoissairaanhoidon ja kuntoutukseen, ja heidän hoitonsa ja kuntoutumisensa voi viivästyä merkittävästi, mikäli he joutuvat odottamaan terveystarkastusta pitkään.

“Keräämme parhaillaan aloittaneiden hyvinvointialueiden tietoja ja sieltä kuuluu todella hurjia uutisia liittyen työttömien terveystarkastuksiin. Pahimmillaan jonot ovat kahden vuoden takaa ja niitä on nyt ryhdytty purkamaan. Asiakkaiden prosessit todellakin viivästyvät, he eivät pääse kuntoutuksiin läheteiden puuttumisen vuoksi ja mielenterveyspalveluista nyt tuskin tarvitsee edes mainita.”

Susanna Soikkeli, työkykykoordinaattori, Uudenmaan TE-palvelu

Veera Luoto, sosiaalityöntekijä Työttömien keskusjärjestöstä, kertoi Amnesty Internationalin haastattelussa, että jotkut työttömät saattavat pitää terveystarkastukseen osallistumista taloudellisenä riskinä: ”Jos ihmistä ei katsota hetkellisesti työkykyiseksi tai selviää jotain sellaista, joka vaatii selvittelyä työkykyyn liittyen, oikeus työttömyysturvaan voi katketa vähintään selvittelyjen ajaksi. Jo se katkeamisen uhka on yksi syy siihen, että ihmiset eivät välttämättä hakeudu sinne [terveystarkastukseen], koska he pelkäävät niin paljon sitä pienen toimeentulon menetystä. Varsinkaan pitkäaikaistyöttömillä ei välttämättä ole enää mitään puskureita jäljellä taloudessa.”

Tarkastusten saavutettavuus voi myös olla heikko. Vaikka ihmiset olisivat tietoisia oikeudestaan terveystarkastukseen, he eivät tiedä miten ja missä niihin voi hakeutua. Kuten työttömyyttä kokenut 30-vuotias Mimmi kertoi Amnesty Internationalille: ”Työttömän terveystarkastus on kauniimpi lupaus kuin se sitten on käytännössä. Sinne pääseminen on välillä vähän haastavampaa. Se on välillä projekti jossain, että opiskelijat hoitavat sitä. Se on tiettyyn päivään asti ja sitten se taas siirtyy jonnekin toisaalle.”

Työterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan niillä työttömillä, jotka ovat päässeet tarkastuksiin, on niistä pääasiassa myönteisiä kokemuksia.³⁸⁸ Julkisessa terveydenhuollossa ei kuitenkaan aina ole riittävää työterveyden osaamista.³⁸⁹ Osaamisen puute mainittiin myös haastatteluissa järjestöjen ja TE-palveluiden edustajien kanssa. Terveystarkastukseen ei välttämättä sisälly minkäänlaista työkyvyn ja työelämään paluuta tukevien toimien arviointia. Usein lääkärit voivat arvioida vain potilaan terveydentilaa heidän kokonaistilanteensa arvioinnin sijaan, muun muassa siksi, että heiltä puuttuvat tarvittavat tiedot potilaan työkykyyn vaikuttavista seikoista.³⁹⁰

³⁸⁸ Kirsi Lappalainen ja Hanna Hakulinen, ”Työttömien terveyspalvelujen kehittäminen monitahoarvioinnin viitekehyksessä”, 2020, Työelämän tutkimus, Vol. 18, journal.fi/tyoelamantutkimus/article/view/97974/55983, [https://journal.fi/tyoelamantutkimus/article-view/97974/55983s](https://journal.fi/tyoelamantutkimus/article/view/97974/55983s), 220.

³⁸⁹ Kirsi Lappalainen, ”Työikäisten terveyspalvelut ovat eritasoisia”, Talous ja yhteiskunta -lehti 03/2019, 2019, labor.fi/t&y/tyoikaisten-terveyspalvelut-ovat-eritasoisia/.

³⁹⁰ Sosiaaliturvakomitean välimietintö, 2023, valtioneuvosto.fi/documents/1271139/148073972/Sosiaaliturvakomitean+v%C3%A4limietint%C3%B6.pdf/c5db48f7-d8ae-d06d-f64a-b2ffd9c1ad06/Sosiaaliturvakomitean+v%C3%A4limietint%C3%B6.pdf?t=1675087724368, s. 99.

6.6 LUOTTAMUKSEN PUUTE JULKISEEN TERVEYDENHUOLTOON

“Mulla ei ole yhtään luottoa terveydenhuoltoon, eikä ole kellään muullakaan, jotka ovat väliinputoajia. Ei ihmiset halua mennä terveystakeskukseen, vaikka olisi selkä poikki. Ne mieluummin kuolevat, kuin odottavat kuukausia, että pääsisi lääkäriille. Kun ei voi luottaa ja on niin paljon pettymyksiä.”

Joppe, työn, 40 vuotta

Luottamuksen puute julkiseen terveysjärjestelmään tuli esille lukuisissa tätä raporttia varten tehdyissä haastatteluisissa. Haastateltavien kertomat syyt luottamuksen puutteelle olivat tämän raportin aiemmissa osioissa esitellyt esteet palveluiden käytössä: kohtuuttoman pitkät odotusajat, vaikeudet saada yhteyttä terveystakeskuihin, korkeat terveystakeskustannukset ja digitaaliset esteet. Alhaisesta luottamuksesta raportoivat juuri he, jotka ovat julkisten palveluiden varassa: työttömät ihmiset; perheet, jotka ovat julkisten terveystakeskveluiden varassa; ja iäkkäät, joilla ei ole varaa käyttää yksityisiä palveluita. Mielenterveyden haasteita kokevat sekä huumausaineita käyttävät ihmiset kertoivat säännönmukaisesti luottamuksen puutteesta julkiseen terveydenhuoltoon.

Nämä haastateltavien kokemukset ovat linjassa kysely- ja tutkimustulosten kanssa, jotka osoittavat luottamuksen julkiseen terveydenhuoltoon heikentyneen Suomessa. Vuoden 2022 väestökyselyn mukaan 56 prosenttia vastaajista oli joko osittain tai täysin eri mieltä väittämän ”Julkinen terveydenhuolto takaa riittävät palvelut sairauksien varalta” kanssa, kun vastaava luku vuonna 2014 oli 40 prosenttia.³⁹¹ Lääkäriilyn vuonna 2019 teettämän kyselyn mukaan ihmiset luottavat työterveyshuoltoon enemmän kuin julkiseen perusterveydenhuoltoon.³⁹²

Luottamus terveydenhuoltojärjestelmään on erityisen alhainen heidän keskuudessaan, joiden terveydentila on huono³⁹³, pienituloisilla sekä pitkäaikaistyöttömillä³⁹⁴. THL:n tutkimusartikkelin mukaan luottamus julkisiin terveydenhuoltopalveluihin on laskussa ja on erityisen matala niillä, joilla on viimesijaisen toimeentulotuen tarve.³⁹⁵

On tärkeää parantaa ihmisten luottamusta terveystakeskveluihin, sillä luottamuksella on konkreettinen vaikutus siihen, miten oikeus terveyteen toteutuu. Alhainen luottamus voi estää ihmisiä kertomasta tilanteestaan ja ongelmistaan avoimesti³⁹⁶ tai hakeutumasta tarvitsemiinsa terveystakeskveluihin³⁹⁷. Kuten 69-vuotias eläkeläinen Hilka kertoi Amnesty Internationalille: ”En ole uskaltanut ottaa yhteyttä [terveystakeskukseen]. En luota yhtään.” 23-vuotias opiskelija Olivia kertoi samankaltaisista tuntemuksistaan: ”On sellainen olo, että en

³⁹¹ Finanssiala ry, ”Vakuutustutkimus 2022”, 2022, finanssiala.fi/wp-content/uploads/2022/06/Vakuutustutkimus-2022.pptx, s. 77.

³⁹² Verkkokysely toteutettiin huhti-toukokuussa 2019. Vastaajia oli 1 098 eri puolilla maata. Ikäjakama oli 15–74 vuotta. Lääkäriliitto, ”Luottamus: Väestökysely 2019”, 2019, laakariliitto.fi/site/assets/files/5227/luottamus_kooste_netiiin_2.pdf, s. 11.

³⁹³ Lääkäriliitto, ”Luottamus: Väestökysely 2019”, 2019, laakariliitto.fi/site/assets/files/5227/luottamus_kooste_netiiin_2.pdf, s. 7.

³⁹⁴ Tuija Oivo ja Raija Kerätär, *Osatyökykyisten reitit työllisyyteen - etuudet, palvelut, tukitoimet: Selvityshenkilöiden raportti*, 2018, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161151/STM%20rap%2043%202018%200satyökykyisten%20reitit%20työllisyyteen.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 27.

³⁹⁵ Anna-Mari Aalto et al. ”Sosiaali- ja terveystakeskvelujärjestelmä toimintaympäristön myllerryksessä – miten on käynyt väestön kokemalle luottamukselle?”, in Sakari Karvonen et al. (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2022, 2022*, julkari.fi/bitstream/handle/10024/145692/Suomalaisten%20hyvinvointi%202022%20verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 295.

³⁹⁶ Tuija Oivo ja Raija Kerätär, *Osatyökykyisten reitit työllisyyteen - etuudet, palvelut, tukitoimet: Selvityshenkilöiden raportti*, 2018, julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161151/STM%20rap%2043%202018%200satyökykyisten%20reitit%20työllisyyteen.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 31.

³⁹⁷ Kts. esim., Kristiina Manderbacka et al., ”Eriarvoisuus somaattisissa terveystakeskveluissa”, 2017, Suomen sosiaalinen tila 2/2017, julkari.fi/bitstream/handle/10024/132346/SST_2017_15062017.pdf?sequence=3&isAllowed=y, s. 3; Peppi Saikku et al., ”Työttömien sosiaali- ja terveystakeskveluiden käyttö ja kustannukset”, Sakari Karvonen et al. (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2022, 2022*, julkari.fi/bitstream/handle/10024/145692/Suomalaisten%20hyvinvointi%202022%20verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 219.

luota, enkä halua enää pettyä siellä lääkärikäynnillä... En uskalla soittaa [ajanvaraukseen]. Pelkään, että sanotaan 'No soita myöhemmin' tai jotain tuollaista."

Luottamuksen puute julkiseen terveydenhuoltoon heidän keskuudessaan, jotka tarvitsevat julkista järjestelmää eniten ja kokevat muita esteitä palveluiden saatavuudessa ja käytössä, on hälyttävää. Kuten Amnesty Internationalin haastattelema lääkäri sanoi: "Matala luottamus aina vähentää tyytyväisyyttä hoitoon ja luottamusta hoitoon ja paranemiseen. Ja jos ei ole luottamusta, niin eihän se potilas parane. Se on sellainen noidankehä. Sen palvelun pitäisi olla ensin ainakin kohtalaisen hyvä, jotta voidaan rakentaa luottamusta. Ei se synny muutoin kuin teoilla."

"Tuli sellainen pelottava tunne, että kun on niin huonossa kunnossa, että joutuu taas soittamaan, ja tiedän, etten saa apua."

Helga, eläkeläinen, 75 vuotta

7. LOPUKSI

Kaikkien oikeus terveyteen ei toteudu Suomessa, mikä johtuu jyrkästä eriarvoisuudesta terveyspalveluiden saatavuudessa ja käytössä. Kuten tämä raportti osoittaa, perusterveydenhuoltoa ei ole saatavilla tarpeen mukaan, vaan pikemminkin työllisyysstatuksen ja tulotason mukaan. Monille sellaisille, joilla ei ole pääsyä työterveyshuoltoon tai joilla ei ole varaa yksityisiin terveyspalveluihin, perusterveydenhuollon palvelut ovat heikosti saavutettavissa tai liian kalliita. Suomen valtio ei ole onnistunut purkamaan eriarvoisuutta priorisoimalla marginaalisia ja syrjinnälle alttiita ihmisiä. Suomi on saanut kansainvälisiltä ihmisoikeuselimiltä suosituksia parantaa terveydenhuollon saatavuutta, mutta ei silti ole pystynyt turvaamaan universaalin terveydenhuollon kattavuutta käytännössä.

Vähäosaisiin ihmisryhmiin kuuluvat kokevat huomattavia vaikeuksia terveydenhuollon palveluihin pääsyssä ja käytössä. Vaikeuksia on erityisesti niillä ihmisillä, joilla ei ole pääsyä työterveyshuoltoon tai varaa yksityisiin palveluihin, kuten työttömillä, lapsiperheillä vailla yksityisiä sairauskuluvakuutuksia, pienituloisilla eläkeläisillä ja nuorilla vailla opintoja tai työtä. Esteitä voivat olla vaikeudet saada yhteyttä terveyskeskukseen, kohtuuttomat jonotusajat, palveluiden ja lääkkeiden korkea hinta, sekä ongelmat digitaalisten palveluiden käytössä.

Korkeat terveyskulut, mukaan lukien palveluiden käytöstä aiheutuvat asiakasmaksut ja lääkekulut, voivat saada ihmiset lykkäämään hoitoaan tai jopa aiheuttaa palveluiden käyttämättömyyttä. Korkeat terveyskulut voivat myös aiheuttaa taloudellista ahdinkoa sellaisille, jotka kamppailevat jo valmiiksi arjen kulujen kanssa. Lähes puoli miljoonaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista johti ulosottoon vuonna 2022.

Pitkät, hoitotakuun ylittävät odotusajat terveydenhuollossa ovat tänä päivänä krooninen ongelma, joka pakottaa ihmisiä selviytymään sairautsiensa ja kipujensa kanssa. Monia palveluita, kuten ajanvarauspalveluita, on digitalisoitu ilman, että digitalisoinnista aiheutuneita esteitä olisi pyritty purkamaan sellaisten ihmisten kohdalla, jotka eivät syystä tai toisesta pysty käyttämään digitaalisia palveluita.

Työsuhteissa olevat ihmiset voivat kääntyä työterveyshuollon puoleen, joka on sektorina laajentunut viime vuosina. Työterveyshuoltoa käyttävien ei tarvitse jonottaa kohtuuttomia aikoja tai maksaa asiakasmaksuja. Työntantaja kuitenkin päättää työterveyspalveluiden laajuudesta. Minimitason työterveyspalveluiden piirissä olevat työntekijät kohtaavat julkisten ja yksityisten palveluiden maksut ja muut haasteet, vaikka maksavat vähän paljon työterveyshuollosta kuin laajempien palveluiden piirissä olevat.

Suomalaisessa terveysjärjestelmässä on monen tason eriarvoisuutta. Eriarvoisuuteen ovat kiinnittäneet huomiota esimerkiksi YK:n taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitea sekä Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö OECD. Myös Suomessa eriarvoisuus on tunnistettu ja sen vähentäminen on ollut poliittinen tavoite jo viimeiset 40 vuotta. Työterveyspalveluiden ulkopuolella olevien työttömien vaikeudet palveluihin pääsyssä on tunnistettu – työttömien terveystarkastukset luotiin lieventämään tätä eriarvoisuutta. Tietoisuus tarkastuksista ja siten myös niiden käyttö on kuitenkin vähäistä.

Terveydenhuoltojärjestelmä on aliresursoitu alirahoituksen ja leikkausten vuoksi. Tällä on kielteinen vaikutus siihen, miten oikeus terveyteen toteutuu. Julkista rahoitusta täydentävät potilaiden maksamat maksut, kuten asiakasmaksut, jotka muodostavat monille pienituloisille taloudellisen esteen palveluiden käytölle ja voivat johtaa taloudelliseen ahdinkoon. Julkisen terveydenhuollon aliresursointi on myös osaltaan tehnyt siitä kyvyttömän kilpailemaan terveydenhuollon ammattilaisista työterveyshuollon ja yksityisen terveyssektorin kanssa. Henkilöstöpula on julkisella sektorilla krooninen ja paheneva ongelma.

Riittämättömien voimavarojen vuoksi monet julkiset terveyspalvelut ovat heikosti saavutettavissa. Näitä palveluita ovat muun muassa suun terveydenhuolto, seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut ja mielenterveyspalvelut. Vastaavat palvelut yksityisellä sektorilla ovat monille pienituloisille liian kalliita.

Vuonna 2023 alkoi sote-uudistuksen toimeenpano. Uudistus ei puutu ihmisryhmien väliseen rakenteelliseen eriarvoisuuteen palveluissa tai rinnakkaiseen työterveyshuoltojärjestelmään. Uudistus on myös alirahoitettu ja jättää perusterveydenhuollon ilman riittäviä resursseja. Alirahoituksen vuoksi suurin osa hyvinvointialueista on nostanut asiakasmaksut korkeimmalle lain sallimalla tasolle. Pienituloiset ihmiset paikkaavat riittämätöntä terveydenhuollon rahoitusta maksamalla regressiivisiä asiakasmaksuja.

Sosioekonominen eriarvoisuus ilmenee terveyden eriarvoisuutena. Siksi terveyden eriarvoisuuden vähentäminen edellyttää toimia sosioekonomisen eriarvoisuuden purkamiseksi. Valtion tulee muun muassa turvata oikeudet sosiaaliturvaan, asumiseen ja työhön.

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut eivät voi yksin poistaa terveyden eriarvoisuutta, mutta palveluilla on merkittävä rooli, erityisesti marginalisoiduille tai syrjinnälle alttiille ihmisille. Valtion ydinvelvoite on varmistaa, että riittävät, oikea-aikaiset ja laadukkaat terveyspalvelut ovat saatavilla kaikille vailla syrjintää.

8. SUOSITUKSET

SUOMEN HALLITUKSEN JA EDUSKUNNAN TULEE:

- Turvata universaali terveydenhuollon kattavuus ja oikeus terveyteen ihmisoikeusvelvoitteiden mukaisesti varmistamalla, että terveydenhuolto on kaikille saatavilla, saavutettavaa ja kohtuuhintaista, myös niille pienituloisille, joilla ei ole pääsyä työterveyshuoltoon.
- Vahvistaa perusterveydenhuoltoa ja turvata sille riittävät resurssit:
 - Osoittamalla uusia resursseja perusterveydenhuoltoon, esimerkiksi korvamerkitsemällä perusterveydenhuoltoon progressiivisesti kasvava osuus hyvinvointialueille osoitetuista varoista.
 - Poistamalla automaattinen 20 prosentin leikkaus tarveperustaisesta hyvinvointialueiden rahoituksesta.
 - ✉ Harkitsemalla vaihtoehtoisia tapoja hyödyntää täysimääräisesti käytettävissä olevat voimavarat ihmisoikeusvelvoitteiden täyttämiseksi, esimerkiksi verotuksen keinoin.
 - Priorisoimalla julkisen perusterveydenhuollon resurssointia, harkiten monikanavarahoituksen vähentämistä, muun muassa työterveyshuollon sairaanhoitokulujen korvausten pienentämisellä tai poistamisella, jotta kaikille voidaan turvata yhdenvertainen pääsy terveydenhuoltoon.
 - Välttämällä julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuvia leikkauksia. Mikäli leikkauksia harkitaan, niiden ihmisoikeusvaikutukset on arvioitava ennalta, jotta toimet eivät kohdistu marginalisoituihin ja syrjinnälle alttiisiin ihmisryhmiin.
- Poistaa terveydenhuollon käytön taloudellisia esteitä ja vähentää maantieteellistä eriarvoisuutta uudistamalla asiakasmaksulakia ja -asetusta. Uudistuksessa tulisi:
 - Uudistaa perusterveydenhuollon asiakasmaksut siten, että terveydenhuolto on kaikille saavutettavissa.
 - Laajentaa hyvinvointialueiden velvollisuutta huojentaa ja alentaa asiakasmaksuja.
 - Yhdistää kaikki maksukatot ja siirtää vastuu maksukaton täyttymisen seurannasta potilaalta viranomaisille.
- Toteuttaa ihmisoikeusvaikutusten arviointi osana kaikkia terveystieteellisiä uudistuksia:
 - Ihmisoikeusvaikutusten arviointien tulee olla kattavia, sisältäen sukupuolivaikutusten arviointi ja lapsivaikutusten arviointi, ja niissä tulee erityisesti huomioida vaikutukset marginalisoituihin ja syrjinnälle alttiisiin ihmisryhmiin.
 - Tulee varmistaa riittävät resurssit ja asiantuntemus valtionhallinnossa laadukkaiden ihmisoikeusvaikutusten arviointien turvaamiseksi.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN TULEE:

- Monitoroida eri esteitä terveydenhuollon palveluihin pääsyssä ja käytössä, erityisesti marginalisoitujen ja syrjinnälle alttiiden ihmisryhmien osalta, tarkastella syitä palveluiden käyttämättömyyden sekä tyydyttämättömien palvelutarpeiden taustalla ja kehittää toimenpiteitä näihin vastaamiseksi.
- Harkita kansallista suun terveydenhuollon ohjelmaa, jolla parannetaan palveluiden saatavuutta ja kohtuuhintaisuutta. Ottaa käyttöön kohdennettuja toimenpiteitä tarvittavien palveluiden turvaamiseksi marginalisoiduille ja syrjinnälle alttiille ihmisryhmille.

HYVINVOINTIALUEIDEN TULEE:

- Varmistaa, että kaikki palveluita koskeva päätöksenteko on ihmisoikeusperustaista ja pohjautuu huolellisiin ihmisoikeusvaikutusten arviointeihin.
- Edistää terveyspalveluiden kohtuuhintaisuutta ja asiakasmaksulain 11§:n toimeenpanoa. Lisätä potilastiedottamista ja -ohjausta asiakasmaksujen alentamisesta ja perimättä jättämisestä.
- Parantaa työttömien terveystarkastusten saatavuutta ja laatua. Varmistaa, että tarkastukset ovat kokonaisvaltaisia, sisältäen kattavasti myös mielenterveyden ja suun terveyden. Varmistaa, että potilaiden kanssa tehdään palvelusuunnitelmat, joiden toteutumista seurataan.
- Tehdä läheistä yhteistyötä TE-palveluiden kanssa tietoisuuden lisäämiseksi työttömien terveystarkastuksista, jotta tarkastusten saatavuus paranee ja ihmiset ohjautuvat paremmin tarvitsemiinsa palveluihin.
- Parantaa työttömien ihmisten pääsyä työterveyshuollon palveluihin. Varmistaa, että terveyskeskuksissa on riittävästi työterveyden osaamista, kuten työterveyshuollon erikoislääkäreitä.
- Parantaa terveydenhuollon palveluiden saatavuutta poistamalla yhteydenoton esteitä terveyspalveluihin, mukaan lukien puhelinpalveluissa, digitaalisissa palveluissa ja lähipalveluissa.
- Kehittää ja ottaa käyttöön kohdennettuja keinoja vähentää tyydyttämätöntä palvelutarvetta, palveluiden käyttämättömyyttä ja kielteisiä potilas-hoitotaho-kontakteja, erityisesti marginalisoitujen ja syrjinnälle alttiiden ihmisryhmien osalta.
- Integroida perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidtoa tiiviimmin seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden saatavuuden parantamiseksi.
- Parantaa pääsyä kohtuuhintaisiin ja oikea-aikaisiin mielenterveyspalveluihin.
- Turvata julkisiin terveyspalveluihin riittävä henkilöstö, muun muassa parantamalla terveystyöntekijöiden työoloja ja palkkausta.

**AMNESTY INTERNATIONAL
ON MAAILMAN SUURIN
IHMISOIKEUSJÄRJESTÖ,
JONKA TOIMINTA PERUSTUU
YKSITTÄISTEN IHMISTEN
TUELLE.**

YHTEYSTIEDOT



amnesty@amnesty.fi



09 8562 0600



www.facebook.com/amnestyfinland



[@amnestyfinland](https://twitter.com/amnestyfinland)